

НИЖЕГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им. Н.И. Лобачевского  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ – ВЫСШАЯ ШКОЛА  
ЭКОНОМИКИ, НИЖЕГОРОДСКИЙ ФИЛИАЛ

---

А.А. Иудин  
Д.А. Шпилев

Современная немецкая социология (Обзор).  
ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Нижний Новгород – 2010

ББК 60.52

Иудин А.А., Шпилев Д.А. Современная немецкая социология (Обзор). Исследования в области здравоохранения. Нижний Новгород: НИСОЦ, 2010. – 72 с.

*Обзор включает в себя анализ публикаций по социологии медицины и здравоохранения. Рассматриваются вопросы организации национальных систем здравоохранения Германии и всего Европейского Союза, анализ социального содержания и последствий изменения системы гражданского страхования в Германии. Рассматриваются основные факторы, оказывающие негативное воздействие на здоровье, продолжительность жизни и уровень смертности немецкого населения, в том числе проблема никотиновой, наркотической и алкогольной зависимости и ее профилактики.*

*Представляет интерес для социологов, социальных работников, экономистов, специалистов в области управления здравоохранением, демографов, преподавателей, аспирантов и студентов.*

ISBN 978-5-93116-134-1

© НИСОЦ, 2010

Компьютерная верстка Ситникова И.В.

Обложка: дизайн-студия «Деловая Тактика»

Подписано в печать 11.10.2010. Формат 60x84 1/16. Печать офсетная.

Бумага офсетная. Тираж 500 экз. Усл. печ. л. 4,77.

Отпечатано в типографии Нижегородского государственного университета им. Н.И.Лобачевского, г. Н. Новгород, ул.Б.Покровская, 37

## Введение

В течение длительного времени правительство ФРГ с гордостью констатировало, что немцам удалось построить одно из самых совершенных социальных государств в Европе. Однако после объединения Германии и финансовых преобразований, связанных с развитием ЕС и, в частности, его движением на Восток, отлаженная система государственной социальной защиты начинает давать сбои. В первую очередь это отразилось на таких системах, как пенсионное обеспечение, здравоохранение и образование. Поэтому немецкая социология активно исследует проблематику, связанную с проблемами медицины и здравоохранения, причем делает это не на пустом месте: немецкая социологическое знание данного круга проблем имеет немалую историю. В современном виде социология медицины и социология здравоохранения существуют в Германии около двадцати лет, и исследует она широкий круг проблем. Это генетика и связанные с ней социально-политические проблемы, политика в сфере здравоохранения, система здравоохранения и ее институты, экономика здравоохранения, теория и практика врачебной деятельности, охрана здоровья населения, культура здорового образа жизни, социология медицины, отношения между врачом и пациентом, социальная медицина, социальная психиатрия, медицина труда.

Сходство общесоциальных процессов, протекающих в России и Германии, сходные проблемы трансформирующихся обществ определяет собой актуальность рассмотрения российскими специалистами немецких социологических подходов к проблемам медицины и здравоохранения. Однако сходство процессов не означают тождества подходов к их анализу и глубины самого анализа. Главное отличие российской и немецкой социологии состоит в наличии в Германии мощнейшей эмпирической базы: по большинству анализируемых проблем они проводят не просто разовые исследования, а мониторинги. В этой связи уместно вспомнить мнение профессора В.А. Ядова о том, что «Сегодня эмпирических данных о социальных процессах в России предостаточно»<sup>1</sup> – для создания адекватной теоретической концепции развития России. Однако сравнение количества публикаций на данную тему в России и Германии показывает, что интенсивность и результативность работы в данной области у немцев примерно в десять раз выше, чем у нас.

---

<sup>1</sup> Ядов В.А. Для чего нужна сегодня национальная русская социология? // Социологические исследования. 2008. № 4.

Однако немецкие ученые далеки от признания того факта, что они находятся на пороге создания адекватной концепции развития Германии. Изучение их опыта целесообразно и потому, что многие проблемы, исследуемые немецкими социологами, через некоторое время становятся актуальными и в России. Изучение этого опыта целесообразно и потому, что продолжительность жизни русских примерно на 13 лет короче, чем немцев.

Данная брошюра, как и остальные публикации данной серии (Современная немецкая социология), носит характер обзора и построена на анализе многочисленных публикаций немецких ученых. Одной из важнейших целей работы является введение в научный оборот российской социологии подходов и концепций немецких социологов, к сожалению, до сих пор мало известных российскому научному сообществу. В брошюре особое внимание уделяется проблемам, которые наиболее активно дискутируются в немецкой социологии и, безусловно, в недалекой перспективе имеют реальный шанс стать актуальными и в российской социологии в рамках анализа социальных проблем медицины и здравоохранения. В основу данной работы положены материалы информационного центра по социальным наукам, расположенного в Бонне (ФРГ) (подразделение soFid – Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst – специальная информационная служба по социальным наукам сайт – [www.gesis.org](http://www.gesis.org)). Для анализа использовано 1346 социологических публикаций по проблемам здравоохранения в Германии за два года (2005–2006 гг.).

# 1. Оценка населением ЕС национальных систем здравоохранения

Экономические трудности, переживаемые современным миром, не обошли и Европу, поэтому в последние десятилетия системы здравоохранения многих стран ЕС под давлением сокращения размеров бюджетной поддержки вынуждены переживать радикальные изменения. Эти изменения чаще всего негативно воспринимаются населением и нередко приводят к утрате доверия к механизмам социального государства со стороны граждан соответствующих стран. Эти процессы находят свое отражение в немецкой социологии: значительный объем публикаций немецких социологов посвящен анализу институциональных изменений в сфере здравоохранения.

Исследования показывают, что определенная часть реформ систем здравоохранения, проводимых правительствами стран ЕС, встречает полную поддержку и соответствует ожиданиям и потребностям практически всех слоев населения, другая же часть вызывает активное неприятие и раздражение. Связано это с тем, что основной задачей системы здравоохранения практически любой развитой страны является не только поддержание здоровья людей на должном уровне, но и создание у граждан чувства защищенности, безопасности и уверенности в завтрашнем дне, в том числе, и при возникновении сложной жизненной ситуации. В случае возникновения заболевания или несчастного случая надеются получить со стороны системы здравоохранения всю необходимую помощь не только представители групп риска, но и все остальные граждане. При этом стоимость предоставляемых услуг, как правило, значительно превосходит собственные финансовые возможности граждан. Следует отметить, что, в большинстве случаев, к подобным чрезвычайным ситуациям нельзя подготовиться заранее на основании личного опыта. Люди просто верят, что в экстренном случае они получат все необходимое лечение и им будут предоставлены все необходимые услуги. Следовательно, доверие граждан является одним из основных параметров, характеризующим систему здравоохранения.<sup>1</sup>

Следует также отметить, что и при значительном снижении степени доверия к системе здравоохранения своей страны большинство людей, в большинстве своем вынужденно, остаются членами

---

<sup>1</sup> Wendt, Claus: Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme? Eine vergleichende Analyse europäischer Länder: in WSI Mitteilungen 7/2007, S. 380-386.

определенных солидарных объединений (например, систем государственного медицинского страхования, больничных касс). Однако недостаток доверия дает о себе знать и проявляется в целом ряде социальных тенденций. Так, во время выборов граждане, являющиеся еще и избирателями, выражают свое недовольство тем, что наказывают политиков, участвовавших в принятии непопулярных решений в сфере реформирования системы здравоохранения. Это недоверие заметно влияет и на ситуацию в сфере здравоохранения. Во-первых, пациенты консультируются у все большего количества врачей, чтобы быть уверенными в правильности назначенного лечения. Во-вторых, наряду со стандартным пакетом услуг страхователи заключают дополнительные договоры частного медицинского страхования, что способствует увеличению неравенства между клиентами систем обязательного и частного медицинского страхования.

Как правило, системы, отражающие принципы государства всеобщего благосостояния (*Wohlfahrtsstaat*) создаются для всего общества, а не для определенных социальных групп. Эти системы обладают значительной моральной поддержкой среди населения в связи с тем, что в подобных случаях социальные группы с высоким уровнем дохода не только наравне с остальными гражданами участвуют в софинансировании всей системы, но и получают тот же самый, что и все граждане, набор услуг.<sup>1</sup> Такие формы поголовной обязательной солидарности (*verpflichtende Solidarität*)<sup>2</sup> не только вносят значительный положительный вклад в процесс общественной интеграции<sup>3</sup>, создавая у населения ощущение стабильности и безопасности при возникновении сложных жизненных ситуаций (например, в случае тяжелого заболевания или несчастного случая), но и способствуют всеобщему признанию существующих демократических институтов.<sup>4</sup>

Сложившиеся в государствах Европы системы социального обеспечения в целом вызывали доверия населения, однако в связи с

<sup>1</sup> Pierson, P. (2001): *The New Politics of the Welfare State*, Oxford.

<sup>2</sup> Schulenburg, J.-M. G. v.d. (1990): *Die ethischen Grundlagen des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland. Versuch einer Positionsbestimmung*, in: Sachße, C./Engelhardt, H.T. (Hrsg.): *Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates*, Frankfurt a. M., S. 313-335.

<sup>3</sup> Giddens, A. (1996): T.H. Marshall, the State and Democracy, in: Blumer, M./Rees, A.M. (Eds.): *Citizenship Today. The Contemporary Relevance of T.H. Marshall*, London, pp. 65-80.

<sup>4</sup> Lepsius, M.R. (1996): *Kriterien für die Erneuerung des Gesellschaftspaktes in Deutschland*, in: Fricke, W./Oetzel, V. (Hrsg.): *Zukunft der Gesellschaft*, Bonn, S. 64-73.

экономическими трудностями с начала 1990-х гг. государства всеобщего благосостояния и, в частности, их системы здравоохранения переживают процесс серьезного структурного реформирования. Большинство немецких социологов вынуждены с сожалением констатировать, что основным результатом осуществляемых изменений является постепенное снижение доверия населения к существующим системам здравоохранения. Основная проблема заключается в том, что для завоевания доверия у населения различным социальным институтам требуется значительное количество времени. Такое доверие, утраченное однажды, восстановить в полной мере, как минимум, очень сложно. Этот факт в полной мере подтвердили результаты сравнительного исследования об изменении степени доверия к существующим национальным системам здравоохранения, проведенного с 1996 по 2002 гг.<sup>1</sup> в 15 странах ЕС (Eurobarometer-Survey).<sup>2</sup>

Анализ доверия населения к социальным институтам основан на концепции Эдельтраут Роллер<sup>3</sup>, суть которой заключается в том, что государства всеобщего благосостояния можно классифицировать в зависимости от их способности обеспечивать *социально-экономическую безопасность* (sozioökonomische Sicherheit) и *социально-экономическое равенство* (sozioökonomische Gleichheit) общества. Принцип социально-экономической безопасности предполагает личную заинтересованность граждан в получении от государства тех или иных выплат, социальных и иных гарантий. Принцип социально-экономического равенства предполагает формирование у населения коллективных, общественных, социальных – наиндивидуальных ценностей. Именно с этой точки зрения следует оценивать цели и результаты социальной политики государства

---

<sup>1</sup> В основе анализа лежала гипотеза о том, что институциональные особенности национальных систем здравоохранения оказывают существенное влияние на их восприятие и оценку населением. Основная задача исследования заключалась в выявлении различий между странами, в т.ч. в определении стран с самой высокой и самой низкой степенью доверия населения, а также в степени влияния уровня дохода, состояния здоровья и возраста респондентов на оценку качества работы систем здравоохранения. В опросе приняли участие приблизительно по 1000 респондентов из каждой страны ЕС в возрасте старше 15 лет. Использовались однотипные анкеты на английском и национальных языках.

<sup>2</sup> В указанное время членами ЕС были: Бельгия, Дания, Германия, Финляндия, Франция, Греция, Великобритания, Ирландия, Италия, Люксембург, Нидерланды, Австрия, Португалия, Швеция, Испания.

<sup>3</sup> Roller, E. (1992): Einstellungen der Bürger zum Wohlfahrtsstaat der Bundesrepublik Deutschland, Opladen.

всеобщего благосостояния<sup>1</sup>. Применительно к системе здравоохранения принцип социально-экономической безопасности предполагает большой объем желаемого вмешательства государства, а принцип социально-экономического равенства непосредственно иллюстрирует работоспособность и функциональность соответствующей системы здравоохранения.

Среди всей совокупности проблем, существующих в национальных системах здравоохранения с начала 1990-х гг., респондентами были выделены три основные:

- 1) значительное сокращение перечня услуг, входящих в базовый пакет обязательного медицинского государственного страхования;
- 2) расширение системы частного медицинского страхования (то есть отдельного медицинского страхования для государственных служащих и граждан с высоким уровнем дохода), нарушающего принцип всеобщей солидарности и разделяющего медицинское обслуживание на медицину для богатых и медицину для бедных (об этом более подробно будет рассказано в следующем разделе);
- 3) рост количества дополнительных выплат и самостоятельного финансирования целого ряда медицинских услуг в сфере обязательного медицинского государственного страхования.

При этом следует также отметить, что в сознании населения ЕС глубоко укоренилось представление о том, что именно государство является гарантом получения человеком всей необходимой медицинской помощи в случае возникновения различных проблем со здоровьем. Иными словами, европейцы по-прежнему считают, что именно с помощью государственного регулирования должна поддерживаться общественная солидарность и гарантироваться равенство шансов при доступе всех граждан к необходимому лечению. Это означает, что основной задачей государства в данной сфере является предоставление группам населения с низким уровнем дохода высокого уровня медицинского обслуживания, не уступающего по своему качеству услугам, предоставляемым разнообразными альтернативными структурами, такими как, например, рынок частного медицинского страхования. Судя по оценкам респондентов, с этой задачей явно не справляются системы здравоохранения южно-европейских стран – Испании, Португалии и Греции.<sup>2</sup> Ученые

<sup>1</sup> Kohl, J./Wendt, C. (2004): Satisfaction with Health Care Systems. A Comparison of EU Countries, in: Glatzer, W./Below, S. v./Stoffregen, M. (Eds): Challenges for Quality of Life in Contemporary World, Dordrecht, pp. 311-331.

<sup>2</sup> Там же.



объясняют этот факт тем обстоятельством, что после введения в этих странах общеевропейской системы здравоохранения, сохранившиеся системы национального социального страхования препятствуют окончательному переходу к однородной структуре здравоохранения в ЕС.<sup>1</sup>

Сравнительно низкий уровень поддержки населением существующих систем здравоохранения зафиксирован также в Великобритании, Германии и Нидерландах. Связано это с тем, что в начале 1990-х гг. в системах здравоохранения этих стран возникли так называемые чуждые элементы. В Великобритании это были внутренние рынки или квази-рынки, когда врачи-терапевты, имевшие большую практику, могли распорядиться частью расходов национальной системы здравоохранения и покупать для своих пациентов лекарства и медицинские услуги на стороне. В Германии чуждые элементы были связаны со скрытой конкуренцией между больничными кассами. В Нидерландах имело место структурное сращивание государственного и частного медицинского страхования. Подобные явления свидетельствуют о наличии институциональных противоречий в недрах системы медицинского страхования, несовпадении целей различных подсистем. Повышение эффективности данной системы возможно путем введения различных элементов конкуренции при сохранении у клиентов из различных социальных слоев равенства шансов доступа к медицинским услугам и солидарного финансирования.

В отличие от вышеприведенных стран, в Австрии, напротив, отмечается относительно высокий уровень поддержки населением существующей системы обязательного медицинского страхования. В 1950-е – 1960-е гг. данная система была объединена с институтом страхования жизни, сохранив при этом для своих клиентов достаточный уровень свободы при выборе частнопрактикующих терапевтов и врачей-специалистов. Этот факт говорит о том, что солидарное финансирование при сохранении страхователями свободы выбора может способствовать росту доверия к существующей системе здравоохранения.<sup>2</sup>

Исследования показывают, что величина дохода людей не оказывает существенного влияния на их оценку системы здравоохранения. Представители социальных групп с высоким

<sup>1</sup> Wendt, Claus: Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme? Eine vergleichende Analyse europäischer Länder: in WSI Mitteilungen 7/2007, S. 380-386.

<sup>2</sup> Bahle, T.; Kohl, J. und Wendt, C. (2010): Welfare State. In: S. Immerfall und G. Therborn (Eds.): Handbook of European Societies. New York: Springer, 571-628.

доходом, несмотря на значительные размеры страховых выплат, оказывают системе здравоохранения такую же высокую степень доверия, как и представители социальных групп с низким доходом, активно исповедующие принцип социальной солидарности. Тот факт, что социальные группы с высоким уровнем дохода также заинтересованы в успешном функционировании национальной системы здравоохранения, лишний раз подтверждает большую значимость для всех социальных групп принципа общественной солидарности.<sup>1</sup>

Общеввропейские тенденции говорят о том, что в последние годы больные люди испытывают значительно меньшую удовлетворенность функционированием системы здравоохранения, чем здоровые. Сокращение количества услуг, входящих в базовый пакет обязательного страхования, а также увеличение количества обязательных дополнительных личных выплат серьезно осложнили положение людей с плохим состоянием здоровья. Исключениями являются национальные системы здравоохранения Дании, Великобритании и Швеции, в которых оценка функционирования системы здравоохранения не зависит от состояния здоровья населения. Кроме того, в этих странах пожилые люди в значительно большей степени довольны системой здравоохранения, чем молодежь.<sup>2</sup>

Как отмечают немецкие социологи, вопрос о том, какие именно программы, осуществляемые в рамках концепции государства всеобщего благосостояния, пользуются наибольшим одобрением и поддержкой населения до сих пор недостаточно исследован.<sup>3</sup> Исследование показало, что жители стран ЕС не считают, что доступ к медицинским услугам должен зависеть от размера банковского счета. Поэтому задачей государства является обеспечение равного доступа всех граждан к существующим медицинским услугам, независимо от особенностей соответствующей национальной системы здравоохранения<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Gelissen, J. (2002): *Worlds of Welfare, Worlds of Consent? Public Opinion on the Welfare State*, Leiden.

<sup>2</sup> Roller, E. (2006): *Das Bildungs- und Gesundheitssystem im Urteil der Bürger*, *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 30-31, S. 23-30.

<sup>3</sup> Alber, J. (2001): *Hat sich der Wohlfahrtsstaat als soziale Ordnung bewährt?*, in: Mayer, K. U. (Hrsg.): *Die beste aller Welten? Marktliberalismus versus Wohlfahrtsstaat*, Frankfurt a. M., S. 59-111.

<sup>4</sup> Marmor, T. R./Okma, K. G. H./Latham, S. R. (2006): *Values, Institutions and Health Politics. Comparative Perspectives*, in: Wendt, C./Wolf, C. (Hrsg.): *Soziologie der Gesundheit*, Wiesbaden, S. 383-405.

## 2. Дискуссия о системе гражданского страхования в Германии

### 2.1. Справедливость и эффективность системы социального страхования

Неудовлетворенность граждан ЕС системой социального страхования стимулировала развитие общественной дискуссии по этому вопросу. В связи с этим в последние годы в немецком обществе активно обсуждается вопрос о введении новой системы гражданского страхования (Bürgerversicherung). Под гражданским страхованием понимается система медицинского страхования, при которой исчисление суммы взносов осуществляется с учетом общего количества населения Германии, а также всех видов доходов ее жителей, за исключением доходов, полученных от сдачи помещений в аренду, которая должна заменить сложившуюся систему обязательного и частного медицинского страхования.<sup>1</sup> Важным моментом, актуализирующим остроту дискуссии, является то, что среди стран ЕС только в Германии параллельно с системой обязательного медицинского страхования существует система частного медицинского страхования, участниками которой могут быть граждане, чей доход превышает определенный минимальный уровень (Mindesteinkommensgrenze). Люди, чей доход превышает минимальный уровень, как правило, являются представителями самой обеспеченной прослойки населения. Это фрилансеры, а также чиновники и служащие, медицинская страховка которых состоит из двух частей: первая часть представляет собой частичное страхование по специальным тарифам для служащих, а вторая субсидируется государством, то есть, при наступлении страхового случая часть расходов по лечению покрывается из государственного бюджета.

В настоящее время финансирование системы обязательного медицинского страхования является недостаточным в связи с тем, что размер взноса напрямую зависит от заработной платы конкретного гражданина, а граждане с наибольшим уровнем доходов и наилучшим здоровьем, по большей части, застрахованы в системе частного медицинского страхования. Таким образом, уменьшается и количество

---

<sup>1</sup> Lauterbach, K.W., Lungen, M., Stollenwerk, B., Gerber, A., Klever-Deichert, G. Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. In: soFid Gesundheitsforschung, 2005/2.

застрахованных, и размер финансовых ресурсов системы обязательного медицинского страхования. В определенном смысле, обязательное медицинское страхование превратилось в так называемую систему солидарности для слабых (*Solidarität der Schwachen*). По оценкам экспертов, с каждым членом, перешедшим в систему частного медицинского страхования, больничные кассы обязательного медицинского страхования теряют ежегодно около 3500 евро.<sup>1</sup> То обстоятельство, что взносы в систему обязательного медицинского страхования делают только работающие граждане и взносы эти зависят от размера их заработной платы, осложняет ситуацию, так как с увеличением количества безработных и работающих неполный рабочий день возникает необходимость увеличения размеров взносов, что, в свою очередь, снова приводит к росту безработицы. По мнению профессора К. Лаутербаха данная ситуация очень напоминает заколдованный круг. В отличие от системы частного медицинского страхования, система обязательного медицинского страхования не в состоянии компенсировать убытки за счет дополнительных поступлений в результате увеличения уровня доходов хорошо зарабатывающих граждан. Эти поступления уходят в систему частного страхования.

Неравенство в сфере социального страхования людей, имеющих разные доходы, усугубляется тем, что застрахованные в системе частного медицинского страхования отличаются более хорошим здоровьем и в систему частного страхования направляются более высокие поступления. Тот факт, что за одни и те же услуги врачи получают от системы частного медицинского страхования более высокие гонорары, чем от системы обязательного медицинского страхования, заставляет врачей оказывать состоятельным пациентам более дорогостоящее лечение. Подобное неэффективное избыточное обслуживание (*ineffiziente Überversorgung*) способствует значительному удорожанию всей немецкой системы здравоохранения. Так, например, средние расходы на одного страхователя возросли в системе частного медицинского страхования в период с 1992 по 2001 гг. на 43%, а расходы на одного страхователя в системе обязательного медицинского страхования за тот же период – только на 29%.<sup>2</sup>

С медицинской точки зрения сложившаяся система приводит к неправильному распределению труда врачей-специалистов

<sup>1</sup> Lauterbach, K.W. (2004): Die Bürgerversicherung., in: Engelen-Kefer, U. (Hrsg): Reformoption Bürgerversicherung, S. 48-63.

<sup>2</sup> Deutscher Bundestag Drucksache 15/1859 mit Antworten 49-52 auf eine schriftliche Anfrage des MdB Horst Seehofer an die Bundesregierung, 27 Oktober 2003.

практически в каждой сфере. Вместо того чтобы осуществлять качественное лечение всех больных в равной степени, сотрудники медицинских учреждений подавляющую долю своего рабочего времени посвящают борьбе с заболеваниями представителей системы частного медицинского страхования. Ситуация еще более ухудшилась с тех пор, когда кассы частного медицинского страхования потребовали, чтобы врачи-специалисты, производящие окончательный денежный расчет, сами же проводили все важные лечебные мероприятия. В прошлом очень часто лечебные мероприятия проводились врачами более низкой квалификации, а врач-специалист только составлял окончательную смету и выставлял счет в кассу частного медицинского страхования. Карл Лаутербах сравнивает подобную ситуацию с воображаемой ситуацией в университете, когда лучшие преподаватели обучали бы только детей чиновников и лиц с высокими доходами. Впрочем, по его мнению, реальная ситуация в здравоохранении, к сожалению, по многим причинам очень близка к воображаемой.<sup>1</sup>

Таким образом, эффективность и справедливость системы медицинского страхования, сложившейся на сегодняшний день в Германии, уже давно вызывает большие сомнения как с экономической и медицинской, так и с этической точки зрения.<sup>2</sup> В нормальной системе социального обеспечения врачи должны получать высокую заработную плату за качественно оказанные медицинские услуги, а не за участие в лечении пациентов-членов системы частного медицинского страхования. Именно поэтому с этической точки зрения существующая система вызывает много сомнений. Ведь только те, у кого доход превышает определенный минимальный уровень, или те, кто является чиновником, в рамках существующей системы могут в первую очередь получить достойное медицинское обслуживание. Подобная ситуация противоречит принципу равенства шансов и профессиональной врачебной этике, не допускающей дискриминацию по виду медицинского страхования.

Однако при этом совершенно неправильно было бы возражать против дополнительного медицинского страхования, предусматривающего получения более комфортных условий во время лечения, например, таких как одноместная палата или валеологические процедуры, направленные на поддержание и укрепление здоровья. Но

---

<sup>1</sup> Lauterbach, K.W. (2004): Die Bürgerversicherung., in: Engelen-Kefer, U. (Hrsg): Reformoption Bürgerversicherung, S. 48-63.

<sup>2</sup> Lauterbach, K.W. *ibid.*

основное медицинское обслуживание должно осуществляться для всех исключительно в зависимости от реальных потребностей пациента и с одинаковым уровнем качества. В противном же случае, по мнению немецких социологов, система здравоохранения в Германии может окончательно превратиться в так называемую медицину для двух классов (*Zwei-Klassen-Medizin*), то есть, в отдельное медицинское обслуживание для богатых и бедных.

В качестве косвенных социальных последствий функционирования существующей системы социального страхования немецкие социологи отмечают то, что система оплаты труда медиков оказала крайне негативное влияние на объем научных исследований, проводимых на медицинских факультетах вузов Германии. Зарплата ученых слабо связана с их научно-исследовательской активностью и качеством лечения всех пациентов, но в значительной степени – с побочными доходами, получаемыми от работы с пациентами, имеющими частную медицинскую страховку.<sup>1</sup>

Еще одной отрицательной чертой частного медицинского страхования является использование системы предоставления средств для будущих выплат (*Kapitaldeckungsverfahren*). По мнению большинства экспертов, применение данной системы не оправдалось.<sup>2</sup> Размер взносов в систему частного медицинского страхования по сравнению с системой обязательного медицинского страхования значительно вырос за последние 10 лет. И это несмотря на более крепкое здоровье частных страхователей. Последствием использования системы предоставления средств для будущих выплат является практика отклонения или более дорогого страхования так называемых плохих рисков (*schlechte Risiken*). Кроме того, процесс отбора рисков (*Risikoselektion*) является причиной повышения административно-управленческих расходов, которые в системе частного страхования в два раза превышают уровень расходов в системе обязательного медицинского страхования (размер управленческих расходов в системе обязательного медицинского страхования составил в 2002 г. 5,6% от общих расходов, в системе частного медицинского страхования – 12,8%). Таким образом, использование системы предоставления средств для будущих выплат приводит к нарастанию бюрократизма и снижению эффективности системы частного медицинского

<sup>1</sup> Lauterbach, K.W. (2004): *ibid.*; Rothmund, M.: Die Stellung der klinischen Forschung in Deutschland im internationalen Vergleich, 1997, *Dtsch. Med. Wschr.* 122, 1358-1362. Adams, J.: Benchmarking international research. 1998, *Nature* 396, 615-618.

<sup>2</sup> Lauterbach, K.W. (2004): Die Bürgerversicherung., in: Engelen-Kefer, U. (Hrsg): *Reformoption Bürgerversicherung*, S. 48-63.

страхования, а также препятствует страхователям менять больничные кассы, в противном случае страхователь потеряет отчисления, сделанные в резервный пенсионный фонд.

Новая система гражданского страхования призвана исправить недостатки ныне существующей в Германии системы медицинского страхования. Так, в системе гражданского страхования взносы будут взиматься не только в зависимости от размеров заработной платы, но и в зависимости от доходов, получаемых гражданами от сдачи жилья в аренду, доходов от процентов и капитала (Miet-, Zins- und Kapitaleinkünfte). Как правило, больничные кассы не имеют никакой информации об имущественном положении своих страхователей. При введении системы гражданского страхования эта ситуация также не изменится. Страхователи будут просто предоставлять данные о своих доходах, получаемых от сдачи жилья в аренду, от процентов и капитала в налоговую инспекцию, которая, в свою очередь, будет производить все дальнейшие необходимые расчеты и перечисления. Планируется, что уплата страховых взносов без так называемой горизонтальной компенсации понесенного ущерба (horizontaler Verlustausgleich) будет возможна также на основании предоставленной в налоговую инспекцию обычной декларации о доходах. Если бы в настоящий момент все граждане были застрахованы в системе гражданского страхования, выплачивая при этом взносы с учетом доходов, получаемых от сдачи жилья в аренду, от процентов и капитала, то размер взноса составлял бы только 12,4%, а дальнейшее проведение структурных реформ позволило бы снизить его до 11%.<sup>1</sup>

В рамках дискуссии о введении системы гражданского страхования ведется активное обсуждение возможности использования модели поголовных паушальных взносов (Kopfpauschalenmodell) или модели так называемых паушальных премий (Pauschalprämien). Активными сторонниками этой модели являются представители партии ХДС (Христианско-демократический союз), противниками – представители партии СДПГ (Социал-демократическая партия Германии), партии зеленых и профсоюзы. Противники уверены в том, что в случае введения данной модели в системе частного медицинского страхования ничего не изменится и в Германии сохранится медицина для двух классов. Кроме того, в долгосрочной перспективе это приведет к значительному перераспределению финансовой нагрузки сверху вниз. Все малообеспеченные граждане и пенсионеры в самом

---

<sup>1</sup> Berechnungen der Rürup-Kommission. Bericht der Kommission Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bonn; 2003:159.

ближайшем будущем вынуждены будут отдавать в виде страховых взносов 15% своего дохода. При превышении суммой паушального взноса порога в 15% данные категории населения получают субсидии в виде налоговых льгот (Steuerzuschuss). Реальная финансовая нагрузка на малообеспеченные слои населения даже возрастет, так как эти граждане сами участвуют в финансировании своих же налоговых льгот. Для всех других социальных слоев общая нагрузка несколько снизится, так как, чем выше доход страхователя, тем ниже в процентном отношении его взнос в систему медицинского страхования. От введения подобной системы в явном выигрыше окажутся хорошо зарабатывающие холостяки, лица, ушедшие из малообеспеченной семьи и пенсионеры. При любом повышении стоимости медицинских услуг и экономическом спаде увеличится количество граждан, претендующих на налоговые льготы во избежание превышения 15% порога страхового взноса. Если в системе гражданского страхования 15% порог должен быть достигнут только к 2030 г., то при введении модели поголовных паушальных взносов данная процентная ставка превращается во вступительный взнос для всех плохо обеспеченных слоев населения<sup>1</sup>.

По мнению противников модели поголовных паушальных взносов, в результате внедрения подобной практики система здравоохранения Германии будет реформирована по американскому образцу. Это означает, что получатели социального пособия и пенсионеры имеют только стандартный пакет медицинских услуг, социальные группы со средним доходом – стандартный пакет и пакет дополнительного частного страхования, а социальные группы с высоким доходом – полный пакет частного медицинского страхования. Оценивая эффективность модели поголовных паушальных взносов, К. Лаутербах ссылается на мысленный эксперимент американского социального философа Джона Роулза (John Rawls), который говорил о том, что справедливые социальные институты должны создаваться нами без знания своего собственного положения в обществе, то есть, «под покровом неосведомленности». При подобном подходе, по мнению К. Лаутербаха, данная система даже бы не рассматривалась<sup>2</sup>.

Таким образом, система гражданского страхования призвана повысить *эффективность, качество, стабильность и справедливость немецкого общества*. Социологи определяют условия, при которых эти

<sup>1</sup> Larcher, Detlev von (2003): Um was es auf dem Bochumer SPD-Parteitag geht. In: spw Sonderseiten 2003: S. 1-8.

<sup>2</sup> Lauterbach, K.W. (2004): Die Bürgerversicherung., in: Engelen-Kefer, U. (Hrsg): Reformoption Bürgerversicherung, S. 48-63.



задачи могут быть решены. *Эффективность* должна повыситься в результате устранения договорной монополии объединений больничных касс и объединений врачей больничных касс. Также должно быть устранено неэффективное избыточное обслуживание пациентов с частной медицинской страховкой и практика отбора рисков при страховании этих пациентов. *Качество* обслуживания будет повышено в результате более интенсивной конкуренции врачей и больниц. В будущем доход врачей-специалистов больше не будет зависеть от количества пациентов с частной страховкой, а от качества оказанных услуг. *Стабильность* медицинского страхования повысится в результате того, что в солидарной системе больше не будут сосредоточены только люди с низкими доходами, в нее войдут также фрилансеры, чиновники и богатые граждане. Кроме того, в системе гражданского страхования взносы будут взиматься не только в зависимости от размеров заработной платы, но и в зависимости от доходов, получаемых гражданами от сдачи жилья в аренду, доходов от процентов и капитала. Система гражданского страхования будет *справедливой*, так как относительная финансовая нагрузка на граждан будет значительно меньше, чем была бы при введении модели поголовных паушальных взносов. Эксперты считают, что в пользу граждан с низкими доходами в рамках системы гражданского страхования ежегодно будет перераспределяться более 50 миллиардов евро.<sup>1</sup>

Справедливое общество предполагает наличие равенства шансов, выражающееся в доступе к оптимальному медицинскому обслуживанию и образованию в независимости от уровня доходов. Здоровье и образование не должны рассматриваться в современном обществе только как статьи расходов. Здоровое и образованное население в таком стареющем и вымирающем обществе, как Германия, необходимы для экономического роста и увеличения производительности общественного производства. Достичь этого можно только осуществляя инвестиции во всех граждан, чтобы те как можно дольше оставались здоровыми и способными к обучению. Поэтому система гражданского страхования должна сочетать в себе и социальную справедливость, и экономическую оптимальность.

---

<sup>1</sup> Там же.

## 2.2. Проблема страхования на случай необходимости постоянного ухода

Страхование на случай необходимости постоянного ухода (Pflegeversicherung) было введено с 1 января 1995 г. Экономическое значение системы страхования на случай необходимости постоянного ухода огромно. В декабре 2001 г. в Германии существовало 9200 домов для престарелых и инвалидов (Pflegeheim), из них 8331 – для постоянного стационарного ухода.<sup>1</sup> В домах для престарелых и инвалидов обслуживались 604000 человек, из них 582000 – находились на постоянном стационарном уходе. Таким образом, каждый дом для престарелых и инвалидов в среднем обслуживал 66 пациентов. Количество обслуживающего персонала составляло 475000 человек, из которых 85% – женщины, 46% из них были заняты в течение полного рабочего дня. В системе амбулаторного ухода было занято еще 190000 человек. С введением системы страхования на случай необходимости постоянного ухода количество занятых в сфере внебольничного ухода (ухода на дому) возросло до 250000 сотрудников.<sup>2</sup>

Система страхования на случай необходимости постоянного ухода состоит из двух частей согласно принципу соответствия организации системы страхования на случай необходимости постоянного ухода системе больничного страхования. Таким образом, система социального или обязательного страхования на случай необходимости ухода ориентируется на систему обязательного медицинского страхования. Система частного страхования на случай необходимости ухода ориентируется на систему частного медицинского страхования. Каждый страхователь заключает договор страхования на случай необходимости постоянного ухода в том месте, в котором он заключил договор медицинского страхования. Отклонения от данного правила являются маргинальными и составляют 0,1%. Таким образом, в системе страхования на случай необходимости ухода застраховано почти столько же человек, как и в системе обязательного медицинского страхования. До конца 2004 г. размер взноса в систему обязательного социального страхования определялся уровнем дохода и составлял 0,85%.<sup>3</sup> С 2005 г.

---

<sup>1</sup> Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (BMGS), S. 73ff.

<sup>2</sup> Там же, S. 75.

<sup>3</sup> Wir sichern Generationen // Deutsche Rentenversicherung. Режим доступа: [http://www.vdr.de/internet/vdr/infopool.nsf/0/64C3E9529EDC9290C1256F39004A8EAB\\$FI LE/GR+Elterneigenschaft.pdf](http://www.vdr.de/internet/vdr/infopool.nsf/0/64C3E9529EDC9290C1256F39004A8EAB$FI LE/GR+Elterneigenschaft.pdf), свободный. – Загл. с экрана.

страхователи были поделены на две группы в зависимости от наличия детей. Для страхователей, не имеющих детей, размер взноса увеличился на 0,25%. Минимальный размер дохода, с которого разрешено заключать договор частного страхования на случай необходимости постоянного ухода составлял в 2005 г. 3525 евро<sup>1</sup>.

Однако в настоящее время система социального страхования переживает несколько острых проблем:

1. С 1999 г. в бюджете системы социального страхования возник дефицит (например, в 2003 г. – 690 миллионов евро, в 2004 г. – уже 860 миллионов евро и т.д.). Только первоначальные накопления без производства выплат до сих пор позволяли избегать значительного повышения размера взносов<sup>2</sup>;
2. Выплаты отдельным категориям граждан, нуждающимся в уходе, не являются достаточными. В первую очередь, это относится к больным деменцией.
3. Существует недостаток финансирования в сфере амбулаторного ухода, вызванный в последнее время преимущественным назначением нуждающимся стационарного, а не качественного амбулаторного ухода, что противоречит основному принципу преобладания домашнего обслуживания в данной системе социального страхования.
4. Процесс старения общества неминуемо приведет к увеличению количества людей, нуждающихся в уходе. Если в 2000 г. число людей, нуждающихся в уходе, составляло примерно 1,9 миллионов человек, то с учетом существующих демографических тенденций это число в 2030 г. может увеличиться до 3,1 миллиона. При этом рост расходов предполагает наличие адекватной структуры распределения нагрузки среди плательщиков взносов. Существующая система расчетов размера взносов уже привела к дефициту бюджета в системе страхования на случай необходимости постоянного ухода<sup>3</sup>.
5. Увеличивается разрыв между системами частного и обязательного страхования на случай необходимости постоянного ухода. Если в системе частного страхования

---

<sup>1</sup> Там же, глава 3.1.

<sup>2</sup> Lauterbach, K.W., Lungen, M., Stollenwerk, B., Gerber, A., Klever-Deichert, G. Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. In: soFid Gesundheitsforschung, 2005/2.

<sup>3</sup> Kommission des BMGS zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme des BMGS. Berlin; August 2003, S. 189.

возможно понижение размеров членских взносов, то системе обязательного страхования угрожает их повышение. Причина заключается не в степени эффективности работы обеих систем, а в однозначно меньших рисках страхователей в системе частного страхования, а также в существенно более низком уровне смертности среди членов системы частного страхования. Выплаты на одного страхователя в системе частного страхования составляют примерно четвертую часть выплат на одного застрахованного в системе обязательного страхования. Сопоставительный половозрастной анализ также показал, что выплаты частным страхователям составляют только около 30% выплат членам системы обязательного страхования. Таким образом, результатом существования двух систем страхования на случай необходимости постоянного ухода является то, что даже в абсолютном значении члены системы частного страхования платят более низкие взносы, чем члены системы обязательного страхования. Подобная ситуация представляет собой нарушение принципа солидарности и с точки зрения экономики государства всеобщего благосостояния имеет мало смысла.<sup>1</sup>

Введение системы всеобщего гражданского страхования должно помочь в решении основных проблем, накопившихся в системе страхования на случай необходимости постоянного ухода. Анализ немецких специалистов показал, что без введения системы гражданского страхования размер членского взноса в систему страхования на случай необходимости постоянного ухода может увеличиться к 2025 г. до 2,33%, а с учетом больших расходов на обслуживание больных деменцией – до 2,52%. Кроме того, переход на систему гражданского страхования должен обеспечить ежегодную финансовую разгрузку системы обязательного страхования на случай необходимости постоянного ухода примерно на 4 миллиарда евро. Таким образом, размер членского взноса в 2025 г. составит только около 2%. Если при введении системы гражданского страхования сохранить размер членского взноса на уровне 1,7%, то к 2015 г. в системе гражданского страхования будут накоплены достаточные финансовые резервы, необходимые для улучшения обслуживания больных деменцией и амбулаторного обслуживания<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Lauterbach, K.W., Lungen, M., Stollenwerk, B., Gerber, A., Klever-Deichert, G. Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. In: soFid Gesundheitsforschung, 2005/2.

<sup>2</sup> Там же.

## 3. Исследование факторов, сокращающих продолжительность жизни

### 3.1. Проблема физиологической зависимости: социально-психологический аспект

Немецкая социология активно исследует основные факторы, оказывающие негативное воздействие на здоровье, продолжительность жизни и уровень смертности немецкого населения. В числе этих проблем на первое место в немецкой социологии медицины по уровню интереса к ним выходит проблема никотиновой, алкогольной и наркотической зависимости и направления профилактики этих явлений. Признаки физиологической зависимости от наркотика проявляются с разной степенью тяжести и связаны с тем, что организм привыкает к присутствию в нем наркотика и в определенных случаях затрудняется функционировать без наркотика.

**Проблема курения.** История табака в Европе начинается в XVI веке. Первоначально табак использовался в качестве лекарственного средства. Затем курение табака начинает осуществляться с целью получения удовольствия. Именно с этого момента у табака появляются противники. Их деятельность и влияние на общественное мнение первоначально были очень ограничены. В то время противники табака выступали, в первую очередь, только против плохого запаха, создаваемого курильщиками в общественных местах. Однако ситуация в корне меняется, когда в 1950-е годы новые методы исследований, появившиеся в медицине, выявили зависимость, существующую между потреблением табака и возникновением определенных заболеваний. В конце XX в. курение начинает рассматриваться, прежде всего, как болезнь, то есть, как непреодолимое патологическое влечение или зависимость.<sup>1</sup>

В настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения, в Германии курит около трети всего взрослого населения (имеется в виду возраст с 18 лет и старше), около 27 миллионов человек. При этом распространение этой вредной привычки среди женщин (28%) несколько меньше, чем среди мужчин (35%, по

---

<sup>1</sup> Vom Laster zur Modellsucht: einige Anmerkungen zur Karriere des Tabakproblems, in: Bernd Dollinger, Wolfgang Schneider (Hrsg.): Sucht als Prozess: sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis, Berlin: VWB, Verl. f. Wiss. u. Bildung, 2005, S. 123-141, ISBN: 3-86135-253-2.

другим данным – 37,3%<sup>1</sup>). В России ситуация не лучше: по мнению специалистов Научно-исследовательского института пульмонологии РФ частота курения в России одна из самых высоких среди индустриально развитых стран. Это подтверждается и социологическими исследованиями: «Проведенные нами исследования в Москве, Архангельске и Мурманске на случайных репрезентативных выборках женщин 25-64 лет показали значительный рост частоты курения среди женщин. Так, в Москве распространенность курения составляет 28,7%, в Архангельске – 23,2%, а в Мурманске 29,6%».<sup>2</sup> Что касается немецких подростков, то по сравнению с другими европейскими странами, в Германии они начинают курить достаточно рано – в среднем, в возрасте 13,6 лет. Немецкие врачи и социологи в один голос говорят о необходимости введения эффективных мер, способных предотвратить у подростков быстрое формирование пагубной привычки и высокий риск возникновения стойкой никотиновой зависимости в раннем возрасте<sup>3</sup>.

Во всем мире курение является самой главной причиной возникновения коронарных инфарктов, бронхогенного рака и рака легких, хронических обструктивных заболеваний дыхательных путей, нарушения развития у детей раннего возраста, связанного с курением их матерей во время беременности, и преждевременной смерти. Уровень смертности в Германии, связанный с употреблением табака, в возрастной группе от 35 до 69 лет оценивается специалистами в ВОЗ в 23%, а в остальных возрастных группах – в 13%. Следует также отметить, что курение как причина возникновения вышеперечисленных заболеваний носит характер поведенческой особенности, вредной привычки, появление которой вполне можно предотвратить или же избавиться от нее.<sup>4</sup> Поэтому значительное место в работах германских социологов, посвященных проблеме курения, занимает поиск и описание стратегий борьбы с распространением этой вредной привычки во всех слоях населения.

*Первая стратегия – повышение акцизного налога на табачные изделия.* Вред, причиненный индивидуальному здоровью гражданина, а

---

<sup>1</sup> Lauterbach K., Klever-Deichert G., Plamper E., Stollenwerk B., Gerber A.: Auswirkungen der ersten und zweiten Stufe der Tabaksteuererhöhung, Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2006; Köln: Ausgabe 03/2006 vom 04.05.2006.

<sup>2</sup> Камардина Т.В. Эпидемия курения среди женщин России. / Камардина Т.В., Глазунов И.С., Соколова Л.А., Лукичева Л.А. // Население и общество, № 145–146. 9–22 февраля 2004 г.

<sup>3</sup> Lauterbach K., Klever-Deichert G., Plamper E., Stollenwerk B., Gerber A. *ibid.*

<sup>4</sup> Там же.

также существенный косвенный общественный ущерб, вызванный курением табака, может быть значительно снижен благодаря введению мер по контролю за оборотом табачных изделий внутри страны. Одной из самых эффективных мер, сокращающих количество курильщиков во всех группах населения, является повышение акцизного налога на табачные изделия (Tabaksteuererhöhung). Связано это с тем, что, с одной стороны, никотиновая зависимость обладает большим потенциалом, заставляющим курильщиков снова и снова покупать табачные изделия, а с другой стороны, образуется ценовая эластичность (то есть, зависимость между ценой на табачные изделия и спросом на них), коэффициент которой по международным оценкам составляет примерно 0,4. Это означает, что повышение цены на 10% приводит к сокращению спроса на 4%. Сокращение количества ежедневно выкуриваемых сигарет в долгосрочной перспективе приводит к снижению уровня смертности. При полном отказе от курения через десять лет уровень смертности у бывших курильщиков полностью сравнивается с показателями уровня смертности у некурящего населения.<sup>1</sup>

Повышение акцизного налога на табачные изделия проходило в Германии в три этапа в 2004 и 2005 гг., каждый из которых был осуществлен через 9–10 месяцев друг за другом. Первые два этапа (1 марта и 1 декабря 2004 г.) предусматривали двукратное повышение в 1,2 евроцента на сигарету. Это привело к увеличению чистой цены за сигарету на 12,4%. Эта акция, по расчетам ее проектировщиков, должно было привести к сокращению сбыта на 4,96% и составить примерно 6,6 миллиарда сигарет. Фактически же сбыт стандартных сигарет (Fabrikzigaretten) сократился втрое больше – на 15,8%, то есть, на 20,8 миллиардов штук из 111,7 миллиардов. Однако при этом произошло увеличение сбыта тонких сигарет (Feinschnitzzigaretten) на 30,5% (примерно 8,4 миллиарда сигарет). Таким образом, фактическое сокращение количества продаваемых сигарет составило 7,7% – заметно более высокую величину по сравнению с прогнозирувавшейся. По расчетам немецких специалистов сокращение годового потребления сигарет в результате повышения акцизного налога на табачные изделия в 2004 г. позволило избежать 12180 случаев возникновения различных заболеваний, вызываемых курением. Таким образом, с точки зрения политики в сфере здравоохранения во избежание эффекта товарного

<sup>1</sup> Doll R (2000) Review – Fifty years of research on tobacco. Journal of Epidemiology and Biostatistics, 5, 321-329. Guindon Ge et al 2002. Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. Tobacco control 2002; 11:35-43.

замещения необходимо было приравнять акцизный налог на тонкие сигареты к налогу на стандартные сигареты.<sup>1</sup> Необходимо также упомянуть и о том, что в результате первых двух этапов повышения акцизного налога на табачные изделия произошло 13-ти процентное сокращение потребления табака детьми и подростками в возрастной группе с 12 до 17 лет.

В результате проведения третьего этапа повышения акцизного налога на табачные изделия (1 сентября 2005 г.), по оценкам специалистов, должно произойти дальнейшее снижение количества потребляемых сигарет на 6,2 млрд. штук, что составит около 50% эффекта от проведения первых двух этапов. С точки зрения долгосрочной перспективы сокращение потребления табака в результате повышения акцизного налога на табачные изделия должно привести к следующим последствиям:

- ежегодное сокращение случаев (примерно на 12180) возникновения различных заболеваний, вызываемых курением (апоплексический удар, коронарный инфаркт и рак легких);
- ежегодное сокращение смертности в результате потребления табака на 8500 случаев.

Таким образом, в результате первых двух этапов повышения акцизного налога на табачные изделия расходы бюджета должны сократиться на 2,2 млрд. евро, а в результате третьего этапа – еще на 1,1 млрд. евро.

Кроме того, в немецкой социологической литературе принято различать три группы расходов, связанных с потреблением табака – прямые затраты, косвенные затраты и затраты, косвенно связанные с потреблением табака. Прямые затраты (*direkte Kosten*) – расходы, напрямую связанные с медицинским обслуживанием (операции, медицинские препараты и т.д.) (не учитываются расходы, связанные с пассивным курением). Косвенные затраты (*indirekte Kosten*) – расходы, связанные с временной и постоянной нетрудоспособностью, а также преждевременной смертью, вызванной болезнями, связанными с потреблением табака. Затраты, косвенно связанные с потреблением табака (*tabakattributable Kosten*) – например, при лечении простуды курильщик вынужден больше тратить на бронхолитические средства по сравнению с некурящим человеком.<sup>2</sup>

*Вторая стратегия – предотвращение формирования привычки*

<sup>1</sup> Lauterbach K., Klever-Deichert G., Plamper E., Stollenwerk B., Gerber A.: Auswirkungen der ersten und zweiten Stufe der Tabaksteuererhöhung, Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2006; Köln: Ausgabe 03/2006 vom 04.05.2006.

<sup>2</sup> Там же.



курения у детей и подростков. По сравнению со взрослыми подростки более чувствительно реагируют на повышение цен на табачную продукцию. Однако это продолжается лишь до тех пор, пока их уровень никотиновой зависимости остается достаточно низким, и они способны безболезненно расстаться со своей пагубной привычкой к курению. Сокращение общего количества юных курильщиков снижает степень их негативного влияния на своих сверстников (peer-group) и, таким образом, как минимум, увеличивает возраст первого опыта общения с сигаретой.<sup>1</sup>

*Третья стратегия – формирование у взрослых курильщиков с сопутствующими заболеваниями стойкой и осознанной мотивации к прекращению курения.* Большинство курильщиков с сопутствующими заболеваниями (Raucher mit tabakassoziierten Erkrankungen), такими как сердечнососудистые заболевания, рак, заболевания органов дыхания, диабет не прекращают курения даже в том случае, если это необходимо не только с точки зрения врачей, но и сами курильщики уже убедились в этом. Подобное сопротивление может быть обусловлено или отсутствием мотивации у пациентов, или недостаточной готовностью бросить курить.<sup>2</sup>

Мюнхенский институт терапевтических исследований (IFT – Institut für Therapieforschung, München) разработал две методики отвыкания от курения – познавательно-терапевтический поведенческий и мотивационный тренинг. Методика познавательно-терапевтического поведенческого тренинга (KVT – kognitiv-verhaltenstherapeutisches Training) формирует у человека специфические навыки отвыкания от вредной привычки. Врачами осуществляется наблюдение и анализ поведения курильщика, разрабатываются стратегии решения проблемы, в сложных ситуациях проводится поведенческий тренинг, а также выполняются упражнения для расслабления и управления весом пациента, профилактика рецидивов. Врачами активно используется так называемая методика точки прекращения (Punkt-Schluss-Methode): во время лечения пациенту назначается день (Stop-day), в который он должен прекратить курение. Процесс воздержания облегчается с помощью препаратов-заменителей никотина. Кроме того, выполняются мероприятия по

---

<sup>1</sup> Lauterbach K., Klever-Deichert G., Plamper E., Stollenwerk B., Gerber A.: Auswirkungen der ersten und zweiten Stufe der Tabaksteuererhöhung, Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2006; Köln: Ausgabe 03/2006 vom 04.05.2006.

<sup>2</sup> Tabakentwöhnung bei Patienten in Rehabilitationskliniken // Fachzeitschriften. Режим доступа: <http://www.ecomed-medizin.de/sj/sfp/abstract/ArtikelId/6454>, свободный. – Загл. с экрана.

социальной поддержке пациента как во время прохождения курса лечения, так и после него.

В методике мотивационного тренинга (МТ – Motivationsbehandlung) предусматривается осуществление с пациентом мотивационных бесед и рационально-эмоциональная поведенческой терапии, осуществляется анализ дальнейшего развития ситуации в диапазоне от «бросить курить» до «продолжить курить». С пациентом разбираются его иррациональные убеждения в отношении курения, и повышается мотивация к расставанию с этой вредной привычкой. Наряду с обычным лечением пациенту также определяется день, в который он должен бросить курить и назначаются препараты-заменители никотина. Однако при мотивационном тренинге не осуществляется ни формирование навыков, ни анализ поведения курильщика.

Примерно с половиной пациентов в дальнейшем проводятся телефонные беседы с целью профилактики рецидивов. Содержание разговоров зависит от предшествующей методики тренинга.<sup>1</sup>

*Четвертая стратегия – принятие постановления о защите некурящих на рабочих местах.* С момента принятия постановления о защите некурящих на рабочих местах (октябрь 2002 г.) работники получили право на чистый воздух на месте работы. Кроме того, в 2004 г. вступил в силу новый закон о правилах ухода за больными, который уделяет большое внимание заботе о здоровье пациентов. В результате действия этого закона началось активное развитие программ по защите некурящих в лечебных учреждениях и отвыканию от курения в больницах. Следует отметить, что большинство разработанных программ включают в себя пункты о проведении соответствующих тренингов с младшим и средним медперсоналом.<sup>2</sup>

**Проблема наркотической и алкогольной зависимости у немецких подростков.** Немецкие социологи отмечают, что в последние годы обсуждению проблем детей и подростков уделяется особое внимание не только в научной, но и в политической сфере.<sup>3</sup> Поэтому неудивительно, что значительное количество работ в области

---

<sup>1</sup> Tabakentwöhnung bei Patienten in Rehabilitationskliniken // Fachzeitschriften. Режим доступа: <http://www.ecomed-medizin.de/sj/sfp/abstract/ArtikelId/6454>, свободный. – Загл. с экрана.

<sup>2</sup> Ch. Kröger, D. Piontek, C. Donath: Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz Krankenhaus. eine Bestandsaufnahme in Krankenhäusern und Krankenpflegeschulen. 1. Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH 2006. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 1077). 64 S. ISBN: 3-86509-560-7.

исследования наркотической, алкогольной и никотиновой зависимости посвящено подрастающему поколению. По данным немецких ученых болеутоляющие лекарства, психоактивные вещества, сигареты и алкоголь начинают употребляться во все более юном возрасте. Очень часто употребление вышеназванных веществ происходит в такой интенсивной форме, что у подростков появляются физические и психические отклонения. Исследования ВОЗ, проведенные в Германии совместно со специалистами билефельдского университета, показали, что 15% детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет уже имеют патологическую зависимость от наркотических веществ.<sup>1</sup>

В последние годы внимание немецких ученых, как правило, приковано к двум взаимосвязанным аспектам подростковой зависимости: исследование так называемого рискованного поведения подростков и исследование гендерного аспекта подростковой зависимости. В основе этой бинарной проблемы лежит то обстоятельство, что половая зрелость у современных подростков наступает как никогда рано: у девочек, в среднем, уже в 11,5, а у мальчиков – в 12,5 лет.

На этапе перехода от детства к юности практически у всех подростков проявляется своеобразный феномен: молодые люди неожиданно начинают проявлять черты девиантного поведения, которое несет непосредственную угрозу их физическому и душевному здоровью, а часто и здоровью других окружающих их людей. На языке социальных психологов этот феномен носит название рискованное поведение (*Risikoverhalten*)<sup>2</sup>.

У современного рискованного поведения подростков существует две стороны. С одной стороны, это поведение, направленное на познание окружающего мира, являющееся естественной неотъемлемой частью так называемого периода бури и натиска юношеского возраста. Подобное познавательное рискованное поведение всегда было свойственно молодежи, менялись только его

---

<sup>3</sup> Meurer, Anja; Siegrist, Johannes: Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche: Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen, (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 25), Köln 2005, 56 S., ISBN: 3-937707-04-2.

<sup>1</sup> Klaus Hurrelmann. Zu viel für manche kleine Seele. Trend zu immer mehr psychosomatischen und mentalen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Gefragt sind nicht nur neue Medikamente, sondern vor allem kompetente Eltern. soFid Gesundheitsforschung 2003/1.

<sup>2</sup> Klaus Hurrelmann. Gesundheitsrisiken bei Kindern und Jugendlichen. soFid Gesundheitsforschung 2004/1.

виды и формы. В результате этого поведения подрастающее поколение просто приспособлялось к существующим пространственным, коммерческим и социальным условиям окружающего мира. С другой стороны, что заставляет юношу или девушку в настоящее время пренебрегать правилами поведения и традициями социального окружения, которые, тем не менее, четко осознаются большинством подростком? Что дает подросткам нарушение существующих норм, как правило, приводящее к негативным отзывам со стороны социального окружения вплоть до жесткой реакции правоохранительных органов и привода в полицейский участок? Рискованное поведение выбирается подростками потому, что субъективно оцениваемые ими преимущества перевешивают объективные недостатки такого поведения. Употребление наркотиков или алкоголя, опасный для жизни серфинг по метро и участие в оккультных мероприятиях привлекает внимание сверстников, которое невозможно завоевать иным путем.<sup>1</sup> Безусловно, рискованное поведение имеет огромное психологическое значение для обоих полов и, в частности:

- оно оказывает решающее воздействие на осознание подростком своей социальной роли;
- дает возможность занять подростку более престижное место в иерархии среди своих ровесников;
- во многом определяет психосоматическое состояние подростка;
- является вспомогательным средством для построения социальной идентичности подростка в качестве юноши или девушки.<sup>2</sup>

Таким образом, рискованное поведение имеет определенную социальную функцию, однако при этом проявляются значительные гендерные различия. У мальчиков оно направлено, прежде всего, на:

- стремление пережить интересное приключение;
- испытать непривычное удовольствие;
- успешно пройти испытание на храбрость;
- подвергнуться чрезмерной физической нагрузке и выдержать ее.<sup>3</sup>

Например, юноши, ездят на велосипеде по автобану против направления движения или пристают к пешеходам возле

---

<sup>1</sup> Klaus Hurrelmann. Gesundheitsrisiken bei Kindern und Jugendlichen. soFid Gesundheitsforschung 2004/1.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Там же.

супермаркетов. Кроме того, юноши, как правило, проявляют повышенную склонность к потреблению алкоголя, по сравнению с девушками. Юноши используют алкоголь в качестве регулятора ощущений, а также в качестве мобилизующего или растормаживающего средства. Юноши, которые достаточно рано уходят из-под родительской опеки и становятся членами подростковых группировок, используют алкоголь и наркотики в качестве средства для сплочения клики и размежевания с миром взрослых. Многие пытаются при помощи чрезмерного употребления алкоголя и наркотиков продемонстрировать силу и независимость, в результате чего они очень часто находятся в состоянии сильного алкогольного и наркотического опьянения.<sup>1</sup>

Девушки, в свою очередь, пропадают на ночь из дома без объяснения причин, четыре дня подряд прогуливают школу или экспериментируют с различными диетами. Кроме того, девушки имеют большую склонность к употреблению медикаментов и так называемых дизайнерских наркотиков (Designerdrogen) типа экстази.<sup>2</sup>

Таким образом, рискованное поведение имеет многообразные психологические и социальные формы и последствия; в его основе лежат два фактора: инициация конфликта поколений и поиск форм социализации подростков. Все это имеет разные и многочисленные проявления:

- демонстративное отторжение моделей поведения взрослых;
- совершение умышленных действий, направленных против родительского контроля;
- выражение социального протеста и критика существующих общественных ценностей;
- средство поиска опыта и переживаний, расширяющих сознание;
- яркое выражение недостаточного самоконтроля;
- попытка достичь расслабления при помощи получения наслаждения (от наркотиков, алкоголя, табака или секса) и вытеснения скуки;
- способ получения доступа в компанию друзей;
- демонстративное выражение определенного жизненного стиля;
- способ разрешения и отвлечения от фрустрации и реакция

---

<sup>1</sup> Leppin, A.; Hurrelmann, K., Petermann H (Hg.) (2000): Jugendliche und Alltagsdrogen. Neuwied: Luchterhand.

<sup>2</sup> Там же.

мобилизации сил организма при психологических травмах.<sup>1</sup>

Безусловно, есть немало подростков, имеющих большую потребность в подобных исключительных сенсорных, соматических, физических и социальных переживаниях. Для удовлетворения стремлений к необычным образцам поведения могут прибегать, прежде всего, импульсивные личности с большой склонностью к активной деятельности и самореализации, обладающие большим запасом движущих сил. Вероятно, что подобные потребности может удовлетворить и потребление наркотических средств, так как наркотики также дают возможность испытать острые ощущения и все фазы шока и стресса.<sup>2</sup>

Однако то, от чего можно получить приятное возбуждение (Kick-Erlebnis) – от дозы наркотического вещества, от асоциального поведения, от незащищенного секса, от опасного поведения на проезжей части и т.д. – зависит не только от индивидуальных особенностей отдельного человека, но и от стандартов, принятых в группе его ровесников. Поэтому большое значение имеет возраст соответствующего подростка, а также его социальная и половая принадлежность. При этом подростки связаны рамками, определяемыми культурными традициями соответствующего сообщества.<sup>3</sup>

Особое внимание обращают на себя параллели, существующие между поведением детей и взрослых. Дети реагируют на конфликты и противоречия в их социальном окружении, на отсутствие возможности реализовать свои желания, мотивы и потребности практически так же, как и взрослые. Они или переносят свою фрустрацию, напряжение и стресс на других, то есть, на тех, кто на них нападает, или же подавляют в себе эти негативные эмоции, нанося себе, таким образом, физический и психический вред. Сбои в иммунной системе, в пищевом поведении, в чувственном восприятии и переработке негативных эмоций часто происходят не изолированно друг от друга, а накладываются друг на друга самым неожиданным образом. Так возникает рассогласование между психофизиологической, психоэмоциональной и социально-экологической системами. Таким образом, отсутствие равновесия между этими тремя системами, баланса между напряжением и расслаблением приводит к серьезной

<sup>1</sup> Hurrelmann, K.; Bründel, U. (1997): Drogengebrauch - Drogenmissbrauch. Darmstadt: WBG.

<sup>2</sup> Tillmann, K.-J (1999): Schüलगewalt als Schulproblem. Weinheim: Juventa.

<sup>3</sup> Baacke, D. (1999): Jugend und Jugendkulturen. Darstellung und Deutung (3. Auflage). Weinheim: Juventa.

угрозе здоровью человека. Определенная комбинация этих нарушений может вызвать синдром гиперактивности и дефицита внимания<sup>1</sup>. При помощи веществ, воздействующих на центр удовольствия головного мозга, дети пытаются уйти из реальности. Они отвлекаются от проблем и конфликтов в семье, детском саду и школе, сбиваются в группы (клики), которые от распада удерживаются только совместным употреблением табака, алкоголя, а позже, и нелегальных лекарственных препаратов.<sup>2</sup>

По мнению немецких социологов, подростки вполне осознают опасность и рискованность своих действий, однако желание получить признание и авторитет у сверстников, а также стремление к высокой самооценке часто преобладают над здравым смыслом. Жажда внимания со стороны окружающих в прагматичном обществе свободной конкуренции и отчаянный поиск собственного «Я» становятся для многих подростков главной целью в жизни. Однако обычная повседневная жизнь большинства подростков не позволяет им испытать ни чувства высокой самооценки, ни общественного признания. В этой-то ситуации и начинаются эксперименты с наркотиками и другими медикаментами, проявляется агрессия по отношению к родственникам и посторонним людям, возникают различные формы рискованного поведения, часто приводящие к опасным последствиям не только для здоровья, но и для жизни подростков.<sup>3</sup>

**Профилактика и лечение алкогольной и наркотической зависимости в Германии** осуществляется в рамках системы социальной работы, однако