

SOZIALVERBAND



Diskussions-Papier für den

LEBENSLAGEN-MEDIZIN GEGEN GESUNDHEITS- UND PFLEGEARMUT



(Foto: Armin Strauch)

Professor(Gast) Albrecht **Goeschel**
Staatliche Universität Rostov
Technische Hochschule –
University of Applied Sciences
Giessen-Friedberg
Universität Vechta
Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale
Tenno-Gardasee

Marquartstein, März 2011

Inhalt	Seite
Vorbemerkung	3
1. Die Ausscheidung von Bedarfsgerechtigkeit und Daseinsvorsorge aus der Gesundheitsversorgung	5
2. Die Wiederauferstehung der Unperson "Versicherter" in Gestalt eines „Patientenbeauftragten“	9
3. Lebenslagen als Kriterium der Qualität und Wirtschaftlichkeit	10
4. Sozialmedizin, Life-event-Medizin und Sozialepidemiologie als Theoriebasis von Lebenslagenmedizin	11
5. Lebenslauf und Regionalebene als Krankheitsdimension	14
6. Regionaldimension von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung	14
6.1. Gesundheitsbedingung Umwelt, Wohnumfeld, Innenraum und Verkehrsmittellinneres	15
6.2. Gesundheitsbedingung Migrationshintergrund	17
6.3. Gesundheitsbedingung Sozialschicht	19
6.4. Gesundheitsbedingung Einkommen und Einkommensarmut	19
6.5. Gesundheitsbedingung Berufsstellung	21
6.6. Gesundheitsbedingung Familienarbeit und Erwerbsarbeit	22
6.7. Gesundheitsbedingung Schulbildung und Berufsausbildung	23
6.8. Gesundheitsbedingung Arbeitslosigkeit	24
6.9. Gesundheitsbedingung Geschlechtszugehörigkeit	25
6.10. Gesundheitsbedingung Kinderstatus	27
6.11. Gesundheitsbedingung Älterenstatus	27
6.12. Gesundheitsbedingung Lebensformen	30
6.13. Gesundheitsbedingung Lebenskrisen	33
7. Regionalisierte und lebenslagenorientierte Gesundheitsberichterstattung	34
7.1. Gesundheitsberichterstattung im Zusammenhang der Kassenarzt- und Krankenhausversorgung	34
7.2. Gesundheitsberichterstattung zu Männern und Frauen	34
7.3. Gesundheitsberichterstattung zu ausgewählten Problembereichen	35
8. Verhältnisprävention als Lebenslagenmedizin	35
9. Produkte, Prozesse und Strukturen lebenslagenorientierter Gesundheitsversorgung	35
9.1. Krankenhäuser als Anbieter von lebenslagenorientierter Gesundheitsversorgung	36
10. Krankenhaus-Sozialstatistik: Ein Erfordernis der Lebenslagenmedizin	37

Vorbemerkung

Die Bundesregierung hat die „Gesundheitswirtschaft“ als neue „Wachstumsbranche“ ausgerufen. Dem gegenüber ist für die Pflegeversorgung zwar schon wieder eine „Reform“ angekündigt, die will aber nichts daran ändern, dass hier die Hauptlast weiter bei den Familien und Frauen hängen bleibt und kein Wachstumsschub kommt.

Es war schon bei den ersten Überlegungen zu einer Neuordnung der Pflegeversorgung vor Jahrzehnten erkennbar, dass es vor allem auch darum ging die immensen Beitragsmittel der Krankenversicherung für die Finanzierung einer profitablen Hightech-, Prestige- und Businessmedizin zu reservieren. Die wirklich nötigen, aber aufwendigen Pflege- und Betreuungsleistungen dagegen wurden in die Pflegeversorgung ausgelagert und abgeschoben. Dies gilt besonders für die Krankenhausbehandlung. Dort sind nur noch „Turbo-Patientinnen und -Patienten“ erwünscht. Angesichts der Zunahme multimorbider, insbesondere auch dementieller Älterer wird die Pflegeversicherung in Zukunft noch mehr zum Abladeplatz der schönen neuen „Gesundheitswirtschaft“, aber auch auf diesem Abladeplatz gilt: Wer nicht genug Einkommen, z.B. nur eine Niedrigrente hat und nicht zuzahlen kann, gerät in „Pflegearmut“.

Schritt um Schritt wurde in den zurückliegenden Jahrzehnten auch in der Gesundheitsversorgung immer mehr Barzahlung eingeführt und eine immer offenere Gewinnorientierung zugelassen. Gleichzeitig müssen Millionen Menschen mit „Hartz VI“-Regelsätzen leben in denen die neue Bargeld-Medizin gar nicht vorgesehen ist. Wenn in Zukunft noch Hunderttausende von Älteren mit Kleinstrenten hinzukommen herrscht bei einem Großteil der Bevölkerung offene „Gesundheitsarmut“.

Aber nicht nur Langzeitarbeitslose, Niedriglöhner und Kleinstrentner sondern auch Normalverdiener sind bedroht: Die nunmehr unbegrenzten Zusatzbeiträge drängen die Krankenversicherung weiter auf den Weg zu einer Prämienfinanzierung, zu der die Arbeitgeber nur noch Festzuschüsse zu zahlen brauchen. Lohn-Nebenkostensenkung für die Arbeitgeber führt aber zu „Einkommensarmut“ bei den Arbeitnehmern.

Nicht zu vergessen: In den letzten beiden Jahrzehnten wurde durch die Krankenkassenreformen das flächendeckende Netz orts-, bürger- und versichertennaher Krankenkassen zerstört und durch Kassenkonzerne und den Gesundheitsfonds ersetzt. Gleichzeitig sind die solidarischen Versichertengemeinschaften zu „Morbidityrisiken“ individualisiert und

unter Insolvenzrecht gestellt worden. Über die Leistungsansprüche der Versicherten befindet ein ministeriumsgelenkter „Gemeinsamer Ausschuss“. „Sozialvermögensarmut“ ist das Ergebnis.

Einhundertsiebzig Milliarden Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung und über fünf Millionen Erwerbstätige in der Gesundheitsbranche sind ein immenses Finanz- und Wirtschaftspotential für die Regionen in Deutschland. Während der Gesundheitsfonds mit seinen Einheitsbeiträgen allen Regionen Mittel gleichmäßig entzieht fließen über seine Kassenleistungen vor allem solchen Regionen gehäuft Mittel zu, die über besonders viele Facharztpraxen sowie Krankenhäuser und Kliniken verfügen. Meist handelt es sich dabei um Regionen, die sowieso schon wirtschaftlich bevorzugt sind. So macht der zentrale Gesundheitsfonds „Armut-Regionen“ noch ärmer.

Die Finanz- und Realkrise der letzten Jahre hat von diesem fatalen Zusammenspiel von Pflegeversicherungsreform, Gesundheitsreform und Grundsicherungsreform abgelenkt und es vor allem der gegenwärtigen Regierung leicht gemacht, mit weiteren Salamimaßnahmen und Pseudoverbesserungen die drohende „Pflegearmut“ und sich ausbreitende „Gesundheitsarmut“ zu beschleunigen und zu verfestigen. Eine zusätzliche Dramatisierung dieser Entwicklung durch die zunehmende „Altersarmut“ infolge früherer Rentenreformen nimmt sie billigend in Kauf.

Insbesondere „Gesundheitsarmut“ als Entstehung und Herstellung von Verarmung im Daseinsvorsorgebereich „Gesundheit“ hat zunächst auch eine interessenpolitische Dimension.

Im Zuge der Gesundheitsreformen und insbesondere in Verbindung mit dem Gesundheitsfonds sind die vormals im Daseinsvorsorgecharakter und im Grundsatz der Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsversorgung aufgehobenen Patienten-, Versicherten- und Bürgerinteressen durch den politisch durchgesetzten Wirtschaftscharakter der Gesundheitsversorgung und den politisch durchgesetzten Grundsatz der Beitragssatzstabilität für die Krankenversicherung verdrängt worden. Sie fristen nurmehr eine Marginalexistenz in Form des „Mitberatungsrechts“ von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140 f SGB V.

Gerade deshalb muss als umfassende Gegenfolie zur ökonomisierten Fachgebiete- und Krankheitsartenmedizin, bei denen Gesundheitsarmut allenfalls als „Weniger“-Versorgung, nicht aber als „Fehl“-Versorgung überhaupt rangieren kann, eine sozialepidemiologisch ausgerichtete Lebenslagenmedizin konzipiert und politisch repräsentiert werden. Dem dient immer auch eine regionale, d.h. sozialökologische Darstellung relevanter Sachverhalte.

In diesem Zusammenhang ist von besonderem Interesse, dass in § 139 a SGB V die Errichtung eines Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vorgesehen ist.

Aufgabe dieses Instituts ist nach § 139 a Abs. 3 Ziff. 2 SGB V die Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen. Als Kriterium für die Beurteilung der Qualität und Wirtschaftlichkeit dieser Leistungen sind ausdrücklich **„lebenslagespezifische Besonderheiten“** genannt. Allerdings ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a SGB V eine Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit gesichertem Einfluss des Bundesministeriums für Gesundheit. Wenn hier eine erneute Deutungshegemonie der etablierten Strukturen von Staat, Kassen und Leistungserbringern verhindert werden soll, liegt es vor allem an den Sozial- und Wohlfahrtsverbänden eigene Konzepte, Strategien und Programme zur Lebenslagenmedizin zu entwickeln. § 139 b Abs. 1 SGB V bietet die Möglichkeit, beim gemeinsamen Bundesausschuss Beauftragungen des Institutes mit einschlägigen Arbeiten nach § 139 a Abs. 3 Ziff. 2 zu beantragen.

1. Die Ausscheidung von Bedarfsgerechtigkeit und Daseinsvorsorge aus der Gesundheitsversorgung

Bislang wurde der demokratische und soziale Bundesstaat Deutschland des Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz ausgefüllt durch die Daseinsvorsorgebereiche, die in Art. 74 Abs. 1 Grundgesetz als Gegenstände konkurrierender Gesetzgebung von Bund und Ländern aufgezählt sind. Hierzu zählen auch die Bereiche Gesundheit, speziell Krankenhausversorgung. Dementsprechend wird den Krankenkassen und den Leistungserbringern des Gesundheitswesens in § 70 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V) auferlegt, den Versicherten, d.h. der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung eine „bedarfsgerechte“ und „gleichmäßige“ dem allgemeinen Stand der

medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung zu gewährleisten.

„Bedarfsgerechtigkeit“ beschreibt den Leistungscharakter von Gesundheitsversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge. Dabei ist dieser unbestimmte Rechtsbegriff immer wieder neu zu bestimmen und auszufüllen.¹ Hier sichert die bundesstaatliche Verfassung, die für die Daseinsvorsorgebereiche einen Abstimmungsprozess zwischen Bund und Ländern vorgibt, ein Minimum an Bedarfsgerechtigkeit dadurch, dass sie Vielfältigkeit ermöglicht und nicht Einheitlichkeit vorschreibt. Ernst Bruckenberger hat immer wieder und so beeindruckend wie bedrückend beschrieben, wie es der Bundesebene gelungen ist, die Länder bspw. aus der Steuerung der Krankenhausversorgung abzudrängen und sich dadurch die alleinige Definitionsmacht über die „Bedarfsgerechtigkeit“ zu sichern.²

Die nach § 141 Abs. 1 SGB V eingerichtete Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, beschiedt durch die an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Beteiligten, sollte in einer der Phasen dieses Abdrängungsprozesses der Länder dabei medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten für eine „bedarfsgerechte“ Versorgung der Versicherten erarbeiten. Ein Sachverständigenrat sollte sie unterstützen (§ 142 Abs. 2 SGB V). Aus späteren Fassungen des SGB V ist die Konzertierte Aktion verschwunden. Außerdem ist der in seiner Tätigkeit weiter verbliebene Sachverständigenrat nicht mehr wie vormals an einer „bedarfsgerechten Versorgung“ (§ 142 Abs. 2 SGB V) ausgerichtet. Der Begriff der „Bedarfsgerechtigkeit“ ist seit geraumer Zeit aus diesem Kapitel des Sozialgesetzbuches überhaupt eliminiert.

In früheren Fassungen bspw. des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes (KHG), das immerhin auch heute noch das Ziel einer „bedarfsgerechten“ Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern anstrebt war eine Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung vorgeschrieben.³ Gleiches gilt analog für das Kassenarztrechtweiterentwicklungsgesetz (KVWG).⁴ Diese Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung werden in der

¹ Vgl. Arnold, Michael: Gibt es das: Bedarfsgerechtigkeit? In: Arnold, Michael; Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report `98, Stuttgart 1998, S. 51-58

² Vgl. Bruckenberger, Ernst: Krankenhaus-Planung und Planungsgrundlagen. In: Arnold, Michael und Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report `98, Stuttgart 1998, S. 93-100

³ Vgl. § 1 und § 6 Abs. 1 Satz 4 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 20.06.1972 (BGBl. I, S. 1009)

⁴ Im Gesetz zur Sicherstellung der Kassenarztversorgung ist ebenfalls eine Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung vorgeschrieben. - Vgl. Art. 1 § 1 Abs. 8, Buchst. b, Ziff. 4, Satz 2 Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts-Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.12.1975 (BGBl. I, S. 3871)

Literatur zur Krankenhausbedarfsplanung und Kassenarztbedarfsplanung als gut geeignete Abbildung der räumlich und sozial unterschiedlichen Bedarfslagen der Bevölkerung hinsichtlich Gesundheitsversorgung, insbesondere auch Krankenhausversorgung und Kassenarztversorgung beschrieben.⁵

Vor allem wird in der Literatur herausgearbeitet, dass die Kriterien, Territorien und Indikatoren der Landesplanung und Raumordnung die einzige auch rechtlich befestigte Darstellung unterschiedlicher Lebenslagen und damit Bedarfslagen sind, die zugleich unabhängig von den Krankenkassen einerseits und den Krankenhäusern bzw. Kassenarztpraxen andererseits und dennoch für diese im Rahmen der Bedarfsplanung bindend sind. Ohne Rekurs auf diese Kriterien, Territorien und Indikatoren als quasi Repräsentanten der Versicherten und Patienten selbst bleibt der Bedarf in Krankenhäusern bzw. Kassenarztpraxen nur eine andere Bezeichnung für den Bestand an Krankenhausversorgung⁶ bzw. Kassenarztpraxenversorgung, bleibt „Bedarfsgerechtigkeit“ nur eine andere Bezeichnung für „Bestandsgegebenheit“.⁷

In späteren Versionen des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes ist die sogenannte „Raumordnungsklausel“, d.h. die Bindung der Krankenhausplanung an die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung verschwunden, sind die Versicherten und Patienten wieder zu „Unpersonen“⁸ geworden.

Manche Freunde von Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb phantasieren in ihren Lobpreisungen der „Markt-Steuerung“ im Gesundheitswesen auch eine größere Patientenautonomie in einem durchgängig wettbewerblich

⁵Vgl. Röphe, Thomas; Lenz, Manfred: Bedarfsplanung im Gesundheitswesen. In: Informationen zur Raumentwicklung, Bonn 3/4 – 1985, S. 245-254 und Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.): Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, Bd. II, Sankt Augustin 1990, S. 326-351

⁶ Vgl. Röphe, Thomas; Lenz, Manfred: A.a.O., S. 245 ff. u. S. 247 ff. Die höchstrichterliche Rechtssprechung zum „Bedarf“ in der Krankenhausplanung definiert in genau dieser zirkulären Weise den Bedarf als den tatsächlich zu versorgenden Bedarf, d.h. als Ergebnis der Summe der Verordnungen und Abrechnungen von Krankenhausbehandlung durch Ärzte bzw. Krankenkassen – Vgl. Bruckenberger, Ernst: A.a.O., S. 95

⁷ Der von den Freunden von Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb gegen die Krankenhausversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge erhobene Dauervorwurf der Produktion von „Überkapazitäten“ beschreibt das Phänomen der Bestandsableitung des Bedarfs zwar in der Tendenz richtig, erklärt es aber vom System her falsch. – Vgl. Arnold, Michael: Gibt es das: Bedarfsgerechtigkeit? In: Arnold, Michael; Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report'98, Stuttgart 1998, S. 51-58; Neubauer, Günter: Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen. In: Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart 2003, S. 71-91 und ders.: Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003, Stuttgart 2004, S. 101-120

⁸ Vgl. Röphe, Thomas, Lenz, Manfred: A.a.O., S. 247

gesteuerten System der Gesundheitsversorgung.⁹ Eine geradezu schonungslose Bilanz der Stellung der Versicherten und Patienten bspw. in den Konzepten der an der Krankenhausversorgung Beteiligten bringen Neubauer und Beivers: Außer in Form von Wahlтарifen und Kostenerstattungsoptionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und von Teilnahme an Hausarztmodellen existieren die Versicherten und Patienten nicht¹⁰ - dies ist also von der verfassungsgewollten Gesundheitsversorgung, speziell Krankenhausversorgung als öffentlicher Daseinsvorsorge nach Maßgabe einer politisch zu gestaltenden „Bedarfsgerechtigkeit“ geworden: Wahlтарife bei der Gesundheitskasse.

Die im Zuge der letzten Gesundheitsreformen unter den §§ 140 f und 140 h SGB V eingeführten Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten sowie einer oder eines Patientenbeauftragten betreffen mehrheitlich Fragen des Leistungsrechts im engeren Sinn und sind außerdem auf eine unbestimmte „Beteiligung“ beschränkt. Irgendeine Bedeutung für die politische Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge nach dem Grundsatz der „Bedarfsgerechtigkeit“ haben diese Interessenvertretungen und Beauftragten jedoch nicht.

Als weitere Abart entpolitisiert und damit auch demokratieärmer Ersatzformen von „Bedarfsgerechtigkeit“ ist die „Qualitätssicherung“ zu betrachten. Unabhängig davon dass sie zwar bei den Freunden von Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb hoch im Kurs steht, wird sie von diesen aber zugleich auch als noch reichlich unklar bezweifelt. In jedem Falle sind die gesundheitlichen und gesellschaftlichen, d.h. politischen Interessen der Bürger und Steuerzahler, der Versicherten und Beitragszahler, der Patientinnen und Patienten etc. in dieser „Qualitätssicherung“ allenfalls virtuell enthalten. Dabei schließen sich Qualitätssicherung und Anbieterwettbewerb auf weite Strecken aus.¹¹

Im Unterschied zur „Bedarfsgerechtigkeit“, eine im politischen Verfahren des demokratischen und sozialen Bundesstaates als unbestimmter Rechtsbegriff stets neu auszufüllende Maxime der

⁹ Durchaus skeptisch hierzu Arnold, Michael; Geisbe, Heinrich: Der Patient im Wettbewerb der Krankenhäuser. In: Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart 2003, S. 55-70 und ders.: Das Krankenhaus der Zukunft unter krankenhausefeindlichen Bedingungen. In: Das Krankenhaus, 5/1998, S. 252-256

¹⁰ Vgl. Neubauer, Günther und Beivers, Andreas: Ende der Konvergenzphase und Neuordnung der Krankenhaussteuerung: Zum Stand der ordnungspolitischen Diskussion. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart 2008, S. 63-80

¹¹ Vgl. Robra, Bernt-Peter: Qualitätstransparenz – von der Ebene der Individualmedizin zur Ebene des Gesundheitswesens. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004, Stuttgart 2005, S. 3-15; Hildebrand, Rolf: Qualitätsberichterstattung in Deutschland heute. In: Klauber et al. (Hrsg.): Ebd., S. 27-46 und Leber, Wulf-Dietrich: Qualitätssicherung in einem wettbewerblichen Umfeld. In: Klauber et al. (Hrsg.): Ebd., S. 163-177

Gesundheitsversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge ist die „Beitragssatzstabilität“ durch die zeitlich und sachlich eindeutig bestimmte „Veränderungsrate“ des Budgets der politischen Gestaltung weitgehend entzogen (§ 71 Abs. 3 SGB V).

Damit ist die „Bedarfsgerechtigkeit“ nur noch das, was das von der „Beitragssatzstabilität“ und ihrer „Veränderungsrate“ umschriebene Finanzvolumen zulässt. Über die Ankoppelung dieser Veränderungsrate an die „beitragspflichtigen Einnahmen“ aller Mitglieder der Krankenkassen (§ 71 Abs. 3 Satz 1 SGB V) ist damit die Gesundheitsversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge an die Verteilungsentwicklung des Volkseinkommens zwischen Kapitaleinkommen und Einkommen aus unselbständiger Arbeit gekoppelt: Sinken oder stagnieren Einkommen aus unselbständiger Arbeit und damit die wesentlichen Kasseneinnahmen, sinkt oder stagniert der Spielraum für eine „bedarfsgerechte Versorgung“ mit Gesundheitsleistungen. Die Gesundheitsversorgung selbst ist kein autonomer Faktor für die Verteilung des Volkseinkommens zwischen Kapital und Arbeit mehr.

Wirtschaftspolitisch ist diese prozyklische Anbindung sozialer Realtransfers von der enormen Größenordnung der Gesundheitsleistungen an die nationalen, europäischen und internationalen Boom- und Krisenabläufe und die besonders hohe Exportabhängigkeit der deutschen Wirtschaft¹² schädlich und daher falsch.¹³ Verfassungspolitisch stellt diese „technische“ Ankoppelung der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge an die von der Entwicklung der Kapitaleinkommen übriggelassenen Einkommen aus unselbständiger Arbeit zweifellos einen Verstoß gegen die Verfassung dar.

2. Die Wiederauferstehung der Unperson „Versicherter“ in Gestalt eines „Patientenbeauftragten“

Es wurde bereits beschrieben, wie mit der Ausscheidung der „Bedarfsgerechtigkeit“ der Gesundheitsversorgung und damit der Eliminierung ihres Charakters als auch räumlich gleichmäßige

¹² Vgl. Goeschel, Albrecht: Exportwettlauf in die Armutsfalle: Das Wachstumswunder und seine Folgen für die soziale Lage und das politische Bewusstsein in Nordrhein-Westfalen. In: Sozialverband VdK-Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „Große Koalition“ – Enkelkinder und Großeltern gegen Bildungskrise und Altersarmut, Düsseldorf 2008, S. 63-80

¹³ Wirtschaftspolitisch ebenso verfehlt ist auch die seit dem Verzicht auf die Vermögenssteuer als Ländersteuer verstärkte Absenkung der öffentlichen Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich. Hierdurch wird die dienstleistungsbezogene Investitionsquote verringert. – Vgl. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.): Arme Länder sparen bei Krankenhäusern - Vermögenssteuer ausgesetzt – Krankenhausinvestitionen gekürzt. Berlin o.J. und Flassbeck, Heiner; Spiecker, Friederike: Das Ende der Massenarbeitslosigkeit, Frankfurt a. Main 2007, S. 207 ff.

Daseinsvorsorge auch gleich ihr Substrat, die Belange der Bürger, Steuerzahler, Versicherten, Patienten etc. als Maßstab solidarisch finanzierter Gesundheitsversorgung eliminiert worden sind.

In der neuesten Fassung des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) sind dafür jetzt, an 140. Stelle von insgesamt 315 Artikeln sogenannte „Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten“ (Art. 140 f SGB V) und „Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten“ (Art. 140 h SGB V) installiert worden. Unter der Hand hat sich damit der finanzielle Souverän der Solidarsicherung der Gesundheitsversorgung, der Beitragszahler, im Bereich der dualen Finanzierung auch in der Doppelrolle des Beitrags- **und** Steuerzahlers zum subalternen Leistungsempfänger verwandelt, der Fürsprecher in Gestalt von „Interessenvertretungen“ und „Beauftragten“ braucht. Deren Kompetenz wiederum beschränkt sich auf ein dürftiges „Mitberatungsrecht“ (Art. 140 f Abs.2 SGB V) bzw. (Art. 140 h Abs. 2 SGB V), stellt also angesichts der gewaltigen Apparatur von Gesundheitsfonds, Krankenkassen, Leistungsanbietern, Gemeinsamen Ausschüssen, Verbänden etc., ein „Nichts“ dar.

3. Lebenslagen als Kriterium der Qualität und Wirtschaftlichkeit

Der Niedergang der „Bedarfsgerechtigkeit“ als Kriterium einer Gesundheitsversorgung als Daseinsvorsorge und mit ihr des Beitragszahlers und Steuerzahlers als Souverän dieser Daseinsvorsorge wurde beschrieben. Auch die Wiederauferstehung dieses Souveräns als subalternen Leistungsempfänger wurde beschrieben. Es fehlt noch eine Anmerkung zu einer Neugeburt, die gewisse Hoffnungen erweckt.

In Artikel 139 a Abs. 1 Ziff. 2 SGB V wird als ein Tätigkeitsgebiet des neuen Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Erstellung von Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen festgelegt. Bei diesen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen sollen **„alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifische Besonderheiten“** berücksichtigt werden.

Unabhängig davon, dass es sich auch hier etwa im Vergleich zu der beinhalten und allesbeherrschenden Vorgabe der „Beitragssatzstabilität“ um eine schwache und beliebig auslegbare Vorgabe handelt, stellen die hier erstmals im SGB V als Kriterium für die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung genannten Lebenslagen-Besonderheiten ein Novum dar. Nunmehr ist nicht mehr nur die medizinische Eigenlogik für

die Beurteilung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der überwiegend medizinisch-ärztlichen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblich, sondern sozusagen als Gegenpol sind dies auch Lebenslagen und zusätzlich Alter und Geschlecht.

4. Sozialmedizin, Life-event-Medizin und Sozialepidemiologie als Theoriebasis von Lebenslagenmedizin

Während die vorherrschende Fachgebiete- und Erkrankungsartenmedizin auf einem individualmedizinisch-naturwissenschaftlichen Paradigma aufruhrt und Symptome, Organe, Systeme und Prozesse betrachtet, erklärt und behandelt, hat die Lebenslagenmedizin eine andere Basis.

Diese findet sie zunächst in der Sozialmedizin. Hierzu schreiben Schäfer und Blohmke in ihrem Standardwerk: „Der Gegenstand der Sozialmedizin ist die Wechselwirkung zwischen Krankheit (bzw. Gesundheit) und Gesellschaft in beiden Richtungen, also die Erforschung der mit individualmedizinischen Methoden nicht angehbaren Ätiologien der Krankheiten, insbesondere gesellschaftlicher Natur; andererseits die Rückwirkung des Phänomens Krankheit auf die Gesellschaft insbesondere in ökonomischer Hinsicht ... Die Bedeutung der Sozialmedizin besteht vor allem darin, dass sie das Phänomen Krankheit insbesondere dort untersucht, wo die klinisch-kurative, individuell vorgehende Medizin ihrer Natur und Methode nach versagt.“¹⁴

Goeschel stellt demgegenüber nicht die individualmedizinische einer sozialmedizinischen Konzeption gegenüber sondern sieht beide Konzeptionen und ihren Gegenstand in individualisierten, zugleich sozialpräformierten Biographien, Biografie-Brüchen und assoziierten Befindlichkeiten und Erkrankungen verwoben. Er schreibt: „In den entwickelten Marktwirtschaften gilt eine stetig fortschreitende Individualisierung der Gesellschaft. Die Monetarisierung aller Lebenszusammenhänge, die Professionalisierung aller, auch der abhängigen Beschäftigungen und Erwerbstätigkeiten, und die gleichzeitige Normierung und Institutionalisierung aller wesentlichen Lebensbereiche und Lebensabschnitte führen zur Herausbildung und zur Wahrnehmung, vor allem aber zum Erleben „individueller Biographien“. Für die Gesundheitsversorgung und die für die medizinische Behandlung sind diese Individualisierung und Biographisierung von höchster Wichtigkeit.

¹⁴ Schäfer, H.; Blohmke, M.: Sozialmedizin, Stuttgart 1972, S. 1-2

Medizinische Behandlung wird zunehmend weniger nur durch die Entwicklung der Fachgebietemedizin oder auch nur durch Ausrichtung auf eine bestimmte Erkrankungsartenmedizin bestimmt, sondern wird sich im zunehmenden Maße an typischen Lebenslagen, an gravierenden Lebensereignissen und an komplementären Begleiterkrankungen und deren optimaler Behandlung orientieren. Vereinfacht gesagt: Auf Fachgebietemedizin folgte die Erkrankungsartenmedizin und auf diese beiden folgt die Lebensereignismedizin.

Diese „Individualisierung“ und diese „Biographisierung“ des Erkrankungsparadigmas beschreiben die Aufgabenfelder einer zukünftigen Medizin. Sie bieten zugleich auch eine tragfähige materiell-ökonomische und auch ethische Grundlage für die Gesundheitsaufwendungen der Familien wie der Einzelnen außerhalb von bzw. zusätzlich zu den Beitragszahlungen und Behandlungsleistungen der Krankenversicherung. Es gibt typische „Biographische Brüche“, die im Verständnis der Lebensereignismedizin sozusagen die Kristallisierungskerne von Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungerscheinungen sind.“¹⁵

Bei einem dritten, meist als sozialepidemiologisch bezeichneten Ansatz werden empirisch-statistisch mehr oder minder zuverlässige Zuordnungen von sozialer Lage bzw. sozialen Unterschieden und Häufigkeiten von Morbiditäten und Mortalitäten angestrebt.¹⁶

Allerdings ist das Konzept der „Sozialepidemiologie“ wesentlich anspruchsvoller, als seine Realisierung etwa in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Siegrist schreibt hierzu: „...Sozialepidemiologie stellt keine eigenständige wissenschaftliche Disziplin dar, sondern ist Ergebnis einer interdisziplinären Zusammenarbeit, welche sozial- (und verhaltens-) wissenschaftliches, biomedizinisches und epidemiologisch-statistisches Wissen auf innovative Weise vernetzt. Wie häufig in der Geschichte wissenschaftlichen Fortschritts wird neues Wissen durch Kombination und Verknüpfung von bisher disziplinär getrennt entwickelten Erkenntnissen erzeugt. Im vorliegenden Fall geht es in erster Linie um Erkenntnisse, welche jene Einflüsse auf menschliche Gesundheit und Krankheit betreffen, die sich aus der gesellschaftlichen Umwelt, aus dem Vergesellschaftetsein von Menschen herleiten. Solche Erkenntnisse

¹⁵ Vgl. Goeschel, Albrecht: Männerheilkundliche Therapiekonzepte und Klinikprojekte für 187 Millionen Männer in Europa. In: Sozialverband VdK-Bayern (Hrsg.): Ältere Männer in Europa: Eine medizinisch benachteiligte und sozial übergangene Minderheit, München 2000, S. 42-58

¹⁶ Vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland, Berlin, Juli 2006 S. 84

sollen helfen, bisher bestehende Erklärungsdefizite und Erkenntnislücken in den biomedizinisch-physikalisch ausgerichteten Krankheitsmodellen aufzuhellen bzw. aufzufüllen. Erkenntnisprogramm einer im weitesten Sinne ätiologisch ausgerichteten Sozialepidemiologie ist es, fundierte Beiträge zu einer integrierten, biopsychosoziale Informationen kombinierenden Theorie menschlicher Gesundheit und Krankheit zu liefern. Implizit wird dabei letztlich der Anspruch erhoben, Gehirn und Bewusstsein, neurobiologisch registrierbare Informationsverarbeitung und subjektives Erleben in einem analytisch integrativen Ansatz zu erfassen. Allerdings stimmen nicht alle in der Sozialepidemiologie tätigen Forscher diesem Erkenntnisprogramm zu. Zumindest vereinzelt wird der Anspruch geltend gemacht, Aufgabe der Sozialepidemiologie sei es, die Unvereinbarkeit und Verschiedenartigkeit von subjektiv erlebter, sozial konstruierter Wirklichkeit und von biomedizinisch, physikalisch-chemisch erfassbarer Realität herauszustellen. Wissenschaftstheoretisch wird die Eigenständigkeit dieser Position durch Berufung auf hermeneutisch-interpretative Verfahren artikuliert (Lupton 2000). Auch sollte an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass sich der Anwendungsbereich der Sozialepidemiologie nicht auf das ätiologische Erkenntnisprogramm beschränkt. Ihre Erkenntnisse sind darüber hinaus in der Versorgungsforschung, der klinischen Epidemiologie, einschließlich der Evaluations- und Qualitätsforschung, von Bedeutung (Badura & Siegrist 1999, Patrick & Erickson 1993). Ihre wissenschaftliche Feuerprobe muss diese Arbeitsrichtung allerdings, und erst recht im Zeitalter expandierender molekularer Medizin in ihrem genuin ätiologisch ausgerichteten Erkenntnisprogramm bestehen.“¹⁷

Neben einer gegenüber der Individualmedizin sich abgrenzenden Sozialmedizin, einer soziale und individuelle Faktoren in biografischen Übergängen und Krisen vermittelnden Lebensereignismedizin und einer Sozialogenepidemiologie gibt es zuletzt noch eine Regionalökologie als Grundlage für die Lebenslagenmedizin. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schreibt hierzu: „Empirische Studien über statusspezifische Unterschiede in der Mortalität beruhen z.T. auf einem „ökologischen Design“. Dabei wird ein regionaler Vergleich durchgeführt, d.h. Angaben zur durchschnittlichen Mortalität in einer Region werden mit Werten und Angaben zur sozialökonomischen Struktur der Region verglichen.“¹⁸

¹⁷ Vgl. Siegrist, Johannes: Zukünftige Aufgaben der Sozial-Epidemiologie. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie, Weinheim und München 2001, S. 358-359

¹⁸ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen-Gutachten 2005, Internetversion, S. 115

Eine avancierte Sozialepidemiologie geht einen ähnlichen Weg wie den von Goeschel empfohlenen, nur nicht von den Biographien sondern von den Sozialbeziehungen aus. Borgers und Abholz schreiben: „... der Zusammenhang von ökonomischer Entwicklung und Gesundheit (ist) nicht naturgesetzlich, sondern durch andere Faktoren, die über die rein materiell-ökonomische Ausstattung hinausgehen, maßgeblich co-determiniert. Diese anderen Faktoren – wie soziale Organisation, Sozialpolitik, kulturelle Gegebenheiten usw. – sind in signifikanter Weise mit der Gesundheit verbunden und können solche Unterschiede erklären helfen.“¹⁹

5. Lebenslauf und Regionalebene als Krankheitsdimension

Siegrist vertieft die schon angesprochenen Konzeptionen für eine Lebenslagenmedizin in zwei Richtungen. Er stellt einmal die wichtige Rolle biographischer Verläufe heraus, zum anderen stellt er die Bedeutung heraus, die sozialökologischen Umwelten, soziale Milieus, d.h. regionale Gegebenheiten als eigenständige Größe für die Gesundheit der in ihnen lebenden Personen haben. Siegrist bemerkt hierzu: „... besteht eine dringende Notwendigkeit, die Dimension sozialer Ungleichheiten im Lebenslauf und ihre kurz- und längerfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit besser zu verstehen. Zu lange hat sich (die Forschung) mit statischen Konzepten und mit Querschnittstudien, bestenfalls mit ... Längsschnittstudien zufrieden gegeben ...“.²⁰ Siegrist bemerkt weiter: „Üben sozialökologische Umwelten oder soziale Milieus einen eigenständigen, kontextuell fassbaren Einfluss auf die differentielle Morbidität der in ihnen lebenden Personen aus, oder ist dieser Einfluss identisch mit der Summe der von Einzelpersonen ausgehenden Effekte?“²¹ Nachfolgend werden diese beiden Dimensionen besondere Aufmerksamkeit finden.

6. Regionaldimension von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung

Sozialmedizin und Sozialepidemiologie, auch wenn sie auf Lebenslauf und Regionalgegebenheiten konzentriert sind, übersehen systematisch die ökonomischen und institutionellen Verfasstheiten von Lebensläufen und Regionalgegebenheiten im System der sozialen Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung. Diese Verfasstheiten können in einem Kapitelspektrum erfasst werden, dass ein früher

¹⁹ Vgl. Borgers, Dieter; Abholz, Heinz-Harald: Welches Kapital ist gut für die Gesundheit? Entfremdung und materielle Ressourcen als Determinanten von Gesundheit. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie, Weinheim und München 2001, S. 378

²⁰ Vgl. Siegrist, Johannes: A.a.O., S. 360

²¹ Vgl. Siegrist, Johannes: A.a.O., S. 360

Aufsatz zu diesem Thema beinhaltet. Goeschel beschreibt darin „Regionale Aspekte der Gesundheitslage, der Gesundheitsversorgung und der Krankenversicherung.“

Übersicht: Regionale Aspekte der Gesundheitslage, der Gesundheitsversorgung und der Krankenversicherung

Nachfolgend werden die wichtigsten Gesundheitsbedingungen einer Lebenslagenmedizin dargestellt.

6.1. Gesundheitsbedingung Umwelt, Wohnumfeld, Innenraum und Verkehrsmittellinneres

Eine Fülle von Studien untersucht die unterschiedliche Höhe der Umweltbelastungen bezogen auf die sozialen Statusgruppen.²² Hier werden in der Literatur die sozialspezifischen Verteilungen folgender Schadstoffe erörtert

- Schadstoffe in der Außenluft
- Verkehrslärm
- Schadstoffe in Innenräumen²³
- Schadstoffe im Verkehrsmittellinneren²⁴.

Darüber hinaus gibt es aber auch Untersuchungen, die weit über die Umweltbelastungen im Wohnumfeld hinaus auch die Wohnverhältnisse im weiteren Sinne als Faktor der Gesundheitslage beschreiben.²⁵ In Deutschland ist eine einzige Studie bekannt, die den Zusammenhang von Krankenkassenzugehörigkeit, Morbidität und Wohnstandort zum Thema macht.²⁶

²² Vgl. Heinrich, Joachim: Exposition durch Umweltschadstoffe im Wohnumfeld und im Innenraum. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 157-174

²³ Vgl. ebda.

²⁴ Vgl. ebda.

²⁵ Vgl. Goeschel, Albrecht: Wohnungswesen, Gesundheitsverhältnisse und Krankenversicherung. In: Wohnungswirtschaft und Mietrecht, 9/1985, S. 271-274 und Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen – Gutachten 2005, Bonn 2005, S. 172-174

²⁶ Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): Umwelt- und Gesundheitsbericht der AOK Braunschweig, Marquartstein 1990

Übersicht:

**Regionale Aspekte
der
Gesundheitslage, der Gesundheitsversorgung
und der
Krankenversicherung**

- 1. Regionale Differenzierung der Gesundheitsrisiken**
 - 1.1. Pflegebedarf wächst vor allem im Umland
 - 1.2. Sozial- und Präventivmedizin wird vor allem in den Ballungsräumen benötigt

- 2. Regionale Überkapazitäten und Ausstattungsdefizite in der Gesundheitsinfrastruktur**
 - 2.1. Versorgungsmängel im Umland und Vollversorgung im Voralpenland
 - 2.2. Prävention zu wenig umweltorientiert und Selbsthilfe eine Großstadterscheinung

- 3. Regionale Bedarfsplanung mit Mängeln**

- 4. Regionale Produktions- und Investitionsstrukturen der Gesundheitswirtschaft**
 - 4.1. Ärzte und Zahnärzte investieren vor allem in den Mittelstädten
 - 4.2. Kassenfinanzen stützen schwache Arbeitsmarktregionen

- 5. Regionale Finanzierungsdisparitäten in der sozialen Krankenversicherung**
 - 5.1. Regionale Strukturunterschiede zeigen sich vorrangig bei den regional finanzierten Krankenkassen
 - 5.2. Selbstfinanzierung der Krankenkassen könnte verbessert werden

- 6. Regionalorientierte Krankenkassenpolitik**

- 7. Krankenversicherungsorientierte Raumordnungspolitik**

Quelle: Goeschel, Albrecht: Regionale Aspekte der Gesundheitslage, der Gesundheitsversorgung und der Krankenversicherung. In: Die Sozialversicherung, Frankfurt am Main, August 1987, S. 212-216

6.2. Gesundheitsbedingung Migrationshintergrund

Soweit das Migrationsthema in Gesundheitszusammenhängen diskutiert wird, steht meist die Frage nach einer Höherbelastung der Migrationsbevölkerung und nach einer Fehlversorgung der Migrationsbevölkerung im Vordergrund. Vorausgehen sollte aber aus lebenslagenbezogener Sicht die Frage nach dem Beitrag der Migrationsbevölkerung zum System der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung. Erst vor diesem Hintergrund kann dann die gesundheitliche Versorgungsqualität der Migrationspopulation angemessen beurteilt werden. Vor allem die eher prekären Regionalkassen haben in der Vergangenheit von der Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer und ihrer Versicherung bei diesen Regionalkassen „profitiert“.²⁷

Weit über den Kreis der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten und ihrer Familien hinaus stellt sich mittlerweile die Frage nach den besonderen gesundheitlichen Gegebenheiten bei dem mittlerweile etwa 30 Prozent Familien mit Migrationshintergrund in Deutschland.²⁸ Dies auch, weil es bis heute kaum migrantengerechte Versorgungsangebote des Gesundheitswesens gibt.²⁹ Die Ergebnisse und Untersuchungen zur gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten in Deutschland sind nachfolgend zusammengestellt:

Übersicht: Zentrale Forschungsergebnisse zur gesundheitlichen Lage der in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten

Insbesondere bei den älteren Migranten kumulieren dann erhöhte Belastungen und ungeeignete Versorgungsangebote. Sie leiden im Durchschnitt zehn Jahre früher als Deutsche an chronischen Krankheiten und weisen dementsprechend früher erhöhte Frühberentungsraten auf. Nicht abschließend geklärt ist, ob es sich hier nicht, zumindest bei den Arbeitsmigranten, vor allem um eine Häufung von, auch für Deutsche ähnlicher Schichtzugehörigkeit geltenden Risiken handelt.³⁰

²⁷ Vgl. Goeschel, Albrecht: Ausländische Mitglieder in der sozialen Krankenversicherung: Unerlässlich für die Finanzierung der Regionalkassen? In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Gesundheitsversorgung – Ohne Ausländer noch gesichert?, München 1992, S. 42-45

²⁸ Vgl. Krones Tanja: Nationalität, Migration und Gesundheitszustand. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 95-106

²⁹ Vgl. ebda.

³⁰ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Kooperation und Verantwortung, Gutachten 2007, Internetversion, S. 698 ff.

Übersicht:

**Zentrale Forschungsergebnisse
zur gesundheitlichen Lage der in
Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten**

Belegung des Healthy Migrant Effekts

Gesamtmortalität der Ausländer geringer

**Abnahme des Healthy Migrant Effekts /
Soziale Ungleichheit als ätiologischer Faktor**

Differenz der Prävalenzraten von subjektiven Gesundheitsparametern zwischen Deutschen und Ausländern verringert sich 1984-1992

Migration als ätiologischer Faktor

Zu Beginn der Migration depressive Anpassungsreaktion, die sich in psychosomatische Beschwerden wandelt

Nationalitätsspezifische Unterschiede

Migrantinnen und Migranten haben ein differentes Arbeitslosigkeits/Morbiditätsrisiko, Türken > Italiener > Spanier; Inzidenzrate psychischer Erkrankungen v.a. bei Jugoslawen und Türkinnen hoch, bei Italienerinnen niedrig

Gesundheitliche Lage ausländischer Kinder

Höhere kindliche Morbidität bei ausländischen Erstgebärenden der unteren und mittleren Schicht, geringere Frühgeburtsrate der Mehrgebärenden

**Geschlechtsspezifische Unterschiede /
Gesundheitliche Situation der ausländischen Frauen**

Anzahl der AU-Tage ausl. Arbeitnehmer insgesamt höher, v.a. bei jungen erwachsenen Frauen hohes Risiko

Flüchtlinge und Asylbewerber

Hohe Rate an akuten Erkrankungen, 4 Prozent Foltereinwirkungen

Quelle: Krones, Tanja: Nationalität, Migration und Gesundheitszustand.
In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie,
Weinheim und München 2001, S. 97-98

6.3. Gesundheitsbedingung Sozialschicht

In der Literatur wurde bis zu den neueren Gesundheitsreformen mit ihrer Aufhebung der unterschiedlichen Zuordnung von Arbeitern bzw. Angestellten zu unterschiedlichen Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsarten auf die selbst „schichtbildende“ oder zumindest „schichtabbildende“ Rolle von Krankenversicherung, Rentenversicherung und Gesundheitsversorgung hingewiesen.³¹ Trotz mittlerweile eröffneter Wahlfreiheit bei der Krankenversicherung wurde die schichtungsverstärkende Trennung zwischen Privatversicherungsberechtigten und Sozialversicherungspflichtigen nicht aufgehoben.³²

Umgekehrt belegen eine Fülle qualitativ sehr unterschiedlicher, aber ergebnisgleicher Untersuchungen einen positiven Zusammenhang von abnehmendem Sozialschichtniveau und zunehmenden Morbiditäts- und Mortalitätshäufigkeiten.³³ Für Deutschland ergeben sich die nachfolgend dargestellten Zusammenhänge.

Übersicht: Empirische Ergebnisse zum statistischen Zusammenhang von SES und Morbidität

6.4. Gesundheitsbedingung Einkommen und Einkommensarmut

Im sozialmedizinischen Diskurs ist das Thema „Armut und Gesundheit“ so lange wie folgenlos etabliert.³⁴ Die wesentlichen Botschaften dieses Diskurses sind die Ungleichverteilung der Ressourcen der Gesundheitsversorgung auf die verschiedenen Einkommensgruppen und hierbei die besondere Benachteiligung Einkommensarmer bzw. umgekehrt die schlechteren Gesundheitszustände der unteren Einkommensgruppen und vor allem der Einkommensarmen.

Dies alles ist vielfach berichtet und gipfelt in der Daueraussage: „Je geringer das Einkommen ist, desto schlechter ist die Gesundheit und desto geringer ist die Lebenserwartung.“³⁵

³¹ Vgl. u.a. Brunkhorst, Johann: Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihren Ausgleich in der Sozialversicherung, Berlin 1987, S. 41 ff., bes. S. 534

³² Vgl. Lauterbach, Karl: Der Zweiklassenstaat, Berlin 2007, S. 85ff. und S. 89 ff. und ähnlich Sauga, Michael: Wer arbeitet, ist der Dumme – Die Ausbeutung der Mittelschicht, München 2007, S. 32 ff.

³³ Vgl. u.a. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Bonn – Internetversion, S. 124 und 132 ff.

³⁴ Vgl. hierzu die bald schon „ewigen“ Kongresse „Armut und Gesundheit“ in Berlin seit 1994

³⁵ Vgl. Heinzl-Gutenbrunner, Monika: Einkommen, Einkommensarmut und Gesundheit. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 39

Übersicht

**Empirische Ergebnisse
zum statistischen Zusammenhang von
SES und Morbidität**

<p>Zusammenhang von SES und Morbidität I: Überproportional hohe Morbidität bei einem niedrigen SES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeiner Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen - Allgemeiner Gesundheitszustand bei Erwachsenen - Herz-Kreislauf-Krankheiten - Diabetes mellitus - Magen-/Darmkrebs, Lungenkrebs, Nieren-/Blasenkrebs, Leukämie und maligne Lymphome - Krankheiten des Magens - Zahngesundheit - Evtl. Bronchitis (bei Erwachsenen) - Bandscheibenschäden, rheumatische Krankheiten, Gicht - Unfälle (bei Kindern) - Psychische Morbidität sowie Multimorbidität 	<p>Zusammenhang von SES und Morbidität II: Überproportional hohe Morbidität bei einem hohen SES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allergien (bei Kindern und Erwachsenen) - „Pseudokrupp“ (bei Kindern) - Evtl. Bronchitis (bei Kindern) - Einige Hautkrankheiten, z.B. Neurodermitis (bei Kindern) - Eingeschränktes Sehvermögen (Kurz-/Weitsichtigkeit)
<p>Zusammenhang von SES und Morbidität III: Höhere Schweregrade bei einem niedrigen SES</p> <p>Asthma (bei Kindern)</p> <p>Unfälle (bei Kindern)</p>	<p>Kein mit Hilfe von Ergebnissen aus Deutschland gesicherter Zusammenhang:</p> <p>Bei anderen Krankheiten, weil statistische Zusammenhänge mit dem SES nicht untersucht wurden oder nicht existieren.</p>

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen - Gutachten 2005, Bonn Internetversion, S. 159

Eine beliebte Variante, um die Bedeutung der sozioökonomischen Verteilungsverhältnisse für die Gesundheitsunterschiede zu neutralisieren ist das Selektionsargument: Krankheit macht arm statt Armut macht krank.³⁶ Dieses Argument erledigt sich im Bereich der Kinderarmut sehr schnell, weil Kinder ob krank oder gesund durch diese Eigenschaften keine Beeinträchtigung auf dem Arbeitsmarkt erfahren können. Gleichwohl gibt es sicherlich auch armutsverursachte Rückwirkungen von Krankheit.

Politische Aufmerksamkeit findet der Zusammenhang von Armut und Gesundheit recht schnell dann, wenn aus den Strukturen und Prozessen des Krankenversicherungs- und Gesundheitsversorgungssystems eine Verursachung von Armut abgeleitet wird. Ein Exempel hierfür sind die Veröffentlichungen der Paritätischen Forschungsstelle zur Armutsverschärfung durch Defizite in der ambulanten und stationären pädiatrischen Versorgung³⁷ und zur Funktion des Gesundheitsfonds für die Verschärfung regionaler Disparitäten.³⁸

6.5. Gesundheitsbedingung Berufsstellung

Mehr noch als im Falle der Sozialschicht gibt es zwischen Berufsstellung und Gesundheitslage eigentümliche Wechselbeziehungen. Bis zur Einführung der sogenannten „Wahlfreiheit“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Zuweisung zu unterschiedlichen Kassenarten: Angestellten-Krankenkassen wie bspw. DAK einerseits – Arbeiterkrankenkassen wie bspw. AOK andererseits, von der Berufsstellung bedingt.

Wegen der dabei bei den Arbeiter-Krankenkassen tendenziell höheren Beitragssätze und weniger komfortablen Betreuung im Gesundheitswesen befestigte die Art und Weise der Gesundheitsversorgung auch den Verbleib in der Arbeiterberufsstellung bzw. forcierte dieses anhaltende Demütigungspotential den Aufstiegswunsch in die Angestelltenposition. Vor diesem Hintergrund wirkt die übliche Verknüpfung von Berufsstatus und Gesundheit über die Faktoren physikalisch-chemische Noxen, Anforderungen, Einflusschancen und Belohnungsstrukturen vergleichsweise „mechanisch“.³⁹

³⁶ Vgl. ebda., S. 41

³⁷ Vgl. Paritätische Forschungsstelle (Hrsg.): Gesundheitsarmut bei Kindern am Beispiel Bayern und Reaktionen der Politik, Berlin 9. Oktober 2008

³⁸ Vgl. Paritätische Forschungsstelle (Hrsg.): Gesundheitsfonds macht Regionen arm, Berlin 31. Dezember 2008

³⁹ Vgl. Peter, Richard: Berufsstatus und Gesundheit. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 28 ff.

Allgemein lautet das Ergebnis der Forschung zu Berufsstatus und Gesundheit: „In allen ökonomisch entwickelten Ländern steigen mit sinkendem beruflichen Status die Morbiditäts- und Mortalitätsraten ...“⁴⁰

Ein wichtiger Aspekt ist dabei die zusätzlich zur Berufsstatusdimension hinzukommende Berufsstabilitätsdimension: Die auch in höheren Berufsstatusgruppen zunehmende Kurz- und Teilzeithaftigkeit oder teilweise auch Scheinselbstständigkeit von Erwerbstätigkeit wird als deutlich ungünstige Gesundheitsbedingung betrachtet.⁴¹

6.6. Gesundheitsbedingung Familienarbeit und Erwerbsarbeit

Im System der sozial versicherten Gesundheitsversorgung war das „Normalarbeitsverhältnis“ meist männlicher, vollzeitlicher, ganzjähriger und langdauernder Erwerbsarbeit der Sicherungskern, die nichterwerbstätigen Familienmitglieder waren mitversichert, die nichtmehrerwerbstätigen Älteren rentnerkrankenversichert.

Dem entspricht, dass die gesundheitlichen Belastungen der Erwerbsarbeit sehr viel mehr im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit standen als die gesundheitlichen Belastungen der Familienarbeit. Dies hat sich, teilweise auf dem Umweg über die Genderdiskussion geändert.⁴² Vor allem wird das bisher auf Männer konzentrierte Job-Modell von Arbeitsbelastungen und das vorwiegend auf Frauen ausgerichtete Gender-Modell von Arbeits- und Familienbelastungen als ungenügend kritisiert.⁴³ Angemessener ist schon die Annahme eines „doppelten Lebensentwurfes“ bei berufstätigen Eltern.⁴⁴ Dabei werden nicht nur die doppelten Belastungen, sondern auch die verdoppelten Selbstverwirklichungsmöglichkeiten gesehen.⁴⁵

In diesem Sinne „nach beiden Seiten“ sind dann in der Erwerbsarbeit zu beachten:

- physische und psychische Belastungsfaktoren
- belastende und entlastende Einflussfaktoren
- Anforderungen und Belastungen in der Arbeit.⁴⁶

⁴⁰ Vgl. ebda., S. 28

⁴¹ Vgl. ebda., S. 34

⁴² Vgl. Resch, Marianne: Der Einfluss von Familien- und Erwerbstätigkeit auf die Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Berlin 2002, S. 403-418

⁴³ Vgl. ebda., S. 404

⁴⁴ Vgl. ebda., S. 404

⁴⁵ Vgl. ebda., S. 404

⁴⁶ Vgl. ebda., S. 405 ff.

⁴⁷ Vgl. ebda., S. 410 ff.

In der Haus- und Familienarbeit fehlen bislang derartige Dimensionen der Betrachtung.⁴⁷

Bei einer simultanen Betrachtung der Belastungen durch das Mischungsverhältnis von Familienleben und Erwerbsarbeit tauchen zusätzlich Anforderungen aus der Koordinierung einerseits sowie aus der geschlechtsspezifischen Aufgabenverteilung innerhalb der einzelnen Familienarbeits- und Erwerbsarbeitsaggregate andererseits auf.⁴⁸ Spätestens seit der Zunahme von Pflegebedürftigkeit ist körperlich-seelische Schwerarbeit in die Haus- und Familienarbeit zurückgekehrt. Damit werden Erwerbs- und Familienarbeit von ihrem physisch-psychischen Gehalt her angenähert.

Durch die Bezuschussung von Haus- und Familienarbeit für bestimmte Zwecke (Kinderbetreuung, Pflegebetreuung) nähern sich Erwerbsarbeit und Haus- und Familienarbeit auch in ihrer ökonomischen Zweckhaftigkeit wieder aneinander an. Sie können also beide mit den gleichen Ansätzen und Fragestellungen untersucht werden.

Hier werden nur die psychologischen Belastungen und psychosozialen Unterstützungen am „Arbeitsplatz“ angesprochen. Hier werden meist drei unterschiedliche Modelle verfolgt:

- **Anforderungs-/Kontrollmodell:**
Hohe Anforderungen bei niedriger Kontrollmöglichkeit
- **Handlungsmodell:**
Diskrepanz Aufgabenerfordernisse zu Ausführungsbedingungen
- **Gratifikationskrisenmodell:**
Hohe Verausgabung bei niedriger Belohnung.⁴⁹

6.7. Gesundheitsbedingung Schulbildung und Berufsausbildung

Der Ausbildungsstatus gehört zu den klassischen Sozialstatus-Indikatoren neben Berufstätigkeit und Berufsstellung. Vor allem in Deutschland setzen sich durch die Schulbildung in erster Linie und darüber vermittelt dann durch die Berufsbildung bzw. Hochschulausbildung die vorgängigen Sozialschichtungen in eine Wiederholung dieser Schichtung um. Vor allem die Schulbildung „verdoppelt“ in Deutschland die Sozialschichtung – in einer ganzen Reihe anderer europäischer Länder verändert, moderiert sie diese

⁴⁸ Vgl. ebda., S. 412 ff.

⁴⁹ Vgl. Greiner, Birgit A.: Psychosoziale Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 144 ff.

hingegen.⁵⁰ Gleichzeitig ist in Deutschland die reformpolitische Bildungsillusion besonders stark ausgeprägt und war schon einmal in den neunzehnhundertsechziger Jahren und ist jetzt erneut ein vorrangiges „Reformanliegen“.⁵¹

Für die Gesundheitslage ist dabei wichtig, dass sich innerhalb der Geburtsjahrgänge der Anteil längerdauernd-fachwissenbetonter Ausbildung erhöht. Diese Tendenz ist geschlechtsspezifisch bei der weiblichen Bevölkerung stärker ausgeprägt.⁵² Sowohl der subjektive wie auch der objektive Gesundheitszustand variiert insgesamt deutlich mit der erreichten Schulbildungsstufe – je höher die Schulbildung, um so besser Gesundheitseinschätzung und Gesundheitszustand.⁵³ Ähnliches gilt für eine frühere oder spätere Sterblichkeit.⁵⁴

Wie es scheint ergibt sich der Zusammenhang von Schulbildung Gesundheit und Sterblichkeit aus der in Deutschland ausgeprägten Zuweisungsfunktion der Schulbildung für die spätere Hochschulausbildung bzw. Berufsausbildung und damit auch Berufstätigkeit und Berufsstellung. Dort wirken dann die gesundheitlichen Bedingungen direkt auf Gesundheit und Lebenserwartung.⁵⁵ Ein unmittelbarer Zusammenhang besteht hingegen zwischen Schulbildung und Gesundheitsverhalten. Mit steigender Schulbildung nimmt die Häufigkeit gesundheitsschädigenden Verhaltens deutlich ab.⁵⁶

6.8. Gesundheitsbedingung Arbeitslosigkeit

Nachdem Erwerbsarbeit vor allem in Zeiten der Arbeitsplatzverknappung den sozialen Status bestimmt, ist Arbeitslosigkeit ein starker Faktor sozialer Ungleichheit.⁵⁷ Seit den sogenannten Hartz IV-Reformen ist es unbestritten, dass vor allem die sozialpolitische und sozialrechtliche Verfassung der Arbeitslosigkeit die gesamte Lebenslage erfasst, einschließlich Wohnungswechsel, Besitz- und Vermögensauflösung, Meldezwang und ggf. Zwangsausbildung und Arbeitszwang.

⁵⁰ Vgl. Stolpe, Susanne: Schulbildung/berufliche Ausbildung und Gesundheitszustand. In: Mielck, Andreas, Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 17

⁵¹ Vgl. Eißel, Dieter: Weniger Kinder brauchen mehr Lehrer: Armutsüberwindung durch Bildungsverbesserung erfordert Investitionen. In: Sozialverband VdK-Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „Große Koalition – Enkelkinder und Großeltern gegen Bildungskrise und Altersarmut“, Düsseldorf 2008, S. 15-38

⁵² Vgl. Stolpe, Susanne: A.a.O., S. 17 ff.

⁵³ Vgl. ebda., S. 18

⁵⁴ Vgl. ebda., S. 19

⁵⁵ Vgl. ebda., S. 21

⁵⁶ Vgl. ebda., S. 22

⁵⁷ Vgl. Elkeles, Thomas: Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 71 ff.

Vor diesem Hintergrund bestätigen eine Fülle von Studien den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit, schlechtem Gesundheitszustand und Frühsterblichkeit.⁵⁸ Gleichwohl bedarf die Feststellung „Arbeitslosigkeit macht krank“ einer Modifizierung.

Folgende Faktoren variieren diesen Zusammenhang:

- Höhere individuelle Belastung der Arbeitslosen, je mehr Arbeitslosigkeit als individuelles Versagen gilt
- Abhängigkeit der Individualisierung der Arbeitslosigkeit von der Höhe der Arbeitslosenquote etc.
- Selektion Gesundheitsschwacher in die Arbeitslosigkeit
- Binnenstruktur der Arbeitslosigkeit wie etwa Langzeitarbeitslosigkeit
- Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Arbeitslosigkeit
- Nationalitätenunterschiede bei Arbeitslosigkeit
- Regional- und Strukturunterschiede bei Arbeitslosigkeit
- „Normalisierung“ von Arbeitslosigkeit durch Erosion des Normalarbeitsverhältnisses.⁵⁹

Die im deutschen Sozialstaat organisierte Inanspruchnahme etwas besser verdienender Arbeitnehmer für die Unterstützung der Arbeitslosen, bspw. im Bereich der Krankenversicherung der Hartz-IV-Empfänger, bewirkt einen stetigen psychosozialen Nah- und Ferndruck auf die Arbeitslosen.⁶⁰

6.9. Gesundheitsbedingung Geschlechtszugehörigkeit

Der geschlechter-gesundheitspolitische Diskurs in Deutschland ist eigenartig ökonomiefrei: Während alle übrigen Bereiche von Alltag, Familie, Bildung, Gesundheit etc. ökonomisch durchargumentiert werden, bleibt die Frage der Aufbringung und der Rückverteilung der Finanzmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Leistungsausgaben der Gesundheitsversorgung auf die Männerbevölkerung und die Frauenbevölkerung unerörtert.

Einzige Ausnahmen sind eine Untersuchung zu Stellung der Frauen in den Finanzströmen der Gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 1991 und eine Untersuchung aus dem Jahre 2007, die sich mit dem

⁵⁸ Vgl. ebda., S. 71 ff.

⁵⁹ Vgl. ebda., S. 75 ff.

⁶⁰ Vg. Sauga, Michael: Wer arbeitet, ist der Dumme, München 2007, S. 40

Umfang der Wenigerversorgung der Männerbevölkerung mit Gesundheitsleistungen befassten.⁶¹

Ein weiteres grundsätzliches Problem im Bereich geschlechtsspezifischer Gesundheitsanalysen ist die Sinnhaftigkeit von vergleichenden Untersuchungen zwischen Männern und Frauen. Hier besteht die erhebliche Gefahr, dass in den Rollenanordnungen und Lebenslagen von Männern und Frauen unterschiedlich aggregierte eigenständige Gesundheitsfaktoren wie Schulbildung, Berufsstellung, Einkommen etc. mit Geschlechtseigenschaften verwechselt werden und im Geschlechtervergleich dann sozusagen „verwischt“ werden. Sehr viel sinnvoller ist es, unterschiedliche Männergesundheitslagen für Sozialgruppen, Regionen etc. und unterschiedliche Frauengesundheitslagen für Sozialgruppen, Regionen etc. herausarbeiten, also die Geschlechtergruppen in sich zu vergleichen.⁶² In der geschlechterspezifischen Epidemiologie sind weiterhin großräumig-international angelegte Untersuchungen hilfreich: Diese zeigen sehr gut die Zusammenhänge von Männergesundheit und Wirtschaftsstruktur oder die Zusammenhänge von Frauengesundheit und Stand der öffentlichen Dienstleistungen.⁶³

Zuletzt ist ein Dauerproblem, dass zahlreiche Instrumente und Methoden der Erfassung und Beschreibung von Gesundheitszuständen jeweils unterschiedlich geschlechtsspezifisch sind. So wurde lange Zeit die Bedeutung und Zunahme von Depressionen bei Männern nicht wahrgenommen, weil Diagnosegrundlage die weibliche Symptomatik von Depressionen war. Umgekehrt verhielt und verhält es sich beim Frauenherzinfarkt.⁶⁴

Einige Untersuchungen zur unterschiedlichen Gesundheitslage von Männern und Frauen setzen an den bei Frauen niedrigeren Erwerbseinkommen und ausgeprägteren Armutslagen an, also an den horizontalen Einkommensunterschieden zwischen Männern und Frauen. Andere Untersuchungen konzentrieren sich, realitätsgerechter, auf die innerhalb der Gruppe der Männer größeren Einkommensunterschiede im Vergleich zur Spreizung bei den Frauen.

⁶¹ Vgl. Goeschel, Albrecht, Steinweber, Herbert: Die Bedeutung der Frauen für das gegliederte System der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, 16/1991, S. 153-165 und Goeschel, Albrecht; Bollmann, Marcus: Zentren für Männergesundheit Versorgungsform zur Schließung der „Marktlücke“ Männerbehandlung. In: *Blickpunkt Der Mann*, 2/2007, S. 31-36

⁶² Vgl. bspw. Goeschel, Albrecht; Steinmetz, Markus: Männergesundheit und Männerlebenserwartung in Bayern. In: *Blickpunkt Der Mann*, 1/2008, S. 41-45

⁶³ Vgl. Goeschel, Albrecht et al.: Gesundheitliche Lage der Männer in Italien. In: *Blickpunkt Der Mann*, 4/2006, S. 39-45

⁶⁴ Vgl. Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hrsg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*, Berlin 2002, S. 387-402, bes. S. 390

6.10. Gesundheitsbedingung Kinderstatus

Mit dem neuesten Gesundheitsreformgesetz werden die „Kosten“ der gesundheitlichen Versorgung der Kinderbevölkerung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung zukünftig verstärkt aus Steuermitteln aufgebracht. Dies beinhaltet die Chance einer erhöhten Aufmerksamkeit der Gesundheitspolitik für die sich verstärkt aufspaltende und sich bei den armen oder armutsgefährdeten Familien verschlechternde Gesundheitslage der Kinder.⁶⁵

Dabei scheint es so zu sein, dass vor allem bei einer regionsspezifischen Betrachtung von defizitärer ambulanter und stationärer Kinderheilkundeversorgung einerseits und regional erhöhter Kindermorbidität bei gleichzeitig regional deutlicher Einkommensschwäche die verantwortlichen Politikebenen und die Gesundheitsanbieterverbände starke Reaktionen zeigen.⁶⁶

Im Unterschied zur üblichen Begriffskonstruktion „Armut und Gesundheit“, das sozusagen zwei unvordenklich gewordene Phänomene verbindet, spricht der in der zuletzt zitierten Untersuchung benutzte Begriff „Gesundheitsarmut“ das Faktum an, dass auch im Falle der Kinderbevölkerung Armutslagen im Gesundheitssystem selbst angelegt sind bzw. aus diesen resultieren – etwa durch Fehlkonzentration der Kinderarztpraxen auf die Kernstädte.

6.11. Gesundheitsbedingung Älterenstatus

In der Gesetzlichen Krankenversicherung hat sich mit dem sogenannten Gesundheits-Struktur-Gesetz des Jahres 1992 eine grundsätzliche „Schubumkehr“ vollzogen. Die früher für alle Kassen und Kassenarten gleiche Aufgabe der gemeinsamen Finanzierung der Rentnermitglieder, also der gemeinsamen Bewältigung eines gemeinsamen Risikos im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und des damaligen Finanzausgleiches (FAG) wurde im Rahmen dieser Reform durch einen Finanzierungsmechanismus (Risikostrukturausgleich – RSA) ersetzt, bei dem für jede Krankenkasse eine bestimmte Altersstruktur, d.h. auch ein bestimmter Rentneranteil angenommen wurde und die Einnahmenseite der Kassen entsprechend ausgeglichen wurde. D.h. es wurde nicht mehr gefragt, wie ein gemeinsames (Ausgabe-)

⁶⁵ Vg. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Kinder- und Jugendgesundheitssicherung (KiGGS), Berlin 2007. In: Bundesgesundheitsblatt 5/6-2007

⁶⁶ Vgl. Martens, Rudolf: Gesundheitsarmut bei Kindern am Beispiel Bayern und Reaktionen der Politik. In: Regionale Gesundheitsversorgung und Krankenpflege, Newsletter, Dezember 2008

Risiko bewältigt werden kann, sondern wie sich u.a. die Risikogruppe „Rentner“ auf die Kassen verteilt.⁶⁷

Damit war eine Verselbständigung der Krankenkassen gegenüber ihrer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der gemeinsamen Bewältigung des Älterenrisikos zugunsten einer Selbstbehauptung im Wettbewerb um möglichst günstige Risikostrukturen vollzogen worden.⁶⁸ Krankenversicherungsökonomisch stellten dabei die Rentnerversicherten schon 1992 etwa zwei Drittel der Leistungsanspruchnahme der Gesetzlichen Krankenversicherung.⁶⁹ Gleichzeitig sind sie aber in der Selbstverwaltung der Kassen nicht vertreten.⁷⁰ Auch dies trug in der Folgezeit dazu bei, den Kassenwettbewerb und die Kassenbudgetierung durch Abbau von Leistungen für die Älteren zu bestreiten.

Parallel dazu wird eine Dauerdebatte geführt, ob die zunehmende Lebenserwartung, d.h. der Anstieg des Anteils Älterer an der Bevölkerung zu einem proportionalen oder überproportionalen Anstieg der Leistungsausgaben der Krankenkassen bzw. für die Gesundheitsversorgung führt. Die Argumentation lautet in etwa so, dass steigende Lebenserwartung und sinkenden Geburtenzahlen den Altenanteil an der Bevölkerung und das Durchschnittsalter der Bevölkerung erhöhen. Dadurch würden einerseits die Einnahmen von den Beschäftigten sinken, andererseits die Ausgaben vor allem für die Älteren und deshalb die Beiträge steigen.

Das wirkliche Problem ist, dass die ökonomisch mögliche gesteigerte Ergiebigkeit der Erwerbstätigkeit durch bildungspolitische Defizite gefährdet ist und die Alterung keineswegs proportional mehr Krankheiten produziert, sondern diese nur noch nach vorne verschiebt – in diesem Zeitfenster könnte dann die bislang fehlende Prävention erkrankungssenkend wirksam werden. Die Ausgabensteigerungen bei den Älteren sind also nicht anzahlbedingt, sondern durch die Ausweitung und Verteuerung der Leistungen. Dabei verschieben sich die teuren letzten Lebensjahre mit der Alterung nur nach hinten und werden dadurch präventiv gestaltbar.⁷¹ Insbesondere die gesundheitliche Stadtteilarbeit für sozial benachteiligte Ältere ist hier ein Weg zu

⁶⁷ Vgl. Goeschel, Albrecht: Schlechte Risiken oder Zielgruppe für den Wettbewerb? Die Bedeutung der Älteren für Struktur und Organisation der Krankenkassen. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.). Die Organisationsreform der Krankenkassen, München 1993, S. 38-45, bes. 39 ff.

⁶⁸ Vgl. ebda., S. 42 ff.

⁶⁹ Vgl. ebda., S. 39

⁷⁰ Vgl. ebda., S. 39

⁷¹ Vgl. Kühn, Hagen: Immer älter, immer kränker, immer teurer? In: Sozialverband VdK-Bayern (Hrsg.): Die demographische Täuschung, München 2008, S. 135-159

verbesserter präventiver Intervention in dem beschriebenen, durch erhöhte Lebenserwartung, verlängerten Einwirkungszeitraum.⁷²

Vor allem chronische Krankheiten und Multimorbidität bestimmen das Erkrankungsbild bei den Älteren und den Alten.⁷³ Allerdings gibt es auch keineswegs eine feste Beziehung zwischen diagnostizierbaren pathologischen Veränderungen und sozialem und medizinischem Hilfebedarf.⁷⁴ Dieser Hilfebedarf kann trotz zunehmender Veränderungen stabil bleiben oder sogar abnehmen.⁷⁵ Insgesamt schlagen auch die soziale Ungleichheit in die Gesundheitslage der Älteren und Alten durch.⁷⁶

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schreibt: „Zusammenfassend lässt sich konstatieren: die mit dem sozioökonomischen Status verbundenen relativen gesundheitlichen Unterschiede scheinen mit steigendem Alter geringer zu werden, aber erst in sehr hohem Alter, wenn überhaupt, ganz zu verschwinden. Da das Sterberisiko über alle Altersstufen hin einen ausgeprägten sozioökonomischen Gradienten aufweist, kann ein Beitrag der selektiven Sterblichkeit hierzu als plausibel gelten. Die Verringerung der Ungleichheit gilt anscheinend nicht für alle Aspekte von Morbidität und Mortalität gleichermaßen; ebenfalls scheinen im Alter etwas veränderte Indikatoren der je aktuellen sozioökonomischen Situation (etwa Vermögen und Hausbesitz statt Bildung und Einkommen) die gesundheitlichen Unterschiede besser zu erklären, bzw. abzubilden. Durch die insgesamt mit dem Alter ansteigenden Morbiditäts- und Mortalitätszahlen scheinen die absoluten gesundheitlichen Unterschiede z.T. noch zu steigen. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass sich die gesundheitliche Ungleichheit im Zuge der sich verändernden Morbiditätsprofile und abnehmender vorzeitiger Mortalität weiter in höhere Altersstufen verlagert (Lampert 2000). Es scheint eine Kombination von über den Lebenslauf hin akkumulierten und aktuellen Unterschieden in den Lebensbedingungen für die gesundheitlichen Unterschieden im Alter verantwortlich zu sein.“⁷⁷

⁷² Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Kooperation und Verantwortung – Gutachten 2007, Bonn, S. 685 ff.

⁷³ Vgl. ebda., S. 686 ff.

⁷⁴ Vgl. ebda., S. 690

⁷⁵ Vgl. ebda., S. 690

⁷⁶ Vgl. ebda., S. 692 ff.

⁷⁷ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Kooperation und Verantwortung – Gutachten 2007, Bonn, S. 695

6.12. Gesundheitsbedingung Lebensformen

Eine Grundströmung der Reformen im Gesundheitswesen ist der Abbau eines der vormaligen sozialen Hauptfunktionen der Gesetzlichen Krankenversicherung – die Flankierung der Normalehe und Ehefamilie, d.h. des Modells der Ernährerehemann-Familie durch die Mitversicherung der Familienangehörigen.⁷⁸ Goeschel schreibt dazu: „... erst die Einrichtung einer sozialen Krankenversicherung im Deutschen Reich Ende des 19. Jahrhunderts ermöglichte es durch die Mitversicherung von Ehefrauen und Kindern bürgerliche Ehen zu schließen und eheliche Familien zu gründen. In der aktuellen geschlechterpolitischen Gender-Mainstreaming Diskussion ist ein zentrales Thema, dass der wohlfahrtstaatliche Gesellschaftsvertrag zwischen Kapital und Arbeit einen ehe- und familienrechtlichen Geschlechtervertrag mitumfasst, nach dem die soziale Sicherung und gerade auch die soziale Krankenversicherung von Frauen und Kindern, trotz aller Modifikationen, noch auf der Normalarbeit von Ehemännern und Familienvätern aufruht.

Ganz anders läuft es in der gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion in diesem Lande. Hier wird die historisch-traditionelle und faktisch-aktuelle enge Verwobenheit von Sozialsicherung, Gesundheitsversorgung und Familienleben nicht nur ignoriert, sondern massiv demontiert. ... Aber auch umgekehrt ist es nicht besser: Nicht nur die Familienpolitik in diesem Lande will nichts davon wissen, dass sie gerade auch Gesundheitspolitik zu sein hätte – auch die Gesundheitspolitik in diesem Lande will nichts davon wissen, dass sie in hohem Maße auch Familienpolitik praktiziert. Und es kommt noch schlimmer: Die Gesundheitspolitik in diesem Lande beteiligt sich an allen nur denkbaren gesundheitlichen Reformgemeinheiten, die Familien in diesem Lande angetan wurden und angetan werden. Hierzu muss man nur einen einzigen kurzen Blick auf die beiden Horrorkataloge zum Abbau von Krankenkassenleistungen und zur Zuzahlung zur Gesundheitsversorgung werfen: Man kann dann unschwer erahnen, was dies alles für Kinder, Eltern und Großeltern bedeutet, die nicht zu den „Gutverdienern“ und zur „Neuen Mitte“ gehören....

Man sollte aber auch die Realität von Gesundheitsversorgung und Familienleben, oder das, was die Statistik daraus macht, etwas näher betrachten. Zunächst gilt: 63 Prozent aller Privathaushalte in Deutschland sind Mehrpersonenhaushalte – ob mit oder ohne Kinder im Haushalt. Die deutliche Mehrheit in Deutschland lebte oder lebt also

⁷⁸ Vgl. Goeschel, Albrecht: Frauenpolitik und Krankenversicherung: Anmerkungen zu einem Defizitthema In: Die Sozialversicherung, Februar 1989, S. 42-45

weiterhin in Familienverbänden – auch wenn diese noch kleiner werden und sich häufiger teilen und immer seltener Ehefamilien sein werden. Diese Größenordnung, dass etwa zwei Drittel aller Haushalte in Deutschland Familienhaushalte waren oder sind, finden sich auch in der Krankenversicherung in Deutschland wieder. Etwa 61 Prozent aller Einwohner in Deutschland sind Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung. Mit ihnen zusammen sind etwa 28 Prozent aller Einwohner als Familienmitglieder mitversichert. Bei diesen Zahlenverhältnissen kann gar kein Zweifel bestehen, dass alles, was im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung passiert und angerichtet wird, die Masse der Familien in Deutschland trifft.

Umgekehrt müssen sinnvolle und tragfähige Struktur- und Funktionsreformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der Gesundheitsversorgung am Angelpunkt „Familie“ ansetzen und die familien- und insbesondere kinderbezogenen Regelungen und Leistungen neu ordnen. Im Übrigen zeigen die Zahlen zur Kranken- und Familienversicherung in Deutschland eines sehr schön deutlich: Jene Privaten Krankenkassen in Deutschland, die sich stets als die Hüter des Guten, Wahren und Schönen vordrängen, tragen zur Förderung des Grundwertes „Familie“ so gut wie gar nichts bei – nämlich gerade einmal 2,1 Prozent mitversicherte Familienangehörige von der Bevölkerung. Es gibt einige typische Halbwahrheiten und das sind bekanntlich die schlimmeren Lügen, im gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Diskurs in Deutschland. Eine dieser Halbwahrheiten besteht in der Unterdrückung und Verleugnung der Tatsache, dass die Krankenhausversorgung in Deutschland keineswegs nur Leistungsausgaben bei den Krankenkassen verursacht, sondern auch viele Milliarden Euro Beitragszahlungen an die Krankenkassen leistet. Ähnlich ist es mit den Familien: Natürlich benötigen die Familien medizinische Fachdienstleistungen durch Arztpraxen, Krankenhäuser und Apotheken etc.. Aber die Familien erbringen ein Vielfaches an Gesundheitsförderung, Erkrankungsvorbeugung und Krankenbehandlung selbst – wenn man sie nicht willentlich behindert, entmutigt oder zerschlägt....⁷⁹

Umgekehrt wird die Feststellung kaum bestritten, dass die Ehe als Lebensform gesundheitsförderlich und lebensverlängernd, vor allem für Männer wirkt während Trennungen und Ehescheidungen vor allem hochgradige Gesundheitsrisiken für die Männer sind.⁸⁰ In der Literatur

⁷⁹ Vgl. Goeschel, Albrecht: Familienorientierte Kehrtwende in der Gesundheitspolitik. In: Sozialverband VdK-Bayern (Hrsg.): Soziale Verunsicherung ohne Ende? München 2006, S. 95-111

⁸⁰ Vgl. Höpflinger, Francois: Private Lebensformen, Mortalität und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Berlin 2002, S. 419-438 sowie

wird generell angemahnt, hier vor allem Kohorteneffekte besonders zu beachten, da sich die Wertschätzung und Verwirklichung vor allem formal unterschiedlicher privater Lebensformen in den zurückliegenden Jahrzehnten stark gewandelt hat.⁸¹ Auch erscheint es notwendig, zwischen den formal unterschiedlichen Formen des Zusammenlebens und den materiellen Unterschieden zu differenzieren.⁸² Insbesondere sind es vielleicht weniger die selektiven oder protektiven Wirkungen des formalen Familienstatus, sondern die belastende Wirkungen der Auflösung von Ehen und Partnerschaften, die diese Unterschiede bedingen.⁸³

Gleichwohl gilt seit langer Zeit eine deutliche Tendenz geringerer Morbidität und Mortalität von Verheirateten in den hoch entwickelten Ländern.⁸⁴

Zusammenfassend schreibt Höpflinger u.a.: „Die vorliegenden Studien weisen relativ konsistent in Richtung einer protektiven, gesundheitsfördernden Wirkung langjähriger (ehelicher) Partnerschaften. Dies gilt namentlich auch bezüglich einer Erhöhung der Gesundheitschancen nach einer Erkrankung. Die These, dass Männer von einer protektiven Wirkung einer (ehelichen) Partnerschaft stärker profitieren als Frauen, lässt sich hingegen in dieser generellen Form nicht belegen. Zumindest in einigen Studien wird sichtbar, dass soziale Unterstützung durch andere Bezugspersonen (Angehörige, FreundInnen) ebenso bedeutsam sein kann wie eine partnerschaftliche Unterstützung, so dass sich der traditionelle Fokus vieler Studien auf Partnerbeziehungen als zu eng erweist..... Eine Familienauflösung (Scheidung, Verwitwung), aber auch familiäre Pflege zeitigt – unter der Voraussetzung gleicher wirtschaftlicher Absicherung – bei Männern kurz- bis mittelfristig tendenziell negativere gesundheitliche Konsequenzen als bei Frauen. Bei Frauen ergeben sich gesundheitliche Probleme oft eher als Folgen mangelnder wirtschaftlicher Absicherung nach einer Familienauflösung.... Rollentheoretisch orientierte Längsschnittbeobachtungen weisen gegenwärtig primär in die Richtung, dass sich multiple Rollenkonfigurationen (z.B. familial-berufliche Rollenkombinationen) bei Frauen gesundheitlich eher positiv auswirken. Ob dies bei Männern ebenso der Fall ist, lässt sich aufgrund der aktuellen Forschungslage höchsten vermuten.“⁸⁵

Goeschel, Albrecht: Trennung und Scheidung als Gesundheitsrisiko für die Männer in der Regionen Deutschlands. In: Blickpunkt Der Mann, 1/2007, S. 29-37

⁸¹ Vgl. Höpflinger, Francois: A.a.O., S. 420 ff.

⁸² Vgl. a.a.O., S. 422

⁸³ Vgl. ebda.,

⁸⁴ Vgl. a.a.O., S. 423

⁸⁵ Vgl. a.a.O., S. 435

6.13. Gesundheitsbedingung Lebenskrisen

Wegen des noch immer dominierenden Aufruhens der Gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Arbeitsverhältnis, insbesondere dem Normalarbeitsverhältnis ist das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland ursprünglich vor allem für solchen Lebensereignisse oder auch Lebenskrisen sensibel gewesen, die sich unmittelbar im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis gezeigt haben. Dies war vor allem der Krankenversicherungswechsel im Falle des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben oder die Staffelung der Geldleistungen bei Krankheit zunächst in Lohnfortzahlung und sodann Krankengeld. Für die Mitglieder bzw. Versicherten weniger merklich waren die aufdifferenzierenden Zuständigkeitsübergänge zwischen den verschiedenen Versicherungsträgern im Falle von so relevanten Lebensereignissen wie Arbeitslosigkeit, Langzeiterkrankungen und Rehabilitation, Eintritt der Pflegebedürftigkeit etc. In der sozialepidemiologischen Literatur bleiben diese erwerbs- und versicherungsbiographischen Aspekte eigenartig unbeachtet. Untersucht werden vor allem im Alltagsverständnis als „belastend“ beschriebene Lebensereignisse, Lebenskrisen wie bspw. Scheidungen und Trennungen.⁸⁶

In der gesundheitlichen Lebensereignisforschung stehen schwer belastende und nicht steuerbare Ereignisse einerseits, persönliche Verletzlichkeitsprofile andererseits und vertrauensvolle Beziehungen als Belastungsausgleich im Mittelpunkt.⁸⁷ Eine Dimension der gesundheitlichen Lebensereignisforschung untersucht die Erkrankungsarten nach der hierfür festgestellten Ursächlichkeit von belastenden Lebensereignissen, bspw. bei Depressionen. Eine andere Dimension befasst sich mit dem Erkrankungsverlauf und der Rolle sozialer Unterstützung hierfür, bspw. bei Herzinfarkt. Eine dritte Dimension untersucht die unterschiedliche soziale Verteilung belastender Lebensereignisse bzw. sozialer Unterstützung. Ergebnisse zeigen, dass sich in den einfachen Sozialschichten belastende Lebensereignisse häufen. Dort ist gleichzeitig auch die soziale Unterstützung schwächer ausgeprägt.⁸⁸

Insbesondere die Untersuchung schwer belastender Lebensereignisse als Erkrankungsauslöser eignet sich für eine Verknüpfung der sozialen, regionalen und genderspezifischen Aspekte. Für die regionale und

⁸⁶ Vgl. hierzu ausführlich Höpflinger, Francois: Private Lebensformen, Mortalität und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Berlin 2002, S. 419-438

⁸⁷ Vgl. Geyer, Siegfried: Belastenden Lebensereignisse und soziale Unterstützung. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 207-218

⁸⁸ Vgl. ebda., S. 212 ff.

soziale Verteilung von Ehescheidungen und damit auch die negativen Gesundheitsfolgen von Ehescheidungen und Trennungen für Männer sowie der Aufbau von Unterstützungspotentialen gibt es im deutschsprachigen Raum eine erste Untersuchung.⁸⁹

7. Regionalisierte und lebenslagenorientierte Gesundheitsberichterstattung

Aus den vorstehenden Darstellungen ist unschwer erkennbar, dass für die Erforschung und Entwicklung einer lebenslagenorientierten Gesundheitsversorgung allenfalls ein Bruchteil derjenigen Ressourcen zur Verfügung steht, über den der enorme Wirtschaftszweig der Fachgebiete- und Erkrankungsartenmedizin verfügt.

Allein schon aus dieser Sicht sollten alle geeigneten Hilfsmittel und Möglichkeiten zur Etablierung von Lebenslagenmedizin genutzt werden.

7.1. Gesundheitsberichterstattung im Zusammenhang der Kassenarzt- und Krankenhausversorgung

Zu solchen Hilfsmitteln und Möglichkeiten gehört auch die regionalisierte Gesundheitsberichterstattung und die Mitnutzung der beiden regionalisierten Fachplanungen Kassenarzt- und Krankenhausplanung. Diese versorgungspolitische Strategie verfolgen die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. und mittlerweile auch die Paritätische Forschungsstelle.⁹⁰

7.2. Gesundheitsberichterstattung zu Männern und Frauen

Ähnlich wie die allgemeine Gesundheitsberichterstattungen und die für die Kassenarzt- und Krankenhausplanung nötigen Erhebungen zur regionalen Gesundheitslage lässt sich auch die Genderberichterstattung nutzen. Regionale Berichte zur Lebenslage, insbesondere Gesundheitslage von Männern und Frauen stellen wichtige Hilfsmittel beim Aufbau lebenslagenorientierter Gesundheitsversorgung dar.

Für Bayern gibt es ein anspruchsvolles Konzept der Männergesundheitsberichterstattung, das den Wandel des regionalen Morbiditäts- und Mortalitätsbildes in Bayern im Zusammenhang mit der langfristigen Wirtschaftsentwicklung bringt und aus dieser Sicht auch die

⁸⁹ Vgl. Goeschel, Albrecht: Trennung und Scheidung als Gesundheitsrisiken für die Männer in den Regionen Deutschlands. In: Blickpunkt Der Mann, 1/2007, S. 29-37

⁹⁰ Vgl. Bundesministerium für Forschung und Technologie (Hrsg.): Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, Band II, S. 326-352, Sankt Augustin 1990 und Paritätische Forschungsstelle (Hrsg.): Gesundheitsarmut bei Kindern am Beispiel Bayern, Berlin September 2008

Gesundheitsinfrastruktur bewertet.⁹¹ Für regionalisierte Frauengesundheitsberichte wurde bereits 1991 ein Konzept vorgelegt.⁹²

7.3. Gesundheitsberichterstattung zu ausgewählten Problem-bereichen

Eine weitere Möglichkeit, lebenslagenorientierte Versorgungskonzepte, -strukturen und –prozesse zu etablieren sind sozusagen „Fachberichte“ zu spezifischen Problemlagen. Ein Beispiel ist die bislang in Deutschland fehlende geschlechtsspezifische Pflegeberichterstattung.⁹³

In dieser Weise könnten auch andere Berichtssysteme wie etwa die Qualitätsberichtserstattung der Krankenhäuser sozialepidemiologisch angereichert werden.

8. Verhältnisprävention als Lebenslagenmedizin

Ein wichtiges Element für den Aufbau von Konzepten, Strukturen und Programmen lebenslagenorientierter Gesundheitsversorgung sind Präventionskonzepte, -strukturen und –programme, die aus dem Bereich Verhältnisprävention, im Unterschied zum Bereich Verhaltensprävention, kommen. Beispiele sind:

- Raumordnung, Landesplanung und Regionalentwicklung als Instrumente präventiver Gesundheitspolitik.⁹⁴
- Präventive Gesundheitsprogramme von Kommunen und Ortskrankenkassen.⁹⁵

9. Produkte, Prozesse und Strukturen lebenslagenorientierter Gesundheitsversorgung

Es wird bei der Etablierung einer lebenslagenorientierten Gesundheitsversorgung darauf ankommen, letztlich innovative Produkte bzw. Leistungspakete zu entwickeln, die diesem Konzept entsprechen und die dann in Versorgungsprozessen und Versorgungsstrukturen bereitgestellt und verbraucht werden können.

⁹¹ Vgl. Goeschel, Albrecht; Steinmetz, Markus: Männergesundheit und Männerlebenserwartung in Bayern: Ergebnisse des Männergesundheitsberichts Bayern. In: Blickpunkt Der Mann, Gablitz 1/2008, S. 41-45

⁹² Vgl. Fette, Anke; Gassner, Sabine: Regionale Unterschiede in der Gesundheitslage der Frauen. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft, 16/1991, S. 161-178

⁹³ Vgl. Goeschel, Albrecht: Männer-Pflegebericht für Deutschland. In: Gesundheitspolitik, 2/2008, S. 52-54

⁹⁴ Vgl. Goeschel, Albrecht: Raumordnung, Landesplanung und Regionalentwicklung als Instrumente präventiver Gesundheitspolitik. In: Der Landkreis 10/1987, S. 471-473

⁹⁵ Vgl. Goeschel, Albrecht: Präventive Gesundheitspolitik in den Kommunen – neue Aufgaben für die Ortskrankenkassen? In: Das öffentliche Gesundheitswesen 49/1987, S. 572-576

Als Entwicklungsstrategie empfiehlt sich dabei die Auswahl und Anordnung solcher sozialepidemiologischen Zielgruppen, die wichtige mehrdimensionale Bedarfslagen (regional, sozial, genderspezifisch, professionell etc.) repräsentieren. Für diese Zielgruppen sind dann Produkte, Prozesse und Strukturen der Versorgung zu etablieren.

Ein Beispiel ist das

- Zentrum für Kraftfahrergesundheit in Sterzing-Südtirol

Hier wurde eine hochrisikobelastete zahlenstarke und wirtschaftszentrale Gruppe überwiegend männlicher Arbeitnehmer ausgewählt, deren Gesundheitsversorgung unzureichend und allenfalls fragmentiert erfolgt. Das Zentrenkonzept stellt auf eine lebenslagen- und arbeitslagenadäquaten Form der Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation ab.⁹⁶

9.1. Krankenhäuser als Anbieter von lebenslagenorientierter Gesundheitsversorgung

Unter dem Druck der Budgetierung, Pauschalfinanzierung und Monistik werden die bisherigen Strukturen und Prozesse der Krankenhausmedizin „verflüssigt“. Erkennbar ist derzeit ein Trend zur Steigerung der ärztlich-medizinischen Leistungskomponente als Erlösträger und zum massiven Abbau der pflegerisch-kommunikativen Leistungskomponente.⁹⁷ Diese Entwicklung soll neben besseren Budgetbedingungen vor allem auch der Fälleakquisition dienen.

Angesichts der wachsenden Selbstbeteiligung sowie der zunehmenden Multimorbidität und des damit zwischen den Krankenhäusern verschärften Verdrängungswettbewerbs wird das Geschäftsmodell „ärztlich-medizinische Hochleistung“ bald an seine Grenzen geraten. Dann werden lebenslagenspezifische Angebote ein nachhaltigeres Arbeiten erlauben. Dort kann dann die Sozialfunktion der Krankenhausversorgung rekonstruiert werden.⁹⁸ Dabei ist dann eine wesentlich systematischere Abstimmung von Verteilung, Zusammensetzung und Leistungsfähigkeit der Privat- und Familienhaushalte und der Krankenhausversorgung erforderlich.

⁹⁶ Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V. Europäisches Zentrum für Kraftfahrergesundheit Sterzing, Marquartstein, 2008

⁹⁷ Vg. Sozialverband VdK-Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Wirtschaftlichkeit: Was braucht NRW- Soziale Krankenhäuser oder Gesundheits-Kaufhäuser? Düsseldorf 2009

⁹⁸ Vgl. Goeschel, Albrecht: Krankenhäuser als Widerstandsnester: Innovative Produkte statt Gang an die Börse. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Reformangriff auf das Sozialmodell Deutschland, München 2005, S. 49-58

Übersicht: Zentren für Patientengruppen

Hierzu ist vorrangig eine Restrukturierung der Krankenhausversorgung nach Maßgabe prioritärer Patienten- und Zielgruppen erforderlich.

10. Krankenhaus-Sozialstatistik: Ein Erfordernis der Lebenslagenmedizin

Die amtliche Krankenhausstatistik insbesondere die Krankenhaus-Diagnosestatistik lässt keine Aussagen zur Sozialstruktur der Behandlungsfälle und Behandlungsgründe zu.

Ursache ist der Verzicht auf die Erhebung von Sozialmerkmalen der Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser. Die Aufnahme solcher Merkmale in die Krankenhausstatistik muss ein Anliegen der Sozial- und Wohlfahrtsverbände sein.

Übersicht:**Zentren für Patientengruppen****Beispiele**

- Zentrum für Frauen, Mutter und Kind
- Zentrum für Männergesundheit
- Zentrum für Älterenmedizin und Chronischkranke
- Zentrum für Atemgesundheit
- Zentrum für alternative Heilverfahren und gesundheitliche Selbstverantwortung