

NORDRHEIN-WESTFALEN

Landschaftsverband erhöht Studienbeihilfen

Um 150 auf 600 DM im Monat erhöht der Landschaftsverband Westfalen-Lippe die Beihilfen für Medizinstudenten der klinischen Semester, die sich verpflichten, nach der Approbation fünf Jahre in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus des Landschaftsverbandes zu arbeiten. Mit dem fünften Semester steigt diese Beihilfe auf 900 DM im Monat. Eine um 200 DM monatlich höhere Studienbeihilfe erhalten Studenten, die bereit sind, nach der Approbation im Landeskrankenhaus Eickelborn zu arbeiten (wo zur Zeit die Hälfte der Arztstellen nicht besetzt sind).

Nach Mitteilung des Landschaftsverbandes werden zur Zeit etwa 50 Studenten auf diese Weise gefördert; weitere rund 30 können noch aufgenommen werden. Seit 1967 hätten insgesamt etwa 100 Medizinstudenten diese Fördermittel in Anspruch genommen, von denen anschließend jedoch nur jeder dritte sich in einem Landeskrankenhaus zum Psychiater weiterbildete. Die übrigen zwei Drittel kündigten später den Vertrag und zahlten die Beihilfen zurück. LV-WL

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Häufigste Verweildauer 6 bis 14 Tage

Mehr als 10 Prozent der Patienten müssen höchstens 14 Tage in einem Krankenhaus verbringen. Das hat das Statistische Landesamt in einer Diagnosestatistik errechnet. Von rund 255 000 Krankenhauspatienten, die im vergangenen Jahr in 72 Krankenhäusern behandelt wurden, mußten 41 Prozent sechs bis 14 Tage, 30 Prozent bis zu fünf Tage und nur 29 Prozent länger als 15 Tage bleiben. yn

Soziale Motivationen für strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem

Symposium „Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen“

Fragen nach der „Verteilung der gesundheitlichen Chancen“ in der Bevölkerung, nach der „Möglichkeit des freien Zugangs aller Bevölkerungsgruppen zu medizinischen Einrichtungen“ und nach der „Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung“ wurden auf einem zweitägigen Symposium über „Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen“ Ende Februar in Bonn-Bad Godesberg aufgeworfen mit dem erklärten Ziel, den „Bedarf an Forschung“ näher zu umreißen. Veranstalter waren das Bundesministerium (vertreten durch Anke Fuchs und Albert Holler) und das Berliner „Wissenschaftszentrum“ (vertreten durch Prof. Frieder Natschold). In unmittelbarem Anschluß an das Symposium soll ein größeres Forschungsprojekt zur selben Thematik ausgeschrieben werden.

Staatssekretärin Anke Fuchs begründete die Fragestellung damit, daß nach Untersuchungen aus Praxis und Wissenschaft einige Arbeitnehmergruppen besonders großen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt seien und daß Frühinvalidität in bestimmten Bevölkerungsgruppen überdurchschnittlich häufig sei. Es gehe also auch um die allgemeine Frage, ob die Organisations- und Angebotsstrukturen unseres jetzigen Gesundheitssystems auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten verschiedener sozialer Gruppen gleich gut zugeschnitten seien. Unter Hinweis auf die weiterhin aktuelle Notwendigkeit zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen sagte Frau Fuchs, man denke verstärkt darüber nach, ob die Prioritäten für die Verwendung der großen Geldmittel nicht anders gesetzt werden müßten. Kostensteuerung im Sinne glo-

baler Begrenzung der Gesundheitsausgaben und Leistungssteuerung im Sinne rationaler Schwerpunktsetzung müßten sich ergänzen. Eine direkte Selbstbeteiligung der Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung an den Behandlungskosten wäre keine überzeugende Lösung. Es seien vielmehr strukturpolitische Überlegungen anzustellen mit dem Ziel, organisatorische Lösungen für die dringendsten Gesundheitsprobleme zu finden. Neben der Bekämpfung der großen Volkskrankheiten sei ein zweiter Schwerpunkt die Konzentration auf konkrete Bedürfnisse von Bevölkerungsgruppen „mit besonderen Gesundheitsrisiken, mit überdurchschnittlicher Erkrankungshäufigkeit und besonderen Problemen im Umgang mit den Gesundheitseinrichtungen“.

Aus der Sicht des Deutschen Gewerkschaftsbundes (der zumindest ideell ebenfalls hinter dem Godesberger Symposium stand) erklärte Alfred Schmidt, daß entgegen der üblichen Annahme, die Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen sei gelöst, weiterhin eine gegenläufige Tendenz herrsche: Neben Struktur-, Finanz- und Effizienzproblemen seien es vor allem schichtenspezifische Versorgungsprobleme, die eine qualitative Neuorientierung in der Gesundheitspolitik notwendig machten. Diese Probleme seien vor allem auf drei Faktoren zurückzuführen:

① Die Arbeiterschicht sei aufgrund der Arbeits- und Wohnbedingungen einem größeren Gesundheitsrisiko ausgesetzt.

② Hinzu kämen individuelle Momente. Mangelnde Kenntnis der Leistungsangebote sowie finanzielle und sprachliche Barrieren hielten

Klassenkampf

Ein „Klassenkampf“ soll offenbar in die gesetzliche Krankenversicherung hineingeredet werden. Der politische Einfluß der Ärzte sei nur zu brechen, wenn weniger Arztkinder Medizin studieren dürften und statt dessen so gut wie nur noch (sogenannte) Arbeiter- und Bauernkinder zum Medizinstudium zugelassen würden. So klassenkämpferisch las man es noch vor Jahren. Nach dem langen Marsch durch die Institutionen von Forschung und Lehre drückt sich solch spezifisches Egalitätsdenken heute wissenschaftlicher aus, zum Beispiel: „Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen“.

Eine glaubwürdige Erhebung zu *Behandlungsunterschieden* lag dem Symposium, über das hier berichtet wird, gar nicht vor. Im Gegenteil zeigten die vorgelegten und vom Wissenschaftszentrum Berlin (zum Teil) vorab versandten Ergebnisse, daß es in der Bundesrepublik bei der Behandlung von Krankheiten keinerlei Inanspruchnahme-Nachteile für sozial Schwächere gibt. Bei diesen liegt die *Zahl der Behandlungskontakte* bei einer Erkrankung sogar höher als die bei Angehörigen der Mittel- und Oberschicht. (In der Bundesrepublik empfangen Angehörige der sozial schwächeren Schichten *relativ mehr Leistungen* durch das Gesundheitssystem, als dies ihren Beiträgen entspricht.) Und auch Inanspruchnahme-Unterschiede bei den präventiven Untersuchungsprogrammen lassen sich keineswegs ausreichend aus schichtenabhängigen Unterschieden erklären.

Aber was soll's: Um der politisch anvisierten gegenteiligen „Forschungsergebnisse“ willen werden Millionen aus öffentlichen Mitteln verschwendet werden. DÄ

Arbeiter davon zurück, ärztliche Leistungen in notwendigem Umfang in Anspruch zu nehmen.

③ Schließlich sei gerade deshalb die seines Erachtens überdurchschnittlich hohe Belastung der Arbeiter durch die Krankenkassen-Beiträge eine besonders ungerechte Ausprägung der schichtenspezifischen Ungleichheit.

Alfred Schmidt resümierte, die Gewerkschaften würden weiterhin „für mehr Verteilungsgerechtigkeit“ im Gesundheitswesen eintreten. Dabei sei anzustreben, die Gesundheitsgefahren in Betrieben aktiv zu bekämpfen, die betroffenen Schichten verstärkt aufzuklären und „veränderte Angebotsstrukturen“ der gesundheitlichen Versorgung zu schaffen. Hierbei gehe es nicht zuletzt um „Beratung, Betreuung und Information der Versicherten“ – Aufgaben, die auf die Krankenkassen künftig vermehrt zukommen würden. Ziel solcher Maßnahmen sei die „risikogerechte Inanspruchnahme“ gesundheitlicher Leistungen.

Prof. Dr. Siegfried Häußler nahm „als Kassenarzt und für seine Person“ Stellung zu der These schichtenspezifischer Versorgung. Er kam „nach Rücksprache mit Kollegen“ zu dem Fazit, für den Kassenarzt seien die angesprochenen Probleme zunächst „Non-Probleme“. Sie seien nicht direkt erfahrbar, weil sie sich „immer in den individuellen Fall auflösen“. In diesem Zusammenhang zeige sich, daß statistischen Ergebnissen nicht immer die gleiche Wertigkeit in der Praxis zukäme. Die grundsätzliche Frage in der Gesundheitspolitik sei, ob festzustellen ist, was jedem einzelnen fehlt, oder ob es ausreiche, die allgemeinen Voraussetzungen für die medizinische Versorgung zu schaffen. Im letzten Fall würden Untersuchungen über Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen überflüssig, denn de facto garantiere die gesetzliche Krankenversicherung allen gleiche Rechte und Pflichten.

In die gleiche Richtung zielten Diskussionsbeiträge der Krankenkas-

senvertreter. Notwendig sei eine genaue Definition dessen, was man „Versorgungsdefizit“ nenne, da die notwendigen Einrichtungen zur Gesundheitsvorsorge und zur Behandlung von Kranken doch zur Verfügung stünden und auch effizient arbeiteten. Es stehe also noch dahin, ob der Zugang zu diesen Einrichtungen und deren Inanspruchnahme überhaupt zur Diskussion gestellt werden könne.

Vorhandene, die „Schichtenspezifität“ belegende Untersuchungen über die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit und Frühinvalidität, über die Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen, Schwangerschaftsuntersuchungen und psychotherapeutischer Versorgung sowie über die Zusammenhänge von Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnissen und Gesundheitsgefährdungen referierte aus Sicht des DGB Dr. Bodo Scharf, Düsseldorf. Er plädierte für die Erweiterung des Schichtkonzeptes zu einem sogenannten „Lebenslage-Konzept“, das objektive und subjektive Bedingungen umfassen soll, so auch Bewußtseins- und Verhaltensprobleme, die die Inanspruchnahme und Zugangsmöglichkeiten zu Angeboten beeinflussen. Scharf forderte, die „kumulative Verursachung“ von Chancenungleichheit müsse erfaßt werden. Verschiedene Symposiums-Teilnehmer verlangten für eine tiefergehende Statistik beispielsweise über Morbidität und Mortalität Daten aus der sozialen Krankenversicherung, aus dem öffentlichen Gesundheitswesen, aus den kassenärztlichen Vereinigungen und aus den Betrieben.

Sehr weit reichende Überlegungen zur Behebung schichtenspezifischer Versorgungsprobleme – die von ihm von vornherein als gegeben angesehen wurden – stellte Prof. Naschold vom Wissenschaftszentrum Berlin vor. Er hatte bei den Vorbereitungen des Symposiums maßgeblich mitgewirkt. Sein Konzept einer „leistungssteuernden Strukturpolitik“ hat das Ziel, die schicht- und lebenslagespezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsraten zu vermindern sowie individuelles und kollektives Ge-

„Gesundheitsforschung“

sundheits- und Krankheitsverhalten zu verändern. Dazu seien – so Naschold – Strukturveränderungen in drei Bereichen des Gesundheitswesens notwendig:

- ▷ im gesundheitlichen Versorgungsangebot „bezüglich einer kontextnahen, differenzierten, aktiv auf die Klientel zugehenden Kurativmedizin“ verbunden mit lebenslageorientierten Präventivmaßnahmen;
- ▷ schichtenspezifische Angebote an Beratung und Information und
- ▷ Planung, Steuerung, Koordinierung und Kontrolle der Erfolge nach kosten-, qualitäts- und sozialmedizinischen Kriterien.

