

Die Entwicklung des Gesundheitssystems zwischen Ökonomisierung und sozialer Gerechtigkeit

The Development of the Public Health System between an Increasing Market Orientation (Commercialisation) and Social Responsibility

Autor

G. Trabert

Institut

Armut und Gesundheit in Deutschland e. V., Mainz

Schlüsselwörter

- Ökonomisierung
- soziale Gerechtigkeit
- Armut
- Ethik

Key words

- market orientation (commercialisation)
- social responsibility (social justice)
- poverty
- ethics

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1004667
 Zentralbl Chir 2008; 133: 39–45
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York ·
 ISSN 0044-409X

Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med. Diplom Sozial-
 pädagoge Gerhard Trabert**

Armut und Gesundheit in
 Deutschland e. V.
 Barbarossastr. 4
 55118 Mainz
 Tel.: 061 31 / 627 90 71
 Gerhard.Trabert@ohm-
 hochschule.de

Zusammenfassung

Die Entwicklung des Gesundheitssystems zwischen Ökonomisierung und sozialer Gerechtigkeit wird am Beispiel der Versorgungssituation und dem Umgang mit sozial benachteiligten Menschen kritisch reflektiert. Armut nimmt in Deutschland deutlich zu. Es gibt gesicherte Erkenntnisse zur Korrelation zwischen Armut und Krankheit. Armut führt zu erhöhten Erkrankungsprävalenzen und Mortalitätsquoten. Chronische Erkrankungen verursachen umgekehrt häufig eine finanzielle Verarmung. Diesem Kontext wird sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Fachöffentlichkeit und insbesondere innerhalb gesundheitspolitischer Überlegungen zu wenig Beachtung geschenkt. Durch einen philosophischen Exkurs wird „vernünftiges Verhalten“ (Kant) und „kommunikatives Handeln“ (Habermas) in Bezug zur derzeitigen Gesundheitsdebatte und der Ausblendung und Nichtberücksichtigung der Lebenssituation von Armut betroffener Menschen hinterfragt. Weitere gesellschaftliche Kräfte, wie z.B. die Pharmaindustrie, Ärzteschaft, Patienten und Wissenschaft, die neben den politisch strukturellen Bedingungen bzw. auf diese Strukturen Einfluss nehmen, im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung, werden ebenfalls kritisch thematisiert. Welchen Prämissen folgt eine von Ökonomie beherrschte Gesundheitsversorgungsdebatte, gerade im Kontext eines humanistisch-christlichen Selbstverständnisses und einer sich hieraus entwickelten Verantwortung schwächeren Gesellschaftsmitgliedern gegenüber? Werden Entscheidungsträger und Gesundheitsakteure auf der Handlungsebene diesen ethischen Herausforderungen gerecht? Welche Rolle spielt der so genannte „soziale Frieden“ für das gesellschaftliche Miteinander, aber auch die Wirtschaftskraft eines Staates betreffend? Ökonomisierung ist nur auf dem Boden einer praktizierten sozial gerech-

Abstract

The development of the public health system between an increasing market orientation (commercialisation) and social responsibility is critically reflected by examining the medical care of those who are deprived. Poverty in Germany is dramatically increasing. There are confirmed findings on the correlation of being poor and being ill. Poverty leads to an increased number of cases of illness and a higher mortality rate. And vice versa, chronic illnesses very often cause impoverishment. This correlation has largely been ignored not only by the public but also by experts, especially when public health-care issues are on the political agenda. With reference to the current discussion about public health-care and the widespread disregard of the living conditions of the poor, the categories of “reasonable behaviour” (Kant) and “communicative behaviour” (Habermas) are reflected on in a philosophical excursion. Further interest groups affecting the political sphere, such as the pharmaceutical industry, the medical profession, patients and scientists are also examined with regard to public health-care. What are the premises of a health-care discussion that is controlled by economic considerations, particularly when keeping in mind the humanistic and Christian ethics of our society? And what does this mean for our responsibility for those who are handicapped and are in need of our help? Do decision makers and participants of the health-care discussion satisfy these ethical challenges? And what are the effects of the so-called “social peace” on social cooperation and economic power of a country? The increasing market orientation (commercialisation) of the public health sector can only be accepted on the basis of practiced humanity and social responsibility. In the light of a human public health-care, deprived people are in need of our solidarity.

ten Mitmenschlichkeit zu akzeptieren. Sozial benachteiligte Menschen benötigen unsere Solidarität im Hinblick auf eine menschenwürdige Gesundheitsversorgung. Diese Parteinahme fängt bei jedem Einzelnen, im eigenen sozialen und beruflichen Kontext, im subjektiven Denken und Handeln an.

