

Klassenmedizin

Bernd Kalvelage

Klassenmedizin

Plädoyer für eine soziale Reformation der Heilkunst

 Springer

Dr. med. Bernd Kalvelage
Hamburg
Deutschland drmedbkalvelage@aol.com

ISBN 978-3-642-54748-5
DOI 10.1007/978-3-642-54749-2

ISBN 978-3-642-54749-2 (eBook)

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

SpringerMedizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

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

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg
Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg
Lektorat: Dr. Brigitte Dahmen-Roscher, Hamburg
Projektkoordination: Eva Schoeler, Heidelberg
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: ©Tony Baggett/Fotolia.com
Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Widmung

Wenn ich daher alle unsere Staaten, die heute irgendwo in Blüte stehen, im Geiste betrachte, und darüber nachsinne, so stoße ich auf nichts anderes, so wahr mir Gott helfe, als auf eine Art Verschwörung der Reichen, die den Namen und Rechtstitel des Staates missbrauchen, um für ihren eigenen Vorteil zu sorgen. Sie sinnen und hecken sich alle möglichen Methoden und Kunstgriffe aus, zunächst um ihren Besitz, den sie mit verwerflichen Mitteln zusammengerafft haben, ohne Verlustgefahr festzuhalten, sodann um die Mühe und Arbeit der Armen so billig als möglich sich zu erkaufen und zu missbrauchen. Haben die Reichen erst einmal im Namen des Staates, das heißt also auch der Armen, den Beschluss gefasst, ihre Machenschaften durchzuführen, so erhalten diese sogleich Gesetzeskraft. Aber selbst wenn diese abscheulichen Menschen in ihrer unbegreiflichen Gier alle Güter des Lebens, die für alle gereicht hätten, unter sich aufgeteilt haben – wie weit sind sie dennoch entfernt von dem glücklichen Zustand des utopischen Staates! Welche Last von Verdrießlichkeiten ist in diesem Staate abgeschüttelt, welche gewaltige Saat von Verbrechen mit der Wurzel ausgerottet, seit dort mit dem Gebrauch des Geldes zugleich die Geldgier gänzlich beseitigt ist! Denn wer sieht nicht, dass Betrug Diebstahl, Raub, Streit, Aufruhr, Zank, Aufstand, Mord, Verrat und Giftmischerei, jetzt durch tägliche Bestrafungen mehr nur geahndet als eingedämmt, mit der Beseitigung des Geldes alle zusammen absterben müssen und dass überdies auch Furcht, Kummer, Sorgen, Plagen und Nachtwachen in demselben Augenblick wie das Geld verschwinden müssten? Ja, selbst die Armut, deren einziges Übel doch im Geldmangel zu liegen scheint, würde sogleich abnehmen, wenn man das Geld künftig überhaupt beseitigte.

Thomas Morus (1516) »Utopia«

Die traurige Wissenschaft, aus der ich meinem Freunde einiges darbiete, bezieht sich auf einen Bereich, der für undenkliche Zeiten als der eigentliche der Philosophie galt, seit deren Verwandlung in Methode aber der intellektuellen Nichtachtung, der sententiösen Willkür und am Ende der Vergessenheit verfiel: die Lehre vom richtigen Leben. Was einmal den Philosophen Leben hieß, ist zur Sphäre des Privaten und dann bloß noch des Konsums geworden, die als Anhang des materiellen Produktionsprozesses, ohne Autonomie und ohne eigene Substanz mitgeschleift wird. Wer die Wahrheit übers unmittelbare Leben erfahren will, muss dessen entfremdeter Gestalt nachforschen, den objektiven Mächten, die die individuelle Existenz bis ins Verborgenste bestimmen.

Theodor W. Adorno (1951) »Minima Moralia – Reflexionen aus dem beschädigten Leben«

Vorwort

Wissenschaft und Statistik ist die eine, die Lebenswirklichkeit kranker Menschen die andere Seite der Medizin. So sterben Menschen statistisch früher, erkranken statistisch häufiger und haben statistisch schlechtere Chancen zu genesen, wenn sie der sog. Unterschicht der Gesellschaft angehören.

Wenn Margaret Thatchers Credo stimmt: »There is no such thing as society!«, müssten die Zahlen der Statistiken uns nicht beunruhigen. Such is life! Allen, die (eine konfliktfähige und solidarische) Gesellschaft wollen oder zumindest als erstrebenswerte Utopie ansehen, möchte ich zumuten, das Sterben dieser Menschen, ihren Krankheitsverlauf und ihre Chancenlosigkeit in zahlreichen Fällen kennenzulernen. Such is real life! Der selektierende Einfluss der Schicht- oder Klassenzugehörigkeit auf das Krankwerden und Kranksein lässt sich anschaulich machen. Es ist eine Sicht auf Medizin und Gesellschaft von unten, die ich Klassenmedizin nenne.

Aus dieser Perspektive besteht nicht nur ein dringender Handlungsbedarf, es eröffnen sich auch sehr fruchtbare (Be-)Handlungsmöglichkeiten. Von TINA (There is no alternative!) zu TASA (There are several alternatives!) bedarf es also nur einer Blickwendung.

Um für dieses Buch die Funktion als Lehrbuch zu wahren und aus didaktischen Gründen liest sich vieles vielleicht wie geschönt oder dramatisiert, zu abgerundet und erfolgreich und als zu kritisch umspringend mit anderen, vor allem mit den ärztlichen Kollegen.

Für den nicht völlig vermeidbaren Eindruck des Besserwissers möchte ich mich an dieser Stelle entschuldigen. Ich versichere den Lesern, dass dieser Eindruck auch wegen der Anhäufung von ausgewählten Kasuistiken entstehen musste. Mein ärztlicher Alltag und der meiner Praxispartnerin Heide Lueb unterschieden sich nicht wesentlich von dem unserer Kollegen. Manche Kritik und viele Ideen wurden in Arbeitsgruppen, Qualitätszirkeln und anderen Initiativen (nicht nur) mit anderen Ärzten diskutiert, und ich habe hier die Ergebnisse zusammengefasst und ausformuliert. Dabei waren die Ideen, Konzepte und die Debatten mit den Kollegen des »Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte« sehr hilfreich.

Trotz aller mitschwingenden Gefühle ist dies kein weiteres »Wut-Buch«, keine klammheimliche Abrechnung mit ungeliebten Gegenspielern oder Vorgesetzten der Vergangenheit. In den mit ihnen geführten Auseinandersetzungen waren meine hier dargelegten Positionen immer deutlich erkennbar. Ich habe mich bemüht, verletzende Kritik zu vermeiden, den Bezug zu kritisierten Personen so zu anonymisieren wie den zu einzelnen Fallbeispielen. Die niedergeschriebene Kritik habe ich gewöhnlich in einem persönlichen Gespräch offen angesprochen, sie in den verschiedensten Gremien und Institutionen eingebracht und, wenn es erforderlich war, sie auch öffentlich gemacht, als Student ebenso wie als Arzt, im Krankenhaus und in der Universitätsklinik und später in der Praxis und in der Ärztekammer.

Bernd Kalvelage

Hamburg und Den Haag im Frühjahr 2014

Curriculum vitae:

Dr. med. Bernd Kalvelage, geboren 18.7.1949 in Halle/Saale

1968–1974 Medizinstudium in Köln, Staatsexamen, Promotion (Max Planck Institut für Hirnforschung, Prof. K.J. Zülch)

1974–1977 Anästhesie, Intensivmedizin in Köln-Hohenlind

1977–1979 DFG-Forschungsstipendium, Molekularbiologie Hamburg

1979–1986 Facharzt Ausbildung, I. Medizinische Klinik, UKE, Hamburg, psychoanalytische Selbsterfahrung, Gesprächspsychotherapie-Ausbildung, Mitorganisator des Gesundheitstags Hamburg 1981

