

Politik

Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheitsleistungen

Nicht nur die herrschende globale Wirtschaftskrise führt zu Schieflagen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, sondern auch soziale Benachteiligung. Von Dr. phil. Roman Winkler, MSc

Kongress



FairHealth
Tagung des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment

2. März 2009
Urania, Wien



Wer in Österreich unter der Armutsgrenze lebt, hat ein vierfach erhöhtes Risiko, Gesundheitsprobleme zu erleiden als Personen ohne Finanznöte.

Armut macht krank oder manche noch kränker. Das bestätigt der „Sozialbericht 2007-2008“ des österreichischen Sozialministeriums, der Ende Jänner der Öffentlichkeit präsentiert wurde. Ein Kernergebnis besagt, dass Personen in manifester Armut mehr als viermal so häufig Gesundheitsprobleme erleiden als Bürger und Bürgerinnen ohne finanzielle Schwierigkeiten. Die derzeitige Finanzkrise lässt befürchten, dass sozial und anders benachteiligte Bürger schon jetzt noch stärker in persönliche Bedrängnis geraten.

Via Massenmedien wird seit Monaten auf kommende „harte Zeiten“ vorbereitet. Nun beginnen sich die Prognosen der Wirtschaftsexperten zu bewahrheiten – die Wirtschaft schrumpft und die Zahl der arbeitslosen Menschen steigt an. Auf nationaler, europäischer und globaler Ebene werden Gegenstrategien entworfen, die von Bankenpaketen bis zu Verschrottungsprämien reichen.

Krankheit isoliert

Ausgehend von Gesundheit als Prämisse für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, lässt sich schlussfolgern, dass ein Mangel an Gesundheit die Möglichkeiten an Partizipation einschränkt. Ein solidarisches Gesundheitssystem sollte den Ausschluss von (chronisch) kranken sowie beeinträchtigten Menschen verhindern. Dieses gesellschaftliche

Übereinkommen wird jedoch zunehmend durch die prekäre Lage öffentlicher Gesundheitssysteme bedroht: Knappe Budgets gefährden die Finanzierbarkeit medizinischer Leistungen.

Verteilungskämpfe zwischen den medizinischen Disziplinen.

Gleichzeitig drängen immer mehr kostenintensive Medizininnovationen auf den Markt, die teils fragwürdige Nutzeffekte für Patienten aufweisen. Allen voran betrifft dies Medikamente, wie sie etwa in der Onkologie eingesetzt werden, während die (Forschungs- und Versorgungs-)Budgets etwa für psychisch kranke Kinder und Jugendliche sowie andere, durch „Deprivation“ betroffene Personen vergleichsweise knapp sind. Zunehmende Verteilungskämpfe zwischen den medizinischen Disziplinen sind die Folge.

Solche Schieflagen sind jedoch kein Produkt der Finanzkrise. Vielmehr folgen sie Mechanismen und Rationalitäten, deren Gründe zum einen in einer fehlgeleiteten Verteilung von medizinischen Leistungen lie-

gen, zum anderen aber auch am gesellschaftlichen Status von benachteiligten Personen. Denn für diejenigen, die nicht jung, gesund und erwerbstätig sind und sich ohne entsprechende (gesellschaftliche und wirtschaftliche) Lobby wiederfinden, ist es nahezu unmöglich, einen vorderen Platz in der Gesundheitsversorgung zu erlangen.