Die gesetzliche Krankenversicherung habe schon heute verschiedene rechtlich und faktisch zulässige Handlungsmöglichkeiten, deren mangelhafte Ausnutzung ein „Vollzugsdefizit“ deutlich machen, glaubt Naschold. Neben der Einwirkung auf die zentralstaatliche Sozialpolitik seien fünf Instrumentenbereiche von Bedeutung: „1. Auskunft, Beratung und Aufklärung der Versicherten; 2. Vermittlung und selbständige Bereitstellung von Sach- und Dienstleistungen bezüglich der gesundheitlichen Versorgung . . . ; 3. Vermittlung und selbständige Bereitstellung von Dienstleistungen zur Prävention . . . ; 4. Aufgaben der Bedarfsermittlung, der Planung, Steuerung und Koordinierung entsprechender Instanzen im Gesundheitswesen mit den ande-

ren Trägern der Sozialversicherung; 5. Kontrollmöglichkeiten . . . “. Um diese Betätigungsfelder der gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb einer leistungssteuernden Strukturpolitik durchzusetzen sei eine Reform der Selbstverwaltung zur Mobilisierung der Versicherten, eine Reorganisation der Sozialverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Zusammenschluß der Sozialversicherungsträger in Arbeitsgemeinschaften nötig.

Ein weiteres wichtiges Instrument sei die „Zentralisierung und Regionalisierung“ sozialpolitischer Maßnahmen. Gerade der „Kommunalisierung“ komme besondere Bedeutung zu für ein schicht- und lebenslageorientiertes Leistungsangebot der Krankenkassen. Naschold betonte, Regionalisierung solle „eine möglichst autonome Bedürfnisartikulation unter Bündelung der Gesundheitsinteressen im Raum und die Verknüpfung von Arbeit und sozialer Lebenssphäre ermöglichen“. Konkret ließe sich diese Strategie umsetzen zum Beispiel in Selbsthilfeorganisationen von Laien und durch die Bildung von „integrierten Teams aus Ärzten und Paraprofessionals“.

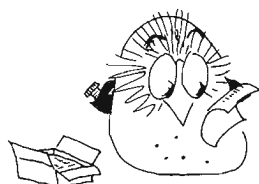
Vor der Untersuchung solcher Modelle gilt es aber zunächst wissenschaftlich festzustellen, ob und wo eine Schichtzugehörigkeit die behauptete unterschiedliche gesund-

heitliche Versorgung begründet. Und in dieser Frage zeigt sich, wie weit die Meinungen der Wissenschaftler schon hinsichtlich der Methoden auseinandergehen. So versuchte Prof. Dr. Wilhelm van Eimmenen (Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, München) nachzuweisen, daß sich logische Zusammenhänge zwischen den Daten über die Häufigkeit von Krankheiten und über die Leistungen der Ärzte aus dem Datensatz der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ablesen lassen. Er kritisierte, daß Korrelationen zwischen Daten häufig in Kausalitäten umgedeutet würden. So werde zum Beispiel nicht berücksichtigt, daß der „Rekrutierungsgrad“ von Patienten auch epidemiologischen Gegebenheiten unterworfen sei. Demgegenüber leitet Prof. Dr. Erwin Jahn, Berlin, gerade aus den Daten der Krankenversicherung die Schichtspezifität von Krankheiten und der Inanspruchnahme von Leistungen ab. Eine auf dem Symposium verteilte Infratest-Dokumentation zum Einfluß von Sozialfaktoren auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung bemerkt zur Frage nach dem Erklärungswert sozialer Faktoren: „Solange diese Frage nicht beantwortet werden kann . . . , hat die Verschwendung sozialer Faktoren . . . zur Analyse von Gesundheitsverhalten deskriptiv statistische, klassifikatorische Bedeutung.“

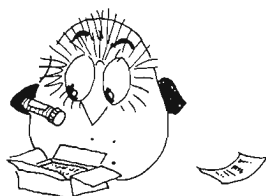
Birgit Morgenrath

ANATOL

AUCH SIE WERDEN
DIESES NEUE
MEDIKAMENT...



... EINFACH
PHANTASTISCH
FINDEN!



NEBENWIRKUNGEN:

