

# Gerechte Gesundheit

**Dagmar Domenig**  
**Sandro Cattacin**

Grundlagen – Analysen – Management

Domenig / Cattacin  
**Gerechte Gesundheit**

Hogrefe Verlag  
**Programmbereich Gesundheit**





Dagmar Domenig / Sandro Cattacin

# Gerechte Gesundheit

**Grundlagen – Analysen – Management**

Hogrefe Verlag

**Dr. Dagmar Domenig**, Direktorin Stiftung Arkadis, CH-4600 Olten  
E-Mail: dagmar.domenig@arkadis.ch

**Prof. Sandro Cattacin**, Département de Sociologie, Université de Genève  
E-Mail: sandro.cattacin@unige.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Michael Herrmann, Barbara Müller, Linda Etter  
Übersetzung der englischen Zitate: Michael Herrmann  
Herstellung: Daniel Berger  
Fotos: Sandro Cattacin  
Titelgestaltung: MetaDesign, Berlin; Claude Borer, Basel  
Satz: Claudia Wild, Konstanz  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten  
Printed in Germany

*Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek*

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Verfasser haben größte Mühe darauf verwandt, dass die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten, ihre Dosierungen und Applikationen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung des Werkes entsprechen.

Da jedoch die Pflege und Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss sind, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jeder Anwender ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

*Anregungen und Zuschriften bitte an:*

Hogrefe Verlag  
Lektorat: Pflege  
z. Hd.: Jürgen Georg  
Länggass-Strasse 76  
CH-3000 Bern 9  
Tel.: 0041 (0)31 300 45 00  
Fax: 0041 (0)31 300 45 93  
E-Mail: [juergen.georg@hogrefe.ch](mailto:juergen.georg@hogrefe.ch)  
Internet: <http://www.hogrefe.ch>

1. Auflage 2015

© 2015 by Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-95507-0)

ISBN 3-978-456-85507-3

# Für Ndey



## Inhaltsverzeichnis

Danksagung .....	10
Geleitwort .....	12
Einführung .....	15
<b>Teil I – Konzeptuelle Grundlagen</b> .....	<b>19</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>21</b>
<b>2. Pluralistische Gesellschaft</b> .....	<b>22</b>
2.1 Kritik der Unterdrückung und Pluralismus .....	22
2.2 Staat und Gesellschaft .....	28
2.3 Individualisierung und Individuierung .....	35
2.4 Anarchische Kommunitarisierung .....	36
2.5 Zwischenüberlegungen .....	39
<b>3. Lebensweltliche Dimensionen pluraler und komplexer Identitäten</b> .....	<b>40</b>
3.1 Feminismus und Intersektionalitätsdebatte .....	41
3.2 Behindertenbewegung und der Kampf um (körperliche) Anerkennung .....	43
3.3 Solidaritätsbewegung und Antirassismus .....	46
3.4 Mehrfachdiskriminierungen komplexer, pluraler Identitäten .....	50
3.5 Zwischenüberlegungen .....	51
<b>4. Gesundheitssysteme im Vergleich</b> .....	<b>52</b>
4.1 Kategoriale und universalistische Systeme .....	53
4.2 Politische Dynamiken sozialstaatlicher Veränderung .....	55
4.3 Selektivität und Etatismus .....	56
4.4 Sensibilität der Modelle für Verschiedenheit .....	59
4.5 Zwischenüberlegungen .....	61
<b>5. Zusammenfassung</b> .....	<b>62</b>
<b>Teil II – Empirische Betrachtungen</b> .....	<b>63</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>65</b>
<b>2. Umgang mit Verschiedenheit aus der Sicht der Nutznießenden</b> .....	<b>66</b>
2.1 Verbesserung der Lebenschancen .....	66
2.2 Diskriminierungserfahrungen .....	68



2.3	Individuelle Strategien im Umgang mit Gesundheitsorganisationen	69
2.3.1	Resignation	69
2.3.2	Wut	69
2.3.3	Kampf	70
2.4	Der Wunsch nach Respekt und Anerkennung	71
2.4.1	Zuhören	71
2.4.2	Fördern	72
2.4.3	Informieren	72
2.5	Zwischenüberlegungen	72
<b>3.</b>	<b>Umgang mit Verschiedenheit aus Sicht der Gesundheitsorganisationen</b>	<b>73</b>
3.1	Reflexivität in Gesundheitsorganisationen	74
3.1.1	Fehlende Verankerung von Leitlinien	75
3.1.2	Organisationale Lernprozesse als Herausforderung	77
3.1.3	Weiterbildungen für alle	80
3.1.4	Kompetentes Personal	80
3.2	Barrieren	82
3.2.1	Strukturelle Barrieren	82
3.2.2	Soziale Barrieren	84
3.2.3	Vertrauensbarrieren	86
3.3	Interaktionsdynamiken	87
3.3.1	Kommunikationshindernisse	87
3.3.2	Stereotype	89
3.3.3	Therapiebefolgung	92
3.4	Organisationsorientierte Partizipation	93
3.5	Minimale Interessenvertretung	94
3.6	Zwischenüberlegungen	95
<b>4.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>96</b>
<b>Teil III – Normen und organisationale Standards</b>		<b>99</b>
<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>101</b>
<b>2.</b>	<b>Normative Betrachtungen</b>	<b>101</b>
2.1	Gesundheitspolitik: ein geschichtlicher Abriss	101
2.2	Soziale Determinanten von Gesundheit	106
2.3	Theorien sozialer Gerechtigkeit	110
2.4	Gesundheitliche Chancengleichheit	114
2.5	Der Diskurs über soziale Gruppen	120
2.6	Zwischenüberlegungen	122

<b>3. Standards</b>	123
3.1 Ursprung	129
3.2 Sexuelle Orientierung	133
3.3 Behinderung	135
3.4 Allgemeine Standards für eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung	137
3.5 Zwischenüberlegungen	146
<b>4. Zusammenfassung</b>	147

**Teil IV – Orientierungen für eine gerechte Gesundheitsversorgung** 149

<b>1. Einleitung</b>	151
<b>2. Die fünf Orientierungen</b>	152
2.1 Reflexives Management	152
2.1.1 Managementinstrumente	154
2.1.2 Veränderungsprozess	155
2.1.3 Personalmanagement	158
2.2 Abbau von Barrieren	161
2.2.1 Strukturelle Barrieren	161
2.2.2 Soziale Barrieren	164
2.3 Personenzentrierte Interaktion	167
2.3.1 Kommunikation	167
2.3.2 Plurale und komplexe Identitäten	168
2.3.3 Perspektive des Krankseins	171
2.3.4 Narration	172
2.4 Partizipation	174
2.4.1 Partizipation der Nutznießenden	175
2.4.2 Partizipation des Einzugsgebiets	177
2.5 Interessenvertretung	182
2.5.1 Interne Interessenvertretung	182
2.5.2 Interessenvertretung nach außen	184
<b>3. Zwischenüberlegungen</b>	186
<b>4. Zusammenfassung</b>	186

**Teil V – Synthese und Schlussfolgerungen** 189

Abkürzungsverzeichnis	195
Literaturverzeichnis	197
AutorInnenverzeichnis	205
Sachwortverzeichnis	206

## Danksagung

Die Entstehungsgeschichte von Büchern ist oft mit einem sich lange hinziehenden Reifungsprozess verbunden, so trugen auch wir die Idee für dieses Buch bereits seit Jahren mit uns herum. Dabei trieb uns vor allem die Frage um, ob es wohl einen Mittelweg gebe, das heißt einen Weg für eine gerechte Gesundheit, der zwischen Orientierungen aufgrund bestimmter identitärer Charakteristiken oder lebensweltlicher Dimensionen auf der einen Seite und Gleichbehandlungsansätzen auf der anderen Seite steht. Ein Weg, dem es gelingt, auch jene Personen in die Reflexionen einzubeziehen, die nicht einfach einer bestimmten Gruppe, wie Ursprung, Behinderung oder sexuelle Orientierung, zugeordnet werden können und sich vor allem auch keine Gleichbehandlung, sondern im Gegenteil, vor allem eine gerechtere Gesundheitsversorgung wünschen, die ihre identitären Charakteristiken vorbehaltlos berücksichtigt. Heute bejahen wir dies, indem wir zwischen Kommunitarismus und Universalismus effektiv einen Mittelweg sehen, der zu einer gerechten Gesundheit beziehungsweise zu einer gerechteren Gesundheitsversorgung führt. Dieser Mittelweg baut auf dem universalen Recht auf Gesundheit auf, geht aber gleichzeitig davon aus, dass dieses erst dann seine Wirkung entfalten kann, wenn sich die Gesundheitsversorgung auf Spezifizierungen ausrichtet und dabei von dem Grundsatz geleitet wird, auf die Vielfalt vulnerabler Situationen und die Verschiedenheit identitärer lebensweltlicher Dimensionen einzugehen.

Die Idee für dieses Buch konnten wir im Voraus in verschiedenen Kontexten diskutieren, verfeinern und verfestigen. Allen voran reifte die Idee in der Auseinandersetzung mit den Kolleginnen und Kollegen der *WHO-HPF Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care* und der *COST-Action Adapting European health systems to diversity* (AD-

APT). Neben diesen beiden internationalen Netzwerken, die wir seit Beginn mitgetragen haben, wurden wir (durchaus auch kritisch) von Studentinnen und Studenten der Universität Genf im Seminar zu Sozial- und Gesundheitspolitik begleitet, die uns insbesondere bei der Erarbeitung der empirischen Grundlagen mitgeholfen haben. In diesem Zusammenhang sei auch all jenen Gesundheitsorganisationen und deren Nutznießenden gedankt, die sich für unsere doch sehr detaillierte Befragung zur Verfügung gestellt haben.

Weiter erlaubten auch Diskussionen mit den Forscherinnen und Forschern des vom *Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI)* unterstützten und unter unserer Leitung stehenden Forschungsprojekts *Healthcare facing diversity – an inquiry in five European neighbourhoods*, die weitere Vertiefung unserer Gedanken. Daher sei an dieser Stelle auch Anna Weber, Patricia Naegeli, Irina Radu und Loïc Riom unser Dank ausgesprochen.

Besonders wichtig waren für uns auch immer wieder die Diskussionen mit der Praxis, insbesondere mit Mitarbeitenden der Stiftung Arkadis, die uns neue Erkenntnisse und Interpretationen – vor allem auch in Bezug auf Menschen mit Behinderungen – zugänglich gemacht haben. Namentlich sei hier Pius Schürch und Markus Maucher für ihre wertvollen Anregungen gedankt. Besonders hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang auch die erste nationale Arkadis-Fachtagung zum Thema der Mehrfachdiskriminierungen am Beispiel von Migration und Behinderung sowie die darauf aufbauende Publikation, wo wir ebenfalls unsere Ideen vorstellen konnten.

Viele andere Personen wären noch anzuführen, die wir immer wieder in Diskussionen verwickelten und die uns mit wertvollen Hinweisen weiterhalfen. Erwähnt seien hier insbesondere Thomas Abel, Brenda A. LeFrançois, David Ingleby und Daniele Zulino, die uns erlaubten,

Vorstadien unserer Arbeit zur Diskussion zu stellen.

An dieser Stelle sei auch unseren Arbeitgebern, der Stiftung Arkadis und der Universität Genf, dafür gedankt, dass sie uns immer wieder von Neuem stimulieren und unsere wissenschaftliche Weiterentwicklung sowie unser Engagement für eine gerechte Gesundheit vorbehaltlos unterstützen.

Schließlich danken wir auch dem Verlag Hans Huber für die Unterstützung der Publikation,

namentlich Jürgen Georg, der von Beginn weg an unsere Buchidee geglaubt hat, sowie Michael Herrmann für sein aufmerksames Lektorat.

Herzlichen Dank auch an Bernd Marin, dass er sich die Zeit genommen hat, unser Buch zu lesen und ein Geleitwort dazu zu schreiben.

