

Für eine Lebenslagen-Medizin

Die Sozialwirtschaft und die Priorisierungsdebatte

■ Albrecht Goeschel

Die Normal-Medizin setzt auf eine epidemiologisch nicht mehr gedeckte, aber ökonomisch einträgliche Spezialisierung, Technisierung und Pharmakologisierung. Demgegenüber sollten die Sozial- und Wohlfahrtsverbände für eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Gesundheitsversorgung eintreten, die sich an den Lebenslagen der Menschen orientiert.

Im Mai 2009 hat die Bundesärztekammer und haben andere Einrichtungen und Vertreter des medizinisch-industriellen Komplexes eine breite Diskussion über »Priorisierung« in der Gesundheitsversorgung in Gang gesetzt. (1) Gemeint ist damit: Nur noch die Behandlung einer Auswahl lebensbedrohlicher oder schwerwiegender und nicht selbstverschuldeter Krankheiten soll durch die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden. Alle anderen Erkrankungen sollen durch private Zusatzversicherungen oder aus dem laufenden Einkommen bezahlt werden. (2)

Als Begründung für diese Forderung nach einer radikalen Reduzierung der solidarischen Gesundheitsversorgung und einer massiven Expansion der privat finanzierten Gesundheitsleistungen wird angeführt, die derzeit rund 167 Milliarden Euro Budgetmittel des Gesundheitsfonds seien für eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Gesundheitsversorgung aller Versicherten nicht ausreichend. (3)

Unverkennbar soll mit dieser Diskussion das von der weltweiten Wirtschaftskrise bewirkte Finanzierungsdefizit des Gesundheitsfonds genutzt werden, um das schon jahrzehntealte strategische Ziel der Herauslösung eines Großteils der Gesundheitsversorgung aus der solidarischen Finanzierung und Realisierung in einen privaten Versicherungs- und Behandlungsmarkt nunmehr endlich zu erreichen. (4) Dabei muss berücksichtigt werden, dass durch die für Deutschland typische Zweiteilung der Gesundheitsversorgung in den für die weniger verdienenden Arbeitneh-

mer und ähnliche Gruppen zuständigen Sektor der Gesetzlichen Krankenversicherung und den für die hoch verdienenden Arbeitnehmer sowie die Beamten und Selbstständigen reservierten Sektor der Privaten Krankenversicherung bereits seit Jahrzehnten ein quasi-privater Versicherungs- und Behandlungsmarkt besteht (5), der nunmehr zum vorherrschenden Sektor nicht nur vertikal zwischen den sozialen Schichten, sondern auch horizontal zwischen Grundversorgung und Wahlleistungen gemacht werden soll.

Über-, Unter- und Fehlversorgung durch Privatisierung des Gesundheitswesens

Vor dem Hintergrund der Gesundheitsreformen der zurückliegenden Jahrzehnte mit ihrer Grundtendenz der anhaltenden Überwälzung von Finanzlasten auf die Beitragszahler, Versicherten und auf weite Strecken die Kranken einerseits (6) und ihrer Grundtendenz einer epidemiologisch längst nicht mehr gedeckten, ökonomisch aber einträglichen Spezialisierung, Technisierung und Pharmakologisierung (7) kann prognostiziert werden, welche Wirkung die geforderte Reduzierung der sozialen Gesundheitsversorgung haben wird: Der überwiegende Teil der bislang noch an eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Gesundheitsversorgung gebundenen Finanzmittel wird in Zukunft von einer privaten Hightech- und Prestigemedizin verbraucht werden.

Die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen diagnostizierte Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen (8) wird sich deutlich verschärfen. Das epidemiologisch-morbiditytäre Massengeschehen wie psychische Störungen, altersbegleitende Multimorbidität und auch medizinische Pflegebedürftigkeit werden noch mehr an Unterfinanzierung zu leiden haben. ►

Prof. Albrecht Goeschel ist Projektleiter der Studiengruppe für Sozialforschung e. V. in Marquartstein am Chiemsee, Gastprofessor an der Staatlichen Universität Rostov in Russland und Lehrbeauftragter an der Fachhochschule Gießen.
E-Mail mail@studiengruppe.com

Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen gilt dabei nicht nur hinsichtlich des Verhältnisses von Epidemiologie und Morbidität einerseits, Diagnostik- und Therapiepotenzialen andererseits. Durch die Etablierung des Gesundheitsfonds kommt es auch zu verschärften regionalen Disparitäten zwischen Versorgungserfordernissen und Versorgungsmöglichkeiten im Gesundheitsbereich.

Untersuchungen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (9) zeigen, dass die Zentralisierung der Finanzströme durch den Gesundheitsfonds in Verbindung mit den ausgeprägten Regionalunterschieden in der Ausstattung mit Gesundheitsinfrastruktur dazu führen werden, dass die sozioökonomisch und gesundheitsinfrastrukturell schwächeren Regionen weniger Finanzmittel als die gesellschaftlich und wirtschaftlich stärkeren, ärztlich deutlich besser versorgten Regionen erhalten werden.

Damit nicht genug wird die mit dem gesetzlich fixierten Ziel der Beitragssatzstabilität verbundene Budgetierung, also die Anbindung der Gesundheitsaufwendungen an die nach Sicherstellung der Gewinnziele verbleibenden Lohneinkommen durch die beschlossene Schuldenbremse als eine Art Steuersatzstabilität bzw. Budgetierung auf die gesamte sozialstaatliche Daseinsvorsorge ausgedehnt. (10) Dies wird den Einsparungsdruck auf den verbleibenden Rest bedarfsgerechter und gleichmäßiger solidarisch finanzierter Gesundheitsversorgung weiter erhöhen. So werden etwa die Möglichkeiten der Länder, Krankenhausinvestitionen zu finanzieren, hierdurch noch stärker eingeschränkt.

Strategische Alternativen

Für die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege (11) und die großen Sozialverbände (12) stellt sich in dieser Situation die Strategiefrage: Sie können es bei politisch-moralisierender Kritik der durchaus erfolgversprechenden Kampagne des medizinisch-industriellen Komplexes belassen. Hier wäre dann auf die damit verschärfte Gesundheitsarmut zu verweisen. (13) Die Verbände könnten allerdings auch, und das sei hier empfohlen, ihre bedeutende Stellung in der stationären Akut- und Rehamedizin, in der

ambulant und stationären Pflege und in der gesundheitlichen Selbsthilfe nutzen und theoretisch begründet und strategisch ausgerichtet das vom medizinisch-industriellen Komplex geräumte Feld einer sozial orientierten Gesundheitsversorgung besetzen.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – (GKV-WSG) vom 26. März 2007 wurde erstens durch Einführung des Gesundheitsfonds die von der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland vorgegebene räumlich-bundesstaatliche Gliederung und Stufung der Abgaben-Finanzströme zentralistisch verändert und damit die Ausrichtung der Gesundheitsversorgung nicht mehr vorrangig am Ziel der Bedarfsgerechtigkeit, sondern an der Unterordnung der Gesundheitsversorgung unter die Norm der Beitragssatzstabilität verschärft. (14) Zweitens wurde aber im Rahmen der vorausgegangenen Reformgesetze mit den §§ 139a, 139b und 139c Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) ein Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen eingerichtet, das nach § 139a Abs. 3 Ziff. 2 SGB V u. a. die Qualität und Wirtschaftlichkeit der durch die Gesetzliche Krankenversicherung erbrachten Leistungen untersuchen, begutachten und beurteilen soll. Dabei sollen alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden.

