

DAS RECHT AUF GESUNDHEITSSCHUTZ

oder der Genuss der möglichst besten physischen und mentalen Gesundheit

Plan

PROBLEMATIK	150
1. BESTEHT EIN GLEICHBERECHTIGTES RECHT AUF GESUNDHEITSSCHUTZ?	151
1.1. Die Lebensumstände.....	151
1.2. Die Gesundheitspflege	153
2. DER ZUGANG ZU GUTER GESUNDHEITSPFLEGE.....	153
2.1. Verbesserungen seit dem Allgemeinen Bericht über die Armut	154
2.2. Hindernisse	155
2.3. Die Kosten des Nichtzugangs zu guter Gesundheitspflege.....	165
2.4. Die Rolle der ÖSHZ.....	166
3. PRÄVENTION	168
3.1. Die Wichtigkeit der primären Prävention	168
3.2. In welchem Maße ist die Gesundheitspräventionspolitik sozial angemessen	169
3.3. Knotenpunkte für den Zugang der Ärmsten zu verhütende Gesundheitspflege.. ..	170
3.4. Auf Kinder ausgerichtete Prävention.....	171
3.5. Eine Verantwortung für die Gesellschaft.....	173
4. DIE AUSBILDUNG DER PROFESSIONELLEN.....	173
5. KENNTNISSE UND BEWERTUNG	176
5.1. Datensammlung und Bewertung der Politik: Die Basis einer gerechten Gesundheitspolitik... ..	176
5.2. Entwicklung der Kenntnisse anschließend an den Allgemeinen Bericht über die Armut	177
5.3. Partnerschaft mit Armen	178
ANHANG	181
BIBLIOGRAFIE	185

Problematik

Der Gesundheitsschutz ist ein Grundrecht, das sowohl in mehreren internationalen Texten bezüglich Menschenrechte als auch im Belgischen Grundgesetz verankert ist¹. Dadurch, dass jeder Mensch der Menschheit zugehörig ist, hat er ungeachtet seiner finanziellen oder administrativen Situation das Recht auf den bestmöglichen körperlichen und geistigen Gesundheitszustand.

Gesundheit ist eines der Kapitel des Allgemeinen Berichts über die Armut, auf das der Gesetzgeber am schnellsten reagiert und Antworten formuliert hat, die bezüglich Haushalt relativ wesentlich ausfallen (Sachstandsbericht 2000: 23-25). Hierbei denken wir vor allem an den verallgemeinerten Zugang zum Versicherungssystem der Gesundheitspflege² und an die Erweiterung des Begünstigtenstatus³.

Diese Änderungen stellen wesentliche Fortschritte im Bereich Zugang zu Gesundheitspflege für alle dar. Jedoch sind die Feststellungen des Allgemeinen Berichts über Armut in Sachen Ungleichheit bezüglich Gesundheitsschutz immer noch weitläufig gültig.

Im ersten Teil dieses Kapitels werden die ausschlaggebenden Faktoren der Gesundheit erwähnt. Ob politische Maßnahmen in Sachen Gesundheitsschutz angemessen sind oder nicht hängt von diesen Faktoren und von der Wichtigkeit ab, die man ihnen zugesteht.

Der zweite Teil beschäftigt sich näher mit einem dieser Faktoren : der Zugang zu guter Gesundheitspflege. Zahlreiche Feststellungen und Überlegungen sind sowohl für Heilbehandlung als auch für Präventionspflege gültig. Jedoch angesichts der Wichtigkeit der Prävention und des noch schwierigeren Zugangs zu dieser Art von Verpflegung werden wir diese Thematik in einem spezifischen (dritten) Teil behandeln.

Teil 4 und 5 aktualisieren die Feststellungen und Vorschläge des Allgemeinen Berichts über die Armut, die sich auf die Ausbildung von Berufstätigen, auf Kenntnisse und auf Bewertung beziehen.

Dieses Kapitel spiegelt die Arbeiten der Arbeitsgruppe Gesundheit wieder, die regelmäßig im Zentrum für Chancengleichheit und Bekämpfung von Fremdenfeindlichkeit zusammentrifft. Diese Gruppe wurde als Antwort auf die Frage der Interministeriellen Konferenz Soziale Integration gegründet, den Zugang zur Gesundheitspflege zu bewerten. 1998 begann die aus Partnervereinigungen des Allgemeinen Berichts über die Armut zusammengesetzte Arbeitsgruppe die Bewertung gemeinsam mit einigen Professionellen aus dem Bereich Gesundheitswesen.

¹ Siehe im Anhang eine kurze Vorstellung der Textauszüge bezüglich Recht auf Gesundheitsschutz.

² Seit dem 1. Januar 1998 sind alle rückständigen Regelungen abgeschafft, der Zugang zur Gesundheitspflege ist erleichtert und die Einschreibung bei einer Versicherungsorganisation geschieht nun pro Semester (Königlicher Beschluss vom 25. April 1997, B.S. vom 19. Juni 1997).

³ Seit dem 1. Juli 1997 können die erhöhten Bezüge gleichfalls von Existenzminimumberechtigten bezogen werden, von Berechtigten, die ein Teil- oder Gesamteinkommen durch ein öffentliches Sozialhilfezentrum beziehen, von Berechtigten des garantierten Mindesteinkommen für betagte Personen, von Berechtigten einer der Beihilfen für minderbemittelte Personen und von Berechtigten auf erhöhte Familienbeihilfe wegen körperlicher oder geistiger Unfähigkeit von mindestens 66% eines Kindes. Der Vorteil wird dem Berechtigten und Personen zu seinen Lasten gewährt. Gleichfalls wird er Personen zu Lasten von Berechtigten gewährt, die den Vorteil nicht genießen (KE vom 8. August 1997). Seit dem 1. Juni 1999 werden die erhöhten Bezüge gleichfalls vollständigen Arbeitslosen und den Personen zu ihren Lasten gewährt, die älter als 50 Jahre sind, alleinstehend oder Familienoberhaupt sind, die die Einkommensbedingung erfüllen (Gesetz vom 3. Mai 1999; KE vom 26. Mai 1999).

September 1998 hat die Zelle Armut des Zentrums⁴ diesen ersten Gedankenaustausch in einem Dokument mit dem Titel "Bewertung der Maßnahmen" zusammengefasst, „die in Folge des Allgemeinen Berichts über die Armut im Bereich des Gesundheitswesens getroffen wurden“. Dieses Dokument wurde im November 1999 durch die Dienststelle aktualisiert. Mai 2000 verfasste die Gruppe einen zweiten Text mit dem Titel "Bezüglich Bewertung der Gesundheit". Die Dienststelle hat diesen Text unter politischen Verantwortlichen, Beruflichen vor Ort und Wissenschaftlern vertrieben, wodurch ein 'indirekter Dialog' zustande kam, der natürlich begrenzt, aber äußerst bereichernd ausfiel⁵. Laufend bereitet die Arbeitsgruppe ihren Beitrag zur Untersuchung-Bewertung vor, deren Koordination das Ministerium für Soziale Angelegenheiten der Universität Gent⁶ anvertraut hat.

1. Besteht ein gleichberechtigtes Recht auf Gesundheitsschutz?

Der Allgemeine Bericht über die Armut erinnert an die festgestellte Ungleichheit bezüglich Gesundheitsschutz, deren Opfer die Personen sind, die auf dauerhafte Weise in der Armut leben. "... die einzige typische 'Krankheit' der Armen (ist) ein **frühzeitiger Verschleiß**". Dieser Verschleiß ist ein allgemeines Phänomen für qualifizierte oder unqualifizierte Handarbeiter. Für die Ärmsten fällt dieser Verschleiß besonders frühzeitig an und trägt zu einer peniblen sozialen Ausgrenzung bei. Mit 40-45 Jahren gehört man zum alten Eisen!" (ABA, 1994: 123).

Unternehmer vor Ort und Wissenschaftler sind sich einig, dass zwei Sorten Faktoren für einen effizienten Zugang zum Recht auf Gesundheitsschutz ausschlaggebend sind: die Lebensumstände und die Gesundheitspflege.

1.1. Die Lebensumstände

Der Allgemeine Bericht über die Armut identifiziert die Lebensbedingungen als Faktor für schlechte Gesundheit, und dies vorrangig zu fehlendem Zugang oder schlechtem Zugang zur Gesundheitspflege.

"(...) ungesunde und kleine Wohnungen, schlechte hygienische Verhältnisse, Unsicherheit bezüglich Verwendung von Wasser und Strom, der Mangel an sanitären Einrichtungen, Arbeitslosigkeit oder ungesunde Arbeitsbedingungen, unzulängliches Einkommen, wodurch gesundes und regelmäßiges Essen unmöglich ist ... all diese Lebensumstände fördern Stress und Unfälle und das Auftauchen oder Verschlimmern von Krankheiten. Freizeit und Ferien - die als Quelle körperlicher und seelischer Kräfte angesehen werden - bleiben unerreichbarer 'Luxus'" (ABA, 1994: 122).

⁴ Diese Zelle wurde Juli 1999 zur Dienststelle für die Bekämpfung von Armut, Existenzunsicherheit und sozialer Ausgrenzung angegliedert.

⁵ Für die Liste der Personen und Organisationen, die ihre Überlegungen der Dienststelle für Bekämpfung von Armut, Existenzunsicherheit und sozialer Ausgrenzung haben zukommen lassen, siehe Anhang zu diesem Kapitel.

⁶ Siehe Punkt 5.3. dieses Kapitels

Zahlreiche Studien bestätigen den Einfluss der allgemeinen Lebensumstände auf den Gesundheitszustand, der vor Ort festgestellt wird. “Namentlich handelt es sich um die Aufteilung der Einkommen, die Arbeitsstellen, die Ausbildung, die Verkehrssicherheit, das Milieu, die Familienzusammenstellung, die Ernährung, Städte- oder Landbau...” (Peers, 1999: 171).

Nicht alleine leben Personen im unteren Bereich der sozial-wirtschaftlichen Hierarchie weniger lang (Lebenserwartung) als Personen im oberen Bereich, sondern sie leben auch weniger lang in guter Gesundheit (Lebenserwartung in gutem Gesundheitszustand) (Bossuyt, 2000). Die funktionsbezogenen Konsequenzen einer Krankheit, eines Gebrechens sind schwerwiegender in den armen Bevölkerungsschichten.

Wissenschaftler geben zum Beispiel zu, dass die Senkung der Sterblichkeit im 20sten Jahrhundert wahrscheinlich die Folge der kollektiven Hygienemaßnahmen und des Anstiegs des Lebensstandards ist. Sogar bei einer schweren Infektionskrankheit wie Tuberkulose wurden kollektive und Umwelt bezogene verhütende Maßnahmen noch vor der Entwicklung einer Impfung getroffen.

Studien zeigen gleichfalls, dass die objektiven Gesundheitsindikatoren - Frühgeburten, niedriges Gewicht bei der Geburt - nicht oder nur gering durch Änderungen im Zugang zur Gesundheitsfürsorge beeinflusst werden, jedoch desto mehr durch die Lebensumstände.

“Heutzutage ist eine Sache eindeutig sichtbar: die Verbindung zwischen dem sozial-wirtschaftlichen Niveau und der Gesundheit. Dies ist eine der tiefgreifendsten und konstanten Feststellungen, die jemals in Sachen Volksgesundheit gemacht wurden” (Deschamps, 1997: 2 - Übersetzung aus dem Französischen). Diese Verbindung wird durch niemanden angezweifelt, obwohl einige es für notwendig halten, die relative Wichtigkeit der Faktoren (materielle Situation, soziales Netz, Verhalten und Lebensstile,...) näher zu untersuchen (Bossuyt, 2000).

Wird diese Verbindung jedoch ausreichend bei der Ausarbeitung von Maßnahmen in Sachen Gesundheitswesen berücksichtigt? Werden Faktoren, die an der Basis der sozial-wirtschaftlichen Ungleichheiten liegen, als mögliche Hebel einer Gesundheitspolitik berücksichtigt? “Eine Gesundheitspolitik kann sich alleine in eine Einheit eingliedern, die allen die Mittel zu einem Leben in Würde und das Beibehalten der persönlichen Gesundheit garantiert: eine angemessene Unterkunft, eine anerkannte Beschäftigung, ausreichendes Einkommen, die Möglichkeit zum Aufbau von positiven Beziehungen, usw. Die Garantie dieser Grundrechte gehört zu den Verpflichtungen des Staates...” (ABA, 1994: 153). “Hier geht es weder um die klassische Diskussion zwischen “medizinischem” und “sozialem” Sektor, noch um die der “Prävention” und der “Heilung”, jedoch um eine neue Diskussion ... zwischen einer Politik in Sachen Gesundheitsfürsorge und einer Politik in Sachen Gesundheit” (Bouchard et Renaud, 1995 – Übersetzung aus dem Französischen).

Trotz der Wichtigkeit des Faktors Lebensumstände widmen wir ihm in diesem Kapitel keinerlei spezifische Auslegung. Lebensumstände durchweben alle Kapitel wie ein Leitfaden, insbesondere die Kapitel : Familienschutz, Beschäftigung und Einkommen, Erziehung,...

1.2. Die Gesundheitspflege

Aus dem hier oben Geschriebenen sollten keine voreiligen Schlüsse gezogen werden, wie zum Beispiel, dass Zugang und auch Qualität der Gesundheitsfürsorge keinerlei Rolle für den Gesundheitszustand spielen.

Auch in den Fällen, in denen die Gründe für einen schlechten Gesundheitszustand anderweitig zu suchen sind, wirkt ein unzulänglicher oder ein mangelnder Zugang zur Gesundheitspflege sich immer nachteilig auf die Gesundheit aus und fördert die Ausgrenzung. Für die Personen mit Zugang zur Gesundheitspflege ist der Einfluss der Fürsorge auf chronische Leiden, auf Lebensqualität und auf den subjektiven Gesundheitszustand sehr groß. Der Nichtzugang zur Pflege zieht wesentliche funktionsbezogene Konsequenzen mit sich, ein ständiges und zunehmendes Unwohlsein.

Zum Beispiel sind die Gesundheitsindikatoren in den Vereinigten Staaten sehr Besorgnis erregend, und dies trotz eines hohen Lebensstandards; wogegen in Kanada ein hoher Lebensstandard parallel zu positiven Gesundheitsindikatoren verläuft. Eine mögliche Theorie zur Erklärung dieses Phänomens wäre der Unterschied der beiden Länder im Bereich der Sozialsicherheit, und somit der Unterschied im Zugang zur Gesundheitsfürsorge. Unterschiedliche Verfasser haben den Einfluss der Gesundheitsfürsorge auf die sozialen Ungleichheiten im Bereich der Gesundheit untersucht. Sie sind zu der Schlussfolgerung gekommen, dass die zunehmende Kluft zwischen Sterblichkeit in gewissen Sozialgruppen teilweise auf die Unterschiede im Zugang zur Gesundheitspflege zurückzuführen ist (Untersuchung von 10 pathologischen Fällen, deren Entwicklung sehr stark mit der Gesundheitspflege in Verbindung steht: Lungentuberkulose, Syphilis, zum Beispiel) (Mackenbach, 1989).

Der Zugang zu guter Gesundheitsfürsorge ist das Thema des zweiten Teils dieses Kapitels.

2. *Der Zugang zu guter Gesundheitspflege*

Mehrere Maßnahmen, die anschließend an den Allgemeinen Bericht über die Armut getroffen wurden, bedeuten einen großen Fortschritt in der Entwicklung des Zugangs zu Gesundheitspflege für alle. Der erste Punkt dieses Abschnitts erklärt allgemein, in welchem Sinne die wichtigsten Maßnahmen positiv ausfallen. Der zweite Punkt befasst sich mit den Schwierigkeiten, die zahlreiche Personen weiterhin zu überwinden versuchen und zeigt die eventuellen Elemente, die seit 1995 als Antwort auf diese Schwierigkeiten ausgearbeitet wurden.

Unter Gesundheitsfürsorge verstehen wir sowohl die präventive als auch die heilende Pflege. Angesichts der kapitalen Rolle der Prävention in Sachen Gesundheitsschutz und angesichts der Ungleichheit in Sachen Zugang, die bei dieser Art Verpflegung noch größer ausfällt als bei der Heilpflege, widmen wir diesem Thema einen gesamten Abschnitt (Abschnitt 3 dieses Kapitels). Die hier beschriebenen Fortschritte und Hindernisse gelten somit nicht spezifisch für die Prävention.

2.1. Verbesserungen seit dem Allgemeinen Bericht über die Armut

Wir werden hier nicht die Einzelheiten aller Maßnahmen aufzählen, die seit 1995 getroffen wurden, da diese schon im Sachstandbericht der Anwendung des Allgemeinen Berichts über Armut stehen (2000: 23-25). Hier geben wir die großen positiven Tendenzen der beiden Maßnahmen wieder, die laufend und auf Anfrage der Interministeriellen Konferenz Soziale Integration tiefgreifend bewertet werden: Der verallgemeinerte Zugang zu Krankenversicherungen und die erhöhte Begünstigungsrate.

Diese beiden Maßnahmen entsprechen einem Teil der Orientierungen, die durch die Verfasser des Allgemeinen Berichts über die Armut festgelegt wurden, nämlich:

- “- die Einführung eines universellen und Personen gebundenen Rechts auf Pflegeversicherung. Dies bedeutet unter anderem, dass die Bedingungen bezüglich Wartezeit und Dauer der Niederlassung abgeschafft werden,...
- dauerhafte finanzielle Zugänglichkeit zur Gesundheitspflege für Personen und Familien mit niedrigem Einkommen. Der Bericht schlägt vor, den bestehenden laufenden Begünstigtenstatus für Witwen-Waisen-Invaliden-Rentner auf alle Personen und Familien mit einem niedrigen Einkommen zu erweitern ...” (ABA, 1994: 407, 146 bis 152).

Mehrere Elemente dieser Veränderungen sind besonders positiv:

- Die Verallgemeinerung des Zugangs zur Gesundheitspflege wurde im Rahmen der Sozialsicherheit erstellt: Das Beitragsprinzip wird beibehalten, auch wenn der Betrag für gewisse symbolisch oder gleich null ist⁷. So wird das Risiko vermieden, dass die Versorgung der Ärmsten - die durch die Maschen des Netzes der Sozialsicherheit fallen - von der Versicherung zur Fürsorge abgeleitet;
- Die Abschaffung von Wartezeiten und -praktika;
- Die Vereinfachung (Verschmelzen von 5 rückständigen Maßnahmen);
- Die Bezugsadresse in einem ÖSHZ garantiert Obdachlosen den Zugang zur Krankenversicherung.

Vor Ort stellen die Partnervereinigungen des Allgemeinen Berichts über die Armut fest, dass durch den verallgemeinerten Zugang zur Krankenversicherung nunmehr eine Anzahl Personen versichert ist, ohne länger in einem ÖSHZ anklopfen zu müssen. Im gleichen Sinne meldet der Bericht von Ärzte ohne Grenzen von 1998 eine Senkung der Anzahl Belgier, die bei ihnen Rat suchen, und dies als Konsequenz der Maßnahme, die den Zugang zur Krankenversicherung erleichtert. “Aus den Kontakten, die wir mit den unterschiedlichen Zusammenschlüssen vor Ort aufgenommen haben, geht hervor, dass eine Mehrheit dieser Patienten dank der neuen Gesetze erneut eine soziale Absicherung gefunden haben, und dass sie vorwiegend an bestehende medizinische Strukturen verwiesen werden (Ärzte ohne Grenzen, Apotheker ohne Grenzen, 1998: 37). Der Bericht macht auf die bleibende Minderheit aufmerksam: “stark ausgegrenzte” Einheimische und Zuwanderer, spezifisch abgewiesene Asylbewerber oder Illegale (Ärzte ohne Grenzen, Apotheker ohne Grenzen, 1998: 30 und 31).

⁷ Nicht alle sind mit dieser Analyse einverstanden. “Das Prinzip der Versicherung wird alleine in einer juristischen Fiktion berücksichtigt, die den Beitrag gewisser fragiler ... oder wirtschaftlich schwacher Sozialgruppen auf null Franken festlegt..., obwohl zahlreiche unter ihnen niemals zur Sozialsicherheit beigetragen haben. Der Solidaritätsbeitrag der Sozialversicherung wird durch einen allgemeinen Solidaritätsbeitrag ersetzt von der gleichen Natur wie der, der durch die Steuer erhoben wird” (Julémont, 2000).

Die Frage, ob der vereinfachte Zugang zur Gesundheitspflege für arme Personen nicht auf Kosten der Rückerstattung der Pflege und Medikamente geht, muss hier wohl gestellt werden. In diesem Falle verlieren die Änderungen einen Teil ihrer positiven Auswirkungen für die Armen und umfassen gleichfalls das konkrete Risiko des Desinteresses der Personen mit höherem Einkommen, die sich dann eher privaten Versicherungssystemen zuwenden. Beispiel: eine Konsultation in der Psychiatrie steigt von 60 Bef/1,48€ auf 77 Bef/1,90€ für Berechtigte der erweiterten Bezüge; von 160 Bef/3,96€ auf 454 Bef/11,25€ für Patienten, die nicht bezugsberechtigt sind.

2.2. Hindernisse

Wir geben hier unterschiedliche Arten von Hindernissen für den Zugang zur Gesundheitspflege an - finanzielle, administrative, kulturelle, Hindernisse in Bezug auf die Mobilität - und gleichfalls geben wir die Lösungsansätze an. Wir machen darauf aufmerksam, dass eine Person mit einem oder mit mehreren dieser Hindernisse konfrontiert sein kann, und dies über mehr oder weniger lange Zeiträume.

2.2.1. Verweigerung der Gesundheitspflege

Gemäß dem Allgemeinen Bericht über die Armut bestehen Verweigerungen der Gesundheitspflege noch immer, und dies sowohl durch Ärzte als auch durch Krankenhausstrukturen⁸.

Gewissen Patienten wird der Zugang zur Gesundheitspflege verweigert, weil sie der Institution gegenüber verschuldet sind. Diese Handhabung scheint sich sogar zu verstärken, denn die Anzahl der Patienten, die ihre Rechnungen nicht zahlen können, nimmt zu⁹. Gleichfalls wird der illegale Aufenthalt im Land als Motiv für Gesundheitspflegeverweigerung angegeben.

Diese Verweigerungen nehmen mehr oder weniger direkte Formen an: zum Beispiel geben gewisse Krankenhäuser die soziale Identitätskarte oder den Ausweis nicht zurück, falls der Patient die Rechnung für die ärztliche Beratung nicht zahlen kann. Oder sie stempeln die Akte des Patienten mit dem "Embargo"-Label ab¹⁰.

Diese ungesetzlichen Vorgehen werfen die Frage der Information der betroffenen Person bezüglich ihrer Rechte auf, sowie die der mangelnden Berufungs- und Sanktionsmöglichkeiten. Der zu dieser Angelegenheit befragte bioethische Beratungsausschuss verurteilt derartiges Vorgehen, jedoch handelt es sich alleine um eine Ratgebende Instanz (Stellungnahme Nr. 7 vom 13. Juli 1998 bezüglich Zugang zu Gesundheitspflege).

⁸ In diesem Zusammenhang, siehe «*Rapport des organisations non gouvernementales*» für die Ausschüsse für Kinderrechte; Bericht, der durch die Koordinationsstelle der NGOs für Kinderrechte erstellt wurde, 1999, Seite 64 und 65.

⁹ In diesem Zusammenhang, siehe den Bericht des Observatoire de Crédit et de l'Endettement (1999), in dem Verschuldungen in Verband mit Ausgaben für Gesundheitspflege und Krankenhausaufenthalte angegeben werden.

¹⁰ Das „Daklozen Aktie Komitee“ prangert konstant diese Embargopolitik an, die in Antwerpen angewendet wird: Das Krankenhaus der öffentlichen Sozialhilfe stellt als Zugangsbedingung der ihm gegenüber verschuldeten Patienten die Zahlung eines Vorschusses oder das Vorweisen eines Zahlungsplans, der mit dem Sozialhilfzentrum ausgehandelt wurde.

Die Verweigerung der Gesundheitspflege durch die Krankenhäuser ist nicht alleine eine Frage des Geldes, sondern verweist gleichfalls auf die unterschiedlichen Auffassungen, die arme Personen einerseits und die Krankenhäuser und politisch Verantwortlichen andererseits von der Notaufnahme eines Krankenhauses haben (ABA, 1994: 138). Die einen fassen die Notaufnahme als Verpflegung der ersten Linie auf¹¹. Wogegen die anderen die Notaufnahme als eine sehr hohe finanzielle Investition ansehen, da permanent hoch qualifiziertes Personal anwesend sein muss. Somit sind sie der Meinung, dass die Armen diese Dienststelle missbrauchen. Diese unterschiedlichen Auffassungen sollten überdacht werden.

Gewisse Pflegestrukturen in den Armenvierteln sehen sich gezwungen Patienten zu verweigern, da sie einer zunehmenden Nachfrage nicht mehr gerecht werden können. Dies wirft die Frage des Ausbaus der Strukturen für primäre Gesundheitspflege - Gesundheitszentren - in diesen ärmlichen Vierteln auf¹².

2.2.2. *Finanzielle Hindernisse*

Bevor die Hindernisse finanzieller Natur betrachtet werden - Kosten der Gesundheitspflegen, Vorschuss auf Kosten, mangelhafte Information bezüglich Kosten - machen wir darauf aufmerksam, dass dieses Hindernis insbesondere die Personen betrifft, die nur über sehr wenig Mittel verfügen und unter einer chronischen Krankheit leiden. Einige spezifische Maßnahmen wurden zu ihrem Vorteil getroffen.¹³

2.2.2.1. Die Kosten der Gesundheitspflege

“Du hast die Wahl, entweder zahlst du deine Miete, kannst aber nicht vernünftig essen und dich noch weniger verpflegen lassen. Oder du pflegst deine Gesundheit und du zahlst nicht deine Miete, aber dann endest du auf der Straße (ABA, 1994: 122).

Trotz der neuen Maßnahmen, die seit dem Allgemeinen Bericht über die Armut in Kraft sind und die Hunderttausenden den Zugang zur Gesundheitspflege ermöglichten und verbesserten, bleiben die Kosten weiterhin ein Hindernis für viele. Kranksein ist teuer. Für Personen mit niedrigem Einkommen bedeutet dies, dass sie nicht krank werden dürfen und dass sie keine andere Wahl haben als den Arztbesuch aufzuschieben oder erst gar nicht in Erwägung zu ziehen, und dass sie sich auf Eigenmedikation berufen oder in der Notaufnahme eines Krankenhauses vorsprechen.

¹¹ Zahlreiche Elemente erklären diese Handhabung, namentlich die Tatsache, dass die Kosten nicht unmittelbar gezahlt werden müssen. Sich durch die Notaufnahme verpflegen lassen ist somit eine Art und Weise, sich vereinfachten Zugang zur ärztlichen Versorgung zu beschaffen (siehe Punkt 2.2.2.1.§2). Gewisse gesetzliche Bestimmungen verstärken diese Tendenz, so die Bestimmung, durch die gewisse Arbeitslose gleichgestellt werden mit Begünstigten für erhöhte Bezüge im Falle von Krankenhausaufenthalt.

¹² Siehe hierzu namentlich den Standpunkt der ‚Association pour une dentisterie sociale – vereniging voor een sociale tandheelkunde - Vereinigung für soziale Zahnmedizin‘ (in der Zeitung ‚Le Soir‘ vom 15.November 2000 zitierter Artikel)

¹³ Das Zugestehen einer pauschalen Beihilfe (10.000 Bef/247,89€) (KE und ME vom 2. Juni 1998); eine andere pauschale Beihilfe für Personen mit Inkontinenzproblemen (15.230 Bef/377,54€); seit dem 1. Januar 2000 wird die gleiche Pauschalsumme für Primärkrankheiten vom 1sten bis zum 4ten Monat der Krankheit zugestanden; die Erweiterung der Pauschalbeihilfe für Hilfe einer Drittperson auf invalide Familienoberhäupter (KE vom 10. Juli 1998). Diese Pauschalsumme wird nach einem Jahr verdoppelt und Index gebunden und beträgt laufend 200 Bef/4,95€ pro Tag. Eine weitere interessante Maßnahme ist die Möglichkeit des Verzichtes auf die Rückforderung der Nichtschuld (Charta des Sozialversicherten, ME vom 20. April 1999).

Die finanzielle Schwäche, in der zahlreiche Personen und Familien leben müssen, hat sich seit der Verfassung des Allgemeinen Berichtes über Armut als alltägliche Wirklichkeit noch weiterhin bestätigt (Vranken, Geldof und Van Menxel, 1999: 80 und weitere). Es ist absurd und unrealistisch zu glauben, dass Personen, die mit einem (beliebigen) Ersatzeinkommen oder mit einem gleichartigen Betrag leben müssen, ihre Gesundheitskosten dem Haushalt einverleiben können. Diese Kosten werden immer als "Luxus" betrachtet. Im Rahmen der sozialen Begleitung und der finanziellen Begleitung werden diese Kosten gleichfalls als Luxus angesehen, insbesondere im Falle von verhütender Pflege.

Die Gesundheitsumfrage von 1997¹⁴ zeigt, dass zahlreiche belgische Familien nur schwierig die Auslagen für Gesundheitspflege tragen: Ein Drittel der Familien ist der Meinung, dass der persönliche Anteil an den Pflegekosten nur schwierig, wenn nicht unmöglich zu tragen ist. Die durch den Landesverband der sozialistischen Krankenkassen in der wallonischen Region durchgeführte Studie ermittelt, dass 36% der Gesundheitspflege aufgeschoben werden.¹⁵ Daraus kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die wirtschaftliche Dimension des Zugangs zur Gesundheitspflege ausschlaggebend ist und dass das System der Sozialsicherheit und die anderweitig anfallenden Bezüge eine sehr wichtige Rolle im Zugang zur Gesundheitspflege spielen (Martin, 1999: 111).

a) Die Nichtrückerstattung gewisser Leistungen

Eine Anzahl Leistungen und Medikamente werden nicht rückerstattet. Die Wahl der Rückzahlung oder Nichtrückzahlung scheint nicht immer zum Vorteil des Patienten getroffen worden zu sein. Das Bestehen von notwendigen nicht rückerstatteten Leistungen führt zu einem zweigleisigen System, verstärkt Ungleichheiten im Anrecht auf Gesundheitsschutz.

Bezüglich Medikamente zum Beispiel "befinden sich unter den nicht rückerstatteten Medikamenten Produkte, die ihre Effizienz und Nützlichkeit bewiesen haben. Man denke dabei an die gewohnten Schmerzlinderungen (Aspirin, Paracetamol), die Produkte zur Fiebersenkung, zur Desinfektion, an die Produkte gegen Läuse und Krätze, und so weiter. Obwohl eher erschwinglich, kann der Ankauf dieser Produkte sich als unerschwinglich herausstellen, insbesondere für eine Familie mit zahlreichen Kindern. Diverse Argumente werden angegeben, um diese Medikamente außerhalb des Rückerstattungssystems zu halten: mangelnde Anfrage durch den Hersteller, hohe Kosten bei Rückerstattung, Zunahme der ärztlichen Leistungen (Konsultationen) alleine für das Verschreiben einer Rezeptur mit der Möglichkeit des Missbrauchs von wegen verschreibender Ärzte oder Benutzer, Autonomie des Patienten gegenüber den Herstellern derartiger Produkte. Die Rückerstattung derartiger Produkte für minder bemittelte Personen erscheint uns eher eine Notwendigkeit, zum Beispiel eine Rückzahlung für Personen, die unter das erweiterte VIPO-Regime fallen. Diese Rückzahlung sollte nicht alleine Pharmazeutika umfassen, sondern gleichfalls Produkte, die ihre Effizienz bewiesen haben. Es wäre bedauerlich, wenn möglicher Missbrauch einiger

¹⁴ Erste nationale Gesundheitsumfrage auf Basis von Interviews, die in Belgien durch die Abteilung Epidemiologie des Wissenschaftlichen Instituts für Volksgesundheit in Zusammenarbeit mit dem nationalen Institut für Statistiken durchgeführt wurde.

¹⁵ "Der Aufschub der Gesundheitspflege ist hier als allgemeiner Ausdruck gemeint, der verschiedene Realitäten abdeckt. Das Objekt des Aufschubs, die durch den Aufschub betroffene Person des Haushalts und die unterschiedlichen Formen der Probleme beim Zugang zur Gesundheitspflege (aufgeben, aufschieben, nicht aufschieben, sondern Schwierigkeiten begegnen) sind Faktoren, die in der Zugangsproblematik zur Gesundheitspflege berücksichtigt werden müssen" (Martin, 1999: 86, Übersetzung aus dem Französischen).

weniger verschreibender Ärzte oder Benutzer Menschen in schwierigen Situationen bestrafen würde” (Hoffman, 1998: 14 - Übersetzung aus dem Französischen).

Es besteht keinerlei Liste der Leistungen oder Heilmittel, die nicht rückerstattet werden. Somit ist es gleichfalls unmöglich, sie im System der Sozial- und Steuerfreiheiten aufzunehmen, noch in der Maximumverrechnung (siehe Punkt c Korrekturmechanismen).

b) Der Eigenbeitrag¹⁶

Die Erhöhung des Eigenbeitrags für alle Leistungen oder für einen Teil davon begrenzt eindeutig die Wirkung der kürzlich durchgeführten Änderungen.

Obwohl und “im Gegensatz zu einer nur zu weit verbreiteten Auffassung hat die Erhöhung der Eigenbeteiligung des Versicherten niemals das Steigen dieser Ausgaben bremsen können, jedoch scheint diese Erhöhung der Selbstbeteiligung sehr kostspielig für den Versicherten selbst und für die Gesellschaft zu sein...

Die Senkung des durch die Sozialversicherung rückerstatteten Anteils bremst nicht die Erhöhung der globalen Ausgaben... Auf Basis einer Analyse der Ausgabenposten kann man feststellen, dass die Ausgaben am schnellsten für die Posten steigen, für die die Eigenbeteiligung die höchste ist. Tatsächlich neutralisieren die meisten Versicherten den Effekt der Eigenbeteiligung durch den Abschluss einer Zusatzversicherung. Auf diese Weise müssen alleine die Ärmsten oder die Sorglosen die Eigenbeteiligung zahlen, und die einzige Folge davon ist, dass ambulante Versorgung weniger in Anspruch genommen wird, wodurch kostspielige Krankenhausaufenthalte vermieden werden könnten. (Rey, 1994). Diese Untersuchung analysiert französische Daten, man kann jedoch annehmen, dass das Verhalten der Belgier nicht viel anders als das der Franzosen ausfällt.

Medikamente sind teuer. “Ihre Preise steigen sehr schnell und neue Moleküle, die auf den Markt gebracht werden, haben einen außergewöhnlich hohen Preis. Die komplexen Verhandlungen für Preisfestsetzungen von Medikamenten, die sozialen und wirtschaftlichen Folgen dieser Verhandlungen mit dem pharmazeutischen Sektor und die zu erwartenden Anpassungen der Regelungen auf europäischer Basis sind allesamt Faktoren, auf die der Verbraucher keinen Einfluss hat und deren Folgen er trägt” (Hoffman, 1998: 14 - Übersetzung aus dem Französischen).

Gewisse Medikamente werden nicht rückerstattet, andere nur wenig. Manchmal geschieht es, dass Personen die Kosten nicht zahlen können, Medikamente der ärztlichen Verschreibung streichen, die Behandlung einstellen oder die Menge oder die tägliche Dosis verringern, damit die Behandlung länger ausreicht. In den besten Fällen werden Verhandlungen mit dem Apotheker angestrebt, um die Zahlung aufzuschieben oder in Raten zahlen zu können. Gewisse teilen sogar ihre Medikamente mit anderen. Listen mit Medikamenten, die durch das ÖSHZ rückerstattet werden, fallen von Gemeinde zu Gemeinde unterschiedlich aus.¹⁷ Generische Medikamente sind billiger¹⁸, werden von Ärzten jedoch nur selten verschrieben. Gewisse sind der Meinung, dass die Einführung der Möglichkeit, ein Medikament alleine unter seiner wissenschaftlichen Bezeichnung zu verschreiben, zu einer größeren Verwendung

¹⁶ Der Versichertenselbstbeitrag ist der Kostenanteil der Gesundheitskosten, die zu Lasten des Sozialversicherten ist.

¹⁷ Siehe „Rolle der ÖSHZ in Sachen Gesundheitsschutz und insbesondere in Sachen Zugang zu Gesundheitspflege“, Arbeitsdokument der Dienststelle für die Bekämpfung von Armut, Existenzungewissheit und soziale Ausgrenzung, Juni 2000.

¹⁸ Generische Heilmittel sind wenig kostspielige Medikamente mit dem gleichen therapeutischen Wert. Generische Medikamente erscheinen auf dem Markt zu dem Zeitpunkt, zu dem der Schutz der Medikamente der Originalmarke durch Patentanmeldung abgelaufen ist.

von generischen Medikamenten führen kann. Auch stellt sich die Frage, warum Hauptverordnungen nicht preiswerter werden: Sind sie nicht gleichfalls ein Mittel zur Bekämpfung des Missbrauchs von Medikamenten?

Bei Aufnahme in einem Krankenhaus können zahlreiche Patienten den Vorschuss¹⁹ nicht zahlen, der alle sieben Tage erneuert werden kann, und die Zahlung eventueller Zusatzkosten kann gleichfalls alle sieben Tage eingefordert werden.

Arme Personen sehen sehr oft von der Zahnpflege ab, da Zahnversorgung besonders schlecht rückerstattet wird. In diesem Bereich ist die soziale Ungleichheit besonders frappierend. Gemäß Gesundheitsumfrage von 1997 hatten 60% der Personen mit niedrigem Einkommen oder niedriger Ausbildung im Vorjahr keinen Zahnarzt aufgesucht, im Gegensatz zu 42% der Personen mit höherem Einkommen oder mit höherer Ausbildung.

Parallel medizinische Versorgung wird überhaupt nicht oder nur schwach rückerstattet. Eine Behandlung bei einem Logopäden ist zum Beispiel sehr oft unumgänglich und durch die Schule empfohlen, jedoch finanziell unerschwinglich (siehe Abschnitt 3 bezüglich Prävention).

Unumgängliche Prothesen werden nicht rückerstattet. Der LIKIV Haushalt 2001 sieht eine bessere Rückerstattung gewisser Prothesen vor.

Personen mit schwachem Einkommen können sehr oft ihre Brille nicht zahlen. Der Haushalt 2001 sieht eine bessere Rückerstattung der Gestelle und Gläser für Kinder vor und der Hörgeräte für Kinder.

Die hohe Eigenbeteiligung für Sterbehilfe führt zu einer Diskriminierung: Die Patienten, die nicht über ausreichende Mittel verfügen, um die Versorgung zu Hause zu zahlen, die nur schlecht rückerstattet wird, haben keine andere Wahl als ihr Leben im Krankenhaus zu beenden, was sie meistens nicht wünschen und was für die Gemeinschaft kostspieliger ausfällt. Im Jahre 2000 wurde eine Pauschale 'Sterbehilfe daheim'²⁰ eingeführt. Weitere kleine Verbesserungen sind im Budget 2001 vorgesehen.

c) Korrekturmechanismen

- Die erhöhten Bezüge

Die Gleichstellung gewisser Arbeitsloser mit den Begünstigten für erweiterte Bezüge betrifft alleine Kosten für Krankenhausaufenthalt, nicht inbegriffen die Pauschalsumme von 1100 Bef/27,26 € die für den ersten Tag zu leisten ist. Erneut wird hier die Versorgung zuhause benachteiligt, obwohl sie besser akzeptiert und für die Gemeinschaft weniger kostspielig ausfällt. Diese Entscheidung für eine Aufnahme in einem Krankenhaus verursacht konkrete Familienprobleme, die im Allgemeinen Bericht über die Armut angegeben werden (ABA, 1994; 153).

¹⁹ Seit der letzten Indexanpassung (1. September 2000) beträgt der Vorschuss für ein Zweibettzimmer maximal 6.000 Bef/148,73€(Normalversicherte) oder 3.000 Bef/74,36€(Kinder oder Berechtigte auf erhöhte Bezüge) + 7 Mal 735 Bef/18,22€(Zimmerpreis). In einem Gemeinschaftszimmer beträgt der Vorschuss nicht mehr als 6.000 Bef/148,73 €(Normalversicherte) oder 3.000 Bef/74,36 €(Berechtigte auf erhöhte Bezüge).

²⁰ Ein Betrag von 19.500 Bef/483,39€ wird für 30 Tage gewährt und ist ein Mal wiederholbar.

Gewisse Arbeitslose, kleine Selbstständige, Angestellte oder Handwerker haben Einkommen, die nicht viel höher als das Mindesteinkommen liegen und mit dem sie manchmal sehr hohe Mieten zahlen müssen. Die Zahler von Alimenten unter ihnen verfügen manchmal über weniger als das Mindesteinkommen, da der Pfändbarkeit ihrer Einkommen keinerlei Grenzen gesetzt sind; die Lage derjenigen, die auf eine nicht bezahlte Unterhaltsrente warten ist auch nicht viel rosiger. Diejenigen, die Schulden abzahlen müssen, riskieren gleichfalls das Absinken in eine sehr ungewisse Situation. Müssen diese Personen wichtige ärztliche Kosten für sich selber oder für ihre Kinder zahlen, so bahnt sich die Katastrophe an (siehe Abschnitt 3 bezüglich Prävention). Hier erscheint die perverse Auswirkung der Aufteilung in Kategorien. Die Armen werden aufgeteilt. Ihnen werden unmögliche Entscheidungen vorgeschlagen: aus der Sicht ihrer Würde würden sie eher arbeitslos als Bezieher des Mindesteinkommens sein, jedoch überleben sie manchmal etwas besser mit einem Mindesteinkommen und dessen 'Vorteilen', als mit den Arbeitslosenunterstützungen. Gleichfalls kann man sich die Frage stellen, was mit den Menschen ohne Einkommen geschieht, die eine Entscheidung des ÖSHZ abwarten müssen? Der Allgemeine Bericht über die Armut plädiert für eine Erweiterung des Vorzugsstatus, der nicht mehr gemäß Status des Begünstigten erteilt würde, sondern gemäß seinem Einkommen.

- Die Sozial- und Steuerfreiheiten²¹ und die 'Maximumverrechnung' (MAV)

Diese beiden Korrekturmechanismen treten erst in einer zweiten Phase auf und bieten somit keinerlei Lösung für die Problematik der Vorschüsse. Dieses System ist nicht sehr gut bekannt und auch schwierig zu verstehen: Es arbeitet nicht gegen den Unterkonsum der ärmsten Bevölkerung. Zum Beispiel wurde einer im Jahre 1996 operierten Person mit Anrecht auf die Sozialfreiheit noch immer nicht der Begünstigtenbetrag rückerstattet und keine Dienststelle scheint kompetent genug, diese Sachlage freizugeben, obwohl die Anwendung der Sozialfreiheit theoretisch automatisch durchgeführt wird. Zur Festlegung des Rechts auf Sozialfreiheit kommen nicht alle Kosten in Frage: Medikamente, meistens sehr kostspielig, sind zum Beispiel ausgeschlossen, sowie gewisse Unkosten der Parallelmedizin in ambulanter Pflege, namentlich Logopädie.

Die Sozialfreiheit ist zu hoch angesetzt. Die ersten 15 000 Bef/371,84 € stellen das Problem dar. Sie sollte per Stufe angelegt sein und ihre Höhe sollte der Höhe des Einkommens und nicht der Zugehörigkeit zu einer Sozialkategorie angepasst sein.

Die Steuerfreiheit betrifft alleine Personen, die über ein zu versteuerndes Einkommen verfügen. Sie wird 1,5 Jahre anschließend an das effektive Datum der Auslagen (siehe Punkt 2.2.1.2.) wirksam. Sie könnte abgeschafft werden, insbesondere, falls die Sozialfreiheit in Stufen angelegt wird.

Als Antwort auf diese Kritiken will die Regierung progressiv ein System der 'Maximumverrechnung' einführen, in dem die Selbstbeteiligung für die Leistungen der Krankenpflichtversicherung nicht eine vernünftige Schwelle an Auslagen überschreitet, die gemäß versteuertes Einkommen festgelegt wird und wobei die Rückerstattung der Kosten oberhalb dieser Schwelle rasch vonstatten geht. Gleichfalls will die Regierung die Beitragsbefreiung allgemein erweitern. Seit dem 1. Januar 2001²² sind die unentbehrlichen

²¹ Hier handelt es sich um ein soziales Korrektursystem, das die jährliche Totalsumme der Versicherteneigenleistung begrenzt.

²² Die mittels ärztliches Attest erhältlichen Medikamente sind in Kategorien aufgeteilt gemäß des zu Lasten der Versicherungsorganisation fallenden Anteils und Saldo zu Lasten des Patienten. Die unentbehrlichen Medikamente gehören den rückerstatteten Kategorien A und B an. Die Medikamente der Kategorie A sind für den Patienten kostenlos.

Medikamente²³ der Beitragsfreiheit einverleibt, sowie gewisse Krankenhauskosten, namentlich im Sektor der Psychiatrie für die Familien mit geringen Einkommen (versteuerbares Nettoeinkommen niedriger als 540.000 Bef/13.386,25 €). Es ist vorgesehen, dass die Rückerstattung rascher als vorher durchgeführt wird. Die Effizienz dieser Änderungen müsste dann bewertet werden.

Das System der Maximumverrechnung setzt die Höchstgrenze für die Eigenbeteiligung auf 18.000 Bef/446,20 € für Familien, deren steuerbares Einkommen 540.000 Bef/13.386,25 € nicht überschreitet. Für Einkommen oberhalb 2.000.000 Bef/49.578,70 € liegt die Höchstgrenze der Eigenbeteiligung bei 100.000 Bef/2.478,93 €. Zwischen diesen beiden Höchstgrenzen sind 4 Stufen vorgesehen. Die Niedriggrenze liegt somit bei 18.000 Bef/446,20 € anstatt der vorherigen 15.000 Bef/371,84 €. Diese erste Scheibe stellt eine eher große Last für niedrige Budgets dar. Wie wir schon weiter oben angegeben haben, können die nicht rückerstatteten Leistungen und Medikamente nicht im System der Maximumverrechnung erfasst werden (siehe Punkt bezüglich Nichtrückerstattung). Auch sollte bemerkt werden, dass für Selbständige, von denen gewisse nur über ein schwaches Einkommen verfügen, die Maximumverrechnung nur begrenzte Auswirkungen hat. Dies ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass das System der Pflegeversicherung für Selbständige unterschiedlich vom allgemeinen System ausfällt.

d) Die Pauschale

Die Pauschale bezeichnet eine Zahlungsart für Gesundheitspflege mittels Abonnement. Die klassische Art ist die Zahlung bei Leistung. Eine begrenzte Anzahl Dienstleistungsanbieter, meistens Gesundheitszentren, praktizieren die Pauschalzahlung. Heutzutage betrifft dies mehr als vierzigtausend Personen. Dieses System reduziert sehr stark die Pflegekosten für Patienten, die ausschließlich ihren Beitrag bei der Pflegeversicherung zahlen. Hier handelt es sich um einen originellen Weg, sich Zugang zur Gesundheitspflege zu verschaffen, der eine genaue Untersuchung wert ist²⁴.

2.2.2.2. Kostenvorschuss

Weder ein besserer Zugang zur Pflegeversicherung, noch eine Rückerstattung zu begünstigten Sätzen bieten Lösungen für das ausschlaggebende Problem des Geldvorschusses, das besonders für kleine Budgets tragisch ausfallen kann.

Der Allgemeine Bericht über die Armut fordert die Erweiterung Drittzahlersystems²⁵ auf alle Leistungserbringer. Tatsächlich ist es wesentlich, diese Methode auf ambulante Behandlung auszubreiten (ABA, 1994: 150-151). Laufend ist dies alleine möglich - jedoch nicht verpflichtend - in gewissen spezifisch durch das Gesetz festgelegten Fällen. Der Leistungserbringer entscheidet von Fall zu Fall die Anwendung oder Nichtanwendung dieses

²³ Die Exekutionsbeschlüsse sind noch nicht veröffentlicht. Die Krankenversicherungen speichern alle Daten, die sie ab der Veröffentlichung eingeben können.

²⁴ Für weitere Auskünfte bezüglich Pauschale, namentlich die Argumente für und gegen, geben wir hier die Veröffentlichung eines Berichtes zum Thema in der Semesterausgabe des Verbandes ‚Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones‘, „Santé conjuguee“, im Monat Januar 1998, Nr. 3. Die Arbeit von F. Louckx, die im Kapitel Bibliografie angegeben ist, mehrere interessante Beiträge zu diesem Thema: siehe die Artikel von R. De Ridder, K. De Maseneer, E. Vandedrinck und A. Peleman.

²⁵ Bei dieser Zahlungsart erhält der Dienstleistungsgeber, die Dienststelle, die Institution die im Rahmen der Pflegepflichtversicherung geschuldete Zahlung direkt von der Versicherung, bei der der Begünstigte Mitglied oder eingetragen ist, dem die Pflegeleistungen erteilt wurden.

Verfahrens, auch wenn der Patient den durch das Gesetz festgelegten Bestimmungen entspricht. Der Königliche Erlass, der diese Ausnahme zu Gunsten der Begünstigten der erweiterten Bezüge vorsieht, wurde nicht anschließend an die Erweiterung des VIPO-Status geändert. Es ist wahr, dass abgesehen von Kindern als Begünstigte von erweiterten Familienzulagen die Mitglieder der anderen Kategorien schon die Vorteile des Systems des selbsteintretenden Versicherungsträgers genießen.

“Die Realität vor Ort beweist, dass das Drittzahlersystem weiterhin unerlässlich bleibt. Den Ärmsten fehlen sehr oft die paar hundert Franken für den Arztbesuch. Diesen Personen das Drittzahlersystem streichen würde bedeuten, ihnen insgesamt Pflegezugang zu verweigern. Für Personen mit bescheidenem Einkommen, zum Beispiel Arbeitslose, Väter und Familienoberhäupter einer kinderreichen Familie, wäre die erste Arztkonsultation möglich, die weiteren aber schon nicht mehr. Hier liegt eine der Quellen für Missbrauch des Krankenhausaufenthalts, die keinerlei Verbindung zur Schwere der Pathologie aufweist. Oder die Pflege wird einfach abgebrochen, was sich besonders schlecht für Kinder auswirken kann” (Hendrick, 1998: 11 – Übersetzung aus dem Französischen).

Der Allgemeine Bericht über die Armut fordert gleichfalls eine administrative Vereinfachung des Drittzahlers, das laufend eine ausgeklügelte Verwaltung erfordert und somit Zahlungsrückstände für die Ärzte mit sich zieht. Und trotzdem erleichtert die Selbstbeteiligung des Versicherungsträgers den Zugang zur ersten Linie und verhindert Krankenhausaufenthalt. Der Zugang der Ärzte zum System der Sozialausweise würde ein positiver Anreiz für diejenigen sein, die das System gerne anwenden würden, jedoch von der Zähflüchtigkeit der Verwaltung entmutigt sind. In Gent, in der Zentralregion (La Louvière, Soignies, ..) und in der Region von Chimay haben Hausärzte und Krankenversicherungen Vereinbarungen bezüglich einer systematischeren Anwendung abgeschlossen.

Der Allgemeine Bericht über die Armut fordert gleichfalls effiziente Information der Leistungserbringer. In diesem Zusammenhang hat der Minister für soziale Angelegenheiten dem Ausschuss des LIKIV vorgeschlagen, eine Sensibilisierungskampagne bezüglich Drittzahlersystem zu organisieren, die sich an Leistungserbringer wendet, an Begünstigte, Pflegeversicherungen, ÖSHZ und Sozialdienststellen²⁶.

Das Drittzahlersystem ist Bestandteil der durch die Interministerielle Konferenz für Soziale Integration geforderten Bewertung. “Es sollte darüber nachgedacht werden, ob das Drittzahlersystem einen Überkonsum an Pflegeleistungen bewirkt. Oder handelt es sich eher um einen Konsum, der endlich armen Personen zugänglich wird, die vorher ausgeschlossen waren? Handelt es sich um Missbrauch? Eine klare Bewertung des Drittzahlersystems ermöglicht dessen Anwendung dort, wo sie notwendig ist, und vermeidet Ausschreitungen. Solange nicht alle Facetten beleuchtet wurden, muss man den Status quo beibehalten und

²⁶ Teilnehmer der Arbeitsgruppe Gesundheit haben gefordert, eine Liste der Leistungserbringer zu erstellen, die das System des selbsteintretenden Versicherungsträgers anwenden, und diese Liste den Patienten zur Verfügung zu stellen. Die Gesetzgebung laufend in Kraft verbietet jegliche Art von Werbung: „Dem Leistungserbringer darf weder in seiner Person oder in der Person von Dritten, weder direkt noch indirekt Werbung bezüglich Anwendung des Systems des selbsteintretenden Versicherungsträgers betreiben“ (Artikel 4bis 1.§ 5° des Königlichen Erlasses vom 10. Oktober 1986 bezüglich Ausübung des Gesetzes in Sachen Pflegepflichtversicherung für medizinische Versorgung und Rückerstattungen). Teilnehmer der Arbeitsgruppe haben gleichfalls die Möglichkeit erwähnt, die Anwendung des Systems des selbsteintretenden Versicherungsträgers verpflichtend zu machen, wogegen der Leistungserbringer laufend selber über die Anwendung oder Nichtanwendung entscheidet. Trotz der interessanten Aspekte dieser Vorstellung wird sie von vielen Unternehmen des Gesundheitssektors als unrealistisch angesehen.

soweit wie möglich die Anzahl der Ausnahmen der Verbote erweitern” (Hendrick, 1997 – Übersetzung aus dem Französischen).

Auch weisen wir auf die Patienten hin, die nur unter großen Anstrengungen die Kosten vorschießen können, die durch die Krankenversicherung rückerstattet werden, und die somit durch die verschobene Rückzahlung in Schwierigkeiten gebracht werden. Zusätzlich verfügen nicht alle armen Personen über ein Bankkonto.

2.2.2.3. Information bezüglich Kosten

Die finanzielle Zugänglichkeit bildet nicht das einzige Problem. Auskünfte bezüglich Kosten, oder eher Nichtinformation, bilden ein weiteres Hindernis.

“Allgemein läßt die Transparenz der Kosten der Gesundheitspflege zu wünschen übrig. Meistens ist der Patient bezüglich Pflegeleistungen nur schlecht oder gar nicht informiert, für die er die Beträge der Rückerstattung LIKIV vorstrecken muss, und für die er ganz einfach zur Zahlung der Eigenbeteiligung angehalten wird. Das Verständnis dieser Unterscheidungen ist um so schwieriger, da die Gesamtheit der Institutionen, sprich Ärzte, nicht die gleichen Regeln anwenden... Auch ist es nicht immer einfach für den Patienten, herauszufinden, welcher Hausarzt oder Spezialist Kassenarzt ist und welcher nicht” (Roelandt, 1998: 12- Übersetzung aus dem Französischen).

“Auch läßt die Information des Patienten in Sachen Medikamente zu wünschen übrig. Nur wenige Personen wissen bei Eintritt in die Apotheke, wie hoch die Rechnung ausfallen wird, und diese Unsicherheit schreckt mehr als einen ab oder läßt unüberlegte Streichungen der Verordnungen durchführen. Gleichfalls scheint es, dass trotz Sensibilisierungskampagnen die Leistungserbringer nur zu oft sich nicht der Beträge bewusst sind, die sie ihren Patienten auferlegen. Durch diese beiden Mechanismen hindert die Ignoranz bezüglich Kosten den Zugang zur Behandlung. Maßnahmen zur **Verbesserung der Eindeutigkeit der Preise** sind notwendig. Zweifellos muss hier auf Ebene der Leistungserbringer und im Sinne einer Evolution ihrer Denkweise angesetzt werden...” (Hoffman, 1998: 14 – Übersetzung aus dem Französischen).

Im Rahmen des LIKIV besteht ein Solidaritätsfonds, der im Falle von außergewöhnlichen, nicht rückerstatteten Leistungen eingesetzt werden kann. Nur wenige Patienten wissen von der Existenz dieses Fonds, und gleichfalls nur wenige Ärzte. Dieser Fonds und seine Anwendungsbedingungen sollten bekannt gemacht werden, wobei gesagt werden muss, dass die Begünstigtenbedingungen sehr streng und das Rückerstattungsverfahren sehr langwierig ist.

2.2.3. Administrative Hindernisse

Der verallgemeinerte Zugang zur Pflegeversicherung vereinfacht den Zugang zur Gesundheitspflege. Der Sozialausweis ist ein nützliches Instrument, das unter anderem die vereinfachte Anwendung des Drittzahlersystems ermöglicht. Jedoch bleibt die Arbeitsweise des Systems der Krankenversicherung weiterhin unzulänglich bekannt. Das gilt auch für die kürzlich durchgeführten Änderungen, diese werden somit nur unzulänglich angewendet.

Die zahlreichen Dienstleistungen, die durch die Krankenkassen angeboten werden, bleiben weiterhin vage und kompliziert. Von einer Krankenversicherung zur anderen, sogar innerhalb einer gleichen Krankenversicherung in unterschiedlichen Regionen stellt man Unterschiede bezüglich angebotener Dienstleistungen und Preise fest. Deshalb ist es immer weniger eindeutig zu wissen, was gesetzlich verpflichtend ist und was nicht. Die meisten Pflegeversicherungen schlagen ihren Mitgliedern eine sogenannte Zusatzversicherung vor, die jedoch verpflichtend ist. Es kann vorkommen, dass Personen die Gesundheitspflege verweigert wird, die ihre Zusatzversicherung nicht gezahlt haben, aber hier handelt es sich um ein illegales Vorgehen²⁷. Sehr oft ist die Information bezüglich Zusatzversicherung nicht gegeben oder schlecht verständlich. Die Partnervereinigungen des Allgemeinen Berichts über die Armut erwägen Möglichkeit der Aufhebung dieses Zusatzsystems an, angekoppelt an eine Revision der Pflichtbeiträge gemäß Einkommen.

Die Frage der Zusatzversicherung muss in ihrem Kontext gestellt werden: Die ständige Zunahme der Gesundheitsauslagen und die unzulängliche Deckung durch die Sozialsicherheit fördern die Privatisierung der Sozialrisiken. "Es ist nur notwendig und vernünftig, sich gegen ein Abdriften zu wehren, das darin besteht, unter dem Deckmantel der Einsparungen, der guten Verwaltung und der Verantwortung des Verbrauchers die Abdeckung guter Gesundheitspflege zu senken und vom Pflichtbetrag zur Zusatzversicherung übergleiten zu lassen. Die Teilrestlast oder auch die Gesamtrestlast zu Lasten des Patienten wird zu schwer für Menschen mit niedrigem Einkommen oder für Menschen in einer unsicheren Situation" (Rocard, 2000: 13 - Übersetzung aus dem Französischen).

Der Mangel an Information zeigt sich sowohl beim Patienten - manchmal erfahren die Personen zufällig, dass sie gewisse Rechte haben - als auch bei den Professionellen : Ärzte, im Sozialbereich Berufstätige, Angestellte der Krankenkassensysteme, ... obwohl die Unterstützung durch letztgenannte manchmal unerlässlich ist, um die Rechte der Ärmsten zu verteidigen (ABA, 1994: 134). Seitens der Krankenkassensysteme bedauert man die Tatsache, dass die Mitglieder nur selten ihre Sozialdienststellen beanspruchen, wo Beschäftigte mit einer polyvalenten Ausbildung und permanenter Fortbildung kostenlos zur Verfügung stehen.

2.2.4 Kulturelle Hindernisse

Gesundheitskultur ist ein Produkt zahlreicher Faktoren: "... ein niedriges Bildungsniveau und mangelhafte Kenntnisse in Sachen Körperschema, Gesundheit, Krankheit, schlechte Sprachbeherrschung, die Lebensumstände und die Bürde täglicher anderweitiger Probleme, das Gefühl der Abhängigkeit oder der Minderwertigkeit gegenüber der Ärzteschaft." (ABA, 1994: 136). Alle diese Faktoren zeichnen die Personen aus, die in der Armut leben.

²⁷ Neben den durch die Pflichtversicherung rückerstatteten Kosten bietet die Zusatzversicherung diverse Vorteile, die jeweils der Krankenversicherung eigen sind (diverse Prämien, Hauspflege, ...). Oft verlangen die Statuten der Krankenversicherung als Eintragungsbedingung die Unterzeichnung einer Zusatzversicherung. Hier handelt es sich um ein legales Vorgehen. Auf Basis dieser Statuten hat die Krankenversicherung somit das Recht, das Mitglied wegen Nichtzahlung der Zusatzversicherung auszuschließen. (Information aus der Broschüre der französischen Gemeinschaftskommission der Region Brüssel-Hauptstadt, *L'accès aux soins de santé: un droit pour tous*, [Zugang zu Gesundheitspflege - ein Recht für alle - Übersetzung aus dem Französischen], 1999). Die CAAMI (Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung) organisiert keinerlei Zusatzversicherung.

“Gesundheit, eine Beziehung” ist der Titel eines Abschnittes des Allgemeinen Berichts über die Armut (ABA, 1994: 137), in dem insbesondere die “Schwierigkeiten des Dialogs zwischen Personen aus unterschiedlichen ‘Welten’“ behandelt werden (ABA, 1994: 153), die sehr unterschiedliche Wert- und Normsysteme aufweisen. Zum Beispiel tragen die zur Präventions Informationen keinerlei Früchte, namentlich weil sie sich hauptsächlich an die Mittelklasse wenden und die benachteiligten Schichten nicht erreichen. Ein Beispiel hierzu ist die Information und Erziehung zur Gesundheit via Medienkampagnen, Broschüren, Konferenzen²⁸.

Das System der Gesundheitspflege räumt dem Patienten einen zu geringen Platz ein. Und dieser Platz fällt je unsicherer aus, desto weniger Geld, weniger Ausbildung und mehr Schwierigkeiten vorhanden sind. Gemäß Regierungsabkommen wird laufend eine Charta über Rechte der Patienten ausgearbeitet. Jetzt schon kann man flagrante Gegensätze zwischen den im Projekt für die Charta aufgenommenen Prinzipien feststellen, namentlich die freie Wahl und der durch die meisten Armen täglich erlebten Realität.

2.2.5. Die mit den Kommunikationsmitteln verbundenen Hindernisse

Um Zugang zur Gesundheitspflege zu erhalten, muss man sich vor Ort begeben, wo die Gesundheitspflege erteilt wird. Diese Orte sind nicht immer mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar.

Diese Schwierigkeit zeigt sich besonders in ländlichen Gegenden. Der Preis der öffentlichen Transportmittel stellt indirekte Kosten dar, die für kleine Budgets wichtig sind.

Keinen Telefonanschluss besitzen bedeutet gleichfalls ein Hindernis.

Die mit der Mobilität verbundenen Schwierigkeiten werfen gleichfalls die Frage der mangelhaften Gesundheitsstrukturen in den Armenvierteln auf, die schon gestellt wurde (Punkt 2.2.1.). Man kann sich zum Beispiel über die Konsequenzen in Sachen Gesundheitsschutz Gedanken machen, bezogen auf die Senkung der Konsultationsstellen für Säuglinge, und somit über deren immer größere geographische Zerstreuung.

2.3. Die Kosten des Nichtzugangs zu guter Gesundheitspflege

“Die Brille, die mein Sohn benötigt, kann ich nicht zahlen. Der Arzt hat mir gesagt: Wenn er keine Brille trägt, wird er den Gebrauch eines Auges verlieren. Und da er nicht sehr gut sieht, hat er Schwierigkeiten in der Schule. Was wird einmal aus ihm werden? Seine gesamte Zukunft steht auf dem Spiel!” (ABA, 1994: 140).

Die Versorgung hinausschieben zieht enorme Kosten mit sich: abgesehen von den dramatischen humanen Einbußen für die betroffene Person und deren Familie sind die Kosten für die Gemeinschaft enorm.

Präventive Investitionen der Gemeinschaften, zum Beispiel Krankheitserkennung dank der Schuluntersuchungen, verwandeln sich in Vergeudung der öffentlichen Gelder, wenn die betroffenen Eltern das Nachfassen der Diagnose nicht sichern können (Brillenkauf, Konsultation beim Zahnarzt, ...). Das Nichtbeanspruchen der Gesundheitspflege erster Linie bewirkt erhöhte Krankenhausbelegung, die für die Gemeinschaft viel kostspieliger ausfällt.

²⁸ Siehe hierzu Teil 4 des Kapitels über Ausbildung.

2.4. Die Rolle der ÖSHZ²⁹

Trotz der Fortschritte im Bereich Zugang zur Gesundheitspflege für alle, ohne hier die kompletten Resultate der laufenden Bewertungen der Maßnahmen abzuwarten, scheint es, dass die ÖSHZ in Sachen Zugang zur Gesundheitspflege unentbehrlich bleiben. Der Zugang zur Gesundheitspflege muss im wesentlichen durch die soziale Sicherheit gesichert sein. In diesem Sinne sind Hinterfragungen über die Rolle der ÖSHZ - eine ergänzende Rolle zugunsten derjenigen, die den Einschränkungen der Sozialsicherheit ausgesetzt sind - sicher gerechtfertigt.

Das Dokument der Partnervereinigungen des Allgemeinen Berichts über die Armut übernimmt die im Allgemeinen Bericht angegebene Feststellung. Jedes ÖSHZ hat seine eigene Handhabung im Gesundheitsbereich entwickelt. Noch schlimmer, gewisse ÖSHZ haben ihre Bezüge gesenkt aus Gründen der Maßnahmen, die anschließend an den Allgemeinen Bericht über die Armut getroffen wurden (zum Beispiel Einzug des Medizinausweises). Tatsächlich werden die Armen noch ein wenig ärmer. Jedes ÖSHZ hat seine Vorschriften. Fügt man hinzu, dass jeder im Sozialbereich Berufstätige seine eigene Persönlichkeit hat, dann ist das Zufallsspiel vollständig.

Hausärzte bestätigen diese Tatsache; sie beklagen vor allem die auseinander klaffenden Listen der Medikamente, die von den ÖSHZ zu Lasten genommen werden. "... Diese Listen fallen von ÖSHZ zu ÖSHZ unterschiedlich aus. Der Fall Brüssel ist hier zur grotesken Karikatur geworden, denn hier ändern die zugänglichen Medikamente alle zwei oder drei Kilometer" (Hoffman, 1998: 14 - Übersetzung aus dem Französischen).

Die Verpflichtung die Antragsteller bei einer Kranken- und Invalidenkasse einzutragen, wird durch die ÖSHZ gleichfalls auf unterschiedliche Weise interpretiert. Manchmal wird freie Wahl gewährt, manchmal nicht. Einer der entscheidenden Faktoren ist das Verlangen gewisser Kassen, bei der Einschreibung eine Zusatzversicherung als sine qua non hinzustellen. In diesem Fall zahlt das ÖSHZ entweder die Zusatzversicherung, oder es überlässt die Entscheidung dem Betroffenen, wobei es die Kosten für die Zusatzversicherung klar dem Betroffenen überlässt. Auch scheint, dass gewisse ÖSHZ die Einschreibung von Personen verweigern, die sich an das Zentrum richten.

Universitätsstudien bestätigen diese Zustände vor Ort. "Die Autonomie eines jeden ÖSHZ führt zur Verwendung einer enormen Palette an Barema, Richtlinien, Kriterien, Tabellen oder sogar Führer über 300 Seiten im größten ÖSHZ Flanderns. Die Folge ist natürlich die Tatsache, dass diese Vielfalt sich gleichfalls auf Ebene der zahlreichen Unterstützungen widerspiegelt. In seiner Untersuchung der ÖSHZ des Gerichtsbezirks Antwerpen stellte L'Homme große Differenzen fest, ohne dabei objektive Elemente zu deren Rechtfertigung festzustellen. So bestehen Unterschiede, die manchmal bis zu 30% zwischen anrainenden Kommunen reichen. Jedes ÖSHZ handhabt seine eigenen Kriterien für die Anerkennung von Bezügen und für deren Beträge" (Vranken, Geldof, Van Menxel, 1999: 93).

²⁹ Dieser Teil fasst ein Arbeitsblatt der Dienststelle für die Bekämpfung von Armut, Existenzunsicherheit und soziale Ausgrenzung zu Händen der Interministeriellen Konferenz für Soziale Integration und Wirtschaft (Juni 2000) zusammen. Dieses Dokument erinnert an die Rolle der ÖSHZ im Bereich der Gesundheit und aus der Sicht der Gesetzgebung (Gesetz und Jurisprudenz), an die Wirklichkeit vor Ort, an die Auswirkungen und den Einsatz des gesetzlichen Textes und seiner Anwendung, und formuliert Wege für ein besseres Synchronisieren von Gesetzen und deren Anwendungen.

Der letzte Sachstandsbericht über Umsetzung des Allgemeinen Berichts über die Armut stellt die gleichen Realitäten fest. “Die großen Unterschiede in der politischen Strategie, die durch die ÖSHZ geführt wird bezüglich Übernahme und Rückerstattung von Gesundheitspflege, verstärkt das Gefühl der Ungleichheit” (Sachstandsbericht 2000: 21).

Ärzte ohne Grenzen ist mit dieser Vielfalt der praktischen Anwendungen der ÖSHZ in Sachen “Asylbewerber mit Code 207 ÖSHZ” konfrontiert. “Normalerweise müßten diese Patienten nicht die Konsultationen von ÄOG aufsuchen ... Die Sozialarbeiter legen sehr viel Mühe an den Tag, den Patienten zu orientieren innerhalb des bestehenden Systems (welcher Status? wer ist zuständig? kann man einen Antrag stellen, kann man eine Medizinkarte erhalten? ist der Patient bei einer Krankenkasse eingetragen? ist die Krankenkasse in Ordnung? in welchem Krankenhaus kann er sich verpflegen lassen? wie für die Medikamente vorgehen? usw.). Die Antworten auf all diese Fragen fallen von ÖSHZ zu ÖSHZ unterschiedlich aus ...” (Ärzte ohne Grenzen, Apotheker ohne Grenzen, 1999: 14).

Medisch Dienst zur Bekämpfung der Armut Dienst zur Bekämpfung der Armut Mensen Zonder Papieren-Brussel‘ klagt die ungleiche Anwendung des Königlichen Erlasses bezüglich dringende ärztliche Hilfe durch die ÖSHZ an (Medisch steunpunt Mensen Zonder Papieren-Brussel, 2000).

Angesichts dieser allgemein seit einigen Jahren geteilten Feststellung ist es notwendig, dass der kompetente Minister eindeutig die Verantwortungen und Verpflichtungen der ÖSHZ bezüglich Zugang zu Pflegeleistungen definiert, damit die ÖSHZ auf effiziente und gerechte Weise an der raschen Übernahme von Pflegekosten teilnehmen, und dies unter Berücksichtigung des Rechts auf freie Wahl des Patienten, wobei das Beanspruchen der Verpflegung der ersten Linie gefördert wird.

Allgemein werden zwei Argumente gegen die Festlegung der Rolle der ÖSHZ angegeben: die Budgetauflagen und die kommunale Autonomie.

- Die Vorsitzter und Ratsmitglieder der ÖSHZ sind wahrhaftig für die öffentlichen Gelder verantwortlich und müssen somit das Budget korrekt verwalten, das von einer Kommune zur anderen sehr unterschiedlich ausfallen kann. Diese Verantwortung stellt sie jedoch nicht frei von der Berücksichtigung der Gesetze und deren Anwendung in diesem Sinne³⁰. Die Rechtsprechung in dieser Angelegenheit ist eindeutig. Dazu sei kurz zu erwähnen, dass in Sachen Zugang zu Gesundheitspflege eine Übertragung der Lasten von den ÖSHZ hin zum Föderationsstaat stattgefunden hat, und dies dank der verallgemeinernden Maßnahmen des Zugangs zur Pflegeversicherung, der Erweiterung des Vorzugsstatus und der erhöhten Bezüge im Falle von chronischen Krankheiten. Die laufend in Betracht gezogenen Maßnahmen müßten diese Übertragung weiterhin verstärken.
- Bezüglich Kommunalautonomie erinnern wir daran, dass sie nicht die Verletzung der gesetzlichen Vorschriften ermöglicht und dass sie zum Vorteil der Personen ausgeführt werden muss, die sich an das ÖSHZ wenden³¹.

In Sachen Gesundheitspflege wurden zahlreiche Abweichungen von diesen beiden Grenzsteinen festgestellt und verlangen eine rasche Reaktion.

³⁰ Bezüglich Betrachtungen in Sachen Budget, siehe auch namentlich ‚Meerjarenplanning voor het OCMW, een praktische gids, Jan Vos, Redaktionskoordination, Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten, een co-productie met de Vlaamse Gemeenschap, Politeia, 1999, S. 18: Die Berücksichtigung der finanziellen Auflagen ist notwendig, darf jedoch nicht dazu führen, dass eine Diskussion der Finanzen und der Sachlagen unmöglich wird‘ (Übersetzung aus dem Niederländischen).

³¹ Die Charta der lokalen Autonomie des Europarates definiert die lokale Autonomie wie folgt: „... das Recht und die effektive Fähigkeit der lokalen Gemeinschaften, im Rahmen des Gesetzes und unter ihrer eigenen Verantwortung und zu Gunsten ihrer Bevölkerung einen Teil der öffentlichen Angelegenheiten zu regeln und zu verwalten.“ Artikel 3.1. (Unterstrichenes durch die Dienststelle für die Bekämpfung von Armut, Existenzunsicherheit und soziale Ausgrenzung).

3. Prävention

3.1. Die Wichtigkeit der primären Prävention

Der enorme Kostenaufwand, der durch nicht Anwendung oder durch Aufschub von Pflege entsteht, wurde schon erwähnt (siehe Punkt 2.3.). Nunmehr sollte man zur den Wurzeln zurückgehen.

“Die Prävention von Krankheiten und Unfällen hängt nicht alleine von der Medizin ab. Sie ist vor allen Dingen von den Lebensumständen und von den Kräften eines jeden abhängig, um gegen die Aggressionen auf die Gesundheit angehen zu können.” “Prävention ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Verhinderung oder zur Senkung der Anzahl und der Schwere von Krankheiten oder von Unfällen. Allgemein werden hier drei Ebenen unterschieden:

- Primäre Prävention bezeichnet alles, was in guter Gesundheit hält und somit alles, was die Lebensqualität verbessert. Die primäre Prävention gehört meistens nicht dem Bereich der Professionellen des Gesundheitswesens an (zum Beispiel: die Verbesserung der Hygiene der Wohnungen, eine gesunde Ernährung, positive soziale Kontakte, ...), außer für gewisse Handlungen, wie Impfungen. Die Erziehung zur Gesundheit gehört gleichfalls zur primären Prävention.
- Die sekundäre Prävention zielt die Senkung der Schwere und der Dauer von Krankheiten an, ihr Aufdecken und ihre Behandlung zu einem frühest möglichen Zeitpunkt. In Belgien wird die sekundäre Prävention besonders durch Präventivdienste gesichert - wie die der Dienste Kind und Familie, die Schulmedizin, die Arbeitsmedizin - aber gleichfalls auch durch den Hausarzt.
- Die tertiäre Prävention zielt die maximale Senkung der Komplikationen und Invalidität folglich einer Krankheit oder folglich Unfälle an. Zum Beispiel Revalidierung durch Krankengymnastik, Orthophonie, usw.

Somit besteht einerseits eine ‘medizinische’ Prävention (Impfungen, Aufdecken von bestimmten Krankheiten) und andererseits eine ‘nicht medizinische’ Prävention, die sich mit den Lebensbedingungen beschäftigt“ (Projekt Gesundheit & Kultur Vierte Welt i.Z.m. Zentrum für Gesundheitsobservation Brüssel, 2001:30-31).³²

Für die Partnervereinigungen des Allgemeinen Berichts über die Armut ist die primäre Prävention wesentlich: denn “durch Verbessern der Lebensbedingungen der Ärmsten verwirklicht man die größten Fortschritte in Sachen Gesundheit”. (ABA, 1994: 128). “Die Gesundheitspflege zugänglicher machen, ohne dabei die Armut und Ausgrenzung zu bekämpfen, käme einem Gipsverband auf einem Holzbein gleich.” (Hendrick, 2001).

Die Gesundheitszentren teilen diese Überzeugung: “Die Verbesserung des Gesundheitszustandes ist die oberste Etappe in der Bekämpfung der Armut.” *(VWGC, 1999 : 27). Diese Forderung ist gleichfalls wissenschaftlich untermauert. Unterschiedliche Studien haben tatsächlich den ausschlaggebenden Einfluss der allgemeinen Lebensbedingungen auf die Gesundheit gezeigt (siehe Punkt 1.1.).

Es ist erstaunlich festzustellen, wie wenig Projekte für primäre Prävention in Sachen Gesundheit einer strengen Bewertung unterzogen werden.

Auch sollte die Rolle der Professionellen des Gesundheitssektors in Bezug auf die Prävention überdacht werden. Wäre es zum Beispiel nicht möglich, dass ein Hausarzt, der ein Kind

³² Unterstreichen in Eigenregie

* Übersetzung aus dem Niederländischen

behandelt, dessen Krankheit mit der in der Wohnung herrschenden Feuchtigkeit zusammenhängt, dass dieser Hausarzt die in dieser Angelegenheit kompetenten Behörden benachrichtigt? Für die Beschäftigten der Gesundheitszentren geht die Gesundheitspflege weit über eine rein medizinische Hilfe hinaus: "Ich habe schon Berichte über ungesunde Wohnungen verfasst", erzählt ein Hausarzt aus einem Armenviertel in Brüssel (Le Soir, 2000). Bezüglich der 'Alarmrolle' des Hausarztes gehen die Meinungen jedoch auseinander: Gewisse sind für die Erweiterung und Anerkennung dieser Rolle, andere dagegen sehen sie als nicht kompatibel mit dem Berufsgeheimnis an.

Angesichts der Wichtigkeit der Prävention ist diesem Thema ein spezifischer Abschnitt in diesem Kapitel gewidmet. Ziel ist hier nicht, die Debatte bezüglich 'präventive Medizin versus heilende Medizin' anzufeuern, sondern hier sprechen wir von einer Gesundheitspolitik, die die sozialen und politischen Realitäten besser berücksichtigen muss, in denen Präventiv- und Heilmedizin ein integriertes Ganzes bilden sollten.

3.2. In welchem Maße ist die Gesundheitspräventionspolitik sozial angemessen?

Es ist allgemein bekannt, dass die sozial ärmsten Klassen die Präventionsdienstleistungen am wenigsten beanspruchen. Sozial-wirtschaftliche Unterschiede wurden auf Basis der Gesundheitsumfrage von 1997 festgestellt, namentlich:

- in Sachen Brustkrebs - der meist verbreitetsten Krebsart bei Frauen - sind Frauen aus Sozialgruppen mit dem niedrigsten Einkommen oder mit der niedrigsten Erziehungsstufe am wenigsten präventiv untersucht worden³³.
- in Sachen Gebärmutterhalskrebs - dritte meist verbreitetste Krebsart bei Frauen - hängt die Voruntersuchung noch mehr vom sozial-wirtschaftlichen Faktor ab als im Falle von Brustkrebs. Tatsächlich lassen Frauen mit höherem Einkommen sich zweimal mehr untersuchen als Frauen aus der Gruppe mit den niedrigsten Einkommen;
- in Sachen Zahnarztbesuch zur Verhütung von Karies erinnern wir daran, dass die Ärmsten am seltensten den Zahnarzt aufsuchen und die schlechtesten Zähne haben;
- die Gesundheitsumfrage zeigt gleichfalls, dass in Sachen Prävention von ansteckenden Krankheiten die Ungleichheiten im Falle von Aids alarmierend sind. Tatsächlich spielt die Ausbildung eine große Rolle in Bezug auf Kenntnisse der Übertragungsmodi und Schutzmaßnahmen: je weniger Ausbildung die Menschen genossen haben, desto weniger wissen sie über Aids-Übertragung.

Und wie sollte die Erziehung zur Gesundheit oder die Förderung eines gesunden Lebensstils auch Auswirkungen auf die Personen haben können, die in ärmlichen Bedingungen leben und keinerlei andere Wahl haben als ein Leben zu ertragen, das zahlreiche Risiken birgt?

Gemäß Allgemeiner Bericht über die Armut stehen laufend nur sehr wenig Informationen über Zugänglichkeit der Präventionsdienststellen für die Ärmsten zur Verfügung. Jedoch erkennt man nun öffentlich an, dass "die minder bemittelten Bevölkerungsgruppen auf sozial-wirtschaftlicher Ebene (...) weniger als die anderen Bevölkerungskategorien die Vorteile der Präventionsinitiativen und die Förderungsinstrumente für die Gesundheit genießen" (Vandenbroucke, 1999: 71). Eine wissenschaftliche Studie hat gezeigt, dass die Präventivpflege noch mehr als die kurative Pflege sehr ungleich unter der belgischen Bevölkerung aufgeteilt ist³⁴. Die vor Ort Beschäftigten bestätigen, dass die minder bemittelten

³³ Im Laufe des Jahres 2001 wird eine nationale Präventionskampagne gegen Brustkrebs gestartet, bei der alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahre jedes zweite Jahr zu einer kostenlosen Untersuchung aufgerufen werden.

³⁴ Siehe u.a. Untersuchung von Lorant, V. und Al.

Bevölkerungsschichten a priori fragiler und schwieriger zu erreichen sind (Hoffman, 1999: 39).

Dem flämischen Parlament wurde ein Dekretvorschlag in Sachen soziale Gleichheit im Bereich der präventiven Gesundheitspolitik vorgelegt. Dieser Vorschlag ist die Folge der Feststellung, dass zur Analyse und Bewertung der Präventionspolitik in Flandern nur wenige Untersuchungsergebnisse zur Verfügung stehen. "Man ist kaum in der Lage, einfache Frage wie die folgende zu beantworten: wer erhält was vom flämischen Budget für die Prävention? Welches sind die Resultate dieser 'Investition'? Dieser zweifellose Mangel an politischen Daten ist noch prägnanter für die Problematik der sozialen Ungleichheit in Sachen Gesundheitswesen: Für unsere Analysen müssen wir uns auf einige seltene Untersuchungen stützen.

- Erstens ein kürzlich verfasster Bericht des Flämischen Instituts für Gesundheitsförderung, in dem festgestellt wird, dass der flämischen Präventionspolitik eine Struktur bezogene Handhabung für 'eine Verringerung der sozialen Ungleichheit im Gesundheitswesen' fehlt (...).
- Zweitens zeigt die letzte Bilanz von 'Vijf jaar projecten voor gezondheidspromotie in Vlaanderen', dass (...) mehr als 90% der Gesundheitsförderung in Flandern sich augenscheinlich besonders an die Personen der sozial-wirtschaftlich 'besten bemittelten' Klasse richtet. Weniger als 10% richten sich spezifisch an die Personen, die aus sozial-wirtschaftlichen Gründen einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen (...).
- Drittens wird festgestellt, dass die flämischen Zielsetzungen in Sachen Gesundheit für die Periode von 1998-2002 (...) zu keinem Zeitpunkt von der Problematik der 'sozialen Ungleichheit' sprechen. (...) Sollten diese Ziele nicht angepasst und dabei an diejenigen gedacht werden, die die meisten gesundheitlichen Probleme haben, so wird die Prävention eine Zunahme der Ungleichheit gegenüber Krankheit und Tod hervorrufen, anstatt sie zu senken.
- Abschließend stellen wir fest, dass die Thematik der Gesundheit nur selten oder überhaupt nicht in den laufenden Projekten in den 'SIF+' Kommunen erwähnt wird: Die Gesundheit vertritt alleine 0,3%" (Vlaams Parlement, 1999: 3-5 - Übersetzung aus dem Niederländischen).

3.3. Knotenpunkte für den Zugang der Ärmsten zur präventiven Gesundheitspflege

Die wirtschaftlichen, administrativen, psycho-sozialen und kulturellen Hindernisse, die den Zugang zur Gesundheitspflege für die ärmste Sozialschicht schwierig, wenn nicht unmöglich machen, sind sehr zahlreich (siehe Punkt 2.2.). Das gleiche gilt für die präventive Gesundheitspolitik. Abgesehen von den Hindernisse in Verband mit der Situation, in der die armen Leute leben, und abgesehen von den Beziehung zwischen Dienstleistungsanbieter und Patienten, kann man gleichfalls Hindernisse im System der Gesundheitsfürsorge selber feststellen:

- Hindernisse innerhalb der Gesundheitspolitik selber: Dominanz des biomedizinischen Modells, die Kluft zwischen Präventiv- und Heilpflege, eine unangemessene Ausbildung

♦ Fünf-Jahres-Projekte zur Förderung der Gesundheit in Flandern

♦♦ Im Rahmen der Bekämpfung der Armut werden die Mittel via Sozialer Impulsfonds an die Städte und Kommunen der flämischen Gemeinschaft verteilt; außerdem erhält eine gewisse Anzahl Städte und Gemeinden zusätzliche Bezüge auf Basis des Anteils armer und minder bemittelter Personen (daher die Bezeichnung 'Kommunen SIF+').

der Erbringer der Gesundheitsdienstleistungen, die Schwierigkeiten der Ärzte, präventiv arbeiten zu können;

- Die Ineffizienz der Kontrollen in Sachen Gesundheit, falls der Zugang zur Pflege nicht gewährleistet ist. "Zur Säuglingskonsultation gehen und gesagt zu bekommen, dass das Baby eine Bronchitis hat und dass ein Arzt aufgesucht werden muss ist einfach inakzeptabel, wenn man keinen Zugang zur Gesundheitspflege hat" (Hendrick, 1995: 168);
- Der Unterschied der Wertsysteme und der angewendeten Normen: die Präventivmitteilungen tragen nicht ihre Früchte, da sie sich insbesondere an die Mittelklasse wenden und nicht den Armen angemessen sind. Zum Beispiel die Information und Erziehung zur Gesundheit via Medienkampagnen, Broschüren, Konferenzen.

Welche Maßnahmen sind im Bereich der Prävention seit der Veröffentlichung des Allgemeinen Berichts über die Armut getroffen worden? Der Sachstandbericht vom Juni 2000 zählt alle Maßnahmen zur Bewerkstelligung des Allgemeinen Berichts über die Armut auf - Maßnahmen, die wesentlich auf Entscheidungen beruhen, die im Rahmen der Interministeriellen Konferenz für Soziale Integration getroffen wurden. Deren Effizienz für die Armen wird bewertet werden.

3.4. Auf Kinder ausgerichtete Prävention

Für die Partnervereinigungen des Allgemeinen Berichts über die Armut muss der Ausbau der Prävention insbesondere und vorrangig für Kinder ab dem jüngsten Alter gelten. Artikel 24 der Konvention der Rechte der Kinder³⁵ erkennt das Recht des Kindes auf Gesundheitsschutz an und zählt die Maßnahmen auf, die zu diesem Zwecke getroffen werden müssen, unter anderem die Prävention und die Förderung der Gesundheit.

- Dienst für Kind und Familie

Die Aufgabe von Kind en Gezin in der flämischen Gemeinschaft vom l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) in der französischen Gemeinschaft und vom Dienst für Kind und Familie in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, lautet die Ermutigung und die Entwicklung des Mutter- und Kindeschutzes. Ihr Angebot in Sachen Präventivfürsorge besteht größtenteils aus Hausbesuchen und Konsultationen. Gleichfalls gehört die Förderung der Gesundheit zu ihren Aktivitäten. In der deutschsprachigen Gemeinschaft sind Schwangerschaftsuntersuchungen und ärztliche Untersuchungen von Säuglingen und Kleinkindern gleichfalls kostenlos.

³⁵ Siehe Auszug im Anhang.

Zwei positive Punkte sind zu bemerken: Diese Dienstleistungen sind kostenlos und den armen Familien wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Das Vorhandensein eines Klimas des Vertrauens ist für diese Familien eine Notwendigkeit, damit sie diese kostenlosen Leistungen auch effektiv in Anspruch nehmen - denken wir hierbei an die Angst vor der Kontrolle und dem Kinderentzug. Es müssen mehr Mittel aufgebracht werden, um die Kontinuität dieser Leistungen zu sichern und deren Entwicklung zu ermöglichen.³⁶

Auch in diesem Bereich gilt die Regel, dass eine tiefgreifende Kenntnis des Lebens und der Bedürfnisse der Menschen in Armut notwendig ist.³⁷ Dies können wir anhand des folgenden Beispiels belegen: Auf Basis von höheren Zahlen für Kindersterblichkeit bei armen Menschen kann geschlussfolgert werden, dass eine bessere Schwangerschaftsbegleitung notwendig ist und dass zu diesem Zweck die pränatalen Konsultationen verstärkt werden müssen. Jedoch ist es höchstwahrscheinlich, dass zahlreiche Frauen aus armen Verhältnissen nicht erscheinen werden, aus 'Zeitmangel', 'weil es nicht notwendig ist',... Man schließt zu Unrecht daraus, dass die in Armut lebenden Personen nicht kooperativ sind. Diese Frauen werden schlussendlich für Situationen verantwortlich gemacht, deren Opfer sie selber sind.

- **Jugendgesundheitspflege**

Sehr oft wird die Wichtigkeit der Schule als privilegierter Ort für die Förderung der Gesundheit unterschätzt und es fehlt hier an Mittel und an Personal.

Zum Erstellen einer dauerhaften Schulpolitik in Sachen Gesundheit ist es wichtig, dass die unterschiedlichen Partner im unmittelbaren Umfeld der Schule - d.h. die Zentren für Schülerbegleitung (CLB)³⁸, MST/PMS, Schule, Eltern, Wohlstands- und Präventionsdienststellen, lokale Netze,... - zu einer dauerhaften Schulgesundheitspolitik beitragen.

Die Vereinigungen stellen sich die Frage, ob das Erstellen von vorrangigen Gesundheitszonen³⁹ möglich ist. Ab Kindergarten wäre die Schulmedizin besonders aufmerksam für das Aufdecken von Krankheiten und die Förderung der Gesundheit, für das Korrigieren von Defiziten mit negativen Auswirkungen auf die Schulausbildung und für die Bewertung der erzielten positiven Resultate⁴⁰. Dies würde eine genaue Bewertung ermöglichen und eventuell im Falle von positiven Resultaten eine Erweiterung dieser Versuche bedeuten.

Eine Gesundheitspolitik für Jugendliche im weiten Sinne des Wortes muss gleichfalls auf diejenigen aufmerksam sein, die vom Schulsystem und Arbeitsmarkt ausgegrenzt sind. Mehr noch als andere brauchen diese Menschen Präventivfürsorge.

³⁶ Zum Beispiel wurde eine gewisse Anzahl Konsultationsstellen geschlossen. Um die Auswirkungen dieser Maßnahmen zu kennen, siehe 2.2.5.: Die mit der Kommunikation verbundenen Hindernisse

³⁷ Bezüglich Wichtigkeit der Kenntnisse: siehe Abschnitt 5 hier unten

³⁸ In der flämischen Gemeinschaft ersetzt das Centrum voor Leerlingenbegeleiding oder CLB das ehemalige PMS (psycho-medizinisches Sozialzentrum) und das MST (Schulmedizinisches Zentrum).

³⁹ Gemäß Vorbild der ZEP - zones d'éducation prioritaires (vorrangige Erziehungszonen) - in der französischen Gemeinschaft. In Flandern könnte dieses Präventionssystem integrierter gehandhabt werden durch das verstärkte Schülerbegleitprogramm. Siehe auch Kapitel 'Ausbildung' zu diesem Thema.

⁴⁰ Siehe das französische Experiment FAS – Fonds d'Action Santé, Fonds Gesundheitsaktion - ein Experiment in Nancy (Frankreich) zur Förderung des Zugangs zur Gesundheitspflege im Rahmen einer weiten Kooperation mit armen Familien. Debionne beschreibt dieses Projekt in *La santé passe par la dignité, l'engagement d'un médecin*, S.121 ff.

3.5. Eine Verantwortung für die Gesellschaft

Im Bereich der Gesundheit werden die größten Fortschritte durch die Verbesserung der Lebensbedingungen erreicht. "Damit die Prävention nicht ein Luxusartikel für die Reichen unserer Gesellschaft bleibt muss vorrangig in Bereichen wie Wohnungsbau, Umwelt, Teilnahme aller am sozialen Leben investiert werden. Um bei guter Gesundheit zu bleiben muss man Selbstvertrauen haben, sich nützlich fühlen und auf andere zählen können. Auch muss man sich entspannen können. Die 'medizinische' Prävention wie Erziehung zur Gesundheit, Aufdecken von Krankheiten ist armen Personen nur dann von Nutzen, wenn man ihnen die Mittel gibt, die Ratschläge in die Praxis umzusetzen und wenn sie Zugang zur Gesundheitspflege haben." (Projekt Gesundheit & Kultur Vierte Welt in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsobservation Brüssel; 2001: 75). "Die Gesellschaft, die Politik und der Dienstleistungssektoren müssen sich ihrer Verantwortung bewusst werden, eher als das einzelne Individuum", haben somit die Teilnehmer am Tag der Zusammenkunft und des Austausches gefordert, 'Um der sozialen Ungleichheit im Gesundheitsbereich ein Ende zu bereiten' vom 21. Oktober 2000 gefordert.⁴¹ Eine der Voraussetzungen für eine Präventivpolitik ist, den Menschen die Möglichkeit geben, ihren Selbstwert zu entdecken und das Anrecht darauf, 'sich wohl fühlen' zu dürfen.

Eine Präventivpolitik muss anerkannt und gefördert werden; sie sollte im Rahmen der Reorganisation des Gesundheitssektors durchgeführt werden, namentlich bei der Ausarbeitung von Gesundheitspflege der ersten Linie, in der der Hausarzt in Sachen Prävention eine dominante Rolle spielt. Die unterschiedlichen Unternehmer des Bereiches (institutionelle Präventionsdienststellen, Beschäftigte im Gesundheitsbereich, Krankenkassen, ÖSHZ, Sozialdienststellen der Krankenhäuser, lokale Netze,...) müssen sich beraten und ihre Aktionen koordinieren. Auch ist es wichtig, systematisch die sozialen Ungleichheiten aufzuzeichnen und zu überwachen⁴².

4. Die Ausbildung der Professionellen

Im Bereich der Gesundheitspflege werden zahlreiche Probleme durch die Tatsache aufgeworfen, dass zwischen dem Umfeld der in der Armut lebenden Person und dem des Leistungserbringers eine Kluft liegt. Maßnahmen im Bereich der Ausbildung der Beschäftigten des Gesundheitssektors können zur Überbrückung dieser Hindernisse beitragen.

Der Allgemeine Bericht über die Armut gibt deutliche Vorschläge zur Sammlung und zum Vertrieb von Bewertungen über gute Anwendungen im Bereich der Ausbildung (ABA, 1994:152). Diese Vorschläge wurden bis jetzt nicht befolgt. Warum? Höchstwahrscheinlich, weil diese Ausbildungen nicht als eine Priorität angesehen werden und nicht anreizen, sie zu organisieren und im Laufe der Zeit zu verbessern. Der Mangel an qualifizierten Ausbildern und die schwache Nutzung ihrer Kompetenzen sind gleichfalls Gründe dieser Immobilität.

⁴¹ Dieser Tag wurde auf Initiative des Projektes „Gesundheit und Kultur“ Vierte Welt organisiert, mit Unterstützung des Brüsseler Zentrums für Gesundheitsobservation des gemeinsamen gemeinschaftlichen Ausschusses.

⁴² Siehe weiter unten Abschnitt 5 : Kenntnisse und Bewertung.

Aus der Definition der Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation - dass heißt ein Zustand von körperlichem, geistigem und sozialem Wohlbefinden - geht hervor, dass man die Gesundheit globaler angehen sollte. Der Allgemeine Bericht über die Armut besagt, dass diese Auffassung in die Grundausbildung der Beschäftigten im Gesundheitsbereich integriert werden sollte. Gleichfalls sollten bessere Kenntnisse der Verhältnisse integriert werden, in denen die armen Personen leben, sowie deren Auswirkung auf den Gesundheitszustand.

Auch sollte der Platz der Sozialmedizin in Sachen Ausbildung der zukünftigen Ärzte überdacht werden. Pathologie wird ohne jeden sozialen Kontext studiert, was erklären könnte, warum die Ärzte Schwierigkeiten haben, Gesundheitsprobleme wie zum Beispiel Tuberkulose zu behandeln und vorzubeugen (eventuell wissen sie, welches Medikament zu verschreiben ist, haben aber keine Ahnung von den realen Zwängen, die mit einer derartigen Behandlung verbunden sind : wie mehrere Medikamente sechs Monate lang täglich einnehmen, wenn man keinen festen Wohnsitz hat?), oder auch Saturnismus oder CO-Vergiftungen,...

Schulschwierigkeiten von Kindern aus armen Familien werden sehr oft durch einen Mangel an Stimulation zuhause abgetan und natürlich spielt dieser Faktor eine große Rolle. Jedoch sollte mehr an die Verantwortung der Beschäftigten des Gesundheitssektors appelliert werden, alle ihnen zur Verfügung stehenden Register zu ziehen. Eisenmangel (der mehr als die Hälfte der Kinder aus Armenvierteln betrifft) und Bleivergiftung (betrifft ein Kind von 10 in den populären Vierteln von Brüssel) sind zwei Faktoren mit negativen Auswirkungen auf die neuromotorische und intellektuelle Entwicklung von Kindern (diese beiden Faktoren haben gleichfalls eine synergische Wirkung). Vielleicht ist es nicht der wesentlichste Faktor, der die Schulresultate beeinflusst, aber es ist einfach skandalös, dass derartige Probleme nicht von den Ärzten entdeckt und gelöst werden, und dies aus Mangel an Kenntnissen und Fähigkeiten für eine effiziente Intervention. Und somit verpasst man die Gelegenheit, dem Kind einen intellektuellen Defizit zu ersparen, und das für ein Kind, dessen Chancen auf Förderung schon ungleich ausfallen. Und wie viele Ärzte kennen diese 'Krankheit', die spezifisch für in Armut lebende Menschen ist und die man 'vorzeitiger Verschleiß' nennt? "Dieser vorzeitige Verschleiß (...) kennt keinerlei klare, stereotype Beschreibung wie andere Arten von Pathologien. Die Diagnose bleibt meistens vage und die erkrankte Person, der eine Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit nicht gewährt wird, muss mit Mindestbezüge leben oder ihr Überlebenseinkommen zusammenkratzen, so dass der Gesundheitszustand darunter leidet und sich weiterhin verschlechtert." (ABA, 1994: 123 ; siehe auch Teil 1 in diesem Kapitel).

Falls Professionelle des Gesundheitswesens sich mit der Förderung der allgemeinen Gesundheit befassen, dann müssen sie auch die notwendigen Kompetenzen hierzu erlangen. Es sollte überprüft werden, wie sie ihren Patienten zuhören und wie sie mit ihnen kommunizieren. Ihre Ausbildung sollte ihnen nicht alleine beibringen, sich auf verständliche, einfache und deutliche Weise auszudrücken, sondern auch wie man den Patienten besser unterstützt, respektiert und aufwertet. Eine globale Handhabung verlangt gleichfalls die Fähigkeit, mit Beschäftigten anderer Sektoren und Dienstleistungen zusammen arbeiten zu können. Für die Sozialassistenten, die in Zentren arbeiten, die sich in ärmlichen Vierteln befinden, ist die Zusammenarbeit in der Gruppe gleichfalls notwendig, um all den Problemen standhalten zu können, denen sie begegnen werden (Paes, 1999: 55-56).

Im Bereich der ständigen Weiterbildung bestehen schon unterschiedliche Versuche, von "denen einige leider nicht die Unterstützung der Forschung haben und deren Resultate nicht gesammelt werden" (ABA, 1994: 143). "Die 'technischen' Maßnahmen werden erst effizient, wenn sie gleichzeitig mit der Ausbildung der Dienstleister im Gesundheitsbereich und der Sozialarbeiter entwickelt werden, damit sie die Kompetenz erlangen, zu verstehen, was die Personen in ärmlichen Verhältnissen leben, dies zu berücksichtigen und einen positiven Dialog mit diesen Menschen aufzubauen"(ABA, 1994: 153).

In Sachen Ausbildung ist es gleichfalls sehr wichtig, Maßnahmen zu ergreifen, die den Ausgegrenztsten erlauben, sich zu äußern. "Zur Zeit erfüllt praktisch keine Dienststelle diese Aufgabe. Den Krankenkassen gelingt es auch nicht, die Interessen der sozial schwächsten Gruppen zu verteidigen"[♥]. Deshalb sollten Gruppenarbeiten mit sozial Minderbemittelten gefördert und unterstützt werden. (Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, 1998: 88-89).

Bezüglich Methode spricht der Allgemeine Bericht über die Armut sehr oft über die "gegenseitige Ausbildung". Im Bereich der Gesundheitspflege bezeichnet dieser Begriff eine Partnerschaft zwischen in Armut lebenden Personen und Gesundheitsdienstleistern - Partnerschaft, in der die betroffenen Unternehmen voneinander lernen, neue Haltungen erringen und ein besseres Verständnis der Situation aufbringen, und dies eben durch das Kreuzen der Kenntnisse (siehe Kapitel Dialog).

Es sollten interaktive Ausbildungsinstrumente entwickelt werden, die den (zukünftigen) Professionellen des Gesundheitsbereichs erlauben sich mit den Überlebensstrategien vertraut zu machen, die durch die in Armut lebenden Personen an den Tag gelegt werden. Das kann vor Ort selber geschehen, durch ein Praktikum mit Erfahrungsaustausch und Zeugnisausagen. Medizinstudenten könnten ein Praktikum in einer Sozialdienststelle eines Krankenhauses durchführen, wo sie mit den sozialen und administrativen Problemen konfrontiert würden, die von den Menschen erlebt werden, die in der Armut leben. Man kann sich ohne weiteres vorstellen, dass die Verantwortlichen der ÖSHZ Medizinstudenten die Probleme erklären, denen sie begegnen, und die Lösungen, die sie einsetzen; man kann sich auch vorstellen, dass Soziologen die Problematik der sozialen Vertretung in der Medizinfakultät lehren, in den Ausbildungszentren für Krankenpfleger... Diese Kurse müßten Erklärungen über das System des selbst Eintretenden Versicherungsträger und der Korrekturmechanismen umfassen.

Ein Beispiel einer neuen Handhabung der Berufsausbildung im Bereich der Gesundheitspflege ist die Reorganisation der Ausbildung 'Medizin und Zahnmedizin', die im akademischen Jahr 1999-2000 an der Universität Gent gestartet wurde. Die während der Ausbildung angesprochenen Hauptthemen sind: globale Handhabung der Gesundheit und Aufmerksamkeit für die Beziehung zwischen Gesellschaft und Gesundheit; Teamarbeit; Kommunikation mit dem Patienten,... Oktober 2000 hat die Ausbildungs- und Forschungseinheit 'Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg'^{♥♥} von der Universität Gent zusammen mit der Stadt und dem ÖSHZ von Gent ein Zentrum eröffnet, in dem die Ausbildung der Ärzte mit der Problematik der Gesundheitspflege in Armenvierteln verbunden wird.

[♥] Übersetzung aus dem Niederländischen

^{♥♥} Allgemeinmedizin und Gesundheitspflege der ersten Linie

Für die Ausbildung von Sozialassistenten und sozio-medizinischen Dienstleistern - insbesondere die von ONE - wurden Ausbildungspakete im Rahmen der 'Houtman Ausbildung' erstellt, die als Basis zur Ausbildung von Ausbildern dienen.⁴³

Die so wichtige Berufsausbildung wird alleine dann in Sachen Gesundheit Fortschritte vorweisen, wenn die Behörden klare Richtlinien zur Sache erlassen.

5. Kenntnis und Bewertung

5.1. Datensammlung und Bewertung der Politik : die Basis für eine gerechte Gesundheitspolitik

Der Allgemeine Bericht über die Armut bestätigt : "Eine Gesundheitspolitik für alle bedeutet für das gesamte Land gültige Kenntnis des gesamten Gesundheitszustands der unterschiedlichen sozialen Schichten und deren Möglichkeiten, Zugang zu Pflegeleistungen zu erhalten. Ein derartiges Wissen setzt die Ausarbeitung und die Nutzung von zuverlässigen Indikatoren voraus, die ausreichend feinfühlig und gut überdacht sind, um über die Situation der Personen und Familien zu berichten, die gewöhnlich von der Gesundheitspolitik vergessen werden." (ABA, 1994: 153). Die Auswertung muss langfristige und kurzfristige Ziele aufweisen. Es handelt sich hier nicht alleine um das Verhältnis Kosten - Vorteile, sondern auch um "Personen, die wahrhaftig von den Maßnahmen betroffen sind, von den Hindernissen und der Ausgrenzung vom Gesundheitsrecht" (Idem: 153). Eine derartige Auswertung sollte mit einem "Kalender und mit den notwendigen Mitteln versehen werden und alle Partner einbeziehen, einschließlich die Zusammenschlüsse, in denen die Ärmsten und die Sozialarbeiter vor Ort das Wort ergreifen." (Idem:153). Zur Zeit des Allgemeinen Berichts über die Armut konnte eine derartige verfeinerte Analyse noch nicht systematisch durchgeführt werden, die anhand von zuverlässigen Indikatoren die Realität der Ärmsten unserer Gesellschaft wiedergibt.

Die Wichtigkeit einer systematischen Datensammlung und einer Bewertung der Politik als Basis für eine gerechte Gesundheitspolitik wird gleichfalls im Bericht '*Armoede en gezondheid: de missing link*⁴⁴' unterstrichen. "Das Aufstellen und Fortschreiben von Berichten über die Auswirkungen der politischen Maßnahmen auf die Armut und die Gesundheit sollte eine Selbstverständlichkeit sein. Hierzu sollten auch die Kenntnisse der Ärmsten selber gehören, der Organisationen, die die Bevölkerungsgruppen in ärmlichen Situationen vertreten, sowie die Erfahrungen der Sozialarbeiter vor Ort." (Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, 1998: p.89). Die Behörden werden aufgefordert, die notwendigen Mittel zur Datensammlung und zur Bewertung der Politik freizumachen.

⁴³ Die 'Houtman Ausbildung' betrifft eine Ausbildung für Sozialassistenten und sozio-medizinischen Dienstleistern. Sie wurde durch den Fonds Houtman erstellt, die Bewegung ATD Vierte Welt, die Fakultäten Notre-Dame de la Paix in Namür und das Ausbildungszentrum für SozialarbeiterInnen von Mons. Das Ausbildungspaket des Ausbilders umfasst ein Büchlein mit den Erfahrungen, die während der Houtman Ausbildung des Vorjahres gemacht wurden, den Allgemeinen Bericht über die Armut, einige Schriften über Gesundheit und die Vierte Welt und eine Videoaufnahme. Um mehr über die Stiftung Houtman zu erfahren, siehe Allgemeiner Bericht über die Armut, 1994, S. 138.

▼ Armut und Gesundheit : das fehlende Glied

5.2. Entwicklung der Kenntnisse anschließend an den Allgemeinen Bericht über die Armut

Seit der Veröffentlichung des Allgemeinen Berichts über die Armut wurden in Sachen Datensammlung, Datenverwaltung und Informationsvertrieb, Qualitätsbewertung wichtige Initiativen ergriffen, und dies im Rahmen der Verbesserung der Gesundheitspolitik. 1997 wurde zum Beispiel eine wichtige Gesundheitsumfrage⁴⁴ auf nationaler Ebene durchgeführt. Die Zielsetzung lautete hier, in Sachen Gesundheit eine systematische und mehrdimensionale Bestandsaufnahme der sozial-wirtschaftlichen Differenzen zu machen. Informationssysteme sollten zu einem besseren Verständnis der Organisationen für die Gesundheitspflege und zum Aufzeichnen des Verhaltens der Dienstleistungserbringer im Gesundheitsbereich beitragen. Es handelt sich hier um zwei Datenbanken, die Datenbank MKD-MFD und Pharmanet⁴⁵.

Auch wurden auf anderen politischen Ebenen und in diversen Organismen Datenbanken und Gesundheitsindikatoren aufgestellt, um somit das Angebot in Sachen Gesundheit optimalisieren zu können. Bei der Ausarbeitung ihres Informationssystems (Ikaros) hat die Organisation 'Kind en Gezin' (Homonym von DKF) besondere Aufmerksamkeit den Personen gewidmet, die in der Armut leben. Das Informationssystem Ikaros registriert tatsächlich und ausführlich den objektiven Gesundheitszustand der ärmsten sozialen Klasse. Das System muss den Mitarbeitern ermöglichen, die angebotenen Dienstleistungen zu bewerten und anzupassen. Die Organisation ONE hat ihrerseits soziale Indikatoren in ihrer Datenbank eingebaut, auf die sich berufen wird, um die Qualität und die Zugänglichkeit der Dienstleistungen für Schwangerschaftsprävention zu bewerten.

Ende 1999 erschien der Bericht Peers: *Gesundheitspflege in Belgien : Herausforderungen und Chancen*. Dieser Bericht umfasst einige gut recherchierte Feststellungen bezüglich Problematik der sozialen Ungleichheit und deren Konsequenzen auf die Gesundheit und die Krankheit (siehe Abschnitt 1). Zur Bewertung der Zielsetzungen der laufend angewendeten Gesundheitspolitik - Zugänglichkeit, Humanität und Qualität - hat der Minister für soziale Angelegenheiten das wissenschaftliche Institut für Volksgesundheit (WIV) mit der Ausarbeitung einer Reihe von Indikatoren beauftragt, die eine regelmäßige Berichterstattung über die Verwirklichung der Zielsetzungen ermöglichen, und dies innerhalb kürzester Frist.

Seit der Veröffentlichung des Allgemeinen Berichts über die Armut ist eine unbestrittene Verbesserung zu verzeichnen: Zahlreiche Informationen sind schon verfügbar und dienen als Basis von Bewertungen und Initiativen, die getroffen wurden, die die sozialen Ungleichheiten sichtbarer machen, was die grundlegende Voraussetzung für deren Bekämpfung ist. Jedoch bleibt der Rückstand Belgiens im Vergleich zu den anrainenden Ländern wie Großbritannien und den Niederlanden in Sachen wissenschaftliche Untersuchungen in den Bereichen wie

⁴⁴ Diese Umfrage wurde durch das Wissenschaftliche Institut für Volksgesundheit Louis Pasteur durchgeführt. Die Resultate dieser Gesundheitsumfrage von 1997 können auf der Internet-Seite <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/index4.htm> eingesehen werden. Die folgende Umfrage wird in 2001 durchgeführt werden. Siehe Protokoll vom 29. März 2000 zwischen Föderalregierung und den unter Artikel 128, 130 und 135 des Grundgesetzes angegebenen Behörden in Sachen Organisation und Finanzierung einer Gesundheitsumfrage. (B.S. 29.08.2000).

⁴⁵ Die Datenbank MKD-MFD verbindet die Angaben über klinische Mindestangaben (KMA) mit den Angaben über Finanzmindestangaben (FMA) in Sachen Krankenhausaufnahme. Dies ermöglicht per Pathologie eine Übersicht über den Umfang und die Verteilung des medizinischen Konsums. Die Datenbank Pharmanet gibt eine ausführliche Übersicht über das Verhalten der Hausärzte in Sachen Atteste schreiben. Die Informationen über die verschriebenen Medikamente müßten in Verbindung mit den Eigenschaften der Patienten des betroffenen Hausarztes gebracht werden.

Armut und soziale Ungleichheit noch immer entmutigend. Außerdem verfügt Belgien nicht über eine seriöse Datenbank, die eine Bewertung der Differenz zwischen den armen Bevölkerungsschichten und der restlichen Bevölkerung in Sachen Gesundheit ermöglichen würde. Sehr wenige Umfragen befassen sich mit armen Menschen. Ihre spezifischen Eigenschaften werden nur zu wenig in der Gesundheitsumfrage berücksichtigt. Außerdem geht die Musterauswahl vom Nationalregister aus, wodurch Obdachlose und Papierlose schon nicht in Betracht gezogen werden... Anlässlich der Gesundheitsumfrage 2005, deren Vorbereitung in 2001 begonnen wurde, sollte gemäß Aussage des Ministers für Verbraucherschutz, Volksgesundheit und Umwelt ein Weg gefunden werden, der eine bessere Beschreibung und ein besseres Verständnis der bestehenden Verbindung zwischen Gesundheit und Armut ermöglicht.

Da die Ärmsten genau die Personen sind, die Schwierigkeiten auf administrativer Ebene begegnen, sollten die Statistiken der Krankenkassen und anderweitigen Organismen immer eine sehr hohe 'Dunkelziffer' berücksichtigen.

Bezüglich Bewertung ist es wichtig zu unterstreichen, dass eine Bewertung anhand von Ziffern wohl eine Idee der Lage widerspiegelt, jedoch sind diese Zahlen kein genaues Barometer. Deshalb sollten die unterschiedlichen Formen der Bewertung gleichfalls verstärkt berücksichtigt werden.

Die getroffenen Initiativen und deren Resultate sind weit verstreut, was die Definition einer effizienten Gesundheitspolitik noch erschwert. Auf Föderalebene sollte ein Forschungsorgan oder ein Gesundheitsobservatorium mit der Sammlung und Analyse der Daten bezüglich Problematik Armut-Gesundheit beauftragt werden.

5.3. Partnerschaft mit Armen

Im Kapitel 'Dialog' wird die Wichtigkeit der Kenntnisse in Sachen Partnerschaft mit Personen unterstrichen, die in Armut leben. Damit diese andere Art des Wissens, das heißt die Erfahrung der Personen, die in Armut leben, verfügbar wird, müssen die Daten auf zuverlässige Weise gesammelt und geordnet werden. Die Anwendung der Dialogmethode, wie sie im Allgemeinen Bericht über die Armut und dessen Fortschreibung entwickelt wurde, bietet in diesem Sinne eine Garantie (Berücksichtigung des Arbeitsrhythmus, zum Beispiel).

Eine Partnerschaft mit Gruppen, in denen arme Menschen vertreten sind, könnte zu einem besseren Verständnis der Wirklichkeit vor Ort führen. Auch könnten hierdurch realistischere Vorschläge formuliert werden, die den Menschen in Armut zu Fortschritten im Bereich Gesundheit verhelfen könnte.

Im Rahmen der Bewertung der Zugänglichkeit der Gesundheitspflege und der Verringerung der sozialen Ungleichheiten stehen die Vereinigungen kurz vor dem Angehen einer derartigen Partnerschaft. Die Interministerielle Konferenz für soziale Integration und Sozialwirtschaft hat gemeinsam mit dem Minister für soziale Angelegenheiten diese Bewertung der Erziehungs- und Untersuchungseinheit 'Huisartgeneeskund en Eerstlijnsgezondheidszorg'[♥] von der Universität Gent anvertraut.

[♥] Allgemeinmedizin und Gesundheitspflege der ersten Linie

In Sachen Bedingungen für eine Zusammenarbeit bei der Bewertung haben die **Partnervereinigungen**⁴⁶ bestätigt, dass sie sich durch regelmäßigen Kontakt mit den armen Personen ein großes Wissen und eine spezifische Expertise angeeignet haben. Jedoch verlangt die Formgebung dieses Wissens noch enorme Anstrengungen. Die Beteiligung der Ärmsten der Bevölkerung an der Bewertung zu ermöglichen, bedeutet ein wichtiger Schritt, der sehr viel Zeit bedarf. Gleichfalls müssen für diese Art von Zusammenarbeit spezielle Mittel vorgesehen werden.

Die Vereinigungen sind gleichfalls der Meinung, dass eine Bewertung mehr darstellen muss als eine Aufzählung von Hindernissen; sie muss gleichfalls Ansätze zum Überwinden dieser Hindernisse geben. Hierzu müssen die Erfolge bewertet und die Bedingungen analysiert werden, damit sie wiederholbar sind.

Bezüglich Perspektiven in Sachen Untersuchungen plädieren die Vereinigungen und der Dienst zur Bekämpfung der Armut für eine Bewertung, die von einer globalen Sicht der Gesundheit ausgeht und die Problematik der Beziehung zwischen Gesundheit und Armut angeht. Hier stellt sich die Frage, ob die Maßnahmen zur Vereinfachung des Zugangs zur Gesundheitspflege zur Verbesserung der Volksgesundheit beigetragen haben, insbesondere zu der der Ärmsten. Hier muss zwischen objektivem und subjektivem Gesundheitszustand unterschieden werden. Man schlägt vor, den objektiven Gesundheitszustand anhand von Indikatoren zu messen, von denen man weiß, dass sie mit der Armut zusammen hängen (Frühgeburten, schwaches Gewicht bei der Geburt,...)⁴⁷. Um den subjektiven Gesundheitszustand zu kennen, muss man die Worte der betroffenen Personen berücksichtigen, ob es sich nun um negative Bemerkungen oder um Vorschläge handelt. Es wurde unterstrichen, dass diese Bewertung gleichfalls die Personen betreffen muss, die noch nicht Anrecht auf eine Deckung durch eine Krankenkasse haben und diejenigen, die zwar das Recht haben, es jedoch nicht effektiv ausnutzen können.

Zwecks Definition und Verbesserung der Indikatoren allgemein kann auf das Projekt bezüglich Armutsindikatoren verwiesen werden, das die **Partnervereinigungen** gemeinsam mit der Dienststelle ausgearbeitet haben⁴⁸. Die Resultate dieser Untersuchung werden zwangsläufig die Auffassung beeinflussen, die man von Gesundheitsindikatoren hat.

⁴⁶ Im Juni 2000 haben die Partnervereinigungen und der Dienst zur Bekämpfung der Armut beim Minister für soziale Angelegenheiten ein Dokument hinterlegt, in dem sie ihre Prioritäten für diese Bewertung mitteilen, *„Bewertung Gesundheit“*. Gemeinsam durch die Partnervereinigungen des Allgemeinen Berichts über die Armut aufgestellter Text, mit der Unterstützung der Dienststelle für die Bekämpfung von Armut, Existenzunsicherheit und soziale Ausgrenzung. Zu Händen des Ministers für soziale Angelegenheiten, Frank Vandenbroucke, 22. Mai 2000‘.

⁴⁷ In Sachen Indikatoren, die den Gesundheitszustand objektiv bemessen, sollte zwischen denjenigen unterschieden werden, die die Maßnahmen für Zugang zur Gesundheitspflege und Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen berücksichtigen und denjenigen, die sie nicht berücksichtigen. Impfungsrate, korrekte Schwangerschaftsuntersuchungen, Sterblichkeitsrate für Tuberkulose sind Beispiele für Indikatoren, die mit dem Zugang zur Gesundheitspflege verbunden sind. Sie würden die Feststellung erlauben, ob die Zugänglichkeit zur Gesundheitspflege vereinfacht wurde oder nicht. Andere Indikatoren wie Frühgeburten, schwaches Gewicht bei der Geburt, Heimunfälle,... werden nur schwach durch die Zugänglichkeit zur Gesundheitspflege beeinflusst. Sie erlauben die Bewertung anderer Aspekte, wie Lebensumstände der schwangeren Frauen, Sicherheit im Haushalt,...

Bemerkung : Gleichfalls muss die Frist berücksichtigt werden, die zur Wahrnehmung der Veränderungen notwendig ist. Je länger die Frist zwischen Kausalfaktor und Gesundheitszustand, desto länger die Frist zwischen Intervention und Verbesserung der Indikatoren.

⁴⁸ Dieses Projekt wird ausführlich im Kapitel *„Indikatoren“* erläutert.

Bezüglich Partnerschaft mit Personen, die in Armut leben, fordern die Partnervereinigungen des Allgemeinen Berichts über die Armut die Behörden auf, die mit dem zukünftigen Gesundheitsobservatorium betraut sind, im Aufbau der Struktur einen Platz für die Partnervereinigungen vorzusehen. Diese Forderung beruht auf die Feststellung, dass die Vereinigungen über ein einmaliges Wissen verfügen - aus Erfahrung - und dass sie in diesem Sinne ein unumgängliches Instrument für ein System sind, das sich als soziales Alarmsignal versteht.

Anhang 1: Intervention des European Anti-Poverty Network (EAPN) während dem “European Symposium Healthcare Access for the Most Deprived People”, Paris, 16. Dezember 2000.

Bei der Zusammenkunft von UNIOPSS⁴⁹ in Paris, am 7. Oktober 2000 haben die Vertreter der europäischen Vereinigungen für die Bekämpfung der Armut die folgenden Resolutionen zu Händen der europäischen Obergkeiten und der der Mitgliedstaaten verabschiedet, und dies im Sinne der europäischen Konferenz für den Zugang zur Gesundheitspflege, die am 16. Dezember 2000 durch den französischen Vorsitz organisiert wird.

Die Vereinigungen für die Bekämpfung der Armut und der sozialen Ausgrenzung in Europa fordern :

- 1- Dass die europäische Charta der Grundrechte und die europäischen nationalen Gesetzgebungen das **Recht auf Gesundheitsschutz für alle** bestätigen und dass diese Bestätigung mit einer juristischen Kontrolle verbunden wird. Gleichfalls fordern sie die Bestätigung des **Rechts auf sozialen Schutz für alle Ansässigen**, auch für Nichteuropäer.
- 2- Dass auf **europäischer Ebene Richtlinien** zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitspflege **verabschiedet werden**, die allen Mitgliedstaaten auferlegt werden.
- 3- Dass in jedem Land ein **universelles System für Sozialschutz** öffentlichen Charakters ausgebaut wird.
- 4- Dass allen **Ansässigen, die in Verhältnissen unterhalb der Armutsgrenze** leben, vom Gesetz her in allen Ländern ein **kostenloser Zugang zu Qualitätsversorgung** garantiert wird.
- 5- Dass die Gesetzgebung aller Mitgliedstaaten den Zugang zu Qualitätsversorgung als eine **nationale Priorität** ausruft und die hierzu notwendigen Bedingungen zur praktischen Organisation vorsieht.
- 6- Dass der **nationale Aktionsplan gegen die Ausgrenzung**, für den alle Mitgliedstaaten sich engagiert haben, **verpflichtend ein Kapitel Gesundheit** umfasst mit Prioritäten für gewisse Zielgruppen.
- 7- Dass die Mitgliedstaaten sich zur **Förderung eines einzigen Systems der Gesundheitspflege** verpflichten, eines einzigen Systems für Zugang zur Gesundheitspflege und einer einzigen Rechtsprechung in Sachen Gesundheit.
- 8- Dass das **Recht aller auf Zugang zu allen ärztlichen Versorgung**en garantiert wird.
- 9- **Dass das Recht auf Zugang zur Gesundheitspflege nicht an die Staatsbürgerschaft gebunden ist.**
- 10- Dass die Mitgliedstaaten in ihrer Politik die **starke Verbindung zwischen soziale Integration und Gesundheitspflege** berücksichtigen.

⁴⁹ UNIOPSS: Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

- 11- **Dass die Mitgliedstaaten die NGO um einen periodischen Bericht** bezüglich ihre Feststellungen in Sachen Entwicklung des Zugangs zur Gesundheitspflege für minder bemittelte Personen in ihrem Land bitten. Hierbei gewähren die Staaten den NGO die notwendigen finanziellen Mittel zur Aufstellung dieser Berichte. Die Regierungen würden diese Unterlagen als offizielle Informationsquelle behandeln und im europäischen Parlament debattieren.
- 12- **Dass die Zielgruppen der Bevölkerung durch Vermittler der NGO unterstützt** werden und dass die öffentlichen Behörden diese Unterstützung finanzieren.
- 13- Dass die Mitgliedstaaten die **Teilnahme der Personen und Gemeinschaften** an der Politik und an den Aktionen für die Gesundheit in den Mittelpunkt ihres politischen Programms stellen und somit die Charta von OTTAWA anwenden.
- 14- Dass in Zusammenarbeit mit den NGO **die Ausbildung der Professionellen des Gesundheitssektors über die Kenntnisse der Armut und der Kultur(en) der Minderbemittelten** organisiert wird.
- 15- Dass Europa und die Mitgliedstaaten die Entwicklung **der Aktionen der NGO finanziell unterstützen** und somit soziale Ausgrenzung und Ausgrenzung aus dem Gesundheitssystem vorbeugen und dagegen ankämpfen.
- 16- Dass die Mitgliedstaaten sich um die **Humanisierung unseres Gesundheitssystems bemühen und insbesondere im Krankenhausbereich** und darüber wachen, dass die Rolle der Professionellen des Gesundheitswesens sich nicht auf die technische Ausführung von Gesten beschränkt, sondern eine menschliche Dimension des Begleitens umfasst, die unumgänglich, jedoch selten ist.
- 17- Dass die Verringerung der Ungleichheiten im Gesundheitsbereich eine der **Bedingungen zum Beitritt zur europäischen Union** ist und dass **alle hier oben angegebenen Forderungen gleichfalls in den Beitrittsländern** angewendet werden müssen.

Anhang 2:

Liste der Personen und Organisationen, die zu diesem Kapitel beigetragen haben, entweder durch Teilnahme an der Redaktion des vorbereitenden Arbeitsdokumentes der Dienststelle, oder durch ihre Auffassungen, die sie in der gemeinschaftlichen Bemerkung der Vereinigungen niedergeschrieben haben oder in der Bemerkung der Dienststelle in Bezug auf die Rolle der ÖSHZ. Die Endfassung des Textes unterliegt der alleinigen Verantwortung der Dienststelle für die Bekämpfung der Armut, der Existenzunsicherheit und der sozialen Ausgrenzung.

Wir danken :

Aelvoet Magda (Ministerin für Verbraucherschutz, Volksgesundheit und Umwelt)

Beka Paulette (Generaldirektorin a.i., Direction générale de l'action sociale et de la santé-
Ministère de la Région Wallonne)

Bruggeman Stef (Vereniging van Wijkgezondheidscentra)

CeLOPS (Centre Local d'Observation et de Promotion de la Santé):

Mouvement Ouvrier Chrétien (MOC) Namur, Service social des Cliniques
Universitaires UCL Mont-Godinne, Perspectives 2000 asbl, AIS Dinant/Philippeville,
CPAS de Hastière, Centre d'Action Interculturelle Province de Namur, Sesame asbl,
Centre de service social de Namur, CPAS de Namur, CORSADE, Direction de
l'Hygiène de la Région Wallonne, CPAS de Sambreville, Nouveau Saint-Servais-
Département formation, ADMR Annevoie, Collège des professions de santé

De Backer G. (Professor, Universität Gent (RUG)-Fac.Geneeskunde, Vakgroep
Maatschappelijke gezondheidskunde)

Degré Jean (Allgemeinmediziner)

De Spiegelaere Myriam (Wissenschaftliche Direktorin/Zentrum für Gesundheitsobservation
Brüssel-Hauptstadt)

Durant Isabelle (Vize-Premierministerin und Ministerin für Mobilität und Transport)

Frère Pascale (Direktorin, Observatoire de la Santé, Namur)

Galloo Patrick (Mediziner-Direktor/Nationalverband der sozialistischen Krankenkassen)

Gobert Dominique (Solidarités nouvelles Bruxelles)

Hoffman Axel (Fédération des maisons médicales)

Léonard Christian (Leiter des Untersuchungsdienstes Landesverband christliche
Krankenkassen)

Liebermann Patrick (Zentrum für Chancengleichheit und Bekämpfung der
Fremdenfeindlichkeit)

Lorant Vincent (Professor, Université Catholique de Louvain (UCL)-Fac.de Médecine, Ecole
de Santé Publique)

Messiaen Geert (Generalsekretär/Landesverband freie Krankenkassen)

Michel Louis (Vize-Erstminister und Minister für ausländische Angelegenheiten)

Onkelinx Laurette (Vize-Erstministerin und Minister für Beschäftigung)

Pecceu, Annie (Gynäkologin, A.Z. St. Jozef, Turnhout)

Peersman Wim (Assistent, Universität Gent (RUG)-Fac.Politieke en Sociale Wetenschappen,
Vakgroep Bevolkingswetenschappen en Sociaal-Wetenschappelijke Methodologie)

Roelandt Micheline (Psychiater-Psychotherapeut)

Vandamme Gino (Mediziner/Wijkgezondheidscentrum Brugse Poort/Gent)

Van Kerschaver E.(Wetenschappelijk adviseur-arts/Kind en Gezin)

Van Royen Paul (Professor, Universität Antwerpen (UA), Centrum voor Huisartsgeneeskunde)

Van Winckel Hilde (Mitarbeiterin Untersuchungsdienst Landbund christliche Krankenkassen)
Verhofstadt Guy (Erstminister)
Versailles Philippe (Rechtsanwalt, Forscher am Zentrum für Grundrechte und soziale
Verbindungen von FUNDP)
Vincent Anne (Ärzte ohne Grenzen)
Willame Elise (Allgemeine Direktorin/ Verwaltung Sozialsicherheit - Gesundheitspflege und
Bezüge / Ministerium für soziale Angelegenheiten, Volksgesundheit und
Lebensmilieu)
Wittevrongel Linda (Koordinatorin Wijkgezondheidscentrum Botermarkt/Gent)

Wir bitten um Nachsicht, falls die Namen von Personen oder Organisationen vergessen wurden, die zu diesem Dokument beigetragen haben.

Bibliografie

- Algemeen Verslag over de Armoede* (1994), ATD Vierde Wereld en Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten (Afdeling Maatschappelijk Welzijn), Koning Boudewijnstichting, Brussel.
- Association pour une dentisterie sociale, Loiseau P.-Y. (2000), « Dire que c'est la pléthore » in : *Le Soir*, 15. November
- Bossuyt N. (2000), *Gezondheidsverwachting volgens socio-economische gradiënt in België*. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – Louis Pasteur, Brussel.
- Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (1999), *Rapport des organisations non gouvernementales* destiné au Comité des droits de l'enfant, Bruxelles.
- Debionne F.-P. (2000), *La santé passe par la dignité. L'engagement d'un médecin*. Les Editions de l'Atelier/Editions Ouvrières, Les Editions Quart Monde, Paris.
- Deschamps J.P. (1997), *Tous acteurs de la santé - Réflexions*, n°115, März 1997.
- Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones (1998), « Le financement des soins de santé primaires au FORFAIT. Il est arrivé près de chez vous » in : *Santé conjuguee*, Januar, Nr. 3.
- Gosselain Y., Laperche, J. et Prevost, M. (1999), « Les obstacles à la prévention en médecine générale: les connaître pour les dépasser », in : *Santé-Conjuguee*, N°10, Oktober, S. 42-45.
- Hendrick P. (1995), "ATD Vierde Wereld en de gezondheidsproblemen van haar leden", in: Louckx, F., *De gevelarchitectuur van de welvaartsstaat*. VUB Press, Brussel, S. 161-171.
- Hendrick P. (1998), « Beitrag zum Arbeitsdokument, das durch die Einheit Armut des Zentrums für Chancengleichheit vorbereitet wurde », in : *Bewertung der Maßnahmen, die infolge des Allgemeinen Berichts über die Armut im Gesundheitssektor genommen wurden*, unveröffentlichtes Dokument
- Hendrick P. (2001), in: De Standaard, 23. Januar 2001.
- Hennion W. en Van den Broucke S. (1999), *Toepassingsmogelijkheden van empowerment in functie van gezondheidsbevordering bij mensen in kansarme situaties*. Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, Brussel.
- Hoffman A. (1998), « Beitrag zum Arbeitsdokument, das durch die Einheit Armut des Zentrums für Chancengleichheit vorbereitet wurde », in : *Bewertung der Maßnahmen, die infolge des Allgemeinen Berichts über die Armut im Gesundheitssektor genommen wurden*, unveröffentlichtes Dokument

- Julémont G. (2000), « Soins de santé : de l'assurance sociale obligatoire à la couverture sociale généralisée », in : *Le Ligueur* N°19 vom 10. Mai.
- Kind en Gezin (2000), *Jaarverslag 1999*. Kind & Gezin, Brüssel.
- Louckx F. und Wanseele C. (1998), *De eerste lijn in beweging*. VUB Press, Brüssel.
- Mackenbach J.P., Stronks K., Kunst A.E. (1989), « The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention », in : *Soc Sci Med*, Vol 29 N°3, S. 369-376.
- Martin P. (1999), *Accessibilité et report de soins de santé : outils et analyses*. Etude réalisée auprès des affiliés des Mutualités socialistes en collaboration avec les Centres de Service social des mutualités, Bruxelles.
- Médecins sans frontières, Pharmaciens sans frontières (1999), *Accès aux soins, Bilan 1998, Bruxelles-Anvers-Liège-Verviers*, Bruxelles.
- Médecins sans frontières, Pharmaciens sans frontières (2000), *Accès aux soins, Bilan 1999, Bruxelles-Anvers-Verviers-Liège*, Bruxelles.
- Medisch Steunpunt zonder Papieren (2000). *Jaarverslag 1999*. Brussel
- Observatoire du crédit et de l'endettement (1999), *Accès aux soins de santé et difficultés de paiement*, Fiche thématique d'analyse économique n°18, Charleroi.
- Paes M. (1999), *Zorg op maat. Over de positie en rol van gezondheidscentra in achterstandswijken*. Landelijk Centrum voor Opbouwwerk, Zwolle.
- Peers J. (1999), *Gesundheitspflege in Belgien, Herausforderungen und Möglichkeiten*. <http://minsoc.fgov.be/press-releases/nl/peers/peers.htm>
- Peersman, W. en Vuylsteek, K. (1998), "Sociale ongelijkheid en preventieve gezondheidszorg", in: Vlaams Preventiecongres, *Preventieve Gezondheidszorg*. Kluwer, Diegem, S. 691-696.
- Projekt Gesundheit & Kultur Vierte Welt in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Gesundheitsobservation Brüssel (2001), *Um den sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich ein Ende zu bereiten. Niederschrift des Tag des Treffens am 21. Oktober 2000*, Brüssel.
- Renaud M. et Bouchard L. (1995), *Inégalités, Santé, Exclusion*. Prévenir, cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, Paris, n°28, premier semestre.
- Rey J.P. (1994), *Critique du ticket modérateur en assurance-maladie*, Doktorthese in Sozialsicherheitsrecht, Bordeaux.

- Rocard M. (2000), *Bericht über die Zusatzkrankenversicherung*, Europäisches Parlament, EP 286.239/DEF
<http://www2.europarleu.int>
- Roelandt M. (1998), « Beitrag zum Arbeitsdokument, das durch die Einheit Armut des Zentrums für Chancengleichheit vorbereitet wurde », in : *Bewertung der Maßnahmen, die infolge des Allgemeinen Berichts über die Armut im Gesundheitssektor genommen wurden*, unveröffentlichtes Dokument
- Dienststelle für die Bekämpfung der Armut, Existenzunsicherheit und soziale Ausgrenzung (2000), *Die Rolle der ÖSHZ im Gesundheitsschutz und insbesondere im Zugang zur Gesundheitspflege*, unveröffentlichtes Dokument.
- Swinnen W. en De Maeseneer J. (1997), “*Vertel mij over de armoede...*”: een explorerend kwalitatief onderzoek bij huisartsen in Gent. Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Gent.
- Vandenbroucke F. (1999), “Projekt Allgemeinbudget für das Haushaltsjahr 2000. Bemerkung zur Allgemeinpolitik durch das Ministerium für soziale Angelegenheiten, Volksgesundheit und Lebensmilieu” in: *Belgische Kammer der Volksvertretung*, 23. November, (0198/017).
- Vereniging van Wijkgezondheidscentra (1999), *Kansarmoede en gezondheidspromotie. Een visie vanuit de wijkgezondheidscentra*. VWGC, Brussel.
- Vlaams Parlement (1999), *Voorstel van decreet van de heer Guy Swinnen houdende sociale ongelijkheid in het preventieve gezondheidsbeleid*. 29 oktober 1999, Stuk 87 (1999-2000) - Nr.1.
- Vooruitgangsrapport. Uitvoering van het Algemeen Verslag over de Armoede* (2000). Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, cel Armoede.
- Vos J. (1999), Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten, een coproductie met de Vlaamse Gemeenschap, *Meerjarenplanning voor het OCMW, een praktische gids*, Politeia, Gent.
- Vranken, J., Geldof, D., Van Menxel, G.,(1999) *Armoede en Sociale uitsluiting. Jaarboek 1999*. Acco, Leuven.
- Wauters I. (1998), Brusselse CLB's werken aan een duurzaam schoolgezondheidsbeleid, in: *Informatieblad VWVJ*, jrg.15, nr.2, december.
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – Louis Pasteur (2000), *De gezondheid in België, zijn gemeenschappen en zijn gewesten. Resultaten van de Gezondheidsenquête door middel van interview, 1997*, Brussel.
<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/index4.htm>
- Wijkgezondheidscentrum Botermarkt (1998), *Armoede en gezondheid: de missing link*. Gent.