Prolog

Die Entwicklung des Gesundheitssystems zwischen Ökonomisierung und sozialer Gerechtigkeit möchte ich am Beispiel der Versorgungssituation und dem Umgang mit sozial benachteiligten Menschen, mit Menschen die von Armut betroffen sind, exemplarisch darstellen. Die Unterschichten- und Prekariat-Diskussion hat deutlich gezeigt, Armut ist ein Thema, das die Menschen in Deutschland bewegt und berührt. Aufgrund unterschiedlichster epochaler Faktoren und Einflüsse ist eine deutliche Zunahme der Armut in Deutschland festzustellen. Seit über 10 Jahren gibt es auch im deutschsprachigen Raum gesicherte Erkenntnisse zum Zusammenhang und zur gegenseitigen Einflussnahme von Armut und Gesundheit bzw. Krankheit. Immer noch wird diesem Kontext sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Fachöffentlichkeit und insbesondere in der Gesundheitspolitik, zu wenig Beachtung geschenkt. Die gesellschaftliche Lebenssituation bzw. die Berücksichtigung der Problemlage armer Menschen umschreibt ein Zitat von dem Medizinsoziologen Niehoff [11] sehr zutreffend: „Da in Armut Lebende in reichen Ländern zumeist marginalisiert werden und keine Öffentlichkeit haben, haben sie auch kaum Möglichkeiten, ihre Probleme als prioritär zur Anerkennung zu bringen.“

Genau dieses Phänomen, der Nichtberücksichtigung, der Ausblendung, der Ignoranz finden wir in der Diskussion zur Gesundheitsreform, zur Ökonomisierung im Gesundheitssystem wieder. Beispielhaft hierfür ist die von wenig „Vernunft“, Kompetenz und Mitmenschlichkeit geprägte Gesundheitsdebatte, die Wirtschaftsinteressen, Macht- und Marktpolitik in den Vordergrund stellt.

Armut und Krankheit

Armutsdefinition

Es existiert keine eindeutige Armutsdefinition. Es wird generell zwischen absoluter Armut (– die physische Existenz bedrohend –) und relativer Armut unterschieden.

Definitionsversuche relativer Armut in Deutschland orientieren sich schwerpunktmäßig an der finanziellen Ausstattung. Es wird daher von Einkommensarmut gesprochen, der wiederum in der Regel zwei Definitionen zugrunde liegen:

- ▶ Sozialhilfebedürftigkeit bzw. Arbeitslosengeld 2 nach der Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe im Jahre 2005 (= 345 €)
- ▶ Armutsgefährdet ist, wer 60% oder weniger des durchschnittlichen monatlichen Haushaltseinkommens eines Landes besitzt (entspricht im Jahre 2004: 856 € in Deutschland, da das Durchschnittseinkommen bei 1427 € lag) (Empfehlung der Europäischen Union)
- ▶ Strenge Armut: wer 40% oder weniger des durchschnittlichen monatlichen Einkommens besitzt (2004 entspricht dies einem Betrag von 570 €)
- ▶ Äquivalenzeinkommen dient zur Berechnung des Einkommens der sonstigen Haushaltsmitglieder: Hauptverdiener

Faktor 1,0; alle übrigen Mitglieder ab dem 14. Lebensjahr erhalten den Faktor 0,5 und Kinder unter 14 Jahren den Faktor 0,3.

Da eine formale Heranziehung des Einkommens, als bestimmende Determinante von Armut, die Komplexität dieses gesellschaftlichen Status nicht genügend wiedergibt, wurde das sogenannte Lebenslagenkonzept entwickelt. Es interpretiert Armut als ein mehrdimensionales Geschehen im Sinne einer Kumulation von Unterversorgungslagen, u. a. in den Bereichen Wohnen, Bildung, Arbeit, Arbeitsbedingungen, Einkommen und der Versorgung mit technischer und sozialer Infrastruktur.

Armut in Zahlen

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in Berlin [17] waren im Jahre 2004 13 Prozent der Bürger in Deutschland von Armut bedroht oder lebten definitiv in Armut (4%). Dies entspricht einer absoluten Zahl von 10,6 Millionen Menschen, darunter 1,7 Millionen Kinder unter 16 Jahren. Nach Umsetzung der Hartz IV-Gesetzgebung Anfang 2005 sind ungefähr 500 000 Kinder zusätzlich von Armut betroffen (DPWV 2005) [2]. Schätzungen des Kinderschutzbundes aus dem Jahre 2006 [1] beziffern die Kinderarmutsquote auf über 2,5 Millionen.

In den neuen Bundesländern ist die Armutsgefährdung mit 17% deutlich höher als in den alten Bundesländern mit 12%.

Besonders betroffene Bevölkerungsgruppen sind

- ▶ Junge Menschen
- ▶ Alleinerziehende
- ▶ Arbeitslose
- ▶ Menschen ohne Schulabschluss.

Ca. 40% der arbeitslosen Menschen und ca. 25% der Bürger ohne Schul- oder Berufsausbildung sind von Armut bedroht. Fast ein Drittel der Familien von Alleinerziehenden lebt unter der Armutsgefährdungsgrenze. 22% der in Armut lebenden bzw. von Armut gefährdeten Menschen leben in Wohnungen mit Baumängeln [17].

Korrelation zwischen Armut und Gesundheit

Schon Goethe stellte fest: „Arm im Beutel, krank am Herzen.“ Dass es einen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Krankheit gibt, haben zahlreiche sozial- und naturwissenschaftliche Untersuchungen belegt.

Es wird hierbei zwischen einer horizontalen (social inequality) und vertikalen Ungleichheit (social inequity) differenziert. Die horizontale Ungleichheit untersucht Strukturen, die bei ähnlich verfügbaren sozialen Ressourcen und gesellschaftlichen Chancen zu Benachteiligungen aufgrund unterschiedlicher Erkrankungsgefährdungen führen. Hier spielen z. B. der individuelle Lebensstil, die berufliche Tätigkeit und Umweltfaktoren eine wichtige Rolle. Die vertikale Ungleichheit berücksichtigt ungleiche soziale Chancen und gesellschaftliche Ressourcen, wie z. B. den Zugang zu medizinischen Versorgungseinrichtungen. Des Weiteren ist in diesem Kontext die Beantwortung der Frage, ob es sich um einen Selektionseffekt (Kranke werden eher arm) oder einen Kausationseffekt (Arme werden eher krank) handelt, bedeutend. Verschiedene Untersuchungen deuten darauf hin, dass bei Erwachsenen vorwiegend eine soziale Selektion vorliegt (chronisch schlechte Gesundheit erhöht das Armutsrisiko) und bei Kindern Hinweise für einen Kausationseffekt vorliegen (wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit) [10].

Bestimmte Bevölkerungsgruppen, die besonders von Armut betroffen sind, wie z. B.: Kinder zwischen 0–15 Jahren, allein erzie-

hende Elternteile (in der Regel Mütter), Familien mit mehr als 3 Kindern, arbeitslose Menschen, wohnungslose Menschen, ausländische Mitbürger sowie in Zukunft verstärkt alte Menschen, chronisch Kranke und Behinderte haben ein signifikant erhöhtes Erkrankungs- sowie Sterblichkeitsrisiko.

Konkrete Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status und Krankheit konnten u.a. für das Auftreten von koronaren Herzkrankheiten (Myokardinfarkt – 2–3-fach erhöhtes Risiko), Schlaganfall (ebenfalls 2–3-fach erhöhtes Risiko), Krebserkrankungen und Lebererkrankungen festgestellt werden. Erkrankungen der Verdauungsorgane (Ulcera peptica, speziell Ulcera ventriculi) und der Atmungsorgane (Pneumonien, COPD) findet man ebenfalls häufiger als im Bevölkerungsdurchschnitt. Des Weiteren ist die Infektanfälligkeit erhöht. Bei von Armut betroffenen Kindern treten gehäuft Zahnerkrankungen und psychosomatische Beschwerdekomplexe auf. Zusätzlich zum Kontext der Psychosomatik treten psychiatrische Erkrankungen in den Vordergrund, und hier besonders Depressionen bis zum Suizid. Armut verursacht Stress und die damit assoziierten Erkrankungen [7–9, 13, 19–21].

Neben der Morbidität ist auch die Mortalität von Armut betroffener Menschen in unserer Gesellschaft erhöht. So ergaben verschiedene Studien erhöhte Unfallquoten (speziell Verkehrsunfälle) mit tödlichem Ausgang für von Armut betroffene Kinder, insbesondere für ausländische Kinder. Die Sterblichkeit von arbeitslosen Menschen ist um das 2,6-fache höher als bei Erwerbstätigen. Die Selbstmordversuchsrate mit tödlichem Ausgang ist bei arbeitslosen Menschen im Vergleich zu Erwerbstätigen deutlich erhöht. Insgesamt besteht ein Lebenserwartungsunterschied von ca. 14 Jahren bei Männern und ca. 8 Jahren bei Frauen zwischen dem reichsten und dem ärmsten Fünftel der deutschen Bevölkerung [6].

