

Markus Christen, Max Baumann (Hrsg.)

**Verantwortung
im politischen Diskurs**

**Handbuch
Ethik im Gesundheitswesen 4**

EMH Schwabe

Das «Handbuch Ethik im Gesundheitswesen» wurde unterstützt von:



Schweizerische Stiftung für das cerebral gelähmte Kind

www.dialog-ethik.ch
www.schwabe.ch
www.emh.ch

© 2009 by Schwabe AG, Verlag, Basel
und EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel
Projektleitung: Markus Christen
Lektorats-Team: Markus Christen, Bettina Huber, Bruno Kesseli
Umschlagbild, Gestaltung, Satz: Ursi Anna Aeschbacher, Biel
Illustration: ANNA, www.annahartmann.net
Herstellung: Schwabe AG, Druckerei, Muttenz/Basel
ISBN Schwabe 978-3-7965-2557-5
ISBN EMH 978-3-03754-039-8

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Inhalt

Vorwort

Einleitung – Politische Verantwortung als ein Kernproblem
des Gesundheitswesens

Markus Christen, Max Baumann 9

Teil I: Grundbegriffe 15

Macht – Zur Genese der Profession Arzt

Iris Ritzmann 17

Gerechtigkeit – Verteilungskriterien eines rechtebasierten Ansatzes

Monika Bobbert 29

Recht – Patienten als Objekte statt Subjekte

Max Baumann 51

Knappheit – Grenzerfahrungen in der Gesundheitsversorgung

Markus Zimmermann-Acklin 69

Verantwortung – Kollektive als Handlungssubjekte?

Benjamin Adler 87

Teil II: Bestandesaufnahme 103

Gesundheitskosten – Geschichte einer Debatte

Gerhard Kocher 105

Forschung – Im Widerstreit der Interessen

Nikola Biller-Andorno 115

Fortschritt – Natürlicher Verbündeter der Medizin?

Norbert Schmacke 125

Prävention – Historische Grundlagen und aktuelle Probleme

Sigrid Stöckel 141

Inhalt

Missbrauch – Soziale Genese von Stigmatisierungen <i>Ueli Mäder, Hector Schmassmann</i>	161
Ethikkommissionen – Ihre Rolle in der Demokratie <i>Thomas Zeltner, Andrea Arz de Falco</i>	173
Teil III: Lösungsansätze	181
Faire Ressourcenverteilung – Eine Debatte mit <i>Max Baumann, Ruth Baumann-Hölzle,</i> <i>Luzi Dubs, Anna Sax und Tilman Slembeck</i>	183
Anreize setzen – Ein Katalog von Vorschlägen <i>Werner Widmer</i>	209
Autorinnen und Autoren	227
Index	231

Anmerkung der Herausgeberschaft

Die Beiträge der Autorinnen und Autoren dieses Bandes sind mit redaktionellen Beiträgen (Definitionserläuterungen, Exkursen, Marginalien) ergänzt worden, die entweder von der Herausgeberschaft stammen oder Ausgliederungen aus den Manuskripten der jeweiligen Autorinnen und Autoren sind. Auf eine entsprechende Kennzeichnung wurde verzichtet. Die Verwendung von männlichen und weiblichen Formen wird von den Autorinnen und Autoren der einzelnen Beiträge unterschiedlich gehandhabt. Wird nur die männliche bzw. weibliche Form gewählt, sind meist Personen beiderlei Geschlechts gemeint.

Missbrauch – Soziale Genese von Stigmatisierungen

Ueli Mäder, Hector Schmassmann

Ein Charakteristikum der modernen Medizin ist ihre zunehmende Verknüpfung mit Sozialpolitik. Hier offenbart sich die Gefahr einer Instrumentalisierung – weniger als Folge der Ausrichtung auf ein bestimmtes Ideal (Gesundheit), sondern vielmehr als Resultat eines sozialtechnologischen Schritt-für-Schritt-Umbaus der Gesellschaft. Es erscheint attraktiv, gesellschaftliche Problemzonen dergestalt zu «pathologisieren», dass die Betroffenen als «krank» angesehen werden können. Ein typisches Indiz in der Schweiz ist die starke Zunahme an Personen, welche von der Invalidenversicherung Geld erhalten. Dieser Beitrag stellt die Frage, für welche Art von gesellschaftlichem Wandel dieses Indiz steht, in dem die Metaphorik des «Missbrauchs» genauer untersucht wird. Dazu wird in einem ersten Schritt das Verständnis von Ethik innerhalb der Soziologie kurz skizziert. Danach wird in einem zweiten Schritt der wechselseitige Zusammenhang zwischen Gesundheit und Armut aufgezeigt. In einem dritten Schritt wird der Mechanismus von Ausgrenzung und Stigmatisierung genauer untersucht.

1. Einführung

Die Ethik untersucht und begründet, was in einer Gesellschaft erlaubt oder verboten ist. Deren Moralvorstellungen basieren auf Werten und verfestigen sich zu Normen. Die Soziologie geht längst davon aus, dass moralische Prinzipien die soziale Organisation mitkonstituieren. Sie fördern – im optimalen Fall – auch den gesellschaftlichen Zusammenhalt, gekennzeichnet durch die Idee, dass die verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen in einen gleichberechtigten Diskurs treten können. Eine für die Soziologie interessante Frage ist nun: Was treibt diesen Zusammenhalt auseinander? Ist es die Brisanz, die sich aus sozialen Gegensätzen ergibt? Und welcher Zusammenhang lässt sich zwischen herrschenden Moralvorstellungen und sozialen Gegensätzen finden? Diese Fragestellung soll hier anhand des Problems der Armut und seiner Wechselwirkung mit gesellschaftlichen Vorstellungen von Gesundheit untersucht werden.

enge Verknüpfung von Armut und Krankheit

Armut macht krank. Und Krankheit macht arm. So lautete kurz zusammengefasst das Fazit einer Studie, die wir bereits im Jahr 1991 über die Armut im Kanton Basel-Stadt abgeschlossen hatten. Nachfolgende Untersuchungen (Mueller/Heinzel-Gutenbrunner 1998) bestätigen diesen wechselseitigen Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit. Sie deuten aber auch darauf hin, dass sich Betroffene nicht einfach resigniert aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen, sondern sich für ihre eigenen Interessen engagieren. Dieses Engagement verstehen wir hier als Ausdruck der Nutzung moralischer Prinzipien durch Personen, die hinsichtlich zweier zentraler Klassen von Indikatoren für den sozialen Status eines Menschen – ökonomische und gesundheitliche – als Benachteiligte gelten. Unter der Voraussetzung, dass Partizipation in einer demokratischen Ordnung als positiver Grundwert gilt, ist dies erfreulich. Gleichwohl häufen sich derzeit in der Politik und den Medien provokante Äußerungen über Gruppen von Menschen, die ohnehin in der Gesellschaft benachteiligt sind. Die Stigmatisierung bezeichnet dabei eine diskriminierende Charakterisierung einer Person oder Gruppe durch Zuschreibung negativ bewerteter Merkmale – negativ in dem Sinne, dass sie ihrerseits auf andere Moralvorstellungen rekurrieren, die aber mit den genannten Prinzipien in ein Spannungsverhältnis treten. Das Phänomen der sozialen Ausgrenzung tritt also in ein komplexes Zusammenspiel mit unterschiedlichen Moralvorstellungen. Ein Rekurs auf die Ethik allein ist unzureichend, um diesen Prozess zu verstehen – dieses Verständnis braucht den Einbezug der soziologischen Perspektive.

Phänomen der Ausgrenzung

2. Ein soziologisches Verständnis von Ethik

Wer soziale Realitäten verstehen und erklären will, muss sie kontextuell erfassen. Dieses grundlegende methodische Prinzip der Soziologie muss natürlich auch Anwendung finden, wenn die Genese herrschender Moralvorstellungen soziologisch untersucht wird. Als Kontextbedingung gilt insbesondere das Bewusstsein dafür, dass soziologische Erkenntnis stets moralische Prinzipien beinhaltet – die Soziologie kann also nicht einen außermoralischen Standpunkt einnehmen, sondern muss vielmehr explizieren, welche ethischen Ansätze zur Untersuchung eines moralischen Systems Anwendung finden.

kein außermoralischer Standpunkt

Dies lässt sich exemplarisch an der Arbeit Max Webers zeigen. In seinen drei Bänden zur Religionssoziologie (1920–21) untersucht er, wie soziale Strukturen das moralische Denken – sein Gegenstand war die so genannte Protestantische Ethik – in einer bestimmten Gesellschaft formen. Der Rückgriff auf bloße soziale Strukturen – also in diesem Fall beispielsweise den lutheranischen Glaube, insbesondere in seiner Form des Pietismus – reicht aber nicht aus, um moralische Vorstellungen zu erklären. Jedes soziale Phänomen – und mora-

Protestantische Ethik

liche Vorstellungen sind als solche zu werten – ist nur verstehbar, wenn sich dessen Sinn für die Menschen nachvollziehen lässt. In seiner soziologischen Analyse versucht Weber diesen Sinn herzustellen, indem er objektivierbare Gründe rekonstruiert, welche deutlich machen, warum sich das Individuum in seinen alltäglichen Lebensvollzügen von der Protestantischen Ethik leiten lässt. Mit diesem Konzept der verstehenden Soziologie öffnete Max Weber den Weg zum methodologischen Individualismus, welcher soziale Phänomene vorwiegend individuell erklärt. Eine wichtige Voraussetzung dieser Auffassung war, dass für Weber die Moderne durch einen grundsätzlichen Pluralismus der Werte gekennzeichnet ist. In ihr bestehen mannigfaltige Auffassungen des Guten. Es existiert keine Einigkeit über die Normen, die in der privaten Sphäre (Sexualmoral, religiöse Praktiken) oder in der öffentlichen Sphäre (Kampf gegen die Ungleichheit, Politik der sozialen Sicherung) zu befolgen sind.

Im Kontrast zur Auffassung von Max Weber steht die These von der Rationalität der Werte, die Jürgen Habermas und Raymond Boudon vertreten; sie beinhaltet implizit die Möglichkeit eines Konsenses über Wertfragen. Diese These stützt sich auf die Voraussetzung, wonach Individuen ihr Verhalten über Sprache und konsensuelle Verständigung koordinieren – unabhängig von vorab festgelegten Normen und Zielsetzungen. Habermas nennt dies «kommunikatives Handeln» (Habermas 1981/82), das die Grundlage des sozialen Zusammenhalts im von uns verstandenen Sinn bildet. Sie beruht im Weiteren auf der Anwendung der so genannten Diskursethik, eines Ansatzes, den Jürgen Habermas zu Beginn der 1970er-Jahre entwickelte. Er zielt darauf ab, ethische Normen rational im Diskurs zu prüfen und zu begründen. Normen sollen für alle Menschen gelten und die Zustimmung aller erhalten. Die Diskursethik versteht sich auch als kognitive Ethik. Sie beruht auf einer rationalen Argumentation und erhebt keinen Anspruch, Wege zum guten Leben zu definieren. Sie legt lediglich fest, wie

Max Weber (1864–1920) war ein deutscher Jurist, Nationalökonom und Soziologe und gilt als einer der wesentlichen Begründer der wissenschaftlichen Soziologie. Er beschrieb Soziologie als Wissenschaft, welche soziales Handeln deutend verstehen und dadurch in seinem Ablauf und seinen Wirkungen ursächlich erklären will, wobei er die Soziologie als «werturteilsfreie Wissenschaft» verstand. Wichtige Forschungsthemen waren für ihn die Bedingungen für die Genese des Kapitalismus, die Religionssoziologie und die Theorie der bürokratischen Verwaltung. Eine Reihe der von ihm eingeführten Begriffe findet bis heute Verwendung, so in der Ethik die Unterscheidung zwischen Gesinnungs- und Verantwortungsethik.

Diskursethik: Diskursethik ist eine ethische Theorie, die den Fokus auf den Prozess und die Bedingungen der ethischen Entscheidungsfindung setzt. In der allgemeinen Formulierung des deutschen Philosophen Jürgen Habermas (*1929) dürfen nur jene ethischen Normen Geltung beanspruchen, die die Zustimmung aller Betroffenen als Teilnehmer eines praktischen Diskurses finden (oder finden könnten). Dazu wird eine Reihe so genannter «Diskursregeln» aufgestellt, denen sich die Teilnehmer eines Diskurses unterwerfen sollen (Habermas 1983).

Teil II: Bestandesaufnahme

sich die Geltung von Regeln legitimieren lässt. Jürgen Habermas formuliert so einen wichtigen diskursethischen Grundsatz, der nur jene Formen der Kommunikation betrifft, die auf normative Ziele ausgerichtet sind. Nur jene Normen dürfen Geltung beanspruchen, welche die Zustimmung aller Betroffenen als Teilnehmende eines praktischen Diskurses finden. Notwendig ist demnach eine Argumentation, die das Einverständnis und den Konsens sucht. Die Diskursethik versteht sich demnach als universelle Ethik und bildet die Grundlage für eine deliberative Demokratie. Sie ist für uns die oben genannte Voraussetzung, welche die Untersuchung von Moral als sozialem Phänomen leitet.

Die Diskursethik stellt hohe Anforderungen an die Rationalität der Beteiligten – ein Problem, das Raymond Boudon (2003) erkannt hatte. Er untersuchte, inwieweit Kontextbedingungen ein als «rational» oder «nicht rational» bewertetes Verhalten beeinflussen. Boudon stützt sich dabei auf den Begriff der begrenzten Rationalität, um einzelne Experimente der kognitiven Psychologie neu zu interpretieren. Ein einfaches Beispiel ist folgendes: Man beschreibt Versuchspersonen

Raymond Boudon (*1934) ist ein französischer Soziologe und Philosoph und als Soziologe Anhänger eines struktur-individualistischen Erklärungsmodells. Demnach müssen komplexe Prozesse aus dem Handeln der Individuen (in unterschiedlichen Situationen) erklärt werden.

eine fiktive Figur Linda als 31-jährige, unverheiratete und intelligente Frau, die Philosophie studiert hat und an Antiatom-Demonstrationen teilnimmt. Wenn die Versuchspersonen gefragt werden, ob Linda eher Bankangestellte oder Bankangestellter und

Feministin sei, neigen viele zur zweiten Antwort, obwohl eine Doppelaussage über eine Person a priori unwahrscheinlicher ist als eine Einzelaussage. Das trifft nur auf eine rein logische Analyse zu; bei einer hermeneutischen Betrachtungsweise steigt der Grad der Bestimmtheit einer Aussage mit zusätzlicher Information; dass Linda (als Bankangestellte) an Antiatom-Demonstrationen teilnimmt, ist eine solche Zusatzinformation, welche die zweite Antwort plausibler erscheinen lässt; deshalb ist das Urteil zumindest ebenso rational wie die andere Annahme. Diese Aussage beruht jedoch auf einem rationalen Urteil, denn die auf alltäglichen Erfahrungen beruhende Wahrscheinlichkeit ist in der Tat hoch, dass diese Bankangestellte auch Feministin ist. Boudon schließt aus solchen Analysen, dass die Rationalität eines Urteils kontextuell bestimmt ist (Boudon 2003, 112). Demnach führt die menschliche Fähigkeit zur Rationalität je nach Subjekt und Situation zu verschiedenen Folgerungen. Menschen können sich in gutem Glauben irren und verhalten sich dennoch rational, da sie nur partiell informiert sind. Insofern bestimmen die Umstände mit, wie Individuen ihre kognitiven Fähigkeiten verwenden. Für den Ansatz der Diskursethik bedeutet diese Erkenntnis eine Erschwernis, indem ein gleichberechtigter Diskurs von gewissen Voraussetzungen hinsichtlich Gleichheit der Umstände ausgehen muss, um eine vergleichbare Rationalität aller Beteiligten zu gewährleis-

kontextuelle
Rationalität

ten. Zwei zentrale Parameter solcher Umstände, ökonomisches Vermögen und Gesundheit, werden deshalb nachfolgend genauer untersucht.

3. Der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit

Die nachfolgenden Überlegungen beruhen auf Schweizer Daten, teilweise auch aus der Stadt Basel. Es zeigen sich für Deutschland aber relativ ähnliche Entwicklungstrends (Rommelspacher 1992). Nach dem Zweiten Weltkrieg verbesserten in der Schweiz breite Bevölkerungskreise ihre materielle Lebenssituation. Die alte, vererbte Armut schien eine vernachlässigbare Restgröße zu sein. Neue Formen der Armut äußerten sich etwa bei Sinnkrisen und Perspektivlosigkeit, die auch bei Begüterten zu Sucht und einem Abstieg führen können. Mit den rezessiven Einbrüchen der 1970er-Jahre veränderte sich aber die Situation. Soziale Ungleichheiten verschärfen sich hinsichtlich vier Aspekten: Erstens nimmt die Erwerbslosigkeit im Gefolge der Erdölkrise Mitte der 1970er-Jahre sowie der Rezession Anfang der 1990er-Jahre zu. Zweitens halten Teile der unteren Löhne mit den fixen Lebenshaltungskosten wie Mietzinsen, Energiekosten, Krankenkassenprämien, allgemeinen Versicherungen nicht Schritt (Oesch et al. 2006). Drittens orientiert sich das relativ gute System der Sozialen Sicherheit einseitig an der Erwerbsarbeit. Viertens erhöht sich die Kluft zwischen den oberen und unteren Einkommen und Vermögen (Mäder/Streuli 2002). Die daraus resultierende Armut bedeutet insgesamt Mangel an sozialer Sicherheit. Findet sie inmitten des Reichtums statt, erleben Betroffene die Armut als Ausschluss. Das ist in stark individualisierten Gesellschaften wie der Schweiz besonders ausgeprägt. In 3,2 Millionen Haushalten leben mittlerweile rund 250 000 Sozialhilfeabhängige, 200 000 Erwerbslose, 300 000 IV-Bezüger/innen und 500 000 Working Poor. Manchmal überlappen sich einige Kategorien auch. Ein wesentlicher Teil der Working Poor beziehen Sozialhilfe (Kutzner et al. 2004). Das «Ausschlusspotenzial» ist demnach groß. Dazu gehören vor allem Familien mit Kindern, Alleinerziehende und Alleinlebende.