Die Regelung des § 139a Abs. 3 Ziff. 2 SGB V zur Berücksichtigung von Lebenslagen bei der Untersuchung, Begutachtung und Beurteilung von Krankenversicherungsleistungen ist die erste und einzige Bestimmung dieser Art im gesamten Regelwerk zur Krankenversicherung. Dieser für die etablierte fachgebietsmedizinisch dominierte Gesundheitswirtschaft marginale Begriff kann für eine zukünftig expandierende sozialmedizinisch orientierte Versorgung durch die Sozialwirtschaft zum zentralen Leitbegriff werden.

Lebenslagen-Medizin als soziales Krankheitskonzept

Lebenslagen-Medizin folgt einem Konzept von krankheitlichen Zuständen und gesundheitlicher Versorgung, das sich nicht aus der medizinisch-professionellen Binnenlogik und den institutionell-ökonomischen Verwertungsinteressen der Gesundheitswirtschaft ergibt. (15)

Ausgangspunkt sind vielmehr die Defizite, Konflikte und Katastrophen individueller Biografien in ihren sozialen, regionalen und historischen Milieus und die damit signifikant verknüpften Krankheiten und Erkrankungen, vor allem aber die Zusammenhänge von sozialer Ungleichheit und psychischen und physischen Erkrankungen im Zeitverlauf. Basiswissenschaft der Lebenslagen-Medizin ist daher die Sozialepidemiologie, so wie es in der Fachgebiete-Medizin die Biologie ist. (16)

In diesem Zusammenhang muss daran erinnert werden, dass für die Gesundheitsversorgung in Deutschland im Jahre 2005 rund 239 Milliarden Euro verausgabt worden sind. Davon wurden 173 Milliarden Euro, also über 73 Prozent durch die Gesetzliche Krankenversicherung, die übrigen Sozialversicherungen und die Steuerhaushalte getragen. (17)

Diese Zahlen zeigen deutlich, dass vor allem die Gesetzliche Krankenversicherung und die übrigen Sozialversicherungen die finanzielle Basis der in Deutschland alltäglich praktizierten Medizin sind. Die dabei vorherrschende Fachgebiete-Medizin ist so gesehen die sozialstaatliche Normal-Medizin. Hierin liegt dann auch ihr innerer Widerspruch. Einerseits sind Ausmaß, Umfang und Bedeutung der täglich in Deutschland ausgeübten Fachgebiete-Medizin ohne ihre sozialstaatliche Grundlage kaum denkbar, andererseits schottet sich diese Normal-Medizin gegenüber ihren sozialstaatlichen Voraussetzungen zwar nicht ökonomisch, wohl aber konzeptionell ab.

Sie wehrt, zu Recht, die Bestrebungen der Politik ab, die Gesundheitsversorgung zu ökonomisieren und zu rationieren, um der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Öffentlichkeit schwer erkennbar immense Beträge entziehen zu können. (18) Dies wird exemplarisch in der Stellungnahme der Bundesärztekammer gegenüber der zunehmenden Privatisierung der Krankenhäuser deutlich. (19) Die interessenpolitisch in einer Vielfalt von Körperschaften und Vereinigungen organisierte Normal-Medizin geht aber nicht den konsequenten Schritt zu ihrer Basis, der sozialen Krankenversicherung, der Sozialsicherung. Sie stellt sich nicht selbst in ihrem Paradigma oder zumindest in ihren Konzepten, Strukturen und Programmen darauf ein, dass sie sich in ihrer Existenz dem Anliegen sozialen Aus-

gleichs, dem Abbau gesundheitlicher Ungleichheit verdankt. Die gegenüber der sozialstaatlichen Normal-Medizin vorgebrachte Kritik der partiellen Fehl-, Über- und Unterversorgung (20) folgt letztlich daraus, dass die sozialstaatliche Normal-Medizin zwar solidarisch finanziert ist, sozialepidemiologisch aber unorientiert und uninteressiert ist. Die sozialstaatliche Normal-Medizin folgt ihrer Binnenlogik und nicht der Logik sozialen Ausgleichs.

Lebenslagen-Medizin wäre aus dieser Sicht dann eine erfolgreich wieder an ihre Existenzgrundlage, den solidarischen Disparitätenausgleich zurückgebundene, in Jahrzehnten der Verselbstständigung zu sehr binnenorientiert gewordene Normal-Medizin. Lebenslagen-Medizin wäre die tatsächliche Erfüllung des Sozialstaatsanliegens in der Gesundheitsversorgung. Gemeint ist damit: Eine Lebenslagen-Medizin hat gesellschaftliche Bezugspunkte, mit denen Gesundheitszustände und Erkrankungserscheinungen typisch häufig verbunden sind und für die spezifische Beratungs-, Untersuchungs- und Behandlungsangebote entwickelt werden (vgl. Abb. 1, Seite 206). Als Beispiel ist das in der »Autonomen Provinz Bozen« in Südtirol entwickelte »Europäische Zentrum für Kraftfahrergesundheit« zu nennen. Dort wird am Standort Vipiteno-Sterzing für die gesundheitlich unterversorgte Gruppe der mehrheitlich männlichen LKW-Fahrer in Europa ein spezifisches Präventions-, Akut- und Rehabilitationsprogramm entwickelt. (21)

Lebenslagen-Medizin und Sozialwirtschaft

Durch den angestrebten Rückzug des medizinisch-industriellen Komplexes, insbesondere der fachgebietemedizinisch dominierten Akutversorgung auf den Bereich priorisierter, hochprofitabler Hightech- und Prestigemedizin entsteht versorgungspolitisch ein Vakuum. Die von den Sozial- und Wohlfahrtsverbänden repräsentierte Sozialwirtschaft bietet schon heute in weiten Bereichen auch Leistungen der Gesundheitsversorgung an. Sie hat damit die Voraussetzungen, um das versorgungspolitisch entstandene Vakuum zu besetzen. Sie muss hierzu nur ihr bereits bestehendes Verständnis als eigener Wirtschaftssektor (22) ordnungs-, sozial- und gesundheitspolitisch aktivieren (vgl. Abb. 2, Seite 206).

Durch ihre schwerpunktartige Tätigkeit an den Schnittstellen von sozialer Lage und gesundheitlichem Befinden – Stichworte: Pflegebedürftigkeit, psychische Störungen, Körperbehinderungen – ist das Gesundheitsversorgungsangebot der Sozialwirtschaft per se deutlich stärker als das Gesundheitsversorgungsangebot der fachgebietemedizinisch dominierten Gesundheitswirtschaft für eine Realisierung von Lebenslagen-Medizin geeignet. Auch die starke Stellung der Sozialwirtschaft in der Krankenhausversorgung bietet gute Voraussetzungen für eine Praktizierung von Lebenslagen-Medizin. Dies deshalb, weil in der Akutkrankenhausversorgung, weniger in der Rehaklinikkversorgung sozial schwächere Schichten und Gruppen überrepräsentiert sind. (23)

Komponenten der Lebenslagen-Medizin

Die Lebenslagen-Medizin kann sich in Deutschland auf vier starke Säulen stützen: die offizielle Gesundheitsberichterstattung, die dezentrale Gesundheitsselfhilfe, die Verhältnisprävention und auf Strukturinnovationen.

- **Gesundheitsberichterstattung:** Die mittlerweile auch in Deutschland aufgebaute nationale Gesundheitsberichterstattung (24) und vor allem die regionalisierte Gesundheitsberichterstattung der öffentlichen Gesundheitsdienste der Länder bietet zwar reichhaltige Berichte und Zahlen zum Zusammenhang von sozialer Lage und gesundheitlichem Befinden auch auf regionaler Ebene. Gleichwohl und typisch bleibt dies aber ohne nennenswerte Wirkung auf die fachmedizinisch dominierte Gesundheitswirtschaft. Hingegen ist die Sozialwirtschaft, wenn sie zielgerichtet und entschieden eine soziale Gesundheitsversorgung übernimmt, auf die regionalisierte Gesundheitsberichterstattung bei der Entwicklung ihrer Angebote an Beratung, Untersuchung und Behandlung angewiesen.
- **Selbsthilfe:** Als praktisches Gegenstück zur theoretisch angelegten kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung existiert als Potenzial einer Lebenslagen-Medizin die in Deutschland flächendeckend vorhandene und dezentrale Selbsthilfebewegung. Es gehört zur He-

gemonie der sozialstaatlichen Normal-Medizin in Deutschland, dass die immensen Experimentierleistungen der Selbsthilfebewegung einschließlich ihres alternativ-medizinischen Vor- und Umfeldes verglichen mit den Mitteln für Forschung und Entwicklung im Bereich der Normal-Medizin ohne Forschungs- und Entwicklungsförderung bleiben. (26)

- **Verhältnisprävention:** Die gesundheitliche Prävention in Deutschland – wo sie mehr war und mehr sein wollte als bloße Verhaltensänderung – nahm ihren Ausgangspunkt bei regionalen Initiativen von Krankenkassen (27) und Kommunen (28). Daneben bestand der traditionelle Arbeitsschutz. Hieraus hat sich in den zurückliegenden Jahren eine breite Präventionsbewegung entwickelt, für deren Förderung und Regulierung die Verabschiedung eines eigenen Gesetzes ansteht. Hier gilt ähnlich wie für die Selbsthilfebewegung ein allenfalls marginaler Einsatz von Forschungs- und Entwicklungsmitteln zum Ausbau der Verhältnisprävention als wesentliches Element der Wertschöpfungskette einer Lebenslagen-Medizin.
- **Strukturinnovationen:** Sozusagen aus der anderen Richtung der Straße kommt eine Entwicklung vor allem im Bereich der Krankenhausversorgung, die eine breite Öffnung dieser Zitadelle der sozialstaatlichen Normal-Medizin für eine sozialepidemiologisch orientierte Lebenslagen-Medizin verspricht: Unter dem Druck des Krankenhausbudgets und der Fallpauschalenfinanzierung bei gleichzeitiger Schwächung der Länderkrankenhausplanung und Länderinvestitionsfinanzierung wächst der Wettbewerbsdruck zwischen den Krankenhäusern. Hierdurch nimmt die Neigung zur eigenständigen aktiven Akquisition von Patientinnen und Patienten zu. Zunächst bei einer qualifizierten Minderheit von Krankenhäusern hat dies zur Gründung von zielgruppenbezogenen Einrichtungen und Angeboten wie Zentren für Frauen, Mutter und Kind, Zentren für Männergesundheit und Zentren für Alternmedizin (31) geführt. Dort werden Untersuchungs- und Behandlungsmuster eingeübt, die mit einer zielgruppen- und lebenslagenorientierten Medizin kompatibel sind (vgl. Abb. 3). ►

Und die Finanzierung?

Durch die vorhandenen zahlreichen und vielfältigen Einrichtungen und Beschäftigten der Sozialwirtschaft, die Leistungen der Gesundheitsversorgung erbringen, ist der expansive Ausbau der Lebenslagen-Medizin in den von der Fachgebiete-Medizin aufgegebenen Bereichen vorrangig eine Frage der konzeptionell-organisatorischen Restrukturierung der bisherigen Arbeit, nicht deren Finanzierung, die ja bereits jetzt etwa aus der Pflegeversicherung oder aus der Krankenversicherung erfolgt. Wenn erst einmal für wichtige und anteilsstarke Lebenslagen typische Versorgungsangebote entwickelt sind, bietet sich dann die Rechtskonstruktion der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V als am besten geeigneter Weg an, um von der Gesetzlichen Krankenversicherung angemessene Mittel zur Finanzierung der Lebenslagen-Medizin zu erhalten. ♦

Anmerkungen

(1) Pressestelle der deutschen Ärzteschaft (Hg.): BÄK-Ground: Themen des 112. Deutschen Ärztetages.

(2) Internet [http://www.krankenkassen-direkt.de/news/radikaler Umbau des Gesundheitssystems vorgeschlagen](http://www.krankenkassen-direkt.de/news/radikaler_Umbau_des_Gesundheitssystems_vorgeschlagen). 25.05.2009.

(3) Ebenda.

(4) Griesewell, Gunnar: Strategien der Kostendämpfung in der sozialen Krankenversicherung: Angebots- oder Nachfragesteuerung? Eine Bestandsaufnahme zum Thema »Selbstbeteiligung«. In: Sozialer Fortschritt, Bonn 4/1977, S. 84-89 und Holst, Jens: Kostenbeteiligung für Patienten. Reformansatz ohne Evidenz. (Hg.): Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health, Berlin 2007.

(5) Lauterbach, Karl: Der Zweiklassen-Staat, Berlin 2007, S. 57-124.

(6) Paffrath, Dieter; Reiners, Hartmut: 10 Jahre Kostendämpfungsgesetze: Eine empirische Bilanz. In: die Ortskrankenkasse, Bonn 13-1987, S. 369-373 und Goeschel, Albrecht: Familienorientierte Kehrtwende in der Gesundheitspolitik: Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsleistungen als zentrale Existenzvoraussetzungen für Eltern, Kinder und Großeltern. In: Sozialverband VdK-Bay-

ern (Hg.): Soziale Verunsicherung ohne Ende, München 2006, S. 94-111.

(7) Zander, Thomas: »Wirtschaftlichkeit« Was braucht NRW: Soziale Krankenhäuser oder Gesundheits-Kaufhäuser? (Hg.): Sozialverband VdK-Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2009.

(8) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hg.): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III, Bonn 2001.

(9) Paritätische Forschungsstelle (Hg.): Gesundheitsfonds macht Regionen arm : Anmerkungen zum Verhältnis von Gesundheitspolitik und Armutsrisiko, Berlin, 31.12.2008.

(10) Goeschel, Albrecht: Schuldenbremse als Finanzputsch? (Hg.): Studiengruppe für Sozialforschung e. V., Marquartstein, Februar 2009.

(11) Bundesarbeitsgemeinschaft, Landesarbeitsgemeinschaften, Bundes- sowie Landesverbände der Freien Wohlfahrtspflege.

(12) Bundes- und Landesverbände des Sozialverbandes VdK, des Sozialverbandes Deutschland SoVD und der Volkssolidarität.

(13) Zum Zeitpunkt der Formulierung dieses Beitrages hat noch keine in die Öffentlichkeit gebrachte Stellungnahme der Wohlfahrts- und Sozialverbände zur Priorisierungsdiskussion vorgelegen. Also

Bezugsbereiche und Gestaltungsfelder einer Lebenslagen-Medizin

Eine Lebenslagen-Medizin hat gesellschaftliche Bezugspunkte, mit denen Gesundheitszustände und Erkrankungserscheinungen häufig verbunden sind und für die spezifische Beratungs-, Untersuchungs- und Behandlungsangebote entwickelt werden:

- Lebensereignisse, Lebenskrisen, Lebenskatastrophen
- Formen des Zusammenlebens
- Schulbildung und Berufsbildung
- Familienarbeit, Erwerbsarbeit, Arbeitslosigkeit
- Vermögen, Einkommen, Armut
- Berufsstellung
- Sozialschicht und Sozialmilieu
- Geschlechtszugehörigkeit
- Kinderstatus
- Altenstatus
- Wohnumfeld, Arbeitsumfeld und Umwelt

Abb. 1: Anknüpfungsmöglichkeiten eine Lebenslagen-Medizin

Einrichtungen und Beschäftigte der Sozialwirtschaft zur Gesundheitsversorgung

Die von den Sozial- und Wohlfahrtsverbänden repräsentierte Sozialwirtschaft bietet schon heute in weiten Bereichen auch Leistungen der Gesundheitsversorgung an:

- Altenhilfe: 15.796 Einrichtungen, 367.302 Beschäftigte
- Hilfe für Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung: 14.285 Einrichtungen, 242.830 Beschäftigte
- Gesundheitshilfe: 7.882 Einrichtungen (darunter 1.422 Krankenhäuser), 368.367 Beschäftigte (darunter 330.248 Beschäftigte in Krankenhäusern)

Abb. 2: Potenzial der Sozialwirtschaft für eine Lebenslagen-Medizin

Zentren für Patientengruppen

Die Krankenhausversorgung sollte zu einer an den sozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit orientierten Lebenslagen-Medizin umgebaut werden. Beispiele könnten sein:

- Zentren für Frauen, Mutter und Kind
- Zentren für Männergesundheit
- Zentren für Älterenmedizin und chronisch kranke Menschen
- Zentren für Atemgesundheit
- Zentren für alternative Heilverfahren und gesundheitliche Selbstverantwortung

Abb. 3: Angebote für zielgruppenbezogene Einrichtungen einer Lebenslagen-Medizin

scheint selbst diese Option noch nicht realisiert worden zu sein.

(14) Paritätische Forschungsstelle (Hg.): Gesundheitsfonds macht Regionen arm: Anmerkung zum Verhältnis von Gesundheitspolitik und Armutsrisiko, Berlin 31.12.2008 und Goeschel, Albrecht; Martens, Rudolf: Gesundheitsfonds macht Regionen arm: Anmerkungen zum Verhältnis von Gesundheitspolitik und Armutsrisiko, Arbeitspapier (Hg.): Studiengruppe für Sozialforschung e. V., Marquartstein, Oktober 2008.

(15) »Gesundheitswirtschaft« wurde Anfang der 1980er-Jahre als Abwehrbegriff gegen den Dauervorwurf, die Gesundheitsversorgung sei lediglich ein »Kostenfaktor« kreiert. Vgl. Goeschel, Albrecht: Politisches Gesundsparen kann die Gesundheitswirtschaft ruinieren. In: Ärzte-Zeitung, 26.01.1983 und derselbe: Das Gesundheitswesen ist mehr als ein lästiger Kostenfaktor. In: Ebenda., 25.03.1983.

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

(17) Vgl. Böhm, Karin: Gesundheitszustand der Bevölkerung. In: Statistisches Bundesamt et al. (Hg.): Daten-Report 2008, Bonn 2008, S. 256.

(18) Vgl. Goeschel, Albrecht: Privatisierung und Besteuerung des Gesundheitswesens. In: Sozialverband VdK Bayern (Hg.): Die demographische Täuschung, München 2007, S. 113-134.

(19) Bundesärztekammer (Hg.): Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland, Berlin 2007.

(20) Vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hg.): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III, Bonn Gutachten 2000/2001.

(21) Vgl.: Studiengruppe für Sozialforschung e. V. (Hg.): Europäisches Zentrum für Kraftfahrergesundheit (EZK) Sterzing, Marquartstein 2008.

(22) Goeschel, Albrecht: Soziale Arbeit als Wirtschaftsfaktor und als Zukunftsinvestition. In: Soziale Arbeit, 3/1987, S. 91-95; Goll, Eberhard: Die freie Wohlfahrtspflege als eigener Wirtschaftssektor, Baden-Baden 1991 und Olivia et al.: Rolle und Stellenwert freier Wohlfahrtspflege, München 1991.

(23) Zander, Thomas: a.a.O., S. 75 ff.

(24) Statistisches Bundesamt (Hg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998.

(25) Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hg.): Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, Band II, Sankt Augustin 1990, S. 325 ff.