1986–2012 fachärztliche Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin/Diabetologie in Hamburg-Wilhelmsburg. Schwerpunkte: fachinternistische Diagnostik und Therapie, Diabetes-Schulungen, spezielle Versorgungsaspekte im sozialen Brennpunkt, Migranten-Medizin, Versorgung von Flüchtlingen und Menschen »ohne Papiere« in Kooperation mit dem Medibüro Hamburg

1982–1994 Delegierter der »Hamburger Ärzteopposition« in der Ärztekammer Hamburg, Gründungsmitglied des »Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte«

2002 Gründungsvorsitzender der »Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten in der Deutschen Diabetesgesellschaft«

Zahlreiche Zeitschriften- und Buchbeiträge. 2013: »Behandlung von Migrantinnen und Migranten mit Diabetes« zusammen mit C. Kofahl in »Psychodiabetologie« Springer

Danksagung

Dieses Buch entstand durch den langjährigen, dankenswerten Austausch mit meinen Kolleginnen und Kollegen in Wilhelmsburg und als Reflex auf eigene Fehler und vorurteilsvolle Irrwege. Der Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen des Instituts für Allgemeinmedizin und des Instituts für Medizinische Soziologie des Universitätskrankenhauses Hamburg Eppendorf verdanke ich neben der Lehrtätigkeit dort viele anregende Diskussionen in gemeinsamen Projekten. Ich möchte vor allem Frau Claudia Mews, Herrn Christopher Kofahl und Herrn Niels-Jens Albrecht danken.

Ihr Mitstreiter im Medibüro Hamburg wisst, dass ihr für mich immer Hilfe, Vorbild und Ansporn wart, im Spagat von »Kranksein ohne Recht aufs Dasein« eine verlässliche, menschenwürdige medizinische Versorgung für Menschen »ohne Papiere« zu improvisieren.

Ich bedanke mich außerdem bei meinen Mitarbeiterinnen der letzten 30 Jahre in der Praxis, es gab gute und schlechte Zeiten, und wir alle, die Patienten, sie, meine Kollegin und ich haben uns am wohlsten gefühlt, wenn der Teamgeist stimmte. Das war glücklicherweise meist der Fall. Tanja Trawka, Betina Draesener, Tanja Schallenberg, Derya Erdogan, Claudia Hoffmocker, Carmen Schaudin, Cennet Kösmesz: Ihr habt einen großen Anteil an dem, was hier beschrieben wird. Klassenmedizin war unser gemeinsamer Arbeitsalltag – wir haben es so allerdings nie genannt –, und ohne Euch und Euren liebevollen und kompetenten Einsatz wäre ich manches Mal verzagt gewesen.

Mein Dank gilt ganz besonders meinen Patienten für ihren oft zwangsläufig blinden Vertrauensvorschuss und ihre Treue und Dankbarkeit, die mir immer wieder Kraft gegeben haben. Ich verdanke ihnen die hier zusammengetragenen Erkenntnisse. Medizin ist eine Erfahrungswissenschaft. Wir können nur aus Kasuistiken lernen. Meine Patienten brachten die Farbe in mein Arbeitsleben und unterschiedliche, mir oft genug fremde soziale Erfahrungen mit, die mich beeindruckten. Ich werde ihren Mut, ihre Beharrlichkeit und ihre – mich oft sehr bewegenden – Geschichten und Schicksale niemals vergessen

Drei Kolleginnen des Springer-Verlags waren kompetente Geburtshelferinnen dieses Buchs. Ich danke Frau Renate Scheddin für ihre Unterstützung und die mutige Entscheidung, ein solches Buch mit diesem provokativen Titel und dem kritischen Inhalt herauszugeben. Frau Renate Schulz danke ich für das ausgezeichnete Projektmanagement; Frau Brigitte Dahmen-Roscher hat als Lektorin mein Manuskript sensibel bearbeitet und professionell druckreif gemacht.

Lijntje A. Brouwers dank ik voor haar interesse aan dit boek en de creative tijd in haar mooie en gastvriendelijke huis in de Vogelwijk aan de zee.

Elizabeth H. Brouwers! Dir danke ich für deine wunderbare, kreative, einfühlsame, für mich immer vorbildliche Mitarbeit in der Praxis. Viele Deiner Ideen und Deine Erfahrung mit Patienten sind in dieses Buch und in die Kasuistiken eingegangen. Ich habe immer profitiert von Deiner Sicht der Dinge, Deiner Erfahrung und von Dir als ausgebildete Intensiv- und Psychiatrie-Krankenschwester, als Managerin von Praxis und Personal, als Therapeutin in vielen Sitzungen von Entspannungstraining mit Patientengruppen, als Diabetesberaterin,

als Nordic-walking-Trainerin, als kritische Diskutantin, Rechercheurin für dieses Buch und heimliche Koautorin (als die Du nicht erscheinen wolltest), als Geliebte seit über 40 Jahren und – in Deinem schwersten Job – als meine Ehefrau. Ich wollte für Dich immer ein besserer Mensch sein und habe besonders von Dir – mehr als an der Universität – gelernt, wie ein guter Arzt sein sollte, und dass die Verwirklichung der Güte Teamwork ist. Dies ist auch Dein Werk. Danke!

Inhaltsverzeichnis

1	Minima utopia	1
1.1	Freiheit, Gleichheit ...(?)	2
1.1.1	Zur Verwendung des Begriffs »Unterschicht«	2
1.1.2	Zum Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko von Unterschichtpatienten	2
1.1.3	Erhöhtes Risiko bei Männern	4
1.1.4	Gesundheit und sozialer Status (Mielck 2013)	4
1.1.5	Ausblick	5
1.2	Ohne Ansehen der Person?	5
1.2.1	Individuelle Medizin	5
1.2.2	»Erfahrung der Selbstwirksamkeit«	6
1.2.3	Herausforderungen an den Arzt	9
1.3	»Lehre der Klassenmedizin«	9
1.3.1	Armut und Perspektivlosigkeit	9
1.3.2	Anforderungen an die soziale Kompetenz	16
1.4	Wilhelmsburg	19
	Literatur	20
2	Vorsicht Arzt!	23
2.1	Gebrauchsanweisung für den Arzt	24
2.2	Der Patient als Kunde	24
2.3	Gesundheit ist doch keine Ware!	26
2.4	Ende des Halbgotts in Weiß?	27
2.4.1	Rollenwandel auf dem Gesundheitsmarkt	27
2.4.2	Der Arzt als Verkäufer – Absage an den Berufsstand?	28
2.5	Der »gute Arzt«	29
2.6	Was zeichnet einen guten Arzt aus?	31
2.6.1	Wunsch und Realität	31
2.6.2	Dörners »kategorischer Imperativ«	33
2.6.3	»Arzt vom Letzten her«	34
2.6.4	Ausblicke	35
2.7	Der Arzt als Patient	35
2.7.1	Der kranke Arzt – ein Tabu	35
2.7.2	In eigener Sache	36
2.8	Exkurs: Krankheit als Buße?	38
	Literatur	40
3	Arzt werden und Mensch bleiben	41
3.1	Zur Einführung	42
3.2	Krankheit	43
3.3	Tod	44
3.4	Angst	45
3.4.1	Angst als ständige Begleiterin	45
3.4.2	Umgang mit der Angst	46
3.4.3	»Institutionalisierte« Angst	47

3.5	Lachen	47
3.6	Kleine Wahrnehmungskunde	48
3.6.1	Lernziel 1: Die Sinne denken mit	48
3.6.2	Lernziel 2: Man nimmt nur wahr, was man fühlt	49
3.6.3	Lernziel 3: Man sieht nur, wo man hinguckt	49
3.6.4	Lernziel 4: Man sieht nur, was gezeigt wird	49
3.6.5	Lernziel 5: Man sieht nur, was man weiß	49
3.7	Wünsche für die Zukunft!	50
	Literatur	50
4	Preis, Wert und Würde	51
4.1	Anspruchsdenken?	53
4.1.1	Das Gesundheitssystem als Selbstbedienungsladen?	53
4.1.2	Die Unterschicht-Wirklichkeit	54
4.2	Nichtinanspruchnahme	56
4.3	Der Patient bekommt die Quittung	57
4.4	Chancengleichheit	58
4.4.1	»Anspruch« und Wirklichkeit	58
4.4.2	Aspekte der Informationsvermittlung und Schulung	59
4.5	Incompliance: Der »ungehorsame« Patient	63
4.6	Der Kampf gegen die Dicken	67
4.7	Menschenwürde	69
4.8	Klass(enmedizin)ische Fragen	71
4.8.1	Anliegen des Patienten (Auftragsklärung)?	72
4.8.2	Eingangsworte des Patienten?	72
4.8.3	Welches »Vor-Urteil« löst der Patient aus?	72
4.8.4	»Welche Beschwerden haben Sie noch?«	73
4.8.5	»Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache?«	73
4.8.6	Wie aufnahmefähig bin ich gerade?	73
4.8.7	»Was ist bisher geschehen?«	73
4.8.8	Tatsächliche Medikamenteneinnahme?	74
4.8.9	»Sind Sie denn damit arbeitsfähig?«	74
4.8.10	Ressourcen des Patienten?	75
4.9	Arzt und Geld	75
4.9.1	Ärztliches Einkommen	76
4.9.2	Sinn und Unsinn von Honorarregelungen	77
4.10	Zweikassenmedizin	79
4.11	Ärzte und Streik	81
4.11.1	Streik gegen wen?	81
4.11.2	Streik wofür?	82
4.11.3	Wofür steht der Streik?	82
	Literatur	83
5	Hierarchie: Das Sakrament der heiligen Herrschaft	85
5.1	Vom Unten und Oben in der Medizin. Oder: Ordnung muss sein!	86
5.2	Vom Armenasyl zum kranken Haus	87
5.3	Das moderne Krankenhaus	88
5.3.1	Status quo	88

5.3.2	Zu den Zielsetzungen einer demokratischen Medizin.....	89
5.4	Soziologie des Krankenhauses	89
5.5	Rolle der Ärzte	91
5.5.1	Ärzte in der Hierarchie.....	91
5.5.2	Wer »prüft« den Chefarzt?	91
5.5.3	Umgang mit Fehlern	92
5.5.4	Qualitätskontrolle	93
5.6	Das Primat der Ökonomie	93
5.6.1	Operieren als Geschäft.....	93
5.6.2	Unterlassung aus Kostengründen	94
5.6.3	Gibt es Kontrollmöglichkeiten?.....	95
5.6.4	Die Macht der Verwaltungen.....	96
5.7	Der Patient als Letzter	97
5.8	Von Macht und Wertschöpfung zu Wertschätzung und Moral	101
5.9	Fazit	102
	Literatur	103
6	Aesculap und andere Ausländer	105
6.1	Ausländerprobleme?	107
6.1.1	Soziale Determinanten	107
6.1.2	Diskriminierung.....	108
6.1.3	Politische Aspekte.....	110
6.1.4	Mediziner als Handlanger.....	111
6.2	Abgeschoben	113
6.3	Kranksein ohne Recht aufs Dasein	115
6.4	Migration als menschliche Seite der Globalisierung	117
6.4.1	Praktische Schwierigkeiten	117
6.4.2	Einfluss kultureller Faktoren.....	117
6.5	Gruppe der Roma	119
6.5.1	»Soziale« Gegebenheiten	119
6.5.2	Sinti und Roma oder doch Zigeuner?	120
6.5.3	Bleibende Herausforderung.....	121
6.6	Überwindung »sozialer Taubstummheit«	123
6.6.1	Probleme der Diagnostik	123
6.6.2	Dolmetschen in der Praxis	123
6.6.3	Dolmetschende Angehörige	123
6.6.4	Erfahrungen und Empfehlungen	124
6.6.5	»Leichte Sprache«	126
6.7	Die Schamswelle	127
6.8	»Gute deutsche Medizin« und die »Compliance-Falle«	128
6.8.1	Missverständnisse und Widerstände	128
6.8.2	Compliance-Fallen	129
6.8.3	»Für alles gibt es eine Medizin«.....	130
6.9	Arbeitsmedizin	131
6.9.1	Arbeitsplatzbedingte Gesundheitsstörungen	131
6.9.2	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.....	133
6.9.3	Notwendige Differenzialdiagnostik.....	133

6.10	»Health beliefs«	134
6.10.1	Erfassen der subjektiven Krankheitstheorie	134
6.10.2	Vorschläge zum Umgang	135
6.11	Placebo	136
6.12	Schulung und Empowerment	136
6.12.1	Hilfe zur Selbsthilfe	136
6.12.2	Problemlösungen in der Diabetesschulung	137
6.13	Migrantenversorgung als Testfall	139
6.14	Empfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft für die Diabetesbehandlung von Migranten	140
6.14.1	Präambel	140
6.14.2	Empfehlungen	141
	Literatur	147
7	Chronifizierung und die Folgen	149
7.1	Definition	151
7.2	Chronifiziertes Leben	151
7.2.1	Auf Hausbesuch	151
7.2.2	Umgang mit Armut	152
7.3	»Instant social descent«	154
7.3.1	Begegnung mit dem Unbekannten	154
7.3.2	Was ich bei Hausbesuchen gelernt habe	154
7.3.3	Imitieren von Armut als Denunziation	155
7.3.4	PIAAC	156
7.3.5	Chronifiziertes Leben macht krank	157
7.4	Chronifizierung des Arztseins	158
7.4.1	»Ermüdungserscheinungen«	158
7.4.2	Umgang mit Bürokratie	159
7.4.3	Im Dschungel der Verordnungen	160
7.5	Chronifizierte ärztliche Standespolitik	161
7.6	Deprofessionalisierung der Ärzte	162
7.7	Ärzteopposition	164
7.8	Burnout-Syndrom	164
7.9	Chronifizierung des Krankseins	166
7.9.1	Ist Entchronifizierung möglich?	166
7.9.2	Iatrogene Herbeiführung von Chronifizierung	167
7.9.3	Sekundärer Krankheitsgewinn oder primäre Chronifizierung	168
7.9.4	Chronifizierung und chronische Krankheiten	169
7.9.5	Inverse targeting	170
7.10	Chronifizierung sozialer Lagen	171
7.11	Erfindung neuer Krankheiten	172
7.11.1	Münchhausen-Syndrom	172
7.11.2	Rolle der pharmazeutischen Industrie	173
7.12	Chronifizierung der Gesundheit	176
7.12.1	Tausend Wege zur Gesundheit?	177
7.12.2	IGeL-Medizin	178
7.13	Leben	182
	Literatur	183

8	Solidarität – »a second hand emotion«?	185
8.1	Geizig, geil und zahllos	186
8.2	Das Solidaritätsprinzip	187
8.3	Gleichheit und Interesse	188
8.4	Gesundheit ist nicht reformierbar.	191
8.5	Mikroallokation medizinischer Ressourcen	193
8.5.1	Das Solidaritätsprinzip im Härte-test	193
8.5.2	Lösungsvorschläge	196
8.6	Pejorisierung der Priorisierung	197
8.7	»Patient Gesundheitswesen«	198
8.8	Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit	203
	Literatur	206
9	Thesen zur Reformation der Heilkunst	207
10	»Gute Medizin braucht Politik – Wider die Kommerzialisierung der Medizin«	213