

Ruhelos in Berlin



medico international

medico-Debatte „Globalisierung und Gesundheit“ auf der 11. Konferenz „Armut und Gesundheit“ in Berlin, 18. und 19. November 2005

Das Alphabet der Globalisierung kennt viele Einträge. Die 11. Konferenz „Armut und Gesundheit“ in Berlin begann mit dem Eintrag A wie „Ausgrenzung“ und endete mit dem Eintrag R wie „Ruhelos“. Dazwischen lag ein Zeit-Raum, der die Distanz von der Westbank bis zur Berliner Mauer, mit einem Umweg über Indien und London mühelos durchmaß. Die Zeitzonen der verschiedenen Konferenzblöcke gerieten dabei so kurzweilig, dass die interessierte ZuhörerInnenschaft selbst am frühen Samstagmorgen zum Konferenzabschluss äußerst zahlreich erschien. Im nächsten Jahr also dann sieht man sich wieder, soviel scheint ausgemachte Sache.

Begonnen hatte alles am Freitag mit der Fragestellung, wo eigentlich Sinn und Zweck einer politischen Gesundheitsberichterstattung liegen könne. Medico international ist Mitherausgeber des ersten alternativen Weltgesundheitsberichtes, dem Global Health Watch (GHW) und das Fazit eines der Mit-Autoren, Mike Rowson aus London, war kurz und prägnant: Der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht es schlecht. Nicht nur finanziell. Der ganze Organisationsapparat ist latent geschwächt, hin –und hergeworfen zwischen den Interessen und Perspektiven einzelner Geberländer. Aufgabe des GHW sei es deswegen, Gesundheit aus dem Blickwinkel jener zu schildern, die entfernt der globalen Entscheidungszentralen mit den wirtschaftlichen und politischen Folgen des Neoliberalismus zu kämpfen hätten. Der GHW ist das Werk tausender Einzelpersonen und vieler zivilgesellschaftlicher Organisationen. Allein die Entstehungsgeschichte sei somit ein großer Erfolg, auch wenn das Ergebnis ernüchternd klingt: Die Ausgrenzung von immer mehr Menschen beim Zugang zu Gesundheit nimmt dramatisch zu, im Norden wie im Süden.

Was Ausgrenzung für die palästinensische Bevölkerung bedeutet, schilderte Joan Jubran vom Health, Development, Information and Policy Institute aus Ramallah eindringlich. Als Mitautorin des Wall and Separation Reports, der über die Auswirkungen der Mauer zwischen Israel und Palästina auf die Menschen in der Westbank berichtet, wunderte sich Jubran aber erst einmal darüber, wie klein doch die Berliner Mauer geraten sei. Da sei man in ihren Landstrichen größeres gewöhnt, mit weitreichenden Folgen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Waren es früher nur Minuten zum nächsten Krankenhaus oder Gesundheitsposten, so unterbrechen heute Mauern oder Checkpoints den Zugang. Ein Riesenproblem beispielsweise für chronisch Kranke oder auch Hochschwängere. 61 Kinder wurden in den letzten Jahren an den Checkpoints geboren, so Hadas Ziv von den Physicians for Human Rights aus Tel Aviv. Längst leben viele Menschen in Westbank wie auf Inseln. Bloß die Aussicht ist verstellt. Gerade deshalb könne nur eine politische Berichterstattung Fenster zu anderen Perspektiven aufstoßen, so die Moderatorin Katja Maurer von medico international. Perspektiven, up against the wall und darüber hinaus. „Keep the hope“ war auf dem letzten Bild der unvermeidlichen Power Point Präsentation zu lesen. Wer die Beiträge hörte, durfte angesichts der erfrischend unideologischen Diskussion sogar fast ein bisschen davon träumen.

Schattenspiele

Der japanische Autor Kazuo Ishiguro hat einen verstörenden Roman geschrieben. Der Roman erzählt über ein englisches Internat. Ein Kosmos der Fürsorglichkeit, in dem Kinder mit ernsthafter Hingabe erzogen werden. Ein Ort, der als Inbegriff von Kultur erscheint, bis wir langsam erfahren, dass etwas Furchtbares vor sich geht. Man könnte es den Inbegriff von Unkultur nennen: Menschenzucht. Kinder wachsen hier heran als Ersatzteillager für Organe.

Die Nachmittagsdiskussion mit dem Titel „Entwertung und Verwertung, Ein- und Ausschlüsse“, kam ganz gelassen daher, und zeichnete doch die Schatten einer zunehmenden Entsicherung des Wohlfahrtsstaates und die Ökonomisierung des menschlichen Körpers an die Wand, dass manchem im Saal das Schaudern über den Rücken jagte. Angesichts der Versorgungszustände in Indien, wo über unvorstellbare 500 Millionen Menschen keinen gesicherten Zugang zu Gesundheitsversorgung haben, wie Dr. Narendra Gupta vom PHM eindrucksvoll schilderte, scheinen aktuelle Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem Marginalien. Und doch ließ die Anmerkung von Thomas Gerlinger, Institut für Medizinische Soziologie Frankfurt, dass die Zahl der nicht Krankenversicherten im Zeitraum von 1995 bis 2003 sich von 105 000 auf 188 000 fast verdoppelt habe, aufhorchen. Der Erosionsprozess hat schon lange begonnen, und es war Erika Feyerabend, die auf eindrucksvoller und genau recherchierter Grundlage klar machte, dass es nicht nur ungeahnte Geldströme sind, die in der Gesundheitsindustrie zirkulieren, sondern auch Flüssigkeiten in Form von Eizellenhandel und Organen. Die neuen Eigentumsrechte am „Substanzkörper“ und an den Körpersubstanzen stellen einen Epochenbruch dar. Die Ausweitung der „Vermarktungszone“, die Knappheit an Organen, und die persönliche Verbindung des Organspenders zum Organempfänger als Garant einer schnelleren Spende, erschienen vor dem Hintergrund von Ishiguros Buch seltsam vertraut. Es war noch einmal Dr. Narendra Gupta, der mit der Frage nach dem medizinisch Notwendigen, und wer darüber überhaupt zu entscheiden habe, klar machte, dass der enorme Druck der Ökonomisierung von Gesundheit die Sicht auf den Menschen weltweit verändere. Es sei höchste

Zeit Widerstand zu leisten. Er als Teil des Peoples Health Movement (PHM) sei dazu entschlossen genug.

Die Sättigungsgrenze

Wenn, wie Hadas Ziv von den Physicians for Human Rights aus Tel Aviv behauptet, der Umgang mit Gesundheit die wesentlichste Aussage über den Zustand einer Gesellschaft erlaube, dann gibt es für Verbesserungen wohl schlicht keine Grenze. So darf man bei der Privatisierungswelle im Gesundheitswesen unter dem Motto „You deserve better“, „Sie haben etwas besseres verdient“, berechtigterweise fragen, wer denn eigentlich gemeint sei: die Patientin oder die behandelnde Ärztin?

Norbert Schmacke von der Universität Bremen verwies auf die Holländischen ÄrztInnen, die „in dubio abstine“, „im Zweifel bitte Abstand nehmen“ zuraten. Eine altmodisch klingende Formel, habe doch die moderne Medizin mit ihren enormen Fortschritten gewonnen, und sei damit, so widersprüchlich das auch klingen mag, zu einem Problem für viele Menschen geworden. Die Frage, ob neu auch immer besser sei, haben gerade pharmakritische Berichte in letzter Zeit zunehmend in Frage gestellt. Eine der wichtigsten Frage laute heute, welche Verabredung eine Gesellschaft eigentlich bezüglich einer angemessenen Versorgung für alle treffen könne. In Israel bedeute das Menschenrecht auf Gesundheit beispielsweise, keine Unterscheidungen zwischen Kriegs- und Zivilverwehrten zu treffen, so Hadas Ziv. Dass die Medien zunehmend Einfluss auf die Richtung gesellschaftlicher Diskussion nehmen, zeigt das Beispiel Alzheimer. Alle reden über neue Medikamente, nur wenige über die Unterstützung vieler Familienangehöriger bei der Pflege von Angehörigen.

Auch wenn es fast unmöglich sei, einen universalen Gesundheitsbegriff zu formulieren, so gelte es doch einen Minimalkatalog aufzustellen, wobei das Begriffspaar Bildung und Gesundheit von herausragender Bedeutung sein dürfte.

Stefanie Graefe, Redakteurin der Fantômas, dagegen warnte davor, dass ein „Recht auf Gesundheit“ in eine „Pflicht zu Gesundheit“ verkehrt und missbraucht werden könne. So berge die Forderung nach „Gesundheit für alle“ in sich die Gefahr eines Ausschlusses „nicht- gesunder“ Lebensformen und könne in Zeiten zunehmender Ökonomisierung des Gesundheitswesens als „ein Imperativ, der uns die individuelle Verantwortung für den Erhalt unserer „Marktfähigkeit“ aufbürdet missverstanden werden“.

Zurück in die Zukunft

Am darauffolgenden Samstag dann hatte der Titel „Gesundheitsbewegung wird gemacht“ seine Wirkung für eine Frühbewegung ins Rathaus Schöneberg nicht verfehlt. Vor vollem Haus diskutierte das Podium über Eintrittspreise, Kostenexplosion, und die vielen Streiks im deutschen Gesundheitswesen, die hier und da in den Nachrichten aufscheinen, „den Weg in die Talkshows aber noch nicht geschafft habe“, so Tobias Michel von Ver.di, Essen. Vielleicht gelingt das bald der TKK, der transkontinentalen Krankenkasse, die Frank John aus Hamburg darstellte. Ein Netzwerk, das überaus erfolgreich meist illegalen MigrantInnen im Krankheitsfalle hilft, und dabei durchaus auch auf den zivilen Ungehorsam so mancher ÄrztInnen und anderer im deutschen Gesundheitssystem Tätigen rechnen kann.

Dr. Narendra Gupta vom Peoples Health Movement sagte es in zwei Worten: „Be universal“. Die weltweite Gesundheitskatastrophe sei die Krankheit, und die gelte es zu bekämpfen, wo immer sich eine Gelegenheit biete. Mehr Bildung, bessere Häuser, gerechtere Arbeitsverhältnisse.

„Es gibt Möglichkeiten das Rad zu drehen“, so Katja Maurer von medico international, und sie wagte auch schon einen Ausblick auf die Konferenz im nächsten Jahr. Der Hinweis darauf, Gesundheit oder Teile davon national und international als öffentliches Gut zu etablieren, verwies auch auf die Diskussionen der 80-er Jahre, die einen viel weiter gefassten Begriff von Gesundheit pflegten, als das heute gemeinhin der Fall ist.

Weg von der Versicherungslogik, hin zu einer Logik, die vereinfacht, mit alten Mythen aufräumt und nicht den ExpertInnen alleine die Definitionsmacht überlassen.

Es bleibt also viel zu tun, und wohl deshalb zitierte Martin Glasenapp von medico international zum Abschluss der Konferenz aus einem jüngst in der „Zeit“ erschienen Interview mit dem Soziologen Zygmunt Baumann.

Frage: Was wäre das, eine gute Gesellschaft?

Bauman: Eine, die sich nie für gut genug hält, die wachsam gegenüber Ungerechtigkeit, Unglück und Leid, also ruhelos bleibt.

Globalisierung und Gesundheit

1. Global Health Watch - Für eine politische Gesundheitsberichterstattung

1. Die Methodik einer alternativen Gesundheitsberichterstattung – Mike Rowson (Mit-Autor und Mit-Herausgeber des GHW, London), Seite 4 /ppt
2. Die Wall and Separation Reports - Gesundheitsberichterstattung im israelisch-palästinensischen Konflikt. - Joan Jubran (Health, Development, Information and Policy Institute, Ramallah) ppt

2. Entwertung und Verwertung, Ein- und Ausschlüsse - der neoliberale Zugriff auf Leib und Leben

1. Gewinner und Verlierer – Zur Gesundheitslage in Indien nach den Reformen der 90er Jahre – Dr. Narendra Gupta (People's Health Movement Indien) ppt
2. Wie Leben und Überleben (wieder) entsichert werden: Die Gesundheitslage in Deutschland – Thomas Gerlinger (Institut für medizinische Soziologie, Frankfurt)
3. Auch Einschluss kann tödlich sein: Der Zugriff auf Körper und Körpersubstanzen,– Erika Feyerabend (Bioskop, Köln) Seite 6

3. Gesundheit und Menschenrecht

1. Gesundheit für alle als Menschenrecht – Hadas Ziv (Physicians for Human Rights, Israel, Tel Aviv) Seite 9
2. Grenzen der Machbarkeit - Wider die Totalisierungstendenzen des modernen Medizinbetriebs – Norbert Schmacke (Uni Bremen) Seite 13 / ppt
3. Grenzenlose Gesundheit, grenzenloses Glück? Ideale gesunder Lebensführung zwischen Selbstbestimmung, „Normalität“ und Ökonomisierung - Stefanie Graefe (Universität Hamburg, Redaktion Fantômas) Seite 20

4. Gesundheitsbewegung wird gemacht!

1. Zur indischen Kampagne für den freien gleichen Zugang zu Gesundheit - Dr. Narendra Gupta (PHM India) ppt
2. Zugang zu Gesundheit sichern, hier, überall, für jedeN: Transkontinentale Krankenkasse! - Frank John (Medizinische Beratungsstelle Hamburg/Gesellschaft für Legalisierung) Seite 23
3. Gesundheitsbewegung in Deutschland – Bilanz und Perspektive - Tobias Michel (Ver.di, Essen) Seite 26 / ppt
4. Für eine global vernetzte Gesundheitsbewegung! Katja Maurer (medico international)

(Die hier mit „ppt“ gekennzeichneten Beiträge liegen uns als Microsoft Power-Point-Präsentation vor. Wir schicken Ihnen gern eine CD-ROM mit allen Dateien. Bitte bestellen Sie telefonisch: 069 94438-0 oder per eMail: info@medico.de)

**Global Health Watch 2005-2006:
An Alternative World Health Report**
Mike Rowson, Mitautor des Global Health Watch

Friends, thank you for the invitation to discuss our new report, *Global Health Watch 2005-2006*, and in particular to Medico for giving it such a high profile within their meeting. (...)

Global Health Watch was a truly international project. It was established by three co-ordinating organisations – the People’s Health Movement (a global social movement which was set up to highlight the economic, social and political barriers to ill-health and defend the principles of Primary Health Care); the Global Equity Gauge Alliance, which is a network of groups in the developing world measuring health inequalities and undertaking advocacy to lessen them; and Medact, a UK-based charity of health professionals, undertaking education, advocacy and research on the health effects of conflict, poverty and environmental change. The Secretariat for this edition of the Watch was based with Medact in London.

But the final product that I’m holding in front of you was in fact the work of over 130 individuals from dozens of countries, representing over 70 organisations from both civil society and academia. Some of these individuals wrote chapters or parts of them; others reviewed their content; and others helped facilitate the book’s emergence in many different ways. The diversity of the organisations involved is also noteworthy: they are from many different sectors and are both big and small. As the acknowledgements at the beginning states, this book marks their willingness to commit themselves to an endeavour which attempts to reveal the injustices which underlie the state of health worldwide. We also hope that it contributes to the fight-back against these injustices, a fight-back of which this meeting is a part.

Why did we embark on this project? There are three key reasons. Firstly, all three of the co-ordinating organisations were deeply concerned about the direction of international health policy – specifically, the renewed enthusiasm for market-led policies which has reshaped health services in both North and South. The report also calls for a movement away from the disease-led approach to dealing with the injustices which the Millennium Development Goals highlight. The importance of public, integrated health services, treating a wide range of conditions in an equitable and efficient manner has been badly neglected, despite evidence for the effectiveness of such systems. Alongside this, the lessons contained in the WHO/UNICEF Alma-Ata Declaration on Primary Health Care, which emphasises the importance of dealing with the underlying causes of ill-health, has also been neglected.

Secondly, several of us involved in setting up this project had been frustrated by the lack of transparency in the elections of the Director General of the World Health Organization which had taken place at the beginning of 2003. Some of us had been involved in trying to set up – for the first time – a public debate so that a broader range of people could hear what the candidates to be the future leaders of world health had to say. It was a difficult process and in the end just 3 of the candidates (and none of the favourites) took part. The elections themselves took place behind closed doors and were mired in political machinations. For us, this was a symptom of a wider lack of accountability and democracy in the institutions of global governance. We decided that we needed to do something that would monitor the actions of these institutions more closely and recommend reforms to their structures. The Global Health Watch was therefore established to regularly “watch” the institutions that would usually escape “unwatched”.

We had another reason to undertake this report. Although there has been a proud and impressive record of international health advocacy – you may recall the achievements of civil society in the battles on tobacco, medicine prices, breastfeeding and essential drugs – we also saw that global civil society in the field of health was quite fragmented, often focussed on specific conditions and divided beyond North and South, leading to a neglect of the underlying determinants of ill-health and of the need for health systems underpinned by a public-service ethos. We felt that the Watch would help provoke debate and eventually more co-ordination around common principles for this type of broader advocacy. At the same time, it would also help link campaigners in different sectors, creating

the grounds for more networking and co-ordinated action on a broad range of issues important to health the world over. It could also stimulate increased awareness amongst health workers in general.

Our ambitions were therefore quite large! And the report's contents, appearing now on the screen, reflect the breadth of the issues we addressed. Partly, this breadth was driven by our desire to connect with as large a proportion of health civil society as we could and partly by the fact that there are a lot of issues to cover.

The Watch has three major roles – an educational role, a policy-change role and, connected to this, an advocacy role. I'll now look at each of these in turn, and try to evaluate how far we have got with this first edition.

The point of this edition of the Watch was to set out the case for our approach in a direct and, we hope, easy to understand way. It tries, and the globalization chapter does this particularly well, to connect global changes to national health and even individual health and well-being. It also tries to set out in as direct a way as possible our core principles on health systems issues, and why we need to consider all of these different issues which are beyond the health sector's control. We are directing this publication, as the slide shows, beyond the usual actors in civil society to a broader audience. In particular, to health workers and other potential advocates for health, who may not be so familiar with global health issues.

But we also recognised that the report had the potential to influence policy, and that this was an important opportunity to set forward agendas for action in health and development policy. In particular we have concentrated on the issues of the failed promises of rich nations in these areas and also on outlining our 10 point agenda for action on health systems development. To make these policy points more accessible, we created *Global Health Action*, a document which people and organisations can use as a guide to the principles of the Watch and as a lobby tool for action.

This brings me to the third point – advocacy. The Watch is not an organisation, and so it cannot create policy change by itself. It aims to stimulate evidence-based action by the kinds of groups you can see on the screen. The co-ordinating organisations and their close partners are planning to take campaigning on some of the issues raised in the Watch further – especially on health systems development and the WHO – but we need Medico and people like yourselves to help us do this.

Dissemination has already started – launches, as you can see, are playing a particularly important role in getting the messages out to a wider audience. There have been articles in medical journals, newspapers and a large number of people have accessed the website – so many in fact that the website crashed in the first few days of operation. We hope to continue the launches, and we are now disseminating the report to health ministers around the world. We also hope to see the production of simple to read discussion documents for widespread dissemination in very poor surroundings. And we hope to get further articles in prominent journals to start to building pressure for policy change.

We are proud to have stimulated the production of one regional and one national Watch, in Latin America and the United Kingdom, and we hope that the next phase of the project will produce more of these. An Indian Health Report was also produced in parallel with this edition of the Watch. These reports make the principles of the Watch more accessible for local audiences.

You can obtain all of these documents in different ways, as the slide shows. We hope that you can join us in promoting this edition of the Watch, and the next slide shows some ways in which you may be able to help us. We are now working towards *Global Health Watch 2007-2008*, and maybe during the discussion I can reflect a little more on the lessons we have learnt from this experience and what we plan to do next.

Thank you for your attention.

Auch Einschluss kann tödlich sein – der Zugriff auf Körper und Körpersubstanzen

Erika Feyerabend, Bioskop, Essen

In den westlichen Gesundheitssystemen geht es nicht nur um den Verbrauch von Geld, das in Form von medizinischen und pflegerischen Handlungen zunehmend rationiert wird. Die immer größer werdende Gruppe der Nicht-Versicherten, der Armen und der Pflegebedürftigen erhält zunehmend weniger Leistungen. Alle anderen sollen sich optimale Versorgung privat hinzukaufen.

Wir haben es gleichzeitig mit einer Gesundheitsindustrie zu tun, in der permanent neues Wissen und neue medizinische Angebote produziert werden. An dieser Stelle gibt es keine Rationalität, die in der Selbstbeschränkung liegt. Hier zirkulieren nicht mehr allein Geld, sondern auch Organe und Körpersubstanzen wie bzw. als Kapital. Sektoren wie die Transplantationsmedizin und die Fortpflanzungsmedizin haben Organe und Eizellen zu ökonomisch taxierten Ressourcen gemacht, die auch entlang der internationalen Armutsgefälle gehandelt werden. Das Gebiet der Genomforschung und der „regenerativen Medizin“ – also vor allem der Stammzellforschung – boomt vor allem dank staatlicher Drittmittelförderung und überführt „genetische Information“ sowie Körpergewebe in Formen geistigen Eigentums.

Meine zentrale These: Jenseits der Mythen von Heilung, langem Leben und neuen Letzterklärungen für Krankheit, Gesundheit „Risiken“ werden in dieser Gesundheitsindustrie Körper kapitalisiert. Wir haben es also nicht mehr allein mit einem Körper als Träger von (zunehmend überflüssig werdender) Arbeitskraft zu tun, sondern auch mit einer Art „Substanzkörper“, der Teil der Warenproduktion und einer rechtlichen Zone wird, in der neue Eigentums- Vermarktungs- und Zugriffsrechte entstehen. Ich halte diese Entwicklung für einen Epochenbruch. Indem Biomedizin und Biowissenschaften zunehmend mittels körpereigener Stoffe und Organe forschen und intervenieren werden die Grenzen zwischen den Körpern diffus. Körpersubstanzen werden individuell wie auch in internationalen Handelsbeziehungen als produktiv wahrgenommen und behandelt.

In Ländern wie diesen dominiert die *Fremdvermarktung*. D.h. Forschungsinstitute, Kliniken, Firmen bearbeiten diesen Substanzkörper nach internationalen Regeln oder in rechtlichen Grauzonen. Ideologisch dominiert das Modell der altruistischen „Spende“ zum Wohle Kranker, zum Erkenntnisgewinne und für verbesserte Gesundheit. In den Armutszonen Osteuropas wie des Südens wird die *Selbstvermarktung* normal, wenn entsprechende Zentren und Laboratorien nach bioindustriellen Standards existieren. Zunehmend werden organbedürftige PatientInnen oder zahlungsfähige Konsumentinnen reproduktiver Substanzen weltweit mobilisiert, um sich in den Billiganbieterländer des Südens behandeln zu lassen. Ein internationaler Experten Diskurs, formuliert neuerdings eine „offene“ Frage: die globale, reguläre *Selbstvermarktung*. So könnte

eine illegale Praxis, Organhandel und Eizellmärkte in den industriellen Zentren möglich werden. Diese Variante der Kapitalisierung von Körpern ist nicht der Gegensatz, sondern die logische Konsequenz des vorhin erwähnten Umbruchs der biomedizinischen Orientierung auf „regenerative Medizin“ und einer umgreifenden Vermarktungslogik der letzten humanen Ressource.

Wie sehen die konkreten Vermarktungszonen aus?

Im Dienste eines Lebenszeitzugewinns werden seit 30 Jahren Organe transplantiert. Halbstaatliche Agenturen beschaffen und verteilen Organe, Krankenkassen verhandeln über Vergütungen, medizinische Kodizes sichern Todesdefinition und Organverteilung ab. Das Angebot an dieser Überlebensressourcen reicht nicht aus – weder für die betriebswirtschaftlichen Rechnungen der Transplantationszentren, noch für die WartelistenpatientInnen. Die Organentnahme bei „gesunden SpenderInnen“ wird kontinuierlich ausgebaut – hierzulande müssen vage „enge persönliche Bindungen“ zwischen Organgeber und Empfänger vor Kommissionen plausibel gemacht werden, um die Verletzung gesunder Menschen zum Zweck der Organabgabe zu rechtfertigen. Ökonomen wie Gary Becker fordern nun „eine maßvolle Bezahlung, um die unüberbrückbare Lücke zwischen Organangebot und Nachfrage zu schließen. International wird nicht nur Geld als Gegenwert vorgeschlagen, sondern: eine Krankenversicherung für den/die VerkäuferIn, die Übernahme von medizinischen Behandlungen erkrankter Familienangehöriger, eine Schulausbildung, Lebensmittel über eine garantierte Zeitperiode; schließlich könnten eine Aufenthaltsgenehmigung oder ein bewilligtes Asyl für den Organverkäufer aus dem Süden „wie ein Ausweis für ein neues Leben“ sein. In Indien oder in Armutszonen Osteuropas – in Moldawien, Rumänien und der Ukraine – ist der illegale Organhandel eine gesellschaftliche Realität. Im Iran vermitteln staatlich geförderte NGOs Nieren meist junger, Iraner für ein durchschnittliches Jahreseinkommen. In Israel zahlt das Verteidigungsministerium und die Krankenkassen zahlen \$ 40.000 an jene BürgerInnen, die sich im Ausland Nieren beschaffen. (Lancet vol 395 March 16, 2002, p 972)

BioethikerInnen begründen auf internationalen Kongressen die Notwendigkeit regulierter Organmärkte: Prof. Janet Radcliffe-Richards vom University College London meint: *„Wir, die Reichen und Gesunden möchten unsere unangenehmen Gefühle los werden, indem wir über die Leute, die aufgrund des Organmangels sterben und jene die aufgrund des Geldmangels sterben, einfach hinwegsehen.“*

Ein weiteres Beispiel: der internationale Eizellhandel und Reproduktionstourismus. Lizenzierte Fortpflanzungskliniken in Großbritannien klagen über Eizellmangel. Frauen, die keine Eierstöcke mehr haben, Keimzell-schädigende Krebsbehandlung hatten, als genetisch belastet gelten oder in bzw. nach der Menopause schwanger werden wollen, fragen diesen Service nach. Eine nationale Öffentlichkeitskampagne, finanziert von der Regierung, soll unter dem Werbeslogan „Give Life, Give Hope“ die „Spendebereitschaft erhöhen. Frauen können ihren Wartelistenplatz für medizinische Behandlungen über Eizell“spende“ verbessern. Eine öffentliche Konsultation stellt „offene Fragen“ zu regulären Aufwandsentschädigungen von bis zu 1.500 Pfund pro Eizellabgabe.

Im Neuland des Bio-Rechts wird diese Inwertsetzung über die EU-Richtlinie zu Qualitäts- und Sicherheitsstandards für den Umgang mit Zellen und Gewebe aller Art etabliert. Hier geht es nicht allein um Spermien, Eier, sondern auch um Stammzellen, Nabelschnurblut, fötales Gewebe, Knochen, Knochenmark, Nerven- und Hirnzellen, Hornhaut, Haut, Muskeln und Muskelgewebe, Venen und Arterien. Die EU-Kommission sagt, dass der Bedarf weltweit exponentiell wächst und reguliert werden muss. Die Richtlinie wird derzeit in die nationalen Gesetzgebungen der EU-Staaten integriert. Im Artikel 12 der Richtlinie heißt es interpretationsoffen: „Die Mitgliedsstaaten streben danach, freiwillige und unentgeltliche Spenden von Geweben und Zellen sicherzustellen.“

Die angestrebte Praxis einer „Aufwandsentschädigung“ für schädigende Hormonbehandlungen und Operationen bei verarmten Frauen in England oder in Osteuropa, ist damit durchaus kompatibel. Neben Prostitution oder Heiratshandel verspricht auch die Hergabe von Eizellen wenigstens kurzfristigen Konsum oder Ausbildung oder Überleben.

Tatsächlich gab es zwischen britischen Kliniken und einem international agierenden Reproduktionsimperium in Bukarest Abkommen über Handelsbeziehungen für Eier und Embryonen. Dort wirbt man mit einem „vielfältigen Pool junger, kaukasischer Spenderinnen“ für ca. 8.000 Pfund. Kliniken in den USA, in Europa und im Nahen Osten pflegen Geschäftskontakte. Die rumänischen Frauen kommen „unglücklicherweise“ als „Quelle für Eizellen von schwarzen und asiatischen Spenderinnen“ nicht in Frage, ist auf der Homepage des Zentrums zu lesen. Doch es gibt für alle „Wünsche“ ein marktförmiges Angebot: Ein medizinisches Touristik-Unternehmen in Südafrika wirbt mit „Frauen aus einem vielfältigen ethnischen Hintergrund. (...) Wählen sie zwischen weißen, farbigen Frauen oder schwarzen Spenderinnen.“ Daneben gründen Professoren IVF-Zentren in Ländern mit liberalen Regeln für Eizelltransfers - wie Tschechien, Spanien oder Ukraine. Umgekehrt werben osteuropäische Kliniken mit „deutscher Qualität zu tschechischen Preisen“

Der Markt der Körpersubstanzen erweitert nicht nur den Warenverkehr, sondern erfasst auch Körpervorstellungen und Wahrnehmungen. Der „kulturelle Restbestand“, dass der menschliche Körper etwas Besonderes ist, ist im Verschwinden begriffen und sein Warencharakter tritt hervor.

Why a human rights perspective is essential in health policy? – The Case of PHR-Israel

Hadas Ziv & Dr. Dani Filc, Physicians for Human Rights Israel

Who We Are

PHR-Israel's identity is based on three disciplines: human rights, social justice and medical ethics. We advocate for peace, based on mutual respect and recognition of rights, and on social justice both among and within nations. Being an organization established and directed by health professionals, we emphasize the right to health. We analyze our society according to its implementation of the right to health, being, as we often state, a prism through which one can learn about a society, its social structure, its strengths and its injustices.

Defining our terminology

In its early years, the organization used the language of **medical ethics** – the obligation of health professionals to their patients - to attack and oppose practices of the occupation. Since the impact of **human rights** violations on the right to health, and of discriminatory healthcare policies on human rights,¹ were both evident in the fight against occupation, the struggles for health and for freedom (for civil **and** social rights) were then merged in the discourse of PHR-Israel. The aims were, and are, to strengthen and deepen the ethical commitment of health professionals to safeguard their patient, with a more all-encompassing commitment to actively struggle against the policies at the core of these violations. The eventual broadening of our activities to include communities inside of Israel's civil society (inside the green line), has resulted in a broadening of our language that now incorporates **social justice**, in and between, nations. Yet here, we need to deal with 2 main complications:

1. **Social rights** are not as entrenched as civil rights in public opinion – they are constantly under attack, sometimes even by the same discourse of human (liberal) rights
2. Since the government assumes responsibility for welfare and health, it has a legitimate role in regulating the delivery of health services, and even individual behavior.

Why the **Right** to Health

The term *right*, if taken in a liberal framework, may lead us to irresponsible, unlimited – and often contradicting – demands of individuals to fulfill their rights according to their capabilities. This will inevitably lead to growing inequalities in health.

Example:

Private Medical Services - An Example from the Israeli national medical system²:

SHARAP - (A private medical service) “offers those patients who are willing and able to pay, the possibility to choose the physician they want (often relevant for surgical specialties). Top physicians will work after hours, operating on private patients. Fees will be allocated to the physician, the auxiliary staff, and the hospital.”

Supporting claim: The plan will benefit public medicine (and thus, also the worst off) because it will keep the best doctors within the public system, and the monetary sums perceived by hospitals as a percentage of patients' payments, will be invested for everyone's benefit.”

Criticism of this claim: The above claim demonstrates how, within Rawls's *theory of justice*, unequal outcomes are considered just. The inequalities between those patients capable of paying for the private service, and those who are not, are justified because those inequalities also benefit the worst off. *Sharap* clearly enhances inequality of access, since it will be the patients' ability to pay - and not the medical need - that determines whether a particular patient will be operated on by a top surgeon, and whether s/ he will skip the long queue of waiting patients.

Indeed, *“patients’ demands are not always reasonable. Demands can be unreasonable relative to the many inevitable constraints on the distribution of expensive health care goods and services.”*³⁹ If we see *“rights”* – and we do – as a **need** around which an agreement is reached by a society participating in an enlightened discourse, then the right to health will not include such unlimited choice to endanger equality.

We believe that such an open discourse can happen only if there is a true intention to make room for the meaningful participation of all groups within our society. If we wish to create a change for the long term, we must speak of participation not as a one time effort for a specific project, but create the mechanisms through which *“affected persons can meaningfully participate in the determination of the frameworks and policies that govern their lives at all levels”*⁴ on an on-going basis.

This is possible, we believe, in a society that enjoys a consensus over:

1. Public Responsibility
2. The need for a welfare state
3. An understanding that the right to health is more than just healthcare

In Israel:

- The implementation of the institution of National Health Insurance Law in 1994 was met with great public support and willingness to pay taxes for health services, thus ending a decades-long situation where by less affluent individuals were forced to seek charity in order to receive necessary surgery, and other medical treatments.
- Since the establishment of this law, successive governments have attempted to convince the public that the health system should be partly privatized, to raise private monetary contributions, and relieve government financial responsibility. They are supported by neo-journalists, among others, that detail the supposed deterioration of the public health system.

PHR-Israel’s greatest dilemma in this respect is that while we criticize problems we discover within the public system, we do not want to be used as a tool by opponents of this system as proof that it is, in fact, failing. The attempts to privatize the Israeli public health system are supported by critics of its deficiencies. We wish to avoid a situation whereby our criticism is mistaken for yet another voice in this campaign.

While privatization poses a potential threat to our system, there exists at the moment another threat to the system, one that is affecting its universality. There are several communities that – to different degrees and for different reasons – are not seen as part of the collective “us”. Such groups, like the Bedouins in the Negev, or migrant workers, are so marginalized that they are not even represented in the just described struggle and discourse. It is our role at PHR-Israel to emphasize how vital universalism is when we fight for human rights, how essential it is to object the consensual tendency to give rights only to those groups who fit our ethos.

Before I present the mechanism of violation concerning the Bedouin of the Negev and Migrant Workers - I wish to describe how Israel still allows inequality in healthcare among the general public according to one’s connection with the national ethos. This forthcoming example is unique within the Israeli health system, however it will enable you to better understand the background to the violations I will present regarding the Bedouin and Migrant Workers.

For 3 different categories of Israeli amputees, there are three different administrating bodies responsible for supplying them with artificial limbs:

- (One) For amputees resulting from illness (such as diabetes) – artificial limbs are part of the responsibility (and budget) of the Ministry of Health
- (Two) For amputees resulting from a work accident – the National Insurance Institute is

responsible for providing artificial limbs.

- (Three) For amputees resulting from war wounds during military service – the Ministry of Defense is responsible for providing artificial limbs.

Given that the Ministry of Defense has a larger budget than that of the Ministry of Health and the National Insurance Institute, they provide better prosthesis – thus enabling better and faster rehabilitation. This example demonstrates that the source of the patient's disability – and its connection to Israel's ethos – and not the actual medical need - becomes the basis for inequality in health service provided.

One can expect that a State will better compensate those who were injured while risking their lives for its, (true or perceived), causes, as a moral obligation. But can it discriminate on such grounds in the delivery of health services? We appeal to the High Court to establish that all amputees in Israel will receive the same service. Our appeal only stands a chance of succeeding if we will indeed prove that discrimination clearly exists between prosthesis recipients and thus support our claim for social rights with a claim for civil rights).

While the connection of national ethos on health delivery is essentially an exception in Israel's public health system, it becomes an acute issue when this same system deals with marginalized minorities. It is **the** most decisive factor in Israel's attitude to the Palestinians in the Occupied Territories, but here, I wish to present its workings within the Israeli system.

Bedouins in the unrecognized villages:

Access to Health Services: When Bedouin children are born with disabilities; their right to health is neglected in three ways:

- (1) Cultural accessibility:** They do not receive the necessary rehabilitation for their conditions, services that others do receive as part of the national health scheme (for example: speech therapy, physiotherapy, etc.). This is partly due to Israel's inability to ensure a cadre of Arabic speaking medical professionals to treat Bedouin patients [even though Arabic is an official language in Israel]
- (2) Physical accessibility:** Even in villages where many children suffer from the same disability (such as hearing impairments), services are not provided within a reasonable proximity to their homes.
- (3) Discrimination:** As stated before, such treatments are made available to other patients within the same system.

Access to the Right to Health: When we move from access to health services to access to the right to health, we come face to face with the state's attitude towards the Bedouin's community. In this discourse the right to health is a tool in a political struggle over land. In this struggle, if you want running water, or electricity, you are asked to "kindly" move from your land, into the cities designated to you by the state.

In a recent appeal to the High Court of Justice, we requested that the house of a little girl suffering from cancer be connected to the national electricity infrastructure. The state's answer was based on the fact that according to state policy, it is illegal to connect houses in the unrecognized villages to electricity, and therefore it is recommended that if the family wishes to live with electricity, it should move to the designated Bedouin town. The state concludes that this child's needs are not unique, that there are others within this same community that suffer from severe illnesses that would greatly benefit medically from electricity in their homes. The state continued by saying that "The right way to assist those patients that choose not to move to the permanent housing projects, is on the humanitarian level only. They should apply to different humanitarian funds for assistance..." Thus officially the state proclaims that access to health is conditioned on compliance to state policy. If the patient's family refuses to comply, the state essentially removes their rights, and leaves them dependent on charity services.

Even when the court renders clear rulings, such as obligating the state to build clinics in the unrecognized villages, the state is not in a hurry to implement the ruling. Indeed, “accessing socio-economic rights through the courts alone remains of limited value to realize the right to health... [if it is not accompanied] by any degree of popular mobilization” that will force the authorities to take “appropriate remedial action,”⁵ Because the Bedouins are perceived as a demographic threat, such mobilization is very difficult to achieve.

Future Challenges rather than Conclusions...

The discrimination of marginalized groups brings us back to the core of our struggle and its connection with civil rights. How much longer, can we demand the right to health for all – without touching their right to full participation in our civil system? Can the struggle for everyone’s right to health, supported by the our claim for the universal characteristic of the right to health, continue, or should we insist that rights are inevitably a parcel of interconnected issues, and thus must be dealt within the framework of status? It is true that while we at PHR-Israel recognize the universality of the right to health, we do not necessarily oppose the rights of the state to monitor individuals wishing to join its collective. However, while saying this, we must also maintain that Israel’s attitude towards those who wish to join its collective is one of complete rejection. Therefore, we had not reached the point where we should discuss the more utopian idea, but rather, we must challenge Israeli society on two levels: one - its immigration policy affecting those who lack any form of residency or citizenship status and wish otherwise, and two, its ethnocentric self-definition which does not allow for the participation of different minorities in creating a more heterogeneous Israel.

(Footnotes)

- 1 Similar to what Leslie London describes of apartheid in SA see: “Health and Human Rights: What Can Ten Years of Democracy in South Africa Tell Us?” In *Health and Human Rights* Vol. 8 No. 1 Harvard School of Public Health, Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 2004.
- 2 Filc, D. *The liberal grounding of the right to health care: an egalitarian critique*
- 3 Sorell, T. “Health Care Provision and Public Morality: An Ethic Perspective”, in: Oliver A. (editor), *Equity in Health and HealthCare, The Nuffield Trust* 2003
- 4 Yamin, A.E., “Promising but Elusive Engagements: Combining Human Rights and Public Health to Promote Women’s Well-Beng” in
- 5 Gordon.

Grenzen der Machbarkeit von Gesundheit: Wider die Totalisierungstendenz des modernen Medizinbetriebs

Norbert Schmacke, Universität Bremen

Zusammenfassung

Die Medizin hat als angewandte Wissenschaft seit etwa 40 Jahren Fortschritte bislang unbekanntem Ausmaßes erreichen können, welche die Lebenserwartung und die Lebensqualität spürbar verbessert haben. Darüber ist fast vergessen worden, wie wichtig weiterhin die allgemeinen sozialen und ökonomischen Voraussetzungen für die Förderung und Erhaltung der Gesundheit auch in den reichen Industrienationen sind. Dies hat maßgeblich damit zu tun, dass die tatsächlichen Potenziale der Medizin mittlerweile massiv überschätzt werden. „Innovation“ ist zu einer Art Kampfbegriff innerhalb der gesellschaftlichen Ressourcenverteilung geworden. Erst mit dem allmählichen Einzug der evidenzbasierten Medizin in die Entscheidungsprozeduren der Gesundheitssysteme wird wieder systematischer danach gefragt, wie gut der Nutzen einzelner Methoden der Medizin tatsächlich belegt ist und wo medizinisches Handeln demgegenüber übergriffig geworden ist und nicht einlösbare Erwartungen schürt.

1. Die Paradoxie des Fortschritts der Medizin

Moderne Medizin im heutigen Verständnis ist eine relativ junge Disziplin, und sie ist ausgesprochen erfolgreich. Erst diese enormen Fortschritte haben die heute zu beobachtenden Grenzüberschreitungen der Medizin ermöglicht. Am Ende bedingen sich unrealistische Versprechungen der Ärzteschaft und überhöhte Erwartungen der Bürger/innen bzw. Patienten/innen.

Die Erfolge der Medizin übersteigen alle Phantasien und Erwartungen, die frühere Generationen mit den Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern verbinden konnten. Die heutige Generation wächst mit der alltäglichen Erfahrung auf, dass Medizin Nutzen stiftet – und dass Medizin gewissermaßen vom ersten Lebenstag an alltäglicher Begleiter des Lebens ist. Hierdurch sind kulturelle Muster entstanden, die nur scheinbar selbstverständlich und unproblematisch zur Geltung kommen. Im Windschatten ihrer Erfolgsgeschichte ist die Medizin grenzenlos geworden und beansprucht eine Art Allzuständigkeit zur Lösung biologischer und psychosozialer Problemlagen. Wo gestern Impfungen zeigen konnten, dass wirksam Krankheiten verhütet werden können, so verspricht die Pharmakotherapie heute Prävention der großen „Zivilisationskiller“: mit der „Polypill“ (sechs Wirkstoffe in einem Kombinationspräparat, von der guten alten Acetylsalicylsäure bis zu einem Statin) können nach Berechnungen führender Epidemiologen angeblich 80 Prozent aller Herzinfarkte und Schlaganfälle verhindert werden. Diese Versprechung ist nach Meinung der Autoren so gut methodisch begründet, dass sie den Nachweis ihrer Praxistauglichkeit angeblich gar nicht mehr antreten muss: dieselben Epidemiologie fordern den sofortigen, ungetesteten Einsatz dieser Wunderpille. Ein anderes Beispiel: wir erfahren, dass bildgebende Verfahren und Neurochirurgie es heute ermöglichen, oberflächlich gelegene Blutungen im Schädelinneren (sub- und epidurale Hämatome) rasch zu entdecken und nahezu komplikationslos und ohne Spätschäden für die Patienten zu entfernen. Die derart hoch wertgeschätzte Neurochirurgie macht sich nun heute anheischig, durch Einpflanzen so genannter Hirnschrittmacher Patienten/-innen mit schwer verlaufenden, im Jargon therapieresistenten Depressionen erfolgreich behandeln zu wollen. Im Umgang der Medizin mit kranken Menschen ist dies eine erneute gravierende Grenzüberschreitung. Die Medizin setzt im Zweifelsfalle alles ein, was technisch machbar ist. Statt, wie heute üblich, von anspruchlichen Patienten/-innen zu sprechen, sollte eher Klarheit darüber hergestellt werden, dass eine Industrie und eine Ärzteschaft, die täglich Wunder versprechen, bei den Menschen Erwartungen wecken, die weit über alles hinausgehen, was bei noch so optimistischen Annahmen von der Medizin erwartet werden kann. Medizin gibt ungefragt Antworten für alle Problemlagen des Lebens.

2. Das Katastrophenszenario „Unfinanzierbarkeit“

In allen reichen Gesellschaften wird nahezu täglich und einförmig die Behauptung wiederholt, infolge des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschritts werde das Gesundheitswesen bereits mittelfristig

unfinanzierbar, wenn nicht Bürger/innen bzw. Patienten/-innen weitaus stärker als heute zur „Eigenbeteiligung“ herangezogen und/oder Leistungen ganz ausgeklammert würden. Diese Steigerungsraten werden als unvermeidbar, quasi unbeeinflussbar dargestellt.

Ein Blick in die jüngste Geschichte könnte bereits zeigen, dass diese Apokalypse nun schon seit Jahrzehnten an die Wand gemalt wird und dass bislang zumindest durch Steigerung der Produktivität und relativ raschen Preisverfall kostenintensiver Innovationen ein unverhältnismäßig starkes Anwachen der Kosten für das Gesundheitswesen nicht zu verzeichnen war – unbeschadet der Frage von Wirtschaftlichkeitsreserven. In der Frage, wie mit dem Risiko weniger gut zu kontrollierender Steigerungsraten künftig umgegangen werden könnte, stoßen zwei Richtungen aufeinander, die beide eine eigene Rationalität aufweisen. Auf der einen Seite verteidigen Politiker, Ökonomen und Interessenverbände den Wachstumsmarkt Gesundheit mit dem Argument, in keinem anderen volkswirtschaftlichen Sektor seien derart große Wachstumsraten zu verzeichnen: das Gesundheitswesen sei die Jobmaschine schlechthin. Dabei wird überwiegend darauf gesetzt, dass der Steuer- und Beitragsanteil tendenziell zu Lasten der privaten Investitionen abnehmen müsse. Auf der anderen Seite ist eine kritisch-skeptische Disziplin unter dem Namen „evidenzbasierte Medizin“ (EbM) entstanden, die dafür plädiert, nur solche Leistungen zu finanzieren, für die es gute Nutzen-Schaden-Bilanzen gibt und die nach Möglichkeit substitutiv zu bestehenden, qualitativ schlechteren Leistungen eingesetzt werden sollten. EbM ist zwar für sich genommen kein Kostenspar-Ansatz, aber der Blick in die Geschichte jüngerer Innovationen zeigt, dass es eine ganze Liste von Erfindungen mit ungünstiger Nutzen-Schaden-Bilanz gegeben hat: exemplarisch seien die Hormon(ersatz)therapie in und nach den Wechseljahren und der Einsatz von Robotern in der (Gelenkersatz-)Chirurgie genannt. Noch zu wenig im Blickfeld ist die aus humanitärer Sicht, vermutlich auch volkswirtschaftlich und versicherungstechnisch hoch bedeutsame Frage, wie die Kosten für eine angemessene Pflege alter und hochbetagter Menschen im Rahmen der bisher üblichen Ressourcenverteilung künftig zu bewältigen sein werden. Ob die so genannte Kompression der Morbidität (behandlungsbedürftige Erkrankungen werden in einer gesünder werdenden Bevölkerung immer weiter an das Lebensende verschoben) mögliche kostentreibende Effekte des demographischen Wandels kompensieren können, bleibt ungewiss. Umso notwendiger wäre es, den inflationär verwendeten Begriff der „Innovationen“ im Gesundheitswesen zu entzaubern und klar auszusprechen, dass die Erfindung eines neuen Medikaments oder eines neuen Behandlungsverfahrens prinzipiell noch keinen Fortschritt darstellt. Das Gesundheitswesen sollte sicher auch kein beliebiger, weitgehend sich selbst überlassener Wachstumsmarkt sein – dafür sind seine „Produkte“ im Falle verfrühter oder gar ungetesteter Einführung mit zu großen Risiken verbunden.

3. Leistungsdichte und Angemessenheit der Versorgung

Es ist innerhalb der Gesundheitswissenschaften Konsens, dass eine Zunahme der Zahl von Ärzten oder Krankenhäusern oberhalb einer kritischen Schwelle nicht mehr automatisch mit einer Zunahme der Leistungsfähigkeit des Systems einhergeht. Die vom Sachverständigenrat der Bundesregierung für Deutschland übernommene Begriffsfiktion von „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ wollte auch auf dieses Problem aufmerksam machen; offenkundig ist dies aber nicht wirklich gelungen, weil die meisten Ärztinnen und Ärzte aus diesem Ansatz wohl nur den Vorwurf herausgehört haben, sie machten offenbar alles falsch. Konsens ist weiter, und das ist schwer zu vermitteln, dass es eine verbindliche Klärung zu der Frage, wie „angemessene Versorgung“ definiert werden kann, nicht gibt – genauer formuliert: auch nicht geben kann.

Vor allem seit den legendären Arbeiten von John Wennberg aus den siebziger Jahren oder auch den späteren massenmedialen Interventionen von Gianfranco Domenighetti zur Bürgerinformation über angemessene Indikationsstellungen ist empirisch belegt, dass es medizinisch unerklärbare Varianzen in der Leistungsdichte gibt (so die Häufigkeit der Entfernung von Vorsteherdrüsen bei alten Männern oder von Gebärmüttern bei relativ jungen Frauen), die weniger etwas mit medizinischem Bedarf als mit der Angebotsseite und den Denkmustern der Ärzteschaft zu tun haben. Weniger dramatisch lässt sich dies auch am Einsatz bildgebender Verfahren in der Medizin festmachen: die Großstadt München hatte in der Einführungsphase der Computertomographen mehr dieser Geräte aufgestellt als ganz Italien. Es ist nicht leichthändig zu klären, wie groß dabei der Über- und der Unterversorgungsanteil jeweils gewesen sein mag. Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule (oder die Beteuerung, dieselbe auf dem demonstrierten Bild dargestellt zu haben)

wurden lange Jahre vor allem deswegen in der Rückenschmerzdiagnostik durchgeführt, weil es Teilgebietsradiologen gab, die diese Untersuchung durchführen durften. Wenn man sich keinen Illusionen hingeben will, muss man akzeptieren: es gibt keine eindeutige Sättigungsgrenze für medizinische Angebote. Erst die relativ junge Debatte um zielführende Qualitätsindikatoren (vorzugsweise auf Ergebnisqualität abzielend) weist in eine Richtung, die von der Einschätzung „viel hilft viel“ wegführen könnte. Ansonsten üben in hohem Maße kulturelle Normen und Partikularinteressen ihre Wirkung darauf aus, wie viele Ärzte und Krankenhäuser für notwendig gehalten werden. „Für Gesundheit darf uns nichts zu teuer sein“ ist ein bestenfalls sympathischer Sinnspruch, der etwas Richtiges meint, aber zu ausgesprochen unerwünschten Resultaten führen kann.

4. Die Pathologisierung der Lebenswelten

Die Medizin kennt immer weniger ungelöste Fragen, stattdessen nur noch unbearbeitete Interventionsfelder. Das Eingeständnis des Nichtwissens wird zur kulturellen Untugend. Abwarten gilt als Schwäche. Berichte über Krankheit folgen dem „Immer-mehr-ismus“. Die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit werden gezielt unscharf gestaltet.

Überspitzt ließe sich formulieren: man darf nicht mehr krank sein, und man kann nicht mehr gesund sein. Auf der einen Seite werden biologische Gesetzmäßigkeiten geleugnet, auf der anderen Seite wird die Schwelle zur Definition von Krankheit immer weiter abgesenkt. Das Vorhandensein von Risikofaktoren wird schon mit Krankheit gleich gesetzt, und depressiv ist im Zweifelsfall jeder Zweite. Wenn es nicht anders geht, werden Krankheiten erfunden, um neue Therapien auf den Markt zu bringen. Das Vorbildliche Logo des holländischen Hausarztverbandes lautet demgegenüber: „in dubio abstine“. Das bedeutet so viel wie: wenn unsicher ist, ob Dein ärztliches Handeln nutzenstiftend ist, mach' lieber gar nichts, sondern warte den Verlauf eines Krankheitsgeschehens ab. Krankheitsbilder werden heute grundsätzlich als behandelbar bezeichnet. Wenn aber beispielsweise der Schwerkranke nicht mehr auf die Chemo- oder Strahlentherapie anspricht, wird er häufig nach extremen und absehbar frustranen Anstrengungen als Pflegefall bezeichnet, für den man angeblich nichts mehr tun kann. Die Vernachlässigung der Palliativmedizin steht im krassen Gegensatz zur Eröffnung immer neuer Präventionsfelder für die Medizin mit höchst fragwürdigem Nutzen. Arzneimittelindustrie und Fachgesellschaften der Kardiologen setzen alles daran, schrittweise die gesamte Bevölkerung mittels Statinen gesund zu erhalten, auch wenn es weder für den Nutzen eines derartigen Breitereinsatzes bei klinisch gesunden Menschen angemessene Belege gibt noch die Generaldebatte für notwendig gehalten wird, was es heißt, ganze Jahrgänge zur Einnahme von Medikamenten aufzufordern. Die Hormon(ersatz)therapie lässt grüßen: dies war der erste Versuch, Frauen in und nach den Wechseljahren über Jahrzehnte und pauschal zu substitutionsbedürftigen Hormonmangelwesen umzudefinieren. Ein Leben ohne Medikamente und ohne den Arzt an der Seite wird für viele Menschen mittlerweile unvorstellbar.

5. Diskussionstabus

Moderne Medizin ist unweigerlich teuer; die reichen Industrienationen setzten zwischen 6 und 15 Prozent ihres Bruttosozialproduktes hierfür ein. Dies ist – ganz unabhängig von der Frage, ob es wirklich 15 Prozent sein müssen – erst einmal noch kein wirklich skandalträchtiges Problem. Problematisch wird es erst, wenn Kostenunterschiede und Kosten(steigerungen) als Naturgesetz missverstanden werden oder wenn die Meinung geäußert wird, man müsse grundsätzlich jedes ökonomische Kalkül aus der Medizin heraushalten, da dies angeblich zur Inhumanität führt.

Es verwundert nicht, dass eine moderne Medizin einen hohen Anteil am gesellschaftlichen Reichtum einfordert, gemessen an allem, was vor etwa 50 Jahren „Standard der Versorgung“ war. Es gibt aber neben der Frage, welche Dichte an Leistungsstrukturen noch sinnvoll ist, das unabweisliche Problem des Grenznutzens medizinischer Dienstleistungen. Nur solange irtümlich davon ausgegangen wird, dass ohne jeglichen Nutzenbeleg automatisch genügend Mittel zur Verfügung stehen, um jeden noch so kleinen diagnostischen oder therapeutischen Fortschritt zu finanzieren, solange interessiert nicht, um welchem Preis minimale Vorteile für Patienten erkaufte werden. Dieser Ansatz geht deshalb in die Irre, weil niemand dem ökonomischen Konstrukt der Opportunitätskosten entrinnen kann: eine Gesellschaft kann immer in ähnlich sinnhafte oder noch sinnvollere Projekte investieren, wenn Geld für ein konkretes Projekt ausgegeben wird. Man spricht auch von Kosten der Reue, da die Bilanzierung getätigter versus unterlassener Investitionen bei einer

derart abwägender Haltung leider oft erst in der Rückschau vorgenommen werden kann. Wenn sich heute viele Nervenfachärzte, Geriater und Patientenverbände dafür stark machen, Alzheimer-Patienten zwingend mit so genannten Cholinesterase-Hemmern medikamentös zu versorgen, dann sollte auch ohne ökonomisches Spezialwissen die Frage gestellt werden dürfen, ob diese mit einem offenkundig nur sehr kleinen Nutzen verbundene Investition angesichts eklatanter Defizite in der Pflege bzw. der Pflegeunterstützung für diese Patientengruppe nicht besser dort getätigt würde. Viele verweigern sich der Erkenntnis, dass eine Gesellschaft kaum alles haben kann, was von Betroffenen und Lobbyisten eingefordert wird, es sei denn, man hielte jede Schallgrenze für die Kosten des Gesundheitswesens für irrelevant. Anders betrachtet: es ist de facto unvermeidbar und sogar ethisch geboten, Leistungen nach transparenten Kriterien zu rationieren. Solange aber der Begriff der Rationierung lediglich mit der Vorstellung des Vorenthaltens lebenswichtiger Leistungen oder einer ebenso wenig vertretbaren strikten Altersbegrenzung von Leistungen verbunden wird, bleibt die Diskussion in der Sackgasse. Man kann aber nicht nicht rationieren. Man kann allenfalls vermeiden, darüber intensiver nachzudenken. Rationiert wird täglich eines der kostbarsten Güter jeder medizinischen Versorgung, die Zeit.

6. Das Thema Ärztemangel

Deutschland ist ein Land mit einer ausgeprägten Arztzentrierung und hoher Arztdichte in der medizinischen Versorgung. Nun taucht seit einigen Jahren wieder verstärkt auch in Deutschland der Begriff des Ärztemangels auf, v.a. im Kontext mit besonders strukturschwachen Gegenden in den neuen Bundesländern. Über die Frage, welche Maßnahmen zur Abmilderung von Versorgungsmängeln in derartigen Regionen sich bewährt haben, wird aber noch nicht mit ausreichender Klarheit gesprochen.

Ungleiche Verteilung von Ärzten wird überall festzustellen sein, wo man danach sucht bzw. über verlässliche Daten verfügt. Dies gilt auch für eine Reihe weiterer wichtiger Berufe, aber es scheint für die ärztliche Versorgung charakteristisch zu sein, dass Gesellschaften sehr zögern, nicht nur Anhaltzahlen aufzustellen sondern diese auch konsequent durchzusetzen: mit Pädagogen jedenfalls gehen Gesellschaften prinzipiell anders um, auch wenn es eine zufriedenstellende, gleiche Verteilung von Lehrkräften auch nicht geben dürfte. Es ist gleichzeitig relativ gut gesichert, welche Anreize besonders ineffizient sind und welche Strategien der Steuerung sich am ehesten zu bewähren scheinen: man muss offenbar bei der Auswahl der Medizinstudentinnen und –studenten anfangen, verlässliche Mentorenprogramme für junge Ärztinnen und Ärzte anbieten und dabei insgesamt die soziale Nähe der künftigen Ärztinnen und Ärzte zu unterversorgten Regionen ins Blickfeld nehmen. Zweitens läge im Rahmen der Debatte um einen tatsächlichen oder vermeintlichen Ärztemangel nahe, über Rollenzuweisungen an die Fachberufe im Gesundheitswesen, über Kompetenzen und über effektive Wege der Kooperation und Vernetzung nachzudenken. Dies ist eine absehbar schwierige Debatte, so dass die Aufnahme der Formulierung im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe zu prüfen, allenfalls der Anfang eines sehr langen Weges ist. Auf den Prüfstand gehören nämlich das gesamte System hausärztlicher versus fachärztlicher Versorgung, die Gründe für die Abschottung der Sektoren und die extremen Schwierigkeiten für ein interdisziplinäres und arbeitsteilig-kooperatives Vorgehen. Es wird vermutlich noch einige Zeit ins Land gehen, bis sich Politik, Meinungsbildner und Öffentlichkeit vom gewohnten Bild der ärztlich dominierten Versorgung in den Ballungszentren verabschieden können. Vielleicht wird diese Debatte eine andere Richtung bekommen, wenn ausreichend deutlich geworden ist, dass die Medizin von morgen eine von Frauen bestimmte Disziplin sein wird.

7. Das Inverse Care Law von J.T. Hart

Der walisische General Practitioner und Universitäts-Lecturer Julian Tudor Hart prägte in den siebziger Jahren auf dem Boden epidemiologischer Daten und eigener jahrzehntelanger Beobachtungen in einer vom Bergbau beherrschten Community das Prinzip des Inverse Care Law: diejenigen Menschen, die am meisten gesundheitsbezogene Angebote benötigen, erhalten fortwährend weniger als diejenigen, denen es gesundheitlich überdurchschnittlich gut geht. Aus diesem Befund werden zumeist verkürzte Schlussfolgerungen gezogen.

Es ist eine historische Konstante, dass die Gesundheitschancen der Menschen unabhängig von den biologischen Determinanten einem sozialen Gradienten folgen und dass hierbei das Geschlecht, der Bildungs-

stand, der soziale Status und das Maß erlebter emotionaler Zuwendungen ausschlaggebende Bedeutung haben. Daraus ergeben sich bedeutende gesellschaftspolitische Konsequenzen, die sich dem Einfluss des Gesundheitswesens im engeren Sinne völlig entziehen. Unterhalb einer kritischen Grenze des Bruttosozialprodukts macht sich natürlich stark bemerkbar, ob gesundheitsdienstliche Leistungen überhaupt zur Verfügung stehen – und Systeme mit extremer Rationierung lebenswichtiger medizinischer Güter benachteiligen die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen in extremer Weise. Oberhalb solcher Schwellenwerte nimmt der Einfluss unterschiedlicher Verfügbarkeit gesundheitsdienstlicher Leistungen tendenziell aber tendenziell ab. Je ausgeprägter der rechtliche Anspruch auf medizinisch-pflegerische Versorgung in Sozialsystemen verankert ist, umso weniger wirken sich die immer auch vorhandenen Unterschiede in der Verfügbarkeit der Medizin negativ aus. Demgegenüber spielt auch in reichen und bezüglich sozialer Dienstleistungen dem Gerechtigkeitsprinzip verpflichteten Gesellschaften die unterschiedliche Inanspruchnahme nutzenstiftender Leistungen der Medizin und der Pflege eine bedeutende Rolle. Der insgesamt resultierende soziale Gradient lässt sich beispielsweise an der unterschiedlichen Häufigkeit von Folgeerkrankungen beim Typ-2-Diabetes exemplarisch darstellen. Abhilfe dürfte aber auch hier eher von einer Stärkung der patientenseitigen Ressourcen und einer nutzerfreundlicheren Strukturierung der Versorgung zu erwarten sind, nicht so sehr von einer Vermehrung der Dichte an Leistungen. Am schwersten zu organisieren ist offenbar in allen entwickelten Systemen die sinnhafte Kooperation von medizinischen, pflegerischen und sozialen Diensten. Diese Zusammenhänge sind der deutlichste Beweis dafür, dass neben der hoch leistungsfähigen Biomedizin die Gesundheitswissenschaften an der Strukturierung einer modernen, effizienten Versorgung beteiligt werden müssen.

8. Dilemmata der Forschung

Dies führt unmittelbar zu der Frage, wie gut die universitäre und außeruniversitäre Forschung organisiert und ausgestattet ist, um die Weiterentwicklung eines leistungsfähigen und sozial gerecht wirkenden Gesundheitssystems fördern zu können. Hier sind Ungleichbehandlungen zu Lasten klinisch relevanter wie sozialwissenschaftlicher Forschungstraditionen zu beklagen.

Die biomedizinische Grundlagenforschung ist spätestens seit der so genannten Entschlüsselung des genetischen Codes des Menschen erneut der unbestrittene Hoffnungsträger in Politik und Forschungsförderung. Dabei spielt offenkundig keine Rolle, dass die Gen- und Proteomforschung weithin noch mit Metaphern und semantischen Anspielungen arbeitet: wieso die (wohl auch noch unvollständige) Enträtselung der Perlenkette der Bausteine Adenosin, Thymidin, Cytosin und Guanosin bereits das Verständnis über den Zusammenhang von Genen, Eiweißbildung und Phänotypen von Erkrankungen qualitativ gesteigert haben soll, ist nicht wirklich nachvollziehbar. Aber man befindet sich hier offenkundig im Bereich von Größenphantasien, deren Anziehungskraft bekanntlich immens ist. Eine Stufe darunter werden Stammzellinfusionen in die Herzkranzgefäße als kurativer Beitrag zur Herzinfarktepidemie kommuniziert, obwohl das Therapiekonzept eher an das Prinzip „Elefant im Porzellanlade“ erinnert. An diesem Beispiel lässt sich zudem besonders gut zeigen, welche Forschungs- und Interventionsansätze nach wie vor ein Schattendasein führen: Erstens birgt eine konsequente und geschlechtersensible Anwendung des bestehenden Behandlungsrepertoires beim Herzinfarkt deutliche Potenziale; zweitens müssen bevölkerungsbezogenen Kampagnen zur Verringerung des klassischen Risikofaktorenbündels als massiv unterentwickelt gelten – allein die weitgehend noch fatalistische Betrachtung der Zunahme des Rauchens bei jungen Frauen spricht Bände; und drittens wird selten zur Kenntnis genommen, dass der Höhepunkt der Herzinfarktepidemie in den entwickelten Industrienationen schon lange überschritten ist. Es ist auf den ersten Blick schwer verständlich, dass Versorgungsforschung, die sich um die Umsetzung des tatsächlich gesicherten Wissensschatzes der Forschung im Alltag der Medizin kümmert, sowohl unterentwickelt ist wie – in einem verhängnisvollen circulus vitiosus – für die Karrieren junger Wissenschaftler/innen nicht gleichberechtigt anerkannt wird. Erst allmählich wird deutlich, welche enorme Qualitätsdefizite die klassische klinische Forschung zu verzeichnen hat, wie weit sie nämlich sowohl von systematischen methodischen Mängeln wie fehlender Praxisorientierung gekennzeichnet ist. Naiv betrachtet, dürfte (jenseits der fraglos erforderlichen und auf große Freiheitsgrade angewiesenen Grundlagenforschung) für die Gesundheitssysteme und die ihr zuarbeitende Forschung ja nur zählen, ob Forschung mit dem Ziel besserer Diagnostik und Therapie methodisch akzeptabel durchgeführt wird und tatsächlich auch vorrangige Versorgungsziele adressiert. Hierfür ist nicht zuletzt hohe Aufmerksamkeit für die

Frage erforderlich, was gewissermaßen auf der letzten Meile der Patientenversorgung tatsächlich passiert und nicht in den Settings zeitlich stark befristeter klinischer Studien mit ihren letztlich unvermeidbar selektierten Interventions- und Kontrollgruppen. Man muss hoffen, dass jüngste Bemühungen des Bundesforschungsministeriums und der großen Sozialversicherungsträger, Versorgungsforschung systematisch zu fördern, doch schon den Ausweg aus der geschilderten Schiefelage andeuten. Einstweilen gilt es wohl weiter zu erklären, dass einer der in der Tat volkswirtschaftlich bedeutendsten Bereiche auf Forschung zur Effizienz und Zielgenauigkeit seiner „Produkte“ nach wie vor weitgehend verzichtet.

9. Wie viel Medizin verträgt der Mensch?

Tolstoi hat in einer seiner berühmtesten Erzählung die Frage gestellt, wie viel Erde der Mensch braucht, und er hat deutlich gemacht, wie sehr das maßlose Streben nach Besitz im Kontrast zur Hinfälligkeit der menschlicher Existenz steht. Wie viel Medizin der Mensch wohl braucht, ist eine Frage, die in Abhängigkeit vom gesellschaftlichen Entwicklungsstand sehr unterschiedlich ausfallen kann. Wie viel Medizin der Mensch verträgt, ist eine scheinbar paradoxe Frage, die aber darauf hinweist, dass medizinisches Handeln wegen der unabweislichen Nebenwirkungen und Weiterungen immer von großer Aufmerksamkeit begleitet werden sollte, allemal in Gesellschaften, die auf das unbegrenzte Wachstum des Gesundheitsbereichs als Jobmaschine setzen.

Am Schluss sollen ausdrücklich noch einmal zwei Einschätzungen wiederholt werden. Erstens: Die moderne Medizin hat, angefangen bei den Impfungen über die Narkosetechnik, den Hüftgelenkersatz, die Intensivmedizin bis hin zur Pharmakotherapie bei Erkrankungen wie dem Diabetes mellitus und psychotherapeutischen Verfahren Erfolge zu verzeichnen, die alle Erwartungen früherer Generationen an den medizinischen Fortschritt weit übertroffen haben. Zweitens: Ein soziales Sicherungssystem wie die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland hat auf einem sehr hohen Niveau gleiche Leistungsansprüche für alle Bürgerinnen und Bürger fest geschrieben. Wir haben uns an diese zivilisatorischen Fortschritte gewöhnt (we take it for granted) und es ist gerade wegen des bekanntlich kurzen historischen Gedächtnisses der Menschen wichtig darauf hinzuweisen, dass diese Errungenschaften dringend geschützt werden müssen. Die Kehrseite dieser Medaille ist leider, dass eine hohe Leistungsdichte in der medizinischen Versorgung mit einem hohen Maß an unerwünschten Wirkungen verbunden ist. Der Bericht des Institutes of Medicine „To Err is Human“ hat gezeigt, dass gravierende vermeidbare Schäden durch Medizin inzwischen in der Todesursachenstatistik harte Spuren hinterlassen. Dies ist nicht allein der Tatsache geschuldet, dass es in der Heilkunde in der Tat keine Wirkung ohne Nebenwirkung geben kann, sondern ganz wesentlich auch der empirisch gesicherten Erkenntnis, dass längst nicht alle neu eingeführten Therapieverfahren in ausreichendem Umfang auf ihre Nutzen-Schaden-Bilanz hin untersucht worden sind – und werden. Diese Zusammenhänge sind umso schmerzhafter, je vager therapeutische Versprechungen insgesamt sind und je irrealer die Aussichten auf ewige Gesundheit geraten. Es ist eine Tatsache, dass die Grenzen für medizinische Interventionen immer weiter gesunken sind und – wie schon oft mit bitterer Ironie beschworen – nur noch Gesunde übrig bleiben, weil sie nicht ausführlich genug untersucht worden sind. Am Ende sei daran erinnert, dass die Medizin auch in Richtung des Therapieversprechens bei bösartigen und chronischen Erkrankungen ihre Grenzen immer bedenkenloser überschreitet, während die Frage nach einer angemessenen Linderung von Beschwerden und einer verlässlichen Pflege am Ende des Lebens ein unvertretbares Schattendasein fristet.

Literatur

- Abholz HH. Warum lassen sich Hausärzte so leicht der Vernachlässigung in der Patientenversorgung überführen? – Berechtigte Kritik oder Missverständnis des Faches. Z Allg Med 2005; 81: 397-404
- Berger M. Am Ende der Aufklärung steht das goldene Kalb. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 2003; 3 (2): 29-35
- Blech J. Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Frankfurt am Main: S. Fischer 2003
- Braun B, Kühn H, Reiners H. Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main: S. Fischer 1999
- Domenighetti G, Grilli R, Liberati A. Promoting consumer's demand for evidence-based medicine. Int J Technol Assess Health Care 1998; 14 (1): 97-105

Fries J, Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303:130-5

Beyer S, Peter R, Nielsen I. Health Inequalities in different age groups: the case of type 2-diabetes: a study with health insurance and medication data. *Soz-Präventivmed* 2004; 49: 220-225

Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; i :405–12

Kohn L, Corrigan JM, Donaldson MS (Hrsg.). *To Err is Human. Building a Safer Health System.* Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Washington: National Academy Press 2000

Kaiser T, Sawicki P, Schmacke N. Diabetologie: Versorgungsforschung ist unterrepräsentiert. *Deutsches Ärzteblatt* 2003; 100: A 898

Kuhlmann E, Kolip P. *Gender und Public Health.* Weinheim: Juventa 2005

Marmot M. *The Status Syndrome. How Social Standing Affects Our Health and Longevity.* New York: Times Books 2004

Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Paynter NP. Critical Factors for Describing Programs to Increase the Supply and Retention of Rural Primary Care Physicians. *JAMA* 286; 2001: 1041-1048 Sacket D.

Schmacke N. Innovationen in der Medizin: das magische Dreieck von Evidenz, Werten und Ressourcen. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* 2004; 5: 331-353

Schmacke, N. *Wie viel Medizin verträgt der Mensch?* Bonn, Kompart 2005

Peter A. Ubel: *Pricing Life. Why It's Time for Health Care Rationing.* The MIT Press, Cambridge, MA 2000

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83 (3): 457-502

Tolstoi L, *Wie viel Erde braucht der Mensch.* 1886

Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ* 2003;326: 1419-23

Wennberg JE, Gittelsohn A. Small area variation in health care delivery. *Science* 1973; 182: 1102-8

Wilkinson RG. *Unhealthy Societies. The Affliction of Inequality.* London: Routledge 1996

Über den Autor

Norbert Schmacke, Prof. Dr. med., geb. 1948. Arzt für Innere Medizin, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen. 1994-1999 Präsident der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf. 1999 bis 2003 leitender Mitarbeiter des AOK-Bundesverbandes in Bonn. Hochschullehrer am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen, seit Oktober 2003 Leiter der Arbeits –und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung in Bremen.

Arbeits –und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung
Universität Bremen
Bibliothekstrasse 1
28359 Bremen
fon + 49 (0) 421 218 8131
fax + 49 (0) 421 218 8135
schmacke@uni-bremen.de
www.akg.uni-bremen.de

Vortrag beim Workshop von Medico International „Gesundheit und Menschenrecht“ im Rahmen des 11. Kongresses „Armut und Gesundheit“ in Berlin am 18.11.2005

Gesundes Leben, gerechte Gesellschaft?

Gesundheit und soziale Rechte - eine schwierige Beziehung

Stefanie Graefe, Redaktion Fantômas

"Ungleichheit, Armut, Ausbeutung, Gewalt und Ungerechtigkeit sind Ursache von Krankheit und Tod bei all denen, die in Armut oder am Rande der Gesellschaft leben", heißt es in der vom internationalen *People's Health Movement* (PHM) verfassten "Gesundheitscharta der Menschen". Ungleichheit, Armut, Ausbeutung, Gewalt und Ungerechtigkeit zu bekämpfen, ist ohne jeden Zweifel vollkommen richtig. Doch leitet sich daraus notwendigerweise die Forderung nach einem "Recht auf Gesundheit" ab, wie es nicht nur das PHM, sondern auch *medico international* formulieren? Und was ist das überhaupt - Gesundheit?

Gesundheit ist ein Begriff, der ein sehr weites Bedeutungsspektrum umfasst. Was Person A für "gesund" halte, kann etwas völlig anderes sein als das, was Person B für "gesund" hält. Auch in historischer Perspektive ist klar, dass der Gesundheitsbegriff höchst wandelbar ist (von Engelhardt 2004). Gesundheit ist zudem ein gesellschaftlich umkämpftes Feld. Und schließlich ist Gesundheit ein Ideal, dem sich kaum jemand entziehen kann. Bei allen möglichen Gelegenheiten wünschen sich Menschen "Gesundheit". Umgekehrt gehört die Angst, krank oder versehrt zu werden, zu den Typen von Angst, denen sich wohl kaum jemand ganz entziehen kann. Gesundheit ist also, kurz gesagt, ein komplexer, unser ganzes Leben betreffender und deshalb äußerst weit reichender Begriff. Wenn man ihn nun in eine politische Forderung übersetzt und Gesundheit als "soziales Recht" oder "Menschenrecht" versteht, dann ergeben sich daraus eine Reihe von Fragen.

Die erste und nächstliegende: Wer definiert "Gesundheit"? Und wer definiert, wer oder was "nicht gesund" ist? Das PHM orientiert sich an der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO. Die definiert Gesundheit als Zustand "umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich als Freisein von Krankheit und Schwäche". Gesundheit, derart weit gefasst, wird zum Synonym für ein erfülltes Leben oder schlicht - Glück (Mazumdar 2004). Eben dies unterscheidet die Forderung "Recht auf Gesundheit" von anderen politischen Forderungen, zum Beispiel von solchen nach ausreichender und bedingungsloser Existenzsicherung. Eine gesicherte Existenz zu haben bedeutet, zu allen dafür notwendigen gesellschaftlichen Ressourcen freien Zugang zu haben. Ob meine gesicherte Existenz zugleich eine erfüllte, glückliche oder gar "gute" ist, bleibt dabei offen. Eine sichere Existenz ist ein bestimmter, wünschenswerter sozialer Zustand. Gesundheit ist aber nicht nur ein Zustand oder ein Faktum, sondern zugleich eine Zuschreibung, eine Eigenschaft ("gesund") - die immer schon ihr Gegenteil impliziert ("nicht gesund").

Wer oder was ist "gesund"? Und wer nicht?

Ein Beispiel: Vom "Recht auf Gesundheit" zum "Recht auf ein gesundes Kind" ist es kein so weiter Schritt. Dieses letztgenannte Recht ist in Deutschland und anderen Ländern bereits etabliert. Im Rahmen der so genannten "wrongful-birth"-Rechtsprechung, werden Schadensersatzforderungen, die Eltern aufgrund einer fehlerhaften vorgeburtlichen Diagnose gegen den behandelnden Arzt erheben, anerkannt. Das heißt, wenn zum Beispiel während der Schwangerschaft nicht erkannt wird, dass der Embryo eine Wahrscheinlichkeit für ein Down-Syndrom aufweist, die Schwangerschaft deshalb nicht abgebrochen und das Kind geboren wird, dann ist diese Geburt schadensersatzrelevant. Damit wird juristisch sanktioniert, dass das zur Welt gekommene Kind, so wie es ist, besser nicht hätte geboren werden sollen. Dies sogar, so die Unterstellung, in dessen eigenem Interesse. Die Geburt eines behinderten Kindes zu verhindern zeuge, so der Bundesgerichtshof in einem Grundsatzurteil, von "hoher elterlicher Verantwortung". Hier geht es also um das Recht, ein gesundes Kind zu bekommen bzw. genauer gesagt: *kein* behindertes Kind zur Welt bringen zu müssen. Behindertes Leben wird damit als zu verhindernder "Schaden" gewertet, der mit den Mitteln des Rechts ausgeglichen wird. Eben weil diese Verbindung so nahe liegt - von einem "Recht auf Gesundheit" zu einem Ausschluss vermeintlich

"nicht-gesunden Lebens" -, sind VertreterInnen von Behindertenverbänden der Konzeption von Gesundheit als Menschenrecht ausgesprochen skeptisch gegenüber. Sie befürchten, dass damit *ihr* Anliegen, also das Anliegen, gesellschaftliches Leben so zu organisieren, dass behinderte und/oder kranke Menschen in vollem Umfang an ihm teilnehmen können, umso schwerer artikulierbar wird, je selbstverständlicher Gesundheit als "Recht" verstanden wird.

Vergleicht man dieses Anliegen mit der Logik der wrongful-birth-Rechtsprechung, dann wird deutlich: Letztere nährt eine ganz bestimmte Vorstellung, ein Ideal des "guten Lebens" (ein Leben mit erfüllttem Kinderwunsch, aber ohne behindertes Kind) und legt nahe, darauf gäbe es einen Rechtsanspruch oder doch zumindest ein Recht auf Schadensersatz. Emanzipatorische Behindertenbewegungen fordern statt dessen den Abbau von Diskriminierung und den gleichen Zugang aller zu allen gesellschaftlichen Ressourcen. Sie halten behindertes Leben für eine mögliche Form von Leben, über die kein eindeutiges Werturteil gefällt werden kann: Ob das Leben von Behinderten oder Nicht-Behinderten gut oder schlecht ist, liegt aus dieser Sicht zentral an den gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen es stattfindet. Wird aber die Vorstellung von einem "guten Leben" in der Weise verrechtlicht wie im Falle der wrongful-birth-Rechtsprechung, unterstützt sie faktisch den Ausschluss behinderter Lebensformen aus der Gesamtheit aller Lebensformen. Damit wird "das Recht auf Normalität höher als das Recht auf Leben" bewertet (Degener 1998). Wie aber kann "Gesundheit" gedacht werden, damit eine Forderung nach "mehr Gesundheit" solche Formen des Ausschlusses (der "Nicht-Gesunden") nicht implizit stützt?

Wie sehr die Frage, ob etwas, was wir tun, "gesund" ist oder nicht, längst in unserem Alltag verankert ist, wissen wir alle. Kaum jemand kann allen existierenden Anforderungen danach, gesund zu leben, nachkommen - in Bezug auf Ernährung, Kleidung, Einrichtung, Sexualität, Formen der Konflikt- und Stressbewältigung, Management psychischer Einstellungen etc. JedeR muss hier also eine Balance finden zwischen den ständigen Aufforderungen, "gesund" zu leben und dem, was er/sie wirklich braucht, will und kann (anschaulich für eine „Antimoral" diesbezüglich: www.ungesundleben.de). Dass hier nicht einfach frei gewählt werden kann, ist klar. Wer sich nicht fit, gesund, beweglich und mobil hält, hat deutlich schlechtere Chancen auf dem umkämpften Arbeitsmarkt. Stressmanagement wird hier notgedrungen zur Überlebensstrategie. Umgekehrt halten Staat und Krankenkassen zur sorgfältigen Prävention an - mit deutlich moralischer Aufladung: Wer nicht gesund lebt, wer arbeitsunfähig, pflege- oder therapiebedürftig oder schlicht und einfach alt wird und dies nicht aus eigener Tasche finanzieren kann, belastet die knappen Kassen des Gesundheitssystems und lebt auf "Kosten der Allgemeinheit". Gesundheitsanforderungen erweitern also nicht nur den individuellen Handlungsspielraum, sie schränken ihn auch ein.

Pflicht zur Entlastung der Allgemeinheit?

Staatliche Gesundheitspolitiken in Deutschland setzen seit Beginn der 1990er Jahre auf den Rückbau einer garantierten umfassenden Gesundheitsversorgung, auf Privatisierung und Budgetierung; kurz auf eine Verbetrieblichung des Gesundheitswesens (Kühn 2003). Die Stoßrichtung: Weg von einer nach dem Solidarprinzip organisierten Gesundheitsversorgung hin zum Aufbau eines privaten Versicherungsmarktes sowie des "Zukunftsmarktes Gesundheit", womit gemeint ist: die Steigerung des Konsums von Gesundheitsdienstleistungen und -produkten (PROKLA-Redaktion 2003). Was das auf VerbraucherInnen- bzw. PatientInnenseite heißt, ist klar: Gesundheitsversorgung und Gesundheitsvorsorge werden in dem Maße, in dem sie zu konsumierbaren Gütern werden, auch zu Privilegien, die die einen mehr haben und die anderen weniger.

Nicht zufällig lässt sich zugleich von einem regelrechten "Gesundheitskult" sprechen: Gesundheit ist längst nicht mehr nur etwas, das sich zwischen Körper, Geist und Seele oder zwischen Ärztin und Patient abspielt, sondern eine soziale Praxis, mit der sich zum Ausdruck bringen lässt, dass man zur sozialen Mitte bzw. zum gebildeteren, fitteren, leistungsfähigeren Teil der Bevölkerung gehört. Gesundheit ist, kurz gesagt, *auch* ein Lifestyle (Brunnett 2005). Und das ist eben nicht nur Indiz eines gesteigerten "Gesundheitsbewusstseins" in der Bevölkerung, sondern auch Ergebnis der neoliberalen Umstrukturierung, die die Einbeziehung von Gesundheit ins individuelle Selbstmanagement und die

gleichzeitige "Entlastung" des Staates von der Verantwortung von einer umfassenden Gesundheitsversorgung gezielt betreibt (ebd.).

Wie also lässt sich das *Recht* auf Gesundheit trennen von der *Aufforderung* zu einem bestimmten Verhalten? Was unterscheidet das "Recht auf Gesundheit" vom "Recht auf Gesundheitskonsum" (für alle die, sich's leisten können) und von einer "Pflicht zur individuellen Entlastung des Gesundheitswesens"?

Zwischen Hyperkonsens und Emanzipation

"Recht auf Gesundheit" als Forderung nach sozialen Rechten zu verstehen würde m.E. bedeuten, die gerechte Verteilung von Gesundheitsressourcen und -dienstleistungen für alle einzufordern, also ein "Recht auf Gesundheitsversorgung". Der Unterschied mag nur gering erscheinen, erscheint mir aber wesentlich - auch wenn die angesprochenen Probleme damit nicht allesamt gelöst sind. Natürlich ist immer noch die Frage zu stellen, ob jegliche "Teilhabe am medizinisch Möglichen" (Feyerabend 2005) wünschenswert ist. Und immer noch wird die Frage umkämpft bleiben, was als "Gesundheit" bzw. als "Krankheit" gilt, die "versorgt" oder "therapiert" werden muss. Dennoch legt der Begriff Gesundheitsversorgung den Akzent auf die Frage des gleichberechtigten Zugangs aller zu und damit eben auch auf die Frage der *Entscheidung* über die Verteilung und Nutzung von gesellschaftlichen Ressourcen - und ruft nicht eine diffuse Idee von "Glück" im Sinne einer "guten und richtigen Lebensführung" auf. In diesem Sinne eignet er sich m.E. für eine Forderung nach *sozialen Rechten* weit mehr als der diffuse und universale Begriff „Gesundheit“: Gerade weil die Kategorie Gesundheit ein "gesellschaftlicher Hyperkonsens" ist (Robertz-Grossmann 2004), ist es für politische Bezugnahmen darauf essenziell, ihre normativen und restriktiven Implikationen zu hinterfragen - sonst schmiegen sich emanzipatorische Gesundheitsbewegungen vielleicht ebenso "glatt" in diesen Konsens ein wie Gesundheitsministerien, internationale Gesundheitsinstitutionen und Pharmakonzerne.

In Anlehnung an meinen Beitrag auf dem Kongress Armut und Gesundheit in Berlin, 18./19. November 2005. Panel "Globalisierung und Gesundheit" erscheint dieser Beitrag auch in der aktuellen Ausgabe von *ak-analyse + kritik* (www.akweb.de).

Literatur:

Regina Brunnett: Well managed? Symbolische Gesundheit als Lebensstil und Unternehmensstrategie. In: *Fantômas* 7, Sommer 05.

Theresia Degener: Gegen den Zugriff der Bioethik auf das Leben. Vortrag. Kassel 1998, <http://www.behinderung.org/bioetvotr.htm>

Dietrich von Engelhardt: Der Gesundheitsbegriff im Wandel der Geschichte. In: *Widerspruch*. Münchner Zeitschrift für Philosophie. Jahrgang 24, Heft 42/2004, S. 25-36

Erika Feyerabend: Recht auf Gesundheit? Find ich gut! Oder? In: *analyse + kritik* 498; 16.09.2005.

Hagen Kühn: Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit. In: Büssing/Glaser (Hg.), *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*, Schriftenreihe Organisation und Medizin, Hofgrefe Verlag, Göttingen u.a. 2003, S. 77-98; http://www.wz-berlin.de/ars/ph/download/ethische_probleme.pdf.

Pravu Mazumdar: Der Gesundheitsimperativ. In: *Widerspruch*. Münchner Zeitschrift für Philosophie. Jahrgang 24, Heft 42/2004, S.11-24

PROKLA-Redaktion: Editorial - Gesundheit im Neoliberalismus. *PROKLA*. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft. Jahrgang 33, Heft 132/2003

Beate Robertz-Grossmann: Gesundheit als gesellschaftlicher Hyperkonsens - eine institutionensoziologische Analyse nach Arnold Gehlen. Hartung-Gorre-Verlag, Konstanz 2004

Manuskript Transkontinentale Krankenkasse (TKK)/ medizinische Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen Hamburg

Frank John, Gesellschafter für Legalisierung

Für eine Handvoll Gesundheit

Die transkontinentale Krankenkasse ist eine Idee für ein Label bzw. Branding einer gesundheitspolitischen Bewegung über deutsche Grenzen hinaus.

Die TKK ist im Deutschen ein Spiel mit Worten, der Abkürzung einer bekannten Krankenkasse. Das Spiel hat begonnen mit einem Aktionstag der Gesellschaft für Legalisierung im Oktober 2003 bei einem Besuch der Berliner Charite. Dort wurden insbesondere Personal aber auch PatientInnen aufgefordert, illegalisierte MigrantInnen zu behandeln bzw. zu unterstützen und Denunziationen einzustellen.

Die TKK ist eine utopische Idee: medizinische Versorgung unabhängig von Einkommen, Erwerbsstatus, Nationalität oder Aufenthaltstitel.

Allerdings keine Utopie ohne Nachfrage:

In Wilhelmsburg, einem Hamburger Stadtteil, wo Flyer auslagen, fragte eine US-amerikanische Bürgerin gleich nach, wie sie dieser Krankenkasse beitreten kann.

Und allgemein spricht allein in Deutschland die Nachfrage von ca. 500.000 – 1 Million illegalisierten MigrantInnen und ca. 3 – 400.000 deutschen Bürgerinnen ohne Zugang ins Gesundheitssystem. Die Malteser Migranten Medizin spricht deshalb auch beide Gruppen an in ihren Beratungsstellen.

Die TKK greift Alltagspraxen auf. Ganz gewöhnliche Überlebenshilfen, die unspektakulär seit über einem Jahrzehnt in vielen deutschen Städten geleistet werden. Und weitaus größer an Zahl als die Beratungsstellen (fast nur in Großstädten) oder Nachtbusse (der Caritas für med. und karitative Versorgung) sind die selbstorganisierten Netzwerke, die sich ihren Zugang zu u.a. medizinischer Versorgung zu Recht basteln sowohl in städtischer als auch ländlicher Umgebung.

Eine ungewöhnliche public-private partnership:

„muss Erim sterben, weil seine Eltern arm sind?“

so titelte vor einigen Monaten die Bildzeitung in Hamburg. Eine mazedonische Familie machte sich mit einer Auslandsrankenversicherung und ihrem todkranken Kind im Gepäck auf nach Deutschland und lieferte ihr Kind in der Universitätsklinik Eppendorf ein.

Hin und Her, Streitgespräche in der Klinik: „die sind ja nur gekommen, um ihr Kind behandeln zu lassen“. „eben. Das würdest du doch für dein Kind genauso tun.“ Schließlich bekam die Bildzeitung Wind von der Sache und übernahm die Behandlungskosten von bisher 105.000 • gegen die Exklusivrechte für die Story.

2004. Eine Reise entlang den neuen Grenzen der Westerweiterung Osteuropas. Station Ukraine. Transkarpatien. Zu Besuch bei einer kleinen kirchlichen NGO. „Wie ist die Situation von Flüchtlingen und MigrantInnen in der Ukraine?“

Die humorvolle Antwort: „Großartig, denn bei uns sind alle gleich. Niemand hat ein Recht auf Gesundheit und medizinische Versorgung. Was wir brauchen ist ein LKW, den packen wir voll und starten eine mobile, kommunale Poliklinik für alle.“

Die TKK ist keine Kampagne für ein weiteres Minderheitenprogramm. Sie ist eine Kritik aus dem Herz ins Herz der Gesellschaft. Nicht der deutschen, nicht der französischen oder ukrainischen Gesellschaft – nein ins Herz der zerfallenden, sich wandelnden Gesellschaften des Industriezeitalters mit ihren an die Lohnarbeit gekoppelten sozialen Sicherungssystemen. Die TKK fordert einen Perspektivenwechsel. Sie kann eine Waffe der Kritik sein im Jahre 122 bismarckscher Sozialversicherungsmentalitäten. Eine Kritik an der Kritik des Ausverkaufs der sozialen Systeme. Und ebenso eine Kritik in den Kämpfen gegen diesen Ausverkauf – sei es als Patient, als Arzt, als Pfleger oder (un)versicherter.

Unser Vorschlag ist eine Perspektive aus der Sicht der bisher so wie so ausgeschlossenen – sei es als der „globale Süden“, der „europäische Osten“ oder als der 26. Staat der europäischen Union (EU) - die Illegalisierten, sans papier, sin papeles, die Parallelgesellschaften, die Rechtlosen, die ein Recht auf

Rechte fordern und im Zweifel mit oder ohne Unterstützung ihre neuen Aufenthaltsorte und sozialen Basen aufbauen.

Eine Kontroverse innerhalb der medizinischen Beratungsstellen besteht über das Ziel unserer Tätigkeit: -zugespitzt- wollen wir uns selbst überflüssig machen (und der Staat soll es endlich richten)? oder stehen wir mit unserem Wissen, unseren Verbindungen und der Arbeit, die aus Not, aus dem Mangel und ebenso Reichtum an Möglichkeiten geboren sind nicht eher als Keimzellen für die Idee anderer Gesundheitssysteme und medizinischer Versorgungswege.

Eine solche Perspektive birgt neue Chancen und – vor allem – eröffnet sie Zugang zu der Frage: Welche medizinische Versorgung wollen und brauchen wir?

Sie eröffnet angesichts globalisierter prekärer und enteigneter Lebensverhältnisse einen Zugang zu einem globalen knowHow von Gesundheit abseits kapitalisierter Medizinsysteme.

Eine Perspektive, die in den Abwehr- und Verteilungskämpfen im Gesundheitswesen all zu oft untergeht. Wenn Ärzte und Belegschaften um höhere Löhne oder Arbeitsplatzsicherung kämpfen, kommen im besten Fall höhere Löhne oder betriebliche Abmachungen für Arbeitsplätze heraus. Soziale Rechte, PatientInneninteressen, die Qualität medizinischer Versorgung tauchen dabei höchstens als Ware oder harte Währung im Tarifstreit auf.

Andere mögliche public-private partnerships oder rette sich, wer kann:

Eine offizielle Nachricht: "die bibby altona, die Erstunterkunft für Flüchtlinge, wird geschlossen und nach Mecklenburg-Vorpommern verlagert in die Einöde."

Die folgende Geschichte ist informell und hat im Zweifel so nie stattgefunden:

Juni 2005: Anhörung der grünen und CDU-Fraktion zur Situation Illegalisierter im Bezirk Hamburg-Altona. Nach der Anhörung wird die med. Beratungsstelle vom Gesundheitsamt um ein Gespräch angefragt. Das findet nach Dienstschluss im privaten Rahmen statt. Da die bibby altona geschlossen wird, würden auch die beiden Arztstellen wegfallen, die von der Innenbehörde bezahlt werden. Das möchte die Gesundheitsbehörde nicht. Also ließ man anderen Bedarf prüfen. Ein juristisches Gutachten ergab, dass auch die Behörde Illegalisierten helfen darf und dabei an den Kompetenzen der Beratungsstelle interessiert ist. Mögliche Kooperationen werden angesprochen. Die Gesundheitsbehörde möchte das der Innenbehörde jetzt als Hilfe in besonderen Lebenslagen verkaufen." Ende offen.

Ende der 90er Jahre wird das legendäre Hamburger Hafenkrankehaus nach erbitterten Kämpfen inklusive Besetzung durch Nachbarschaftsinitiativen und Belegschaft geschlossen. Keineswegs als Trostpflaster, sondern als ein Ergebnis dieses Kampfes wird ein Gesundheitszentrum mit integrierter Versorgung und Klinikbetten durchgesetzt mit garantierter Modellfinanzierung auf 5 Jahre. Ein Modell, das jetzt droht, zerrieben zu werden in den Verteilungskämpfen von kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen.

Ein vorletztes Wort zu den vielzitierten Kosten im Gesundheitswesen: Für die vielen kleinen Beratungsstellen und solidarischen Netze spielen die Kosten eine Rolle, weil einige Hundert oder manchmal (zig)Tausend Euro - sei es als Bezahlung oder umsonst erbrachte Arbeit – oftmals ein Problem und häufig genug eine Hürde sind, an der Behandlungen scheitern. Doch gesellschaftlich sind die Möglichkeiten eindeutig: Die medizinischen Kosten für die Behandlung von Illegalisierten wurden auf den transkontinentalen Krankenkassentagen vom Geschäftsführer einer BKK mit dem Umsatz an Schlafmitteln im deutschen Gesundheitswesen geschätzt; Summen im Bereich von Promille oder kleinen Prozentziffern, keiner der großen Posten. Die Kosten sind nicht die gesellschaftliche Frage: Die Frage ist, wann rebellieren wir, wann rebellieren die Initiativen, deren Kämpfe und deren Interessen, Wünsche und Rechte zu Kosten gemacht werden?

Dafür ist die transkontinentale Krankenkasse ein Vorschlag, eine Aufforderung, eine Einladung – sich zu bewegen, heraus aus den „rette sich wer kann“ – Haltungen.

Ob die transkontinentale Krankenkasse schließlich als lokale oder regionale Unterstützungsfonds auftritt mit und von denen finanziert, die z.B. illegalisierte Arbeit im Alltag oder im Betrieb brauchen oder ob sie Umverteilungen im Gesundheits- oder Steuersystem bewirkt, ob sie überhaupt den Kassen – oder

Versicherungsgedanken weiterverfolgt, das wird die Zeit mit ihren Kämpfen zeigen. Ich habe hier sehr verschiedene Orte und Interventionen kurz vorgeführt. Die Anlehnung an die Situation von Flüchtlingen und Migrantinnen ist dabei beispielhaft für einen Perspektivenwechsel.

Denn wenn wir vom Recht auf Gesundheit sprechen, vom Zugang für alle zu medizinischer Versorgung, dann ist das nicht nur eine Frage eines ethischen Prinzips sondern ebenso eines global umkämpften, sich bewegenden und verändernden Marktes, auf dem die Kräfteverhältnisse zwischen unvereinbaren gesellschaftlichen Vorstellungen neu ausgelotet werden.

Dafür ist die TKK gedacht. Als eine Idee von einer sozialen Bewegung, die in prekären Zeiten soziale Rechte einfordert und sich im Zweifel aneignet.

Wie bei jedem guten Spiel ist der Ausgang offen: Ich sage, die Zeit ist reif für transkontinentale Krankenkassen. Machen Sie ihren Einsatz.

Gesundheitsbewegung in Deutschland - Bilanz und Perspektive

Tobias Michel, ver.di Essen

Die alte und wohl neue Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hat ihren ersten Angriff auf die Gesundheitsversorgung erschreckend offen vorgetragen. Rationierung der versicherten Leistungen, Reduzierung auf eine Grundversorgung, Abschreckung der Kranken mit Eintrittsgeldern, Einheitspreise in den Kliniken, Wettbewerb statt Kooperation zwischen den Ärzten und auch zwischen den Krankenhäusern... All das löste breit Unmut und Wut aus.

Bei den zahlreichen Diskussionsveranstaltungen mit besorgten und aufgebrachtten Versicherten, Patienten und Angehörigen wurde – und das war neu und erstaunlich – umfassend über die Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung debattiert. Was ist notwendig? Was hilft? Wer verdient daran? Was ist wahr, was gelogen? Geht es auch anders?

Wenig bemerkt dabei ein wichtiges Verdienst dieser Bildungsbewegung. Sie beerdigte eine der zentralen Agenda 2010-Lüge. Die angebliche Kostenexplosion im Gesundheitswesen wurde als Science Fiktion erkannt. Mehr noch. Zum gesicherten Allgemeinwissen gehört heute: Statt der Eindämmung von Kosten streiten wir offenbar um ihre Umverteilung. Müssen die Kranken zahlen oder zurückstecken, bloß damit die Kassenbeiträge der Gesunden und der Arbeitgeber um ein paar Promille sinken?

Bei der zweiten großen Lüge waren wir weniger erfolgreich. Der demografische Dämon wurde herbei beschworen, aus den fernen Dimensionen wirrer Zukunftsspekulationen materialisierte sich dieser Spuk zur allgegenwärtigen Bedrohung: „Wir müssen heute zurückstecken, damit in 25 Jahren die Rentnerinnen gepflegt werden können...“

Die Bildungsbewegung 2002/2003 hat zudem – gerade wegen ihrer hellsichtigen Kritik am Gesundheitskommerz - im heutigen Problembewusstsein eine eigentümliche Verschiebung ausgelöst. Fast jeden Monat belegt eine neue Studie den noch überragenden Standard in der deutschen Gesundheitsversorgung. Doch nicht in den Augen der Versorgten. In deren Köpfe hat sich tief eingegraben, dass der Kampf längst verloren scheint. Die Krankenhäuser angeblich bereits fest in den Händen privater Ketten, die Reichen lassen sich das Leben verlängern und die Nase verkürzen, wir aber müssen draußen bleiben.

Ähnlich zwiespältig wie die Bilanz der Bildungsbewegung fällt die Bilanz der Protestaktionen aus. Nie zuvor waren Forderungen wie „Gesundheit ist keine Ware“ – „Versorgung nicht nur für die Zahlungskraftigen“ - breit akzeptiert in politische Kampagnen eingebracht worden. Doch trotz des breiten Interesses und der Sympathien, es bildeten sich keine eigenständigen Strukturen heraus, nicht aus den gerade akut selbst betroffenen Patienten, nicht aus latent bedrohten Versicherten. So sind mit diesem Aufschwung der Gesundheitsbewegung in Deutschland auch selbst keine anderen Namen verbunden als die ihrer Gegner: Ulla Schmidt, Karl Lauterbach, Bernd Rürup, Horst Seehofer.

Protest als Privatsache

Gewerkschaften taten sich noch schwer. Ver.di frischte – heftig diskutierend und streitend - ihre Erkenntnisse über den Widerspruch von privaten Kapitalinteressen und solidarischer Versorgung auf. Sie setzte zugleich politisch auf hektischen Lobbyismus in den Vorzimmern der sozialdemokratischen Seelenverwandten. Und ver.di mobilisierte ihre Mitglieder „für eine gesunde Reform“. Ganz anders der Gewerkschaftstag – er beschloss spontan den Aufruf zur Anti-Agenda-Demonstration am 1. November 2003. Unser Vorsitzender Frank Bsirske folgte dann dem Aufruf, in dem er nicht andere mobilisierte sondern selbst am Schluss des Zuges ein wenig verloren mitging.

Trotz all dieser „Unschärfe“ – bereits damals gab es erste Vorzeichen einer neuen Welle, einer wieder etwas anderen Gesundheitsbewegung. Die Beschäftigten in privaten Rehakliniken und Krankenhäusern begannen mit ihren Abwehrkämpfen, gegen die Folgen der Gesundheits“reformen“. Im nordrhein-westfälischen Nümbrecht endete ein Streik von 28 Physiotherapeutinnen im Sommer 2002 erst nach 6 ½ Monaten; dies war der bislang längste Arbeitskampf in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Zeitgleich wurde wenig entfernt die Filiale der privaten Rhön-Kette in Attendorn im Mai 2002 für 6 ½ Wochen bestreikt. In Bremen konnte auch ein 5 ½-wöchiger Arbeitskampf bei der privaten AMEOS-Dr. Heines gerade einmal erreichen, dass der Tarif statt um 30 nur um 20 Prozent abgesenkt wurde. Im Oktober zwangen die Beschäftigten der Unikliniken in Baden Württemberg in einem zweiwöchigen „Stafettenstreik“ ihre Arbeitgeber zurück in einen Tarifvertrag, aus eigener Kraft. Am vergangenen Mittwoch streikten in den 6 Unikliniken von NRW insgesamt 2000 Beschäftigte für 4 Stunden, weit mehr als erwartet. Unsere Vertrauensleute haben anschließend nach oben gemeldet: „Da geht noch was!“

Das macht Mut! Aber wir dürfen nicht übersehen, dass diese Bewegungen zunächst ihren Inhalten nach noch sehr bescheiden sind. Sie stellen die überkommenen Hierarchien nicht in Frage, nicht die Pfründe der Professoren, nicht deren Schönheitsmedizin, nicht deren Machbarkeitswahn, nicht deren Verfilzung mit den Pharmafirmen. Die Forderung nach tariflichen Mindestbedingungen schließt nicht all diejenigen ein, die prekär beschäftigt oder in private Servicefirmen abgeschoben werden. Inmitten all der Gesundheits-Globalisierung, mit grenzüberschreitenden Patienten, Personal, Krankheiten und Pillen, wirken die betrieblichen Kämpfe verstörend beschränkt und kleinkariert.

Und dennoch – was ich vor drei Jahren hier bei der 8. Armuts- und Gesundheitskonferenz abschließend gewagt habe, in meinem Optimismus offensichtlich damals der Zeit ein wenig voraus, mag heute umso richtiger sein:

„Wenn in den kommenden Monaten die Tabus gebrochen werden, wenn rücksichtslos umkrepelt wird, dann – so sind wir zuversichtlich – wird die Frage nach einer solidarischen Finanzierung umfassender und grundsätzlicher gestellt werden. Dann wird auch unsere Antwort weniger abstrakt und utopisch sondern ganz aktuell erscheinen: Eine andere, eine breit und gerecht finanzierte, eine wirklich solidarische Gesundheitsversorgung ist möglich!“



medico international

medico international e.V.
Burgstrasse 106
DE-60389 Frankfurt am Main
Germany - Alemania

Tel. 069 94438-0
Fax: 069 436002
eMail: info@medico.de
www.medico.de

Januar 2006