Gesundheitsversorgung sozial benachteiligter Menschen

Die sogenannten Gesundheitsreformen führen zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgungssituation sozial benachteiligter Menschen. Eine weitergehende Privatisierung im Gesundheitswesen, die Erhöhung von zu erbringenden Eigenleistungen und Zuzahlungen, die Streichung von bestimmten Leistungen belasten insbesondere sozial benachteiligte Menschen. Zudem führt der Sozialabbau, die Angleichung von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld (sogenanntes Arbeitslosengeld 2) zu einer Zunahme von Armut. Sozial benachteiligte Menschen werden somit dreifach benachteiligt: Die bisherigen finanziellen Unterstützungen werden eingeschränkt und teilweise reduziert, die Ausgaben für die Behandlung von Krankheit erhöhen sich, die Behandlungsleistungen werden eingeschränkt.

Nach Angaben des Bundesamtes für Statistik geht unter der Personengruppe der von Armut betroffenen jeder Fünfte (22%) trotz gesundheitlicher Probleme aufgrund der zusätzlichen Kosten nicht zum Arzt [17].

Interpretation der aktuellen Gesundheitspolitik

Rational begründbare Zahlen zu Armutsverteilung und Armutsrisiken scheinen die Politik zurzeit wenig zu beeindrucken. Rosenbrock [12], Mitglied im Sachverständigen Rat zum Thema Gesundheit der Bundesregierung, schätzt die derzeitige gesundheitspolitische Landschaft fokussiert wie folgt ein:

- ▶ Gesundheitspolitik agiert weder zentral noch dezentral auf Basis hinreichend handlungsleitender Informationen über die Verteilung von Gesundheitsrisiken, Erkrankungen ...
- ▶ Prävention und Gesundheitsförderung spielen eine untergeordnete Rolle
- ▶ Krankenversorgung ist auf die Akutmedizin fixiert
- ▶ Allgemeinmedizinische bzw. hausärztliche Tätigkeit hat einen zu geringen Stellenwert
- ▶ Im Zentrum der staatlichen Gesundheitspolitik steht die Begrenzung der GKV-Ausgaben.

In der gesellschaftlichen Realität ist die Macht einzelner Menschen und sozialer Gruppen, ihre Interessen durchzusetzen, unterschiedlich verteilt. Allein hieran wird das Dilemma sozialer Randgruppen, z.B. von Armut betroffener Menschen und die Wahrung, Artikulierung und Durchsetzung von gruppenimmanenten Interessen und Bedürfnissen, deutlich. Sie haben keine gesellschaftliche Macht und sie verfügen häufig nicht über die notwendigen Ressourcen an Interventionsstrategien und Ausdrucksformen zur Einbringung ihrer Bedürfnisse.

Fragen zur derzeitigen Leitlinie in der Gesundheitsdebatte

▼ Was bestimmt das politische Handeln? Ist unser ärztliches Wirken und Handeln, bzw. das Handeln von zahlreichen Akteuren im Gesundheitssystem von Vernunft im Sinne eines menschenwürdigen Lebens bestimmt? Oder nimmt uns allen das Dogma der Wirtschaftlichkeit, der Ökonomisierung den Blick für das Menschliche, für den einzelnen Hilfe suchenden, Hilfe benötigenden Menschen?