Dagmar Domenig und Sandro Cattacin  
Olten und Genf, im März 2015

## Geleitwort

### Sozial- und Gesundheitssysteme auf Vielfalt eichen

Kaum ein anderer Begriff wird in der aktuellen Diskussion um die Zukunft der sozialen Wohlfahrt und des Sozialstaats mehr strapaziert als *Gerechtigkeit*. Doch oft geht es weniger darum, mehr soziale Gerechtigkeit oder Fairness zu erreichen, sondern, ganz im Gegenteil, vielmehr um die Frage, wie Kosten senkende Reformen möglich sind, ohne damit gleichzeitig Ungerechtigkeiten auch allgemein sichtbar zu verstärken – also eigentlich oft auch um wirksamen Etikettenschwindel. Dabei wäre vielleicht die Eliminierung unbestreitbarer und unerträglicher Ungerechtigkeiten – und die wirksame Umsetzung eines besseren Kosten-/Leistungsverhältnisses und dadurch die Bereitstellung sozialer Sicherheit – ein entscheidender Schritt zu mehr *Gerechtigkeit*. Denn während die Bestimmung unbestreitbarer und unerträglicher Ungerechtigkeiten vergleichsweise leichter konsensfähig ist und deren Eliminierung eine vielleicht nur *dünne* dafür aber tragfähige Definition von *Gerechtigkeit* darstellt, ist eine emphatisch dicke Version davon selbst unter den aufgeklärtesten, gelehrtesten und politisch-dialogisch bereitwilligsten Köpfen kaum zu erreichen.

Karl Popper hat in seinem Buch «Die offene Gesellschaft und ihre Feinde» die westlichen Wohlfahrtsstaaten als die besten Sozialsysteme, die es jemals in der Menschheitsgeschichte gegeben hat, bezeichnet. Aber er war gleichzeitig, geradezu prophetisch ausgerechnet am Beginn ihrer Nachkriegsblüte, keineswegs optimistisch bezüglich ihrer Zukunft, für die kein historisches Gesetz zu höherem sozialen Fortschritt gelte. Die Zukunft sei immer ungewiss und die einzige Gewissheit sei, die Vergangenheit als grundsätzlich unterschiedlich von der Zukunft zu erkennen. «All that my optimism about the

present can offer for the future is hope», worin er sich viel weniger von Walter Benjamins «nur um der Hoffnungslosen willen ist uns Hoffnung gegeben» (in: Goethes Wahlverwandtschaften) unterscheidet als die meisten von uns wohl annehmen würden. Im Gegensatz zu ein bisschen *mehr Gerechtigkeit* ist die Zauberformel für *Gerechtigkeit* per se noch nicht gefunden – und, so möchte ich behaupten, grundsätzlich nicht zu finden. Für etwas *mehr Gerechtigkeit*, vielleicht das Beste was wir in dieser Welt und politischen Wirklichkeit überhaupt erreichen können, scheinen viele Lösungen in die gleiche Richtung zu weisen. Nicht mehr oder weniger Sozialstaat ist demnach die Lösung, sondern eine andere Organisation und Weiterentwicklung unserer modernen Wohlfahrtsgesellschaften, weg von einem betulich-paternalistischen Fürsorgestaat ebenso wie einem minimalistisch-ultraliberalen *Laissez-faire* Sozialdarwinismus.

Das bedeutet unter anderem auch ein Entwickeln differenzierterer Lösungen, die sich intensiver mit besonderen Situationen auseinandersetzen. Denn weder ist es etwa sinnvoll – und noch weniger *gerecht* – alle berufstätigen Personen ab einem gewissen gleichen chronologischen Alter zu gleichen Konditionen in den Ruhestand zu entlassen; oder alle Frauen als Frauen gleichermassen zu bevorzugen beziehungsweise zu benachteiligen; noch alle Menschen mit Behinderungen als «*Behinderte*» oder mit chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen als *Berufs-/Erwerbsunfähige* oder als *Invalide* kategorisch gleich zu behandeln. Sollen Reformen in Zukunft zu einem faireren Gemeinwesen führen, müssen sie unterschiedliche Lebenschancen und verschiedene Lebensentwürfe gezielter berücksichtigen, das Pensionsalter entsprechend flexibilisieren, *gender*-Dynamiken differenziert einbeziehen und durch Beeinträchtigungen drohende Ausschließungsmechanismen vermeiden helfen. Die Zukunft moderner Wohlfahrtsgesellschaften kann erst dann sicher gestellt wer-

den, wenn diese sich auf Verschiedenheit einstimmen und sie dazu nutzen, nicht nur besonders folgenschwere oder schmerzliche Ungerechtigkeiten zu lindern, sondern auch um mit wohldosierten intelligenten Massnahmen die Teilhabe an der Welt der Arbeit zu fördern.