Wird der Aspekt Gesundheit beigezogen, zeigt sich, dass Armut die Morbidität und Mortalität sowie den Bedarf an ärztlicher Versorgung erhöht. Das Risiko, schwer zu erkranken, vorzeitig zu sterben, einen Unfall zu erleiden oder Gewalt zu erfahren, ist für Arme in jeder Lebensphase signifikant höher. Es zeigt sich ein sozialer Gradient: je niedriger die soziale Schicht, desto größer die Krankheitslast. Im Unterschied zu vergleichbaren Gruppen von Beschäftigten machen Erwerbslose häufiger Suizidversuche (Platt 1984). Lebenspartnerinnen und Kinder zeigen mit zeitlicher Verzögerung ähnliche psychische Reaktionen. Infektionen und chronische Erkrankungen häufen sich. Armut erhöht also das Krankheitsrisiko – von der Karies bis zu Aids. Auch schlechte Ernährung,

neue Formen
der Armut

Armut erhöht
Morbidität und
Mortalität

Gesundheit
und Geschlecht

Übergewicht und Konsum von Fast Food kommen in armen Familien häufiger vor (Keil 2004). Dies hat Folgen auf die Lebenserwartung, welche von der obersten zur untersten Einkommensschicht sinkt. Sozial Benachteiligte weisen auch eine deutlich höhere postnatale Sterblichkeit von Säuglingen auf, zudem eine zweimal höhere Mortalitätsrate durch Unfälle bei den Kindern.

Diese Unterschiede zwischen Arm und Reich finden sich auch, wenn man zwischen den Geschlechtern differenziert. Frauen mit tiefen Einkommen beanspruchen in allen Altersgruppen seltener eine ambulante ärztliche Behandlung als Frauen mit höheren Einkommen. Bei den Männern zeigt sich eine analoge Tendenz in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen. Als Fazit lässt sich ziehen, dass sozial benachteiligte Menschen im Vergleich zu besser gestellten seltener medizinische Versorgungsuntersuchungen sowie Gesundheitsförderungsmaßnahmen bzw. generell medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, obwohl sie tendenziell mit einem höheren Krankheitsrisiko konfrontiert sind. Insgesamt beanspruchen die stärker von gesundheitlichen Problemen betroffenen Personen der unteren Einkommensgruppen weniger häufig ärztliche Behandlung als Frauen und Männer mit höheren Einkommen, obwohl sich Frauen und Männer in der niedrigsten Einkommensgruppe häufiger durch gesundheitliche Beschwerden in ihren alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt fühlen als Frauen und Männer in der höchsten Einkommensgruppe. Das psychische Wohlbefinden der Schweizer Bevölkerung ist zwar im internationalen Vergleich relativ hoch, verschlechtert sich aber in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern mit abnehmendem Einkommen. Armutsbetroffene sind in ihrer Biografie und in ihrer aktuellen Lebenssituation öfters höheren Belastungen, Gewalt und kritischen Lebensereignissen ausgesetzt. Folgen sind Depressivität, Stress und Angst.

geringes
Gesundheits-
bewusstsein
bei Armen

Diese ökonomischen Unterschiede beeinflussen auch die Einschätzung der Betroffenen, selbst etwas für die eigene Gesundheit tun zu können. Bei den untersten 20% der Einkommen ist der Anteil an Frauen und Männern, welche diese Überzeugung haben, um fast 15% niedriger als in den obersten 20% der Einkommen (Mäder et al. 2006). Entsprechend achten die Befragten weniger auf eine gesunde Ernährung, je niedriger das Einkommen ist. Dies trifft vorwiegend auf die Männer aller Altersstufen zu. Bei den Männern der 20% tiefsten Einkommen achten 45% nicht auf eine gesunde Ernährung, bei den Frauen sind dies 27%. Bei den 20% höchsten Einkommen verkleinern sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Männer 28%, Frauen 20%). Neben der Ernährung beeinflussen regelmäßige sportliche Aktivitäten und das Rauchen die Gesundheit. Gut ein Drittel der Befragten betreibt keinen Sport, ein Viertel regelmäßig, ein Drittel gelegentlich, wobei Frauen insgesamt weniger Sport als Männer treiben, was sich vermutlich auf den größeren Anteil an Arbeiten im Haushalt zurückführen lässt. Dennoch zeigen sich auch hier Unterschiede

zwischen den Einkommensklassen: Die körperliche Betätigung steigt mit dem Einkommen kontinuierlich an. Bei den untersten Einkommen ist der Anteil der Personen am höchsten, die keinen Sport betreiben (43%). Fast ein Drittel der Befragten bezeichnet sich schließlich als (unterschiedlich starke) Raucher/-innen. Im Schweizer Durchschnitt liegt der Anteil der absoluten Nichtraucher/-innen bei den Frauen um 20% höher als der der Männer. Bei den untersten 20% der Einkommen rauchen fast 48% der Männer und 37% der Frauen.

4. Integration und Ausgrenzung

Die Frage ist nun, wie sich dieser wechselseitige Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit auf die soziale Integration der Betroffenen auswirkt. In einer früheren Armutsstudie (Mäder et al. 1991) überwog der Eindruck, zumindest erwerbstätige Arme seien relativ gut integriert. Sie bräuchten wie Alleinerziehende vorwiegend Geld, um ihre Existenz zu sichern. In unserer neuen Studie über Working Poor (Kutzner et al. 2004) stellen wir indes fest, wie sich bei anhaltender Abhängigkeit soziale Probleme kumulieren. Wir analysierten dazu die soziale Lage von 260 aktuellen und 140 ehemaligen Working Poor. Letztere konnten ihre finanzielle Probleme auf verschiedene Weise bewältigen: rund 25 Prozent erzielten mehr Einkommen dank Weiterbildung; weitere 25 Prozent erhöhten ihr Salär, weil sie zusätzliche Jobs annahmen, und zwar vorwiegend zu prekären Arbeitsbedingungen; weitere 25 Prozent stabilisierten ihre Situation über eine Sozialversicherung (AHV, IV). Die restlichen 25 Prozent steigerten ihr Einkommen, weil sie heirateten oder Kinder auszogen und Unterstützungspflichten entfielen. Bei allen erwähnten Gruppen ließ der finanzielle Druck spürbar nach, bei vielen Einzelpersonen und Familien auch deshalb, weil sie in kleinere, günstigere Wohnungen (z.B. in Quartieren mit hoher Verkehrsdichte) umzogen.

In der erstgenannten Armutsstudie fiel uns auch ein starker Rückzug sozial Benachteiligter auf. Viele fühlen sich relativ stark für Ungleichheit bezüglich Bildung, Einkommen, Vermögen verantwortlich, obgleich diese primär gesellschaftlich verursacht sind. Wir erklärten uns damals diesen Rückzug durch den hohen Individualisierungsgrad innerhalb der Gesellschaft und dem Tabu, mit dem Armut belegt war. Betroffene erweckten nach außen den Anschein, alles sei in bester Ordnung, auch wenn sie selbst einen hohen Leidensdruck verspürten. Heute weisen etliche Zeichen darauf hin, dass sich Resignation und depressive Verstimmungen teilweise in Empörung verwandeln. Das mag mit Schlagzeilen über hohe Managerlöhne zu tun haben oder mit der geänderten persönlichen Wahrnehmung sozialer Ungleichheit. Wenn beispielsweise Eltern erleben, wie ihre Kinder keine Lehrstelle finden, empfinden sie Wut. Die Empörung fördert

Auswirkung
auf soziale
Integration

Rückzug sozial
Benachteiligter

einerseits die Bereitschaft, sich mehr für eigene Interessen einzusetzen. Sie erhöht andererseits aber auch die Gefahr, Halt bei autoritären und populistischen Kräften zu suchen. Hinter diesem Protest steckt ein unüberhörbarer Wunsch nach Selbstbestimmung, nach Sicherheit sowie nach einem aktiven Eingreifen des Staates zum Schutz benachteiligter Gruppen (Kutzner et al. 2004).

Missbrauchs-
Debatte

Als möglicher Gegenpart zur zunehmenden Empörung der von Armut Betroffenen lässt sich die in verschiedenen Ländern aufgeflammete Missbrauchsdebatte benennen. In der öffentlichen Diskussion wird oft behauptet, massenhafter Leistungsmissbrauch ruiniere den Sozialstaat. Da eine wirksame Kontrolle fehle, bezögen Menschen Sozialleistungen, ohne anspruchsberechtigt zu sein. Die «Mentalität des Selbstbedienungsladens» verleite dazu, auch dann Leistungen zu beanspruchen, wenn kaum Bedarf nach Hilfe bestehe. Trotz zahlreichen Berichten über spektakuläre Einzelfälle ist aber der Missbrauch sozialstaatlicher Leistungen relativ marginal. Für die Sozialhilfe beläuft sich der Leistungsmissbrauch auf 2 bis 3 Prozent der Fälle (Martens 2005). Einschlägige wissenschaftliche Studien (z.B. Schäfer 2002 für Deutschland) gelangen zum Schluss, dass es sich bei dem beklagten Leistungsmissbrauch weder um ein Massenphänomen handelt noch der Sozialstaat strapaziert wird. Die lautstarken Klagen lenken vielmehr von einem verbreiteten Missbrauch durch besser Situierte ab, bei denen sich Subventionsbetrug, Steuerhinterziehung, Korruption und Schwarzarbeit als gravierender erweisen (Butterwege 2006, 97-105).

Beispiel:
IV-Debatte
in der Schweiz

Ein Beispiel aus der Schweiz mag das Problem verdeutlichen: Im Vorfeld zur Abstimmung über die 5. Revision der Invalidenversicherung (IV) in der Schweiz behauptete eine Abhandlung (Bachmann/D'Angelo 2006) den angeblichen Missbrauch von IV-Leistungen. Die Autoren kamen zum Schluss, das jährliche Missbrauchsvolumen betrage 414 Millionen Franken. Die Schätzung basiert auf einer Umfrage bei den kantonalen IV-Stellen. Eine nachträgliche Überprüfung der Daten (Jeger 2007) weist eine erhebliche Verzerrung der berechneten Werte nach. So verwendeten Bachmann und D'Angelo methodisch unkorrekte Werte für das Hochrechnen des Missbrauchsvolumens im Bereich Rentenleistungen Schweiz – bei korrektem Vorgehen verschwinden 162,2 Millionen Franken Missbrauchsvolumen. Die hochgerechneten missbräuchlichen Rentenleistungen in der Schweiz schmelzen von 291,7 Millionen auf 190,3 Millionen zusammen, und die missbräuchlichen Auszahlungen im Ausland vermindern sich von 64,2 Millionen auf 28,8 Millionen Franken. Die vermuteten missbräuchlichen Leistungen bei den Eingliederungsmaßnahmen schrumpfen von 50,6 Millionen auf 28,5 Millionen, und die missbräuchlichen Hilflosenentschädigungen korrigieren sich von 7,8 Millionen auf 4,5 Millionen Franken. Zudem ist generell zu sagen, dass die Datenlage zu dürftig ist, um wissenschaftlichen Anforderungen zu genügen. Daher ist Vorsicht geboten, wenn mit derartigen Zahlen ein angeblicher Missbrauch behauptet wird.

Solche Missbrauchsdebatten entfalten eine Dynamik der Ausgrenzung, welche mit einer Diffamierung sozial Benachteiligter einhergeht. Was hier zumindest indirekt zur Stigmatisierung sozial Benachteiligter beiträgt, ist ein eng verstandenes Leistungsprinzip. Hinzu kommt ein Verständnis, das die Gesellschaft auf ihr mechanisches Funktionieren reduziert. So jagen wir immer mehr in einer ungebremsen Leistungs- und Wachstumsdynamik den scheinbar selbst entworfenen Möglichkeiten nach. In der Multioptionsgesellschaft, wie sie der Soziologe Peter Gross 1994 beschreibt, setzen Wirtschaft und Technik die Menschen in Bewegung und rufen dauernde Unruhe hervor. Das führt zu biografischen Brüchen. Die geforderte Mobilität vermittelt ein schier fatalistisches Gefühl, externen Marktzwängen ausgeliefert zu sein. Wer den Anschluss nicht schafft, läuft Gefahr, ausgegrenzt zu werden, und wird auch dazu verleitet, diskriminierend auf andere zu zeigen.

Mit Blick auf das ganze hier skizzierte Bild lässt sich zusammenfassend Folgendes feststellen: Armut und Krankheit stehen in einem wechselseitigen Zusammenhang und bilden gleichzeitig wichtige Hindernisse für einen gleichberechtigten Diskurs, der Voraussetzung für die Schaffung einer gemeinsamen Wertebasis ist. Derzeit ist zudem ein Trend feststellbar, wonach die von Armut Betroffenen einerseits vermehrt Empörung äußern, andere gesellschaftliche Gruppen aber die Mechanismen der sozialen Sicherheit mit Hinweis auf «Missbrauch» – ebenfalls eine moralischen Kategorie – in Frage stellen. Wir sehen uns also mit einer Fragmentierung auch hinsichtlich der moralischen Vorstellungen konfrontiert, welche eine Gesellschaft prägen. Ausgehend von der Voraussetzung, dass der Ansatz der Diskursethik sich in der Soziologie als wegweisend ergeben hat, sind unserer Ansicht nach Armut und Krankheit gemeinsam anzugehen. Beim sozialen Ausgleich in der Gesundheit sind sowohl sozialpolitische wie gesundheitspolitische Maßnahmen nötig, die sich an ethischen Auflagen orientieren. Sie gehören zu einer deliberativen Demokratie, die das physische und psychische Wohl aller im Auge hat und die gesamte Gesellschaft in die Pflicht nimmt. Wer über wenige Ressourcen verfügt, ist besonders auf eine zugängliche soziale Infrastruktur angewiesen. So ist auch im Gesundheitswesen der soziale Ausgleich zu fördern und diskursethisch zu begründen, statt Lasten auf Benachteiligte abzuschieben und vorhandene Gefälle zu legitimieren, wie das in aktuellen Missbrauchsdebatten geschieht.

Literatur

- Bachmann, R.; D'Angelo, M. (2006): Die Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs (BVM) in der Invalidenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Beweissicherung vor Ort (BvO). Diplomarbeit NDS SVM, HSW, Luzern
- Boudon, R. (2003): *Raison, bonnes raisons*. Paris
- Bundesamt für Gesundheit (Hg.) (2005): *Frauenarmut, Arbeit und Gesundheit*. Ein Praxishandbuch. Bern
- Bundesamt für Statistik (2005): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992–2002*. Neuenburg
- Butterwege, C. (2006): *Krise und Zukunft des Sozialstaates*, Wiesbaden
- Habermas, J. (1981/82): *Theorie des kommunikativen Handelns*. Frankfurt a.M.
- Habermas, J. (1983/2001): *Diskursethik – Notizen zu einem Begründungsprogramm*. In: *Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln*. Frankfurt a.M., 53-125
- Gross, P. (1994): *Die Multioptionsgesellschaft*. Frankfurt a.M.
- Jeger, J. (2007): *Jährlich über 400 Millionen Franken Missbrauch in der Invalidenversicherung?* Schweizerische Ärztezeitung, 88/22, 950-952
- Keil, A. (2004): *Ernährungsarmut hat viele Gesichter – wenn das Leben hungert und nicht nur der Magen knurrt ...* In: 3. Bremer Forum Gesundheitlicher Verbraucherschutz: *Pizza, Pommes und Probleme – Ernährungsarmut heute*. Bremen, 12-19
- Kutzner, S.; Mäder, U.; Knöpfel, C. (2004): *Working poor in der Schweiz – Wege aus der Sozialhilfe*. Zürich
- Mäder, U.; Meier, C.; Schmassmann, H. (2006): *Armut und Gesundheit*. In: Bundesamt für Gesundheit (BAG). *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006*. EDI, Bern, 74-83
- Mäder, U., Streuli, E. (2002): *Reichtum in der Schweiz*. Porträts, Fakten, Hintergründe. Zürich
- Mäder, U.; Biedermann, F.; Fischer, B.; Schmassmann H. (1991): *Armut im Kanton Basel-Stadt*. Basel
- Martens, R. (2005): *Vermuteter Sozialmissbrauch und gefühlte Kostenexplosion bei Arbeitslosengeld II: Ein Vergleich mit empirischen Befunden zum Missbrauch von Sozialhilfe*. Soziale Sicherheit 11, 357-362
- Mueller, U.; Heinzl-Gutenbrunner, M. (1998): *Armutslbensläufe und schlechte Gesundheit – Kausation oder soziale Selektion?* Untersuchungsergebnisse vorgestellt auf dem 104. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, April 1998 in Wiesbaden
- Obsan, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2004): *Gesundheitsindikatoren: Selbst eingeschätzte Gesundheit*. Neuenburg
- Oesch, D.; Gaillard, S. et al. (2006): *12 Probleme der Lohnpolitik in der Schweiz*. SGB-Dossier 38, April 2006
- Platt, S. (1984): *Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature*. Social Science and Medicine, 19, 93-115

Literatur

- Rommelspacher, T. (1992): Armutsforschung in der BRD. In: Tobias, G.; Boettner, J. (Hg.): Von der Hand in den Mund. Armut und Armutsbewältigung in einer westdeutschen Großstadt. Essen, 106-116
- Schäfer, W.J. (2002): Opfer Sozialstaat. Gemeinsame Ursachen und Hintergründe von Steuerhinterziehung, Schwarzarbeit und Leistungsmissbrauch. Opladen
- Weber, M. (1904-1905/1988): Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus. In: Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie I, Tübingen, 17-206