Wieso wird die von allen gerade auch im salutogenetischen Sinne besonders propagierte Prävention politisch so unzureichend umgesetzt? Das im Wahljahr 2005 in den Bundesrat eingebrachte Präventionsgesetz wurde hauptsächlich aus politisch motiviertem, strategischem Handeln abgelehnt! Ist es ökonomisch, Prävention zu verhindern und Behandlung zu bezahlen? Die so genannte Ökonomisierung des Gesundheitswesens greift meist nur in zeitlich stark eingeschränkten Intervallen. Was kurzfristig Kosten spart, erweist sich längerfristig oft als sehr kostspielig. Wer vermag den Sinn zu erklären, weshalb Brillen ab dem 18. Lebensjahr nur noch für stark Sehbehinderte von den Krankenkassen erstattet werden. Während die zum Teil gravierenden Verletzungen, die aufgrund von Sehschwächen durch zum Beispiel Stürze entstehen können, erstattet werden. Ist dies eine weitsichtige Gesundheitspolitik? Die Beispiele lassen sich beliebig erweitern. Hörgerätebatterien werden nicht erstattet, Zahnbehandlungen müssen weitestgehend eigenfinanziert werden! Rehabilitationsmaßnahmen erfordern oft hohe Eigenbeteiligungen, jedenfalls für einen Arbeitslosengeld-2- oder Sozialgeldbezieher. Die Höchstgrenze von 1 oder 2% greift oft erst dann, nachdem die entsprechenden Eigenleistungen erbracht wurden. Ich muss also erst einmal das Geld haben, um es dann eventuell zurückerstattet zu bekommen. Dies alles hat die Politik schon im Vorfeld gewusst oder wissen müssen. Zahlreiche ausländische Studien [4, 14, 15, 18] haben eindeutig belegt, dass eine finanzielle Eigenbeteiligung zu einer niedrigeren Frequenzierung des Arztes führt, auch bei gravierenden Erkrankungen, und dass dies letztendlich zu einer Zunahme stationärer Behandlungen und Notfallbehandlungen führt.

Wir kennen alle die Aussage Rudolf Virchows:

„Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen.“ Meines Erachtens unterliegt die derzeitige politische Meinung sehr stark den Mächtigen, den Globalplayern innerhalb unserer Gesellschaft. Die Interessen wichtiger aber machtloser Akteure, wie zum Beispiel sozial benachteiligter Menschen, finden innerhalb dieses gesellschaftlichen Diskurses kaum Beachtung. Deshalb ist eine solidarische Öffentlichkeit, die den Sprachlosen wieder ihre Sprache zurückgibt, oder die Sprache der Hilflosen transformiert und übersetzt, notwendig, damit die Interessen dieser gesellschaftlichen Randgruppen wieder Gehör bei den Entscheidungsträgern erfahren und in der praktizierten Politik Berücksichtigung finden.

Die Ökonomisierung um jeden Preis ist nicht die Lösung, sondern die von Empathie, Verständnis und Kompetenz geprägte Mitmenschlichkeit, die natürlich auch Ressourcen orientiert, aufseiten des Helfers und des geholten Bekommenden, realisiert werden muss.

Weitere gesellschaftliche Kräfte, die Gesundheitsversorgung beeinflussen

Pharmaindustrie

Neben den politischen strukturellen Bedingungen, die Gesundheitsversorgung bestimmen, müssen allerdings auch andere Globalplayer im Gesundheitswesen kritisch hinterfragt werden. Es ist nicht zu akzeptieren, dass die Pharmaindustrie seit Jahren es zu verhindern weiß, dass es endlich eine von allen Beteiligten im Gesundheitswesen gewünschte „Positivliste“ für Medikamente gibt. Die Liste ist notwendig, und würde viele unnötige Kosten sparen. Warum gibt es sie nicht? Ist die Macht der Pharmakonzerne wirklich so groß? Sind unsere politischen Entscheidungsträger wirklich so schwach?

Novartis steht auf der „Negativ Award“ Vorschlagsliste 2007 der Schweizer Organisationen EvB (Erklärung von Bern) und Pro Natura. Begründung: Da Novartis u. a. die indischen Patentgesetze anfechtet, verhindert sie mit dieser Taktik die Generika-Medikamentenherstellung. Dies verzögere oder verhindere wiederum die Produktion preisgünstiger Krebsmittel in Entwicklungsländern, was das Leben zahlreicher Krebspatienten in diesen Ländern kosten könnte, erklärte Oliver Classen von der EvB [3]. Wo bleibt hier die humanistische, aber auch ökonomische Verantwortung eines Pharma-Großunternehmens?

Ärztenschaft

Aber auch wir, wir Ärzte müssen uns kritisch hinterfragen lassen und uns selbst kritisch hinterfragen. Ist es wirklich notwendig, so viele kieferorthopädische Maßnahmen durchzuführen? Ist die Herzkatheterfrequenz in Deutschland, die wohl die höchste im europäischen Vergleich ist, wirklich gerechtfertigt? Ist die ebenfalls sehr hohe Appendektomie- und Hysterektomiequote notwendig? Ich will und kann dies nicht beurteilen. Auch die unterschiedliche Einkommenssituation unter den Ärzten, wo Allgemein- bzw. Hausärzte sowie Kinderärzte am wenigsten und Radiologen und Labormediziner am meisten verdienen, darf kein Tabuthema innerhalb der Ärzteschaft in Bezug der Ressourcenverteilung sein. Eine kritische Reflexion des Gesundheitswesens macht nicht halt vor dem finanziellen Einkommen von Ärzten und der Indikationsstellung therapeutischer Verfahren, die wir Ärzte zu verantworten haben!

Patienten

Patienten führen sicherlich auch teilweise zu Handlungsweisen im Gesundheitssystem, die aufgrund von bestimmten überzogenen, an falschen Kriterien sich orientierenden Erwartungshaltungen nicht wirklich die Versorgungssituation verbessern und oft im Hinblick auf eine effektive Versorgung hinderlich sind.

Wissenschaft am Beispiel der Gen-Forschung bzw. Diskussion

In jüngster Vergangenheit, gerade auch im Hinblick auf die Ökonomisierungsdebatte, taucht im Rahmen der Genforschung häufig der Begriff und die Definition von „unwertem Leben“ auf. Schon allein die Umschreibung ist absurd. Zu was eine solche Diskussion führen kann, hat die medizinische Praxis im Nationalsozialismus eindeutig gezeigt. Diese Fragestellungen stehen immer wieder im Mittelpunkt und es ist wichtig, die Gefahr einer bestimmten Denk- und Argumentationsweise transparent zu machen. Gerade in der Genforschung sind wir in Bezug auf den Ausschluss von Behinderungen und hieraus resultierenden Maßnahmen in einem fast schon ideologisch anmutendem Argumentationssumpf. Ich möchte in diesem Zusammenhang Ernst Klee, Theologe, Schriftsteller und Sozialarbeiter zitieren:

„Es gibt schon wieder Züchtungsfantasien von leid- und defektfreien Menschen. Schöne, gesunde Menschen garantieren jedoch keine soziale Gesellschaft und schon gar nicht mehr Menschlichkeit, reifen wir doch durchaus an leidvollen Erfahrungen. Fünfzig Jahre nach Ende der Nazi-Euthanasie wird erneut der Lebenswert Behinderter diskutiert, die Tötung behinderter Kinder gefordert.

Ich würde Freunde verlieren: gelähmt, aber weise, ohne Arme, aber klug, spastisch, doch voller Charme, blind und doch hell-sichtig. Ich bekenne: Eine Welt ohne Lächeln der Mongoloiden und ihre Zärtlichkeit wäre eine unmenschliche Welt.“ [5]

Praktische Beispiele

Die bisherigen Ausführungen waren hauptsächlich abstrakter Natur. Die theoretische Ebene verlassend, möchte ich konkrete Fallbeispiele darstellen.

Wer befindet sich hinter politischen Entscheidungen, gesetzgeberischen Strukturen, es sind auf der Handlungs- sowie auf der Auswirkungsebene immer Menschen. Die Geschichte, und somit natürlich auch die gegenwärtige, lässt sich am besten durch Geschichten von Menschen, also anhand personifizierter Geschichten, fassbar und somit transparent machen. Daher möchte ich 2 Beispiele von Personen, von Personengruppen aufzeigen, deren Lebenssituation bzw. deren Krankheitssituation gerade im Hinblick auf die Ökonomisierung des Gesundheitswesens sehr aufschlussreich sind. Damit möchte ich versuchen, den abstrakten Strukturen unseres Gesundheitssystems ein Gesicht zu geben. Es handelt sich zum einen um einen Themenbereich, der von einer Krankheit ausgehend die Gesundheitsversorgungssituation beleuchtet und zwar von einer Krebserkrankung. Zum anderen steht die soziale Lebenssituation einer Bevölkerungsgruppe im Vordergrund, die von extremer Armut betroffen sind, es handelt sich hierbei um wohnungslose Menschen.

Beispiel 1: Anita B. Mammakarzinom-Patientin

Anita B. ist bei Diagnosestellung eines Mammakarzinoms 46 Jahre alt. Es erfolgt eine Operation, Bestrahlung und Chemotherapie. Während der therapeutischen Maßnahmen wird die

Ökonomisch oder unökonomisch; ökonomisch und unsozial; unökonomisch aber sozial; oder geht beides: ökonomisch und sozial?

▼
Dies sind für viele Menschen, Gesundheitsakteure, Politiker Beispiele für ein unökonomisches Verhalten im Gesundheitswesen. Macht eine solche medizinische Intervention Sinn. Aber genau hier fängt die Interpretationsebene an, was macht Sinn? Ist es ein Tropfen auf einen heißen Stein, der verpufft, oder ist es gerade der Tropfen, der zu einem Überleben, einem menschenwürdigen Leben beiträgt mit der Option, diesem Menschen, seiner geistigen Potenz den Raum, die Energie, die soziale Zuwendung zu geben, die es ihm ermöglicht, aufgrund eigener Ressourcen sein Leben zu verändern, zu erneuern. Es geht nicht um fehlende materielle Ressourcen, es geht um die Verteilung vorhandener Ressourcen. Und diese Verteilung wird bestimmt von dem ethischen, ja humanistisch-christlichen Selbstverständnis unserer Gesellschaft. Oder gibt es dieses Selbstverständnis nur noch in gesellschaftlichen Enklaven?

Ich denke, und meine Erfahrung zeigt dies immer wieder, dass etliche Menschen, die mit diesen Fakten konfrontiert werden, dies als emotional und wenig sachlich, und damit wenig hilfreich charakterisieren werden. Aber warum ist Emotionalität verwerflich, unsachlich, ungeeignet?

Stichwort: Emotionalität

Emotionalität ist notwendig, um zu kreativen Lösungen zu kommen. Leider haftet der angeblich „weiblichen“ Emotionalität viel zu häufig das Stigma der Unprofessionalität, Naivität, Subjektivität und Unwissenschaftlichkeit an. Dagegen wird die „männliche“ Rationalität mit Werten wie Wissenschaftlichkeit, Souveränität und Objektivität gleichgesetzt. Rationales Lernen beherrscht unsere Schulen und Universitäten. Emotionales Lernen wird dagegen oft vernachlässigt. Was spricht eigentlich gegen eine Politik, die ihre Basis in ihrem emotionalen Engagement hat? Wir brauchen wieder eine neue (oder ist es die alte?) Streitkultur, die Ungerechtigkeiten benennt, Alternativen, Verbesserungs- und Veränderungsmöglichkeiten fordert, entwickelt und diskutiert und deren praktische Umsetzung einklagt. Studienergebnisse und Erkenntnisse führen derzeit scheinbar nur sehr zögerlich zu einem Umdenken in Politik und Öffentlichkeit, im Hinblick auf die Versorgung benachteiligter Menschen. Wir brauchen eine inhaltliche Wende, in der Begriffe, wie soziale Gerechtigkeit, individuelle und gesellschaftliche Verantwortung ihren Platz haben.

Die so genannten Reformen im Gesundheitswesen, sind sie Reformen, die wirklich den Menschen zu gute kommen? Die bisher realisierten und neu geplanten Gesetzesveränderungen gehen zu Lasten armer, sozial benachteiligter Menschen. Praxisgebühr, Zuzahlungen, höhere Eigenbeteiligungen, die Streichung von medizinischen Leistungen führen zu höheren Erkrankungsprävalenzen und einer deutlich gesteigerten Morbiditäts- und Mortalitätsquote verarmter Menschen. Pierre Abbe, französischer Geistlicher, der u. a. die Emmaus-Bewegung gründete, sagte einmal: „Habe Respekt vor Gesetzen, wenn diese respektvoll in der Anwendung für die Menschen sich zeigen.“ [16] Zeigt die praktische Umsetzung der Gesundheitsreformgesetzgebung ein respektvolles Umgehen mit sozial benachteiligten Menschen? Meines Erachtens eindeutig nicht!

Epilog

▼
Ich habe versucht, anhand meiner Ausführungen den Zusammenhang zwischen Ökonomisierung und sozialer Gerechtigkeit bzw. Ungerechtigkeit im Gesundheitssektor am Beispiel der Auswirkungen auf arme Bevölkerungsschichten darzustellen und kritisch zu interpretieren.

Vergessen wir bei all den Argumenten nicht die Bedeutung des sogenannten „sozialen Friedens“ in einer Gesellschaft. Die Bedeutung für das Miteinandergehen, aber auch für die wirtschaftliche Potenz eines Staates. Und gerade das bundesrepublikanische Wirtschaftswunder beruht auf der sozialen Marktwirtschaft. Dies sollte auch, oder gerade im Gesundheitssektor, Berücksichtigung finden.

Wir reden oft sehr ausführlich über alles Mögliche, ohne dass hierdurch Benachteiligungen und Ungerechtigkeiten abgebaut werden. Gegensätze müssen wieder deutlicher aufgezeigt werden, damit sich die Situation im Sinne des betroffenen Patienten verbessert.

Die Träume und Visionen von heute sind die Realitäten von morgen.

Ich möchte all denjenigen unter uns Mut machen, das Unmögliche zu fordern, um das Mögliche zu erreichen. Setzen wir uns nicht selbst Grenzen, reglementieren wir unser Verhalten nicht im Vorgriff auf das scheinbar Unmachbare. Leisten wir Widerstand mit dem Ziel einer menschenwürdigen, emanzipatorischen, sozial gerechten medizinischen Versorgung. Vieles ist dennoch machbar, veränderbar teilweise auch mit Menschen, von denen wir es nicht sofort vermutet hätten. Wir müssen es nur verinnerlicht haben und immer wieder anprangern. Nicht unter Inkaufnahme der eigenen Existenzgefährdung, dies verlangt niemand. Aber seien wir selbstkritisch, um Bequemlichkeiten in uns aufzuspüren, die Argumente in uns aufkommen lassen, warum dieses oder jenes doch nicht möglich ist, und dennoch letztendlich wir selbst es sind, die eine betroffenenzentrierte Medizin verhindern.

Ich wünsche mir eine engagierte, kreative, phantasievolle, rational und emotional geführte Auseinandersetzung in der Gesellschaft mit dem Thema Ökonomisierung und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Und ich wünsche mir so etwas wie „politische Empathie“. Und dies alles fängt bei jedem von uns, im eigenen subjektiven Denken und Handeln, an.

Literatur

- 1 *Deutscher Kinderschutzbund (DKSB)*. Veröffentlichungen anhand von Pressemitteilungen am 20.11.2006 und 30.8.2006
- 2 *DPWV (Hrsg)*. Expertise. Der Vorschlag des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes für einen sozial gerechten Regelsatz als sozialpolitische Grundgröße. Berlin 2006
- 3 *EvB*. Erklärung von Bern (EvB) und Pro Natura Pressekonferenz am 11.1.2007 zur Verleihung des Public Eye Awards an den Pharmakonzern Novartis. 2007
- 4 *Hohmann J*. Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa. Gesellschaftliche Solidarität auf dem Prüfstand. Hans Huber, Bern 1998
- 5 *Klee E*. Deutscher Menschenverbrauch. In: Die Zeit Nr.49 am 28.11.1997
- 6 *Lampert T, Kroll L*. Einfluss der Einkommenserwartung auf die Gesundheit und Lebenserwartung. Discussion Papers 527; DIW Berlin. Berlin 2005
- 7 *Mielck A (Hrsg)*. Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialegpidemiologischen Forschung in Deutschland. Leske & Budrich, Opladen 1991

- 8 Mielck A, Satzinger W, Helmert U. Gesundheitspolitische Reaktionen in der Bundesrepublik Deutschland auf das Problem „Armut und Gesundheit“. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1995; 2 Beiheft: 39–53
- 9 Mielck A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit (Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten). Hans Huber, Bern 2000
- 10 Müller U, Heinzl-Gutenbrunner M. Armutslebensläufe und schlechte Gesundheit – Kausation oder soziale Selektion? Untersuchungsergebnisse vorgestellt auf dem 104. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, April 1998 in Wiesbaden (Philipps-Universität Marburg)
- 11 Niehoff J-U. Sozialmedizin systemisch. 1. Auflage, Berlin 1995
- 12 Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. In: Huber (Hrsg), 1. Auflage, Kempten 2003
- 13 Siegrist J. Soziale Ungleichheit und Gesundheit: neue Herausforderungen an die Präventionspolitik in Deutschland. Hrsg.: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. In: Forum Gesundheitsförderung. Neue Herausforderungen an eine Politik der Gesundheitsförderung. Bonn 1994
- 14 Soumerai S et al. Effects of Medicaid Drug-Payment. Limits on Admission to Hospitals and Nursing Homes. N Engl J Med 1991; 325: 1072–1077
- 15 Soumerai S et al. Effects of limiting medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia. N Engl J Med 1994; 331: 650–655
- 16 Spiegel Online. Der „Vater der Armen“ ist tot. 22.1.2007 Artikel zum Tode von Abbè Pierre
- 17 Statistisches Bundesamt. Armut und Lebensbedingungen Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA für Deutschland 2005. Wiesbaden 2006
- 18 Tamblyn et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. JAMA 2001; 285: 421–429
- 19 Trabert G. Soziales Umfeld beeinflusst Gesundheitszustand. Deutsches Ärzteblatt 1995; 92: 748–751
- 20 Trabert G. Gesundheitsstatus und medizinische Versorgungssituation von alleinstehend, wohnungslosen Menschen. In: Das Gesundheitswesen, 59. Jahrgang, Juni 1997; 378–386
- 21 Trabert G. Kinderarmut Zwei-Klassen-Gesundheit. Deutsches Ärzteblatt 2002; 99: 93–95