Dagmar Domenig und Sandro Cattacin nehmen sich eines besonderen Aspekts dieser notwendigen, sich an Vielfalt orientierenden Reformen an, indem sie ihren Fokus auf die Dienstleistungserbringung in Gesundheitsorganisationen richten. Dabei plädieren sie für Reformen, die zur Erhöhung der Fähigkeiten des Gesundheitsfachpersonals im Umgang mit Verschiedenheit beitragen, etwa sich an konkreten Individuen und nicht an verallgemeinerten Patientenkategorien zu orientieren, sich auf Fähigkeiten von Klientinnen und Klienten und nicht auf ihre Defizite zu konzentrieren; oder gemeinsam getroffene Entscheidungen anzustreben anstatt sich auf bürokratische Formalismen oder medizinisch überlegene Expertise und damit letztlich auf Herrschaft über die *hilfsbedürftigen* und *hilfesuchenden* Menschen zurückzuziehen. Dieser Ansatz scheint mir ein wichtiger und richtiger, denn Organisationen, deren Politik sich auf allen Ebenen bemüht, für Leid, vermeidbaren Schmerz und für Differenzen an Leidensfähigkeit zu sensibilisieren, produzieren nicht nur mehr soziale Gerechtigkeit, sondern auch bessere therapeutische Resultate und somit eine höhere Zufriedenheit der Menschen, die Gesundheitsdienste beanspruchen. Auch wenn es für optimale Ergebnisse keine Garantie gibt: Im besten Fall kann das Gesundheitssystem dadurch nicht nur fairer, großzügiger und bedürfnisgerechter, sondern auch kostengünstiger werden.

Alle auf Verschiedenheit geeichten Reformanstrengungen, von der sozialen Sicherung bis hin zu den Dienstleistungsorganisationen im Sozial- und Gesundheitsbereich haben somit eines gemeinsam: Stellen sie sich besser auf die bunte Vielfalt der Lebensentwürfe und der biographi-

schen Lebenserfahrungen der von ihnen zu betreuenden Kundinnen und Kunden ein, so kann das System insgesamt nicht nur fairer und effektiver, sondern auch effizienter arbeiten. Statt gedankenlos-herabwürdigender und billiger *one-size-fits-all*-Standardangebote wären maßgeschneiderte Servicelösungen von der *personalisierten Medizin* über höchstpersönliches *case management* in der Langzeitpflege bis hin zu individualisierter Bildungslotsenschaft und beruflichem *Seasoning* und *Mentoring* anzustreben.

Ein erfolgreiches Gesundheitssystem führt dennoch mit der höheren Lebenserwartung keineswegs automatisch auch zu höheren Gesundheitsausgaben, eher im Gegenteil. Denn steigende Langlebigkeit und gesunde Lebensjahre bedeuten in einer Welt, in der Gesundheit im Alter eine zentrale Ressource darstellt, die sich in einer wiederum gleichsinnig zur Lebenserwartung ansteigenden Erwerbsdauer (ohne gleichzeitig steigender Lebensarbeitszeit!), in höherer Arbeits- und Lebenszufriedenheit und in einem stärkeren Selbstwertgefühl und Wohlbefinden niederschlägt, auch eine Chance auf ein insgesamt besseres System der sozialen Sicherheit. Das kann sich, gesamtheitlich betrachtet, insgesamt nur positiv auf den Sozialstaat und die Weiterentwicklung zu einer umfassenden *caring*-Wohlfahrtsgesellschaft auswirken.

Das Buch von Dagmar Domenig und Sandro Cattacin ist nicht nur aus dieser Reformperspektive zu begrüßen. Es zeichnet auch detailliert und empirisch gestützt Argumente nach, die ein auf Vielfalt ausgerichtetes Sozial- und Gesundheitssystem als vorteilhaft und wünschenswert, wenn nicht gar aus einer ambitionierteren Sicht als unverzichtbar begründen lassen. Dass es in diesem Buch aber nicht nur um theoretisch und empirisch gestützte Argumente geht, wird spätestens in der zweiten Hälfte des Buches klar, wenn nämlich konkrete Praxis angesprochen und aufgezeigt wird, woran sich Organisationen im Gesundheitsbereich orientieren sollten, wenn

sie fairer – und eben auch effizienter – werden wollten. Alle Reformen nehmen ihren Anfang in breit und ernsthaft geführten Debatten, in denen sich Wissenschaft, Expertise und Politik solange reiben, bis konkrete Vorschläge in Form von ausgereiften Konzepten vorliegen. Doch bleiben Konzepte reine Papiertiger oder -häuschen, solange diese nicht anschliessend in der Praxis aufgenommen, weiterentwickelt und letztlich auch umgesetzt beziehungsweise zumindest erprobt werden. Davon legt dieses Buch Zeugnis ab, in-

dem es den Versuch wagt, den Weg von der Theorie über die Empirie zur Praxis zu beschreiten und nicht auf halbem Wege innezuhalten. Somit ist das Buch ein schöner und lesenswerter Beitrag, der abstrakte Ideen zu konkreten Schritten werden lässt.

*Bernd Marin*

Executive Director des mit den Vereinten Nationen verbundenen *European Centre for Social Welfare Policy and Research* in Wien



## Einführung

Was bedeutet gerechte Gesundheit und wie manifestiert sie sich in einer gerechten Gesundheitsversorgung?<sup>1</sup> Dieser Frage möchten wir in diesem Buch nachgehen. Eine einfache Antwort darauf ist kaum möglich, obschon wir uns alle mehr Gerechtigkeit wünschen und uns auch daran stören, wenn die Rehabilitation nach der gleichen Knieoperation eines berühmten Fußballers dreimal weniger Zeit in Anspruch nimmt als bei einer weniger bekannten Person. Doch der Fußballfan, der sich die rasche Rückkehr *seines* Fußballers in sein Team wünscht, ist gegenüber solchen Gerechtigkeitsansprüchen völlig indifferent, denn wieso auch sollte es bei allen so rasch gehen, wie beim besten Stürmer *seiner* Mannschaft. Gerechtigkeit, so zeigt dieses Beispiel, stellt keine feste Größe dar und bedeutet kaum für alle dasselbe, denn persönliche Ideologien und Philosophien spielen bei der Definition von Gerechtigkeit eine gewichtige Rolle.

Wie gerechte Gesundheit definiert wird, ist also vielschichtig, je nachdem, woher eine Person kommt, aus welchem Land, aus welcher Stadt oder aus welchem Quartier, oder wie sich ihre Lebensgeschichte oder ihr Lebenslauf entfaltet. Die Gewichtung einer gerechten Gesundheitsversorgung im Kontext von all diesen und noch viel mehr Faktoren ist eine der schwierigsten Aufgabe auf dem Weg hin zu einer gerechten Gesundheit. Im Jahre 2000 wurde in der Schweiz der Fall von Alt-Bundesrat Tschudi in den Medien breit diskutiert, der sich 87-jährig in einem kritischen Zustand im Spital befand. Als ihm eine Behandlung vorgeschlagen wurde, die gegen eine Million Schweizer Franken (etwa 800 000 Euro) gekostet hätte, wurde ihm diese durch die Gesundheitsministerin des Kantons mit Argumenten wie hohes Alter, kritische Finanzlage des Kantons, bestehende billigere, wenn auch weniger sichere Alternativen verweigert<sup>2</sup>. Der daran anschließende Skandal war

groß, da es sich hier um eine öffentlich bekanntgegebene Rationierung handelte, die den wohl wichtigsten Verantwortlichen in der Entwicklung des Schweizer Sozialstaates der Nachkriegszeit traf.<sup>3</sup> Die Diskussion um die Frage der gerechten Gesundheit in einer Zeit, in der das Geld für die Gesundheitsversorgung knapper wird und eine hoch technologisierte Medizin nicht nur immer mehr möglich macht, sondern oft auch mit hohen Kosten verbunden ist, war lanciert. Dabei waren alle politisch-philosophischen Positionen vertreten, vom unteilbaren Recht auf Gesundheitsdienstleistungen bis hin zu deren Rationierung aus finanziellen Gründen. Der Politikerin, die Tschudi die teure Therapie verweigert hatte, kostete ihr umstrittener Entscheid die politische Laufbahn; sie wurde abgewählt (Hollenstein, 2002).

Obschon in der Schweizer Verfassung in Artikel 41 Absatz b steht, dass jede Person *die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält*, sind nicht nur Rationierungen, sondern auch Fehlbehandlungen, beispielsweise aufgrund einer fehlenden Vertrauensbasis oder mangelnder Informationen, aber auch Diskriminierungen gang und gäbe, denn was *notwendig* ist, ist abhängig von der zeitgemäßen Interpretation, dem aktuellen Kontext sowie der konkreten Situation. Gesundheitsorganisationen<sup>4</sup> müssen tagtäglich entscheiden, was noch vertretbar ist, und was nicht mehr vertretbar ist, und wie sie

1 Wir verwenden gerechte Gesundheit in diesem Buch in einem übergeordneten Sinne. Wenn wir von der Versorgung im Gesundheitsbereich sprechen, so sprechen wir jeweils vom Ziel einer *gerechten Gesundheitsversorgung*.

2 Tschudi konnte dann mit der billigeren Variante erfolgreich behandelt werden.

3 Siehe dazu seine Autobiografie (Tschudi, 1993).

4 Unter Gesundheitsorganisationen fassen wir alle Organisationen, Dienste und Fachstellen, die Gesundheitsdienstleistungen anbieten, zusammen. Zudem schließen wir in Gesundheitsorganisationen auch Behindertenorganisationen oder Organisationen für psychisch Beeinträchtigte mit ein.



auch im Kontext von Vielfalt und Verschiedenheit noch eine angemessene Versorgung<sup>5</sup> erbringen können. Wir möchten daher das Thema der gerechten Gesundheitsversorgung in diesem Buch von der politisch-philosophischen und oft auch finanziellen Ebene, die durchaus legitim und notwendig ist, auf die Ebene der konkreten Praxis der Gesundheitsorganisationen herunterbrechen. Denn auch wenn Fälle wie Tschudi eher die Ausnahme sind, ist die dadurch ausgelöste Diskussion, welche Gesundheitsdienstleistungen welchen Nutznießenden<sup>6</sup> zustehen und wie sie erbracht (und finanziert) werden sollen, die Regel.

Waren egalitäre Haltungen – im Sinne von jeder und jedem das Gleiche – lange Zeit die Norm auch in Gesundheitsorganisationen, setzen sich heute Gesundheitsfachpersonen in der Praxis mit *Verschiedenheit* auseinander, ausgehend davon, dass jede Person ihr eigenes Universum ist, mit je eigenen Ressourcen ausgestattet, geprägt von individuellen Erfahrungen, die Haltungen und Interaktionen beeinflussen. Doch woran sollen sich Dienstleistende in Gesundheitsorganisationen orientieren, wenn Gleichbehandlung auch Ungleichheit schafft, und daher jede nutznießende Person verschieden zu versorgen ist?

Auch auf diese Frage geben wir in diesem Buch Antworten, die wir Schritt für Schritt herleiten. So sollen im ersten der fünf Teile dieses Buches die konzeptuellen Grundlagen vorgestellt werden, auf denen wir unsere Überlegungen aufbauen. Dabei gehen wir grundsätzlich von einer Gesellschaft aus, die sich zunehmend pluralisiert und individualisiert. Diese bereits Jahrhunderte andauernde Tendenz hat unsere Gesellschaften von Einheit auf Verschiedenheit umgestellt, was zur Folge hat, dass sich Gesellschaften heute mit Ansprüchen auf Anerkennung dieser Verschiedenheit – politisch und ökonomisch, aber auch sozial – auseinanderzusetzen haben.

Diese Auseinandersetzung empirisch zu begleiten, ist das Ziel des zweiten Teils. Dort stellen wir Ergebnisse aus Untersuchungen vor, die sich mit der Frage des Umgangs mit Verschiedenheit aus der Perspektive der Nutznießenden, aber auch von Seiten der Gesundheitsorganisationen auseinandersetzen.

Im dritten Teil werden die formalisierten Antworten auf diese Herausforderungen vorgestellt und kritisch diskutiert. Zuerst sollen die normativen Ansätze einer gerechten Gesundheit dargestellt und deren standardisierte Formen, die insbesondere in Gesundheitsorganisationen relevant werden, diskutiert werden.

Im vierten Teil schließlich versuchen wir, die Orientierungen zusammenzutragen, an denen sich eine Gesundheitsorganisation auszurichten hat, wenn sie sich entscheidet, eine gerechtere Gesundheitsversorgung zu fördern. Dieser vierte Teil diskutiert insbesondere die mit den Orientierungen zusammenhängenden Themenfelder und gibt Hinweise auf entsprechende Maßnahmen, die zu einer kohärenten gerechteren Leistungserbringung in Organisationen führen könnten.

Im fünften Teil werden die wesentlichen Erkenntnisse nochmals zusammengefasst.

**Abbildung 1** verdeutlicht den Aufbau des Buches. Zur besseren Verständlichkeit haben wir in den verschiedenen Kapiteln Schlüsselkonzepte oder Begrifflichkeiten, die immer wieder Verwendung finden, besonders hervorgehoben. Je-

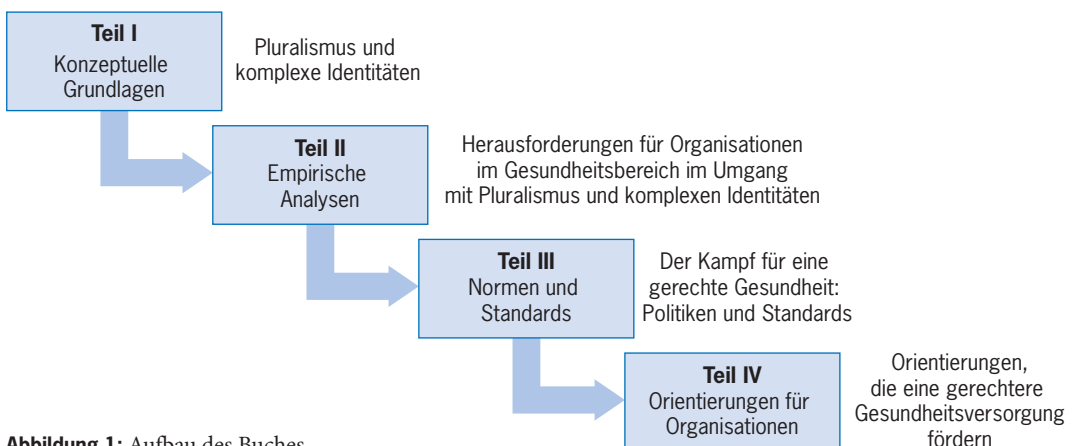
5 Wenn wir in diesem Buch von *versorgen* oder *Versorgung* sprechen, beziehen wir uns auf das englische Wort *caring* oder *care*, das nicht einfach nur die Pflege, sondern weit mehr umfasst. So substituieren auch wir unter *Versorgung* die Behandlung, Pflege, Begleitung und Betreuung, also alle Aktivitäten im Gesundheits- und Sozialbereich, die Fachpersonen gegenüber Nutznießenden erbringen.

6 Nutznießende verwenden wir im Sinne des englischen Wortes *users*, also für alle Personen, die Dienstleistungen im Gesundheits- oder Sozialbereich benutzen. Im konkreten Kontext einer Gesundheitsorganisation verwenden wir neben Person auch Klient oder Klientin sowie Patientin beziehungsweise Patient.

des Kapitel schließt zudem mit Zwischenüberlegungen ab, in denen wir die Ergebnisse kurz diskutieren, und jedem Buchteil folgt eine kurze Zusammenfassung der Kapitel.

Für regelmässige Updates zur Publikation haben wir folgende Seite eingerichtet: [www.diffe](http://www.diffe)

[rences.ch/gerechte-gesundheit](http://www.diffe.ch/gerechte-gesundheit). Hier sollen Kommentare, Rezensionen und Rückmeldungen aufgeschaltet sowie die Wirkung dieses Buchprojekts weiter verfolgt werden. Wir freuen uns auf Ihre Reaktionen und hoffen auf einen regen Austausch mit unseren Leserinnen und Lesern!



**Abbildung 1:** Aufbau des Buches