

Rainer Müller (2003): Welche Gesundheit wollen die Bürger und von wem?

Vortrag zum Abschied von Rudolf Bauer

Das Verständnis von Gesundheit ist von sozialen Kontexten und von sozialen Deutungsmustern abhängig.

Obwohl Gesundheit eine zentrale Argumentationsfigur bei Individuen, professionellen und institutionellen Akteuren sowie in Politikarenen ist, zerbricht der scheinbare Konsens schnell, wenn dezidiert nach dem politischen, sozialen, normativen und erzieherischen Gehalt von "Gesundheit" gefragt wird.

Es lassen sich alltags- bzw. lebensweltliche Gesundheitsverständnisse der Laien von medizinischen und sozialwissenschaftlichen Gesundheitstheoremen unterscheiden. Über die Verknüpfungen zwischen den drei Bereichen besteht in vieler Hinsicht Unklarheit

Fragen sowohl zu Überschneidungsbereichen des medizinischen Modells mit dem psychosozialen Modell als auch zur Anknüpfungsfähigkeit der wissenschaftlichen Konzepte mit lebensweltlichen Deutungen sind offen.

In der alltagsweltlichen Interpretation hat Autoren Gesundheit mit Abwesenheit von Krankheit, mit zielgerichteten Fähigkeiten und Voraussetzungen für ein produktives Leben und mit einer positiv erfüllten Lebensverfassung durch allgemeines Wohlbefinden zu tun.

Im biomedizinischen Modell kommt Gesundheit lediglich als Legitimationswert vor. Es wird als Ziel ärztlichen Handelns ausgegeben. Gesundheit wird als Nicht-Krankheit gedeutet. Wenn Krankheit biologischer Strukturdefekt oder physiologische Funktionsstörung ist, dann ist Gesundheit in diesem Verständnis normale Struktur bzw. normale Funktion. Entsprechend werden Normalitätsvorstellungen von Experten definiert. Die Subjektivität des Patienten mit seiner jeweiligen sozialen Situation kommt nur implizit vor. Das Medizinsystem ist auf Krankheit orientiert, einen wissenschaftlich fundierten Gesundheitsbegriff hat es nicht entwickelt. Das biomedizinische Modell hat sehr stark die Deutungen und Orientierungen von Laien geprägt. Erst recht ist es das vorherrschende Konzept im sozialversicherungsrechtlichen Umgang mit Erkrankten und potentiell Kranken in den verschiedenen Institutionen des "Gesundheits"systems.

Im sozialwissenschaftlichen Konzept von Gesundheit lassen sich psychologische von soziologischen Modellen unterscheiden, die wiederum je nach theoretischen und methodischen Traditionen differieren. In der Psychologie gibt es eine Tradition der Erfassung gesundheitlichen Wohlbefindens, der psychologischen Alltagstheorie und der Persönlichkeitstheorie von Gesundheit. Zu den soziologischen Konzepten gehören solche der ethnographischen Forschung, der sozialepidemiologischen Ausrichtung, Public Health-Konzepte wie auch eigentliche soziologische Theorien zur Gesundheit. Ein soziologisches salutogenetisches Modell hat Antonovsky entwickelt. Er hat sich mit der Frage beschäftigt, wie es sich eigentlich erklären lässt, dass Menschen trotz vielfältiger und allgegenwärtiger physischer, chemischer, biologischer und psychosozialer Stressoren gesund bleiben oder wieder gesund werden. Für die Erhaltung oder Verbesserung der Position eines Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum definiert er in seinem Modell einige Bedingungen. Als

entscheidend wird eine umfassende psychosoziale Orientierung, das Kohärenzgefühl, welche die Mobilisierung und wirksame Koordinierung der Widerstandsressourcen erst ermöglicht, angesehen. Aus drei Elementen setzt sich das Kohärenzgefühl zusammen: Fähigkeit zum Verständnis der inneren und äußeren Welt, Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit und Sinnhaftigkeit der voraussehbaren Entwicklung und des eigenen Tuns.

In der alltagsweltlichen Deutung lassen sich meiner Meinung nach folgende Gesundheitsbegriffe typologisch festmachen:

Das technokratische Verständnis von Gesundheit

Dieses Verständnis speist sich aus den klassischen naturwissenschaftlich-technischen Traditionslinien der Hygiene und Medizin. Nicht selten wird dieses technokratische und expertenzentrierte Konzept als Ausgrenzungsmodus gegen Randgruppen und Personen gewandt, die nicht den moralischen Gesundheitsregeln (z.B. des Drogenverzichts) folgen. Auch in medizinisch begründeten Postulaten der Verhaltensprävention (Ernährung, Tabakverzicht) kommt dieses Konzept zum Tragen. Es suggeriert programmatisch die Überwindung von Alter, Krankheit und Gebrechen als naturgegebenen menschlichen Daseinsbeschränkungen. Die in der technologischen Produktion herrschende Maxime von Funktionalität und Machbarkeit wird zum zentralen Handlungsprinzip und Wertmaßstab.

Die hedonistische Sichtweise

Gesundsein wird in der hedonistischen Sicht auf das Freisein von Unlust und Leiden reduziert, erscheint als Vision einer von physischen und psychischen Problemen befreiten Gesellschaft. Eine solche hedonistische Sichtweise beherrscht "alternative" Positionen bisweilen ebenso stark wie klassische schulmedizinische. Gesundheit als Zielvorstellung ist in dieser Auffassung definiert durch die Abwesenheit von Leid, Beschwerden, Gebrechen. Gesundheit als ein Prozess der Anpassung, als Fähigkeit, auch Schmerz, Krankheit und Tod als integralen Bestandteil des Lebens zu erfahren, diese Definition erfährt aus beiden Lagern eine Absage.

Anti-industrialistische Konzepte

Anti-industrialistische Konzepte sind eine konkrete Utopie bislang meist schuldig geblieben. Zwar wird eine Versöhnung von Ökonomie und Ökologie häufig unterstellt, jedoch kaum differenziert erörtert. In der Kritik gegenwärtiger gesellschaftlicher Verhältnisse herrscht jedoch Entschiedenheit: Die allein an materiellem Wohlstand orientierte Überfluss- und Wegwerf-Gesellschaft, ihre Maximen eines unbegrenzten ökonomischen Wachstums und eines sozial ungebremsten technischen Fortschritts erscheinen als Inbegriff krankmachender Lebensbedingungen und als negatives Gegenbild von Gesundheit. Gesundheit ist hier eine Metapher, die für Lebensqualität und Wohlbefinden auch in der Genügsamkeit steht.

Demokratie-zentrierte Sichtweisen

Die vielfältigen demokratie-zentrierten Sichtweisen von Gesundheit zeigen kaum mehr Überlappungen mit medizinischen Definitionen. Der Weg steht hier weit mehr im Blickpunkt als das Ziel. Es geht um Autonomie und Selbstverantwortung des Individuums, um Partizipation sozialer Gruppen und Initiativen an Entscheidungsprozessen. Darin werden "salutogenetische" also krankheitsabschirmende und gesundheitsförderliche Strukturelemente sozialen Handelns gesehen. In einer generellen Ausweitung demokratischer Prinzipien der

diskursiven Willensbildung und politischen Teilhabe werden zentrale Maxime gesehen. Sie schaffen Voraussetzungen für eine gesellschaftliche Neuorientierung und Konsensbildung in Bezug auf "Gesundheit", auf "gesundheitsgerechte" Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen.

Das sozio-psychologische Verständnis

Das sozio-psychologische Verständnis schließlich ist in der Konkretion seiner Zielvorstellungen sehr stark auf soziale Netzwerke und Unterstützungsleistungen, auf Selbsthilfe- und Nachbarschaftsgruppen orientiert. Es definiert Gesundheit vor allem in sozialpsychologischen Zusammenhängen: Kommunikation, Solidarität, rationale (d.h. vor allem: gesprächsorientierte) Formen der Konfliktbewältigung. Unterstützungsleistungen werden als jene (vielfach neu zu entwickelnde) Formen sozialen Handelns betrachtet, die eine Somatisierung individueller Probleme verhindern und eine persönlichkeitsförderliche Qualität sozialer Erfahrung gewährleisten sollen.

Welche Gesundheit wollen nun die Bürgerinnen und Bürger und von wem? Um darauf eine gewisse Antwort zu bekommen, hat das Zentrum für Sozialpolitik, die Abteilung Gesundheitspolitik zusammen mit der Bertelsmann-Stiftung im vergangenen Jahr 3.500 Personen repräsentativ befragt. Der Fokus der Befragung lag auf folgenden Fragen:

Wie gut oder schlecht ist die Gesundheitsversorgung?

Welche Anforderungen haben die Bezahler des Systems, d.h. die Versicherten an die Gesundheitsversorgung? und

Welche Reformvorschläge sind gemeinsam mit den Ärzten durchführbar?

Zusätzlich wurde erhoben, ob der Patient seine Autonomie gewähren kann und er einbezogen wird in die ärztlichen Entscheidungsprozesse, er mit der Qualität der Versorgung zufrieden ist, welche Erfahrungen mit Rationierung in der ambulanten Versorgung gemacht worden sind. Es wurde Wert darauf gelegt, weniger Bewertungen, sondern viel mehr primäre Erfahrungen mit der ambulanten Versorgung und ihren Schnittstellen zu erheben.

Die Fragestellung, welche Gesundheit wollen die Bürgerinnen und Bürger und von wem, wirft die Frage auf, ob Bürgerinnen und Bürger in das System der Gesundheitssicherung ein Vertrauen haben, wie sie mit Risiko und Ungewissheit als Grundcharakteristika von Gesundheit, Krankheit und sozialen Sicherungssystemen umgehen und wie sie diese einschätzen. Auch hierzu sollte der Gesundheitsmonitor 2002 Auskunft geben. Vor dem Hintergrund, dass es im Gesundheitssystem eine Vielfalt von Akteuren, Institutionen und Sichtweisen gibt, können allgemeine Einsichten in das Vertrauenspotential nur bedingt für das Verständnis des Systems, die Einsicht in gesundheitspolitische Konfliktpunkte oder zum Erkennen von Bedingungen und möglichen Baustellen für Gesundheitsreformen dienen. Bezogen auf acht relativ homogene Sachbereiche wurde nach dem Grad des Vertrauens der Bevölkerung gefragt, und zwar

1. bei Akteuren des Gesundheitswesens,
2. in Institutionen, wie Krankenhaus, Pflege, Altersheim und Versorgungsart der häuslichen Pflege,
3. Patientenorientierung der Leistungsanbieter,
4. Gesundheitspolitik, Interesse der Bevölkerung,
5. Wissen der Leistungsanbieter, ärztliche Leistungsqualität,

6. Information zum Kommunikationsverhalten der Leistungsanbieter,
7. Funktionsfähigkeit des Systems,
8. Qualität der Kooperation unter den Leistungsanbietern.

Als Resümee lässt sich auf Grund der Befragung festhalten: Das Vertrauen in Akteure, Institutionen und Eigenschaften des Gesundheitswesens zeigt weit verbreitete und z.T. dramatische Defezite. So misstraut der Großteil der Bevölkerung, nämlich 74 % der Behauptung, Ärzte hätten ausreichend Zeit für sie. Über zwei Drittel (69 %) haben kein Vertrauen, dass Patienten genügend Aufmerksamkeit erhalten. 50 % der Bevölkerung traut dem vertraulichen Umgang mit Patientendaten sehr wenig oder wenig.

Über drei Viertel der Bevölkerung traut den Ärzten kein überragendes Wissen über Krankheiten und ihre Behandlung zu. Allerdings geht knapp die Hälfte der Befragten so weit, der Ausbildung der Ärzte in Deutschland nicht zu vertrauen. 50 % der Befragten stimmen der Aussage, die Patienten erhalten immer die beste Behandlung, nicht zu. Zum Thema "informed decision making" lässt sich sagen, dass über 55 % der Befragten nicht darauf vertrauen, vom Arzt ausreichend über die unterschiedlichen Aspekte ihrer Erkrankung informiert zu werden. Knapp unter 80 % der Bevölkerung vertraut nicht darauf, dass Leistungsanbieter gut zusammen arbeiten und 71 % halten es durchaus für möglich, dass es in diesem Kontext zu widersprüchlichen Informationen für Patientinnen und Patienten kommt.

Wenn Vertrauen eine wichtige Ressource ist, um das im Kontext von Krankheit und Gesundheit besonders hohe Maß an Unsicherheiten und Risikogefühl zu reduzieren und damit Handlungsfähigkeit und Lebensqualität zu erhalten, dann stellt die deutliche Beschränkung dieses Potentials in vielen Bereichen ein ernstes Problem für die Akteure und für die Gesundheitssicherung dar. Gerade was die Zukunftsfähigkeit des Systems angeht, gibt es doch einige Bedenken. Gerade mit den erfahrenen Leistungsverweigerungen wird das Vertrauen in das System unterminiert und das Leistungsgerechtigkeitsversprechen unserer sozialen Sicherung in Frage gestellt. 64 % befürchten, dass sie im Alter keine ausreichende medizinische Versorgung mehr erhalten und 78 % gehen davon aus, dass ihre Krankenversicherung zukünftig nicht mehr alle wichtigen Leistungen übernehmen werde. Die Gruppe mit solchen Befürchtungen ist in den Unterschichten um rund ein Viertel größer als in der Oberschicht, wobei die Skepsis in der Ober- und Mittelschicht einen weit überdurchschnittlichen Umfang besitzt.