(26) Ein besonders krasses Beispiel der Benachteiligung problemgruppenspezifischer Gesundheitsberichterstattung und Selbsthilfe ist die seit Jahren praktizierte Verweigerung eines nationalen Männergesundheitsberichtes durch das Bundesfamilienministerium. Von diesem wurde demgegenüber bereits im Jahre 2000 ein voluminöser nationaler Frauengesundheitsbericht vorgelegt. Ersatz für den verweigerten nationalen Männergesundheitsbericht, den eine Reihe europäischer Nachbarländer haben, bieten eine Vielzahl regionaler Männergesundheitsberichte, die im Auftrag von Kommunen, Krankenhäusern etc. erstellt werden. Vgl. Goeschel, Albrecht; Steinmetz, Markus: Männergesundheitsbericht Bayern. In: Blickpunkt Der Mann, 1/2008, S. 41-45.

(27) Geradezu legendären Ruf hat sich hier die AOK Mettmann mit ihrem Gesundheitsförderungsprogramm »Aktion Gesundheit« erworben, das sie 1977 begonnen hat. Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Gemeindefür Gesundheitsförderung durch Krankenkassen, Köln 1985, S. 37-50.

(28) Vgl. beispielhaft Troschke, Jürgen; Füller, Alex: Gesundheitswochen in Emmendingen, Freiburg im Breisgau 1981.

(29) Goeschel, Albrecht: Zentrum für Frauen, Mutter und Kind Aurich und Norden: Ein Konzept für die Kinderregion Ostfriesland. In: GenoPortal und Andramedios (Hg.): Regionale Gesundheitsversorgung und Krankenpflege, Newsletter, Dezember 2008, Internet <http://www.genofutura.de>.

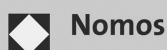
(30) Vgl. Goeschel, Albrecht; Bollmann, Marcus: Zentren für Männergesundheit: Versorgungsform zur Schließung der »Marktlücke« Männerbehandlung. In: Blickpunkt Der Mann, 2/2007, S. 31-36.

(31) Vgl. Goeschel, Albrecht: Zentren für Älterengesundheit an Allgemeinkrankenhäusern: Ein Beitrag der Krankenhauswirtschaft zur gesundheitlichen Aus- und Weiterbildung von Älteren. In: Sozialverband VdK Bayern (Hg.): Medizinstudium mit 60?, München 2004, S. 61-69.

Was versteht man eigentlich unter Lebenslage?

Bernd Maelicke [Hrsg.]

Lexikon der Sozialwirtschaft



Nomos

Als »Lebenslage« wird die Gesamtheit der äußeren Bedingungen bezeichnet, durch die das Leben von Personen oder Gruppen beeinflusst wird. Die Lebenslage bildet einerseits den Rahmen von Möglichkeiten, innerhalb dessen eine Person sich entwickeln kann, sie markiert deren Handlungsspielraum. Andererseits können Personen in gewissem Maße auch auf ihre Lebenslage einwirken und diese gestalten. Damit steht der Begriff der Lebenslage für die konkrete Ausformung der sozialen Einbindung einer Person, genauer: ihrer sozioökonomischen, soziokulturellen, soziobiologischen Lebensgrundlage. Ein Grundmerkmal des Begriffs der Lebenslage ist seine Mehrdimensionalität: Er umfasst immer mehrere Lebensbereiche zugleich und ist damit gegen einlinige, monokausale Erklärungen gerichtet.

So wird der Lebenslagen-Ansatz beispielsweise in der Armutsforschung genutzt, um eine nur am Einkommen orientierte Armutsmessung zu erweitern in Richtung auf eine Erfassung von Unterversorgung in mehreren Bereichen wie Erwerbstätigkeit, Bildung, materiellem Lebensstandard, Wohnqualität, Gesundheit und weiteren Bereichen. In dieser Perspektive ist »Armut« nicht auf Einkommensarmut begrenzt, sondern auf mehrdimensionale Unterversorgungslagen und deren Wechselwirkungen bezogen.

Dietrich Engels

Quelle: Bernd Maelicke (Hg.): Lexikon der Sozialwirtschaft. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2007. 1.128 Seiten. 98,- Euro. ISBN 978-3-8329-2511-6. Seite 643 ff.