Public-Health-Lösungsansätze

Welche Perspektiven könnten sich nun auftun, um mehr Verteilungsgerechtigkeit von öffentlichen Gesundheitsleistungen zu erreichen – und was könnte „mehr“ in diesem Zusammenhang bedeuten? Zum einen steht die Forderung nach mehr direkter staatlicher Unterstützung für sozial benachteiligte Gruppen im Raum. Am Beispiel Kinder und Jugendliche wird deutlich, dass dies vor allem eine breitere Sicht und Umsetzung von bildungs- und gesundheitspolitischen Maßnahmen erfordert, die eine finanzielle und personelle Aufbesserung von Versorgungsstrukturen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems betrifft. Zum anderen sei aber auch auf die Bedeutung von bedarfsorientierter und interessenunabhängiger Forschung

hingewiesen, die wesentlich das Angebot und die Verfügbarkeit von medizinischen und therapeutischen Leistungen determiniert. Letzteres impliziert auch die Forderung nach qualitativem Fortschritt in der medizinischen Versorgung (müssen) und gleichzeitig ein stetiges Hinterfragen von Kosten-Nutzen-Relationen und institutionellen Strukturen ermöglichen bzw. fördern.

Die Tagung des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment (LBI für HTA) „FairHealth: Verteilungsgerechtigkeit und Ressour-

cenallokation von öffentlichen Gesundheitsleistungen“ gab Gelegenheit, aktuelle Problemstellungen und Lösungsansätze zu diskutieren. ■

Dr. phil. Roman Winkler, MSc ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Ludwig Boltzmann Institut für HTA

Der Originalbeitrag erschien im HTA-Newsletter Nr. 74, Februar 2009

Literatur:
BMSK: Sozialbericht 2007 - 2008, Kapitel Armutsgefährdung, Seite 256

http://hta.lbg.ac.at
www.bmsk.gv.at

Universitätsklinikum Düsseldorf



An der Klinik für Anästhesiologie (Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. Benedikt Pannen) sind aufgrund zunehmender Leistungsausweitung zur Unterstützung unseres erfolgreichen Teams Stellen für

Fachärztinnen/Fachärzte für Anästhesiologie und Ärztinnen/Ärzte ab dem 3. Weiterbildungsjahr

neu zu besetzen.

Die Klinik für Anästhesiologie bietet Ihnen eine umfassende Ausbildung in allen gängigen Allgemein- und Regionalanästhesieverfahren. Darüber hinaus können Sie Spezialkenntnisse in den Bereichen Thorax- und kardiovaskuläre Chirurgie, Neurochirurgie, in der Anästhesie bei Neu- und Frühgeborenen, in der operativen Intensivmedizin sowie in der Schmerztherapie erwerben.

Es besteht ein strukturiertes Weiterbildungsprogramm. Neben der qualifizierten Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Anästhesiologie gibt es die Möglichkeit, die fakultative Weiterbildung „Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin“ und „Spezielle Schmerztherapie“ zu erlangen. Außerdem kann die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ erworben werden.

Die Teilnahme an der studentischen Lehre sowie die Mitarbeit in einer der klinischen oder experimentellen wissenschaftlichen Arbeitsgruppen ist ausdrücklich erwünscht. Die Möglichkeit zur Habilitation ist gegeben. Forschungsschwerpunkte der Klinik sind unter anderem die Organprotektion durch Anästhetika, die Analyse von Mechanismen der Schmerzentstehung sowie die Organersatztherapie.

Die Beschäftigung ist zunächst für die Dauer von 3 Jahren vorgesehen. Verlängerungen sind entsprechend den Höchstbeschäftigungsdauern des Hochschulrahmengesetzes möglich.

Die Vergütung erfolgt gem. den Bestimmungen des TV-Ä.

Schwerbehinderte Bewerberinnen/Bewerber werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Bewerbungen von Frauen sind ausdrücklich erwünscht. Frauen werden bei gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung bevorzugt berücksichtigt, sofern nicht in der Person eines Mitbewerbers liegende Gründe überwiegen.

Der Arbeitsvertrag wird mit der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf geschlossen.

Teilzeitbeschäftigungen sind möglich.

Ihre schriftliche Bewerbung mit den üblichen Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte innerhalb von 2 Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige an folgende Anschrift:

Universitätsklinikum Düsseldorf
D 01.2.1 – Kennziffer: 18E/09, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf