Schwankende Sozialstrukturen: zwischen Mangel und Überfluss

Heisse und kalte Gesellschaften

«Wir befinden uns inmitten einer Gerechtigkeitsdebatte», meinte Prof. Dr. Jean-Pierre Wils, Ordinarius für soziale und politische Philosophie und Kulturphilosophie, Radboud Universität Nijmegen (NL), Wissenschaftlicher Beirat von Dialog Ethik. Dort, wo Überfluss herrscht, sind wir nicht notwendigerweise mit einem Gerechtigkeitsdefizit konfrontiert, ebenso wenig in einer Gesellschaft, die von Mangel geprägt ist. Wo aber Überfluss und Mangel gleichzeitig vorhanden sind, hapert es bei der Verteilung vorhandener Güter.

Prof. Dr. Jean-Pierre Wils,
Ordinarius für soziale und politische Philosophie und Kulturphilosophie, Radboud Universität Nijmegen (NL)

Das Gesundheitswesen mache alleine schon wegen seines wirtschaftlichen Umfangs einen essentiellen Teil unserer Gesellschaften aus. Die Entwicklungen, die hier stattfinden, widerspiegeln sich im Gesundheitswesen. Dieses bleibt nicht unangetastet von den teilweise tektonischen Verschiebungen, die Gesellschaften ihr Gleichgewicht verlieren lassen. «Vielleicht befinden wir uns am Ende eines Zeitalters, das man rückblickend als ‹frivol› bezeichnen sollte. Leichtsinn und Gedankenlosigkeit paarten sich mit der Erotik des Geldes als einer Signatur enthemmten Begehrens, das sich um die ökologischen und sozialen Folgeschäden seines Treibens keinen Deut zu scheren schien. Bildlich gesprochen: Unsere Gesellschaften haben sich ‹überhitzt›», betonte Wils.

Der Referent zitierte den Anthropologen Claude Lévi-Strauss. Dieser spricht in einer seiner letzten Abhandlungen, die «Anthropologie in der modernen Welt» benannt ist, von «heissen» und «kalten» Gesellschaften. «Kalte» Gesellschaften sind jene, die von den Anthropologen untersucht werden, die sogenannten «primitiven» Gesellschaften. Sie sind auf Ordnung und Stabilität aus. Auf den ersten Blick kennen sie keine Geschichte und keinen Fortschritt. Sie verfügen über wenig Enthropie. «Sie funktionieren», so Lévi-Strauss, «am absoluten Nullpunkt der historischen Temperatur.»

Moderne Gesellschaften dagegen erzeugen viel Unordnung – ein viel höheres Mass an Dynamik und an ökonomischen und sozialen Ungleichheiten. Sie befinden sich in permanenter Veränderung und Beschleunigung. Diese Gesellschafen sind demnach Enthropie-geladen. Sie sind «heiss». Ihre Triebfeder ist die Herstellung einer «Ökonomie des Überflusses». Lévi-Strauss erliegt allerdings nicht der Versuchung, die beiden Gesellschaftstypen gegeneinander auszuspielen, geschweige denn, den «kalten» Typus zu romantisieren und den «heissen» Typus zu perhorreszieren, also zu verabscheuen. Aber er macht auf spezifische Verluste aufmerksam. Auch eine «Ökonomie des Überflusses» produziert Mangelzustände. Im Blick auf die «kalten» Gesellschaften sagt er: «Sie beruhen auf Prinzipien, die den Umfang der erzeugten Reichtümer in moralische Werte verwandeln: persönliche Verwirklichung bei der Arbeit, Wertschätzung von Seiten der Angehörigen und Nachbarn, moralisches und soziales Ansehen, Übereinstimmung zwischen der natürlichen und der übernatürlichen Welt.» Diese Gesellschaften basierten offenbar auf einem hohen Mass an Gleichgewichtstechniken, während wir, die Bewohner «heisser» Gesellschaften, über Ungleichgewichtstechniken verfügen, die uns dazu zwingen, andauernd nach Kompensationsformen zu suchen.

Das Armuts-Beispiel Deutschland

Jean-Pierre Wils skizzierte mehrere Beispiele von Mangel und Überfluss. So sollte z.B. im Herbst letzten Jahres in Deutschland der «Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung» vorgelegt werden. Die erste Fassung dieses Berichts, der vom Arbeits- und Sozialministerium erstellt wird, das in christlich-konservativer Hand ist, behagte aber Teilen der Bundesregierung, vor allem dem liberalen Lager, nicht, so dass um eine korrigierte Fassung in der «Ressortabstimmung» bis vor kurzem gerungen wurde. Anstoss erregten folgende Sätze: «Die Privatvermögen in Deutschland sind ungleich verteilt. Die unteren Löhne sind in den vergangenen zehn Jahren preisbereinigt gesunken. Die Einkommensspreizung hat zugenommen.» Dies verletze «das Gerechtigkeitsempfinden der Bevölkerung». Die vermögensstärksten 10% der Haushalte in Deutschland verfügen über mehr als die Hälfte des gesamten Nettovermögens. Die untere Hälfte der Haushalte dagegen verfügt über lediglich 1%. Die Armutsgefährdungsquote liegt Schätzungen zur Folge bei etwa 15%: Diese Menschen leben in Armut bzw. in relativer Armut.

Als armutsgefährdet gelten Menschen, die weniger als 60% des Mittelwertes der Einkommen zur Verfügung haben, in Deutschland sind das ungefähr 11’500 Euro im Jahr. In der GBE (Gesundheitsberichterstattung), erstellt vom renommierten Robert-Koch-Institut in Berlin,

ist nachzulesen, dass die Lebenserwartung von Menschen graduell abgestuft ist, das heisst: sie korreliert mehr oder weniger genau mit dem Einkommen. Frauen und Männer aus den unteren Einkommensgruppen haben eine um 8 bzw. 11 Jahre geringere Lebenserwartung als ihre Geschlechtsgenossen aus dem oberen Einkommensbereich. Mangel und Überfluss stehen offenbar in einem direkten Verhältnis zu früherem oder späterem Ableben, für die einen zum Risiko, ein kürzeres Leben, für die anderen zur Chance, ein längeres Leben zu führen. Risiken und Chancen sind demnach ungerecht verteilt.

Keine Notfallversorgung im Notfall-Land

Ein weiteres Beispiel: In griechischen Kliniken schliessen seit einiger Zeit die Notfallambulanzen für mehrere Tage die Woche – aus Geldmangel. Diese Ambulanzen behandeln kostenlos, weshalb sie mit Strömen von arbeitslosen, nicht mehr krankenversicherten Menschen konfrontiert werden. Einem erschütternden Bericht des Magazins der «Süddeutschen Zeitung» zufolge muss die Ambulanz des Papageorgiou-Krankhauses in Thessaloniki bis zu 1500 Patienten am Tag behandeln. Die Ambulanz des grössten Klinikums Europas, der Charité in Berlin, schafft bestenfalls 580 Patienten. In der Notaufnahme des Münchener Klinikums rechts der Isar werden täglich etwa 70 Menschen versorgt. In Griechenland schützen Security-Firmen Ärzte und Ärztinnen vor verzweifelten Patienten und Patienten vor anderen Patienten. Vor Operationen werden Menschen manchmal sogar aufgefordert, die benötigten Fäden erst selber in einer Apotheke zu kaufen, weil das Krankenhaus über die benötigten Basisutensilien nicht mehr verfügt.

Auch Krebsmedikamente müssen die Patienten zunächst selber vorfinanzieren. Weil viele das nicht können, sterben sie vorzeitig. Vom medizinischen Personal hört man immer wieder folgenden Satz: Es sei «wie im Krieg». Die deutschen Tagesthemen berichten, dass auch in Spanien wegen Sparmassnahmen 21 Notfallambulanzen in ländlichen Gegenden geschlossen werden sollten. Das nächste Krankenhaus ist dann für zahllose Bewohner solcher Gegenden bis zu 150 Kilometer weit entfernt. Die Folgen dieser Massnahmen liegen auf der Hand.

Auch in der Schweiz hapert's

Ein abschliessendes Beispiel kommt aus der Schweiz: Wie Markus Zürcher, der Generalsekretär der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften, in seinem Vortrag im Rahmen der Tagung «Ein nachhaltiges Gesundheitssystem für die Schweiz» am 4. Dezember letzten Jahres in Bern berichtete, haben sich die Prämien für die Krankenkassen in den letzten zehn Jahren um 50% erhöht, die für junge Erwachsene haben sich gar verdoppelt. Als Folge dieser Entwicklung beziehen mittlerweile 30% der Versicherten, so Zürcher, Prämien-Verbilligungen, die dem Bund und den Kantonen jährlich 4,3 Milliarden Franken kosten. Während der Bundesrat als Zielvorgabe formuliert, dass Schweizer Bürger nicht mehr als 8% ihres Einkommens für Prämien ausgeben sollten, sieht die Wirklichkeit ganz und gar anders aus: Je nach Region und Stadt geben mittlere Einkommen zwischen 14 und 17% ihres Budgets für Prämien aus.

Und einer Umfrage der Gfs-Bern zufolge stellen diese Krankenkassenprämien für 46% der Bevölkerung, also nahezu für die Hälfte aller Schweizer, «manchmal oder dauerhaft ein finanzielles Prob-

lem dar.» Die Mängellisten sind eindrucksvoll: Es fehlen Hausärzte und Pflegekräfte, es werden zu wenig Ärzte und Ärztinnen ausgebildet, Behandlungsfehler aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse von Medizinern aus dem Ausland häufen sich, überflüssige Diagnosen und Behandlungen, also ein buchstäblicher Überfluss, verursachen Schäden, somit einen Mangel. Die Situation der Schweiz ist – verglichen mit den südeuropäischen Verhältnissen – geradezu paradiesisch, aber auch hier sind die Verhältnisse aus dem Lot geraten, wie fast überall.

Das Gut der Gesundheit: drei Thesen

Solidarität, so Wils, weiche in Gesundheitssystemen oft betriebswirtschaftlichen Kriterien: «In einer Publikation der deutschen Bundesärztekammer aus dem Jahre 2007 mit dem Titel ‹Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland› wird der wachsende Konflikt zwischen einer (einseitigen) ökonomischen Steuerungsrationalität auf der einen Seite und der medizinischpflegerischen ‹sozialen› Rationalität auf der anderen Seite ausführlich thematisiert. Die Bundesärztekammer – bekanntlich kein Ort linker Systemkritik – macht in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass die Dominanz betriebswirtschaftlicher Überlegungen im medizinischen Alltag bereits zu ‹massiven› Verhaltensänderungen geführt habe.»

Unmissverständlich wird auf die alles entscheidende Frage hingewiesen, die sich in dieser spannungsgeladenen, über gelegentliche atmosphärische Trübungen mittlerweile weit hinausgehenden Lage der Dinge ergibt. Man müsse endlich damit anfangen, «das Gut der Gesundheit näher zu betrachten, die Position des Nachfragers, seine Souveränität, Autonomie und die Relevanz von Präferenzen genauer zu beschreiben». Und dann folge eine nach Meinung des Referenten programmatische Aussage: «Ohne ein ausformuliertes, dem allgemeinen Stand der akademischen Reflektion angemessenes Paradigma der besonderen Bedingungen des Gutes Gesundheit wird eine weitere Zurückdrängung und ‹Verzweckung› der ärztlichen Tätigkeit unausweichlich werden.»

«Das ökonomische Prinzip ist deshalb so erfolgreich, weil es klare, damit aber auch eingegrenzte Ziele verfolgt (das Krankenhaus verliert damit seine Stellung als soziale Einrichtung), die Effekte im Wesentlichen auf der monetären Ebene abgebildet werden (soziale Fernfolgen bleiben unbeachtet), Erfolg und Misserfolg lediglich auf die Einzelorganisation bezogen und langfristige Effekte meist ausgeblendet werden. Demgegenüber die soziale Rationalität des medizinischen Handelns des Arztes zu profilieren, wäre die entscheidende Herausforderung. Eine human orientierte, stabile Betrachtungsebene ist erforderlich, an der die Enge des ökonomischen Paradigmas permanent einer kritischen Überprüfung zu unterziehen ist.»

Gesundheit: ein konditioniertes Gut

Prof. Wils bezeichnet das Gut der Gesundheit als ein konditioniertes Gut: «Denn über weite Strecken unseres Lebens sind wir von der Sorge Dritter abhängig; wir haben unseren Geburtsort nicht bestimmt; wir haben unsere genetische Ausstattung nicht ausgesucht; wir können die Umweltbedingungen nicht als Individuen beeinflussen; unsere Arbeitsumstände entziehen sich grösstenteils unserer privaten Gestaltungskraft; für Widerfahrnisse und Schicksalsschläge können wir nicht verantwortlich gemacht werden; die sozial-kulturellen Verhältnisse, in denen wir leben, haben wir in überwiegendem Masse nicht gewählt, und wir sind auf die Qualität des Gesundheitswesens angewiesen. Selbstverständlich tragen wir eine Verantwortung für unsere Gesundheit im Sinne einer individuellen Vor- und Fürsorge. Aber es macht keinen Sinn, Krankheitsrisiken gänzlich zu privatisieren.»

«Wer das tut, verletzt den Grundsatz der gleichen Berücksichtigung und fügt am Ende auch der Freiheit des Einzelnen einen beträchtlichen Schaden zu. Im Hinblick auf Gesundheit und

Krankheit gibt es ohne unsere sozialen und institutionellen Interventionen nämlich keinerlei Gerechtigkeit, keinerlei auch nur annähernde Gleichheit. Wir sind in jeder Hinsicht auf die asymmetrische Sorge Anderer angewiesen und sind unsererseits der Verpflichtung unterworfen, die empfangene Sorge oder die für den Bedarfsfall in Aussicht gestellte Sorge Anderer solidarisch zurückzuerstatten. Wer Patienten als Kunden betrachtet, die auf dem Markt des Gesundheitswesens einkaufen, mit Anderen konkurrieren, ihre Kaufkraft mobilisieren und sich als virile ‹homines oeconomici› verhalten, vergisst diesen konditionalen Charakter des Gutes der Gesundheit. Er vergisst darüber hinaus den einfachen Sachverhalt, dass kranke Menschen leidende Menschen sind. Sie sind angewiesen auf eine Haltung des Gebens, weshalb eine Ökonomie der Gesundheit immer auch eine Ökonomie der Gabe ist.»

Gesundheit ist keine «Ware»

«Die Antwort auf die Frage, zu welcher Kategorie von Gütern die Gesundheit zu zählen ist, leitet sich aus dieser Interpretation ab, aus einer Interpretation, die allerdings erfahrungsgesättigt ist und dem Phänomen ‹Krankheit› entspricht». Jean-Pierre Wils folgerte weiter: «Unsere Gesundheit befindet sich in einem komplexen Netzwerk verschiedener Faktoren, die es meines Erachtens unmöglich machen, sie – die Gesundheit – zu einer Ware zu machen, um die wir rivalisieren sollten. Und aus eben diesem Grund können wir aus Marktgesichtspunkten einzelne Menschen nicht von diesem Gut ausschliessen. Die Gesundheit ist letztlich kein marktfähiges Gut.»

Historisch gesehen war der Sozialstaat der «Garant der Herstellung jener Güter, die nicht marktfähig sind». Er schützt den Bestand öffentlicher Güter gegen Übergriffe, die sie restlos dem Markt, dem Wettbewerb und der ökonomischen Effizienzanforderung unterwerfen, obwohl Markt, Wettbewerb und Effizienz im Gesundheitswesen auch eine wichtige Rolle spielen. Aber es bedinge, so Wils, eines Einschliessens der Nicht-Leistungsfähigen in den Schutzbereich der Solidargemeinschaft. Ein auf den kranken Menschen ausgerichtetes Gesundheitswesen könne sich letzten Endes einer leistungsorientierten Idee von Gerechtigkeit nicht zuwenden. Dieses würde seinem Auftrag im Kern widersprechen. Aus diesem Grund bleibt Gesundheit eines der ganz wichtigen, eines der essentiellen öffentlichen Güter. Es wäre gut, wenn wir die Benennung eines Patienten als Kunden in Zukunft mit einem Tabu belegten. Danach können wir weiter darüber nachdenken, was Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Rationalisierung im Gesundheitswesen bedeuten können.»

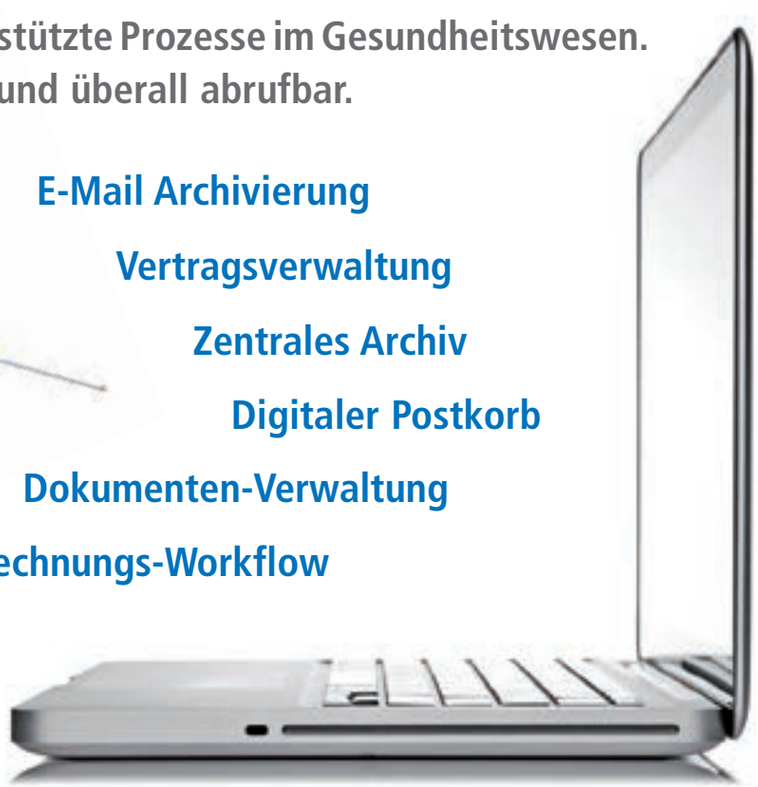
Das Ende des «frivolen Zeitalters»

Prof. Wils fasste zusammen: «Das Ende des ‹frivolen› Zeitalters meint, das wir uns in einigen Elementarbereichen unseres Lebens besinnen sollten auf «das, was wir einander schuldig sind». Wir können das. Wir dürfen uns selbst nicht kleindenken und das ‹soziale Tier› in uns nicht zum Schweigen bringen.» Der Referent zitierte schliesslich Peter Sloterdijk: «Der Mensch ist zwar ein vom Habenwollen geprägtes Geschöpf und es gibt keine Wirtschaftstheorie, die dies nicht unter ihre Axiome rechnet, doch ist er immer auch als ein von Grund auf anteilnehmendes Wesen zu denken, dessen affektives Repertoire durch Emphatie, Stolz, Generosität und Gebenwollen mitbestimmt ist.»

Impfung gegen Dokumentenchaos

adeon – Ihr Spezialist für dokumentengestützte Prozesse im Gesundheitswesen.
Elektronische Patientenakten jederzeit und überall abrufbar.

E-Mail Archivierung
Vertragsverwaltung
Zentrales Archiv
Digitaler Postkorb
Dokumenten-Verwaltung
Eingangsrechnungs-Workflow



adeon

Brügglistrasse 2 CH 8852 Altendorf T: +41 55 451 52 52 F: +41 55 451 52 53 info@adeon.ch www.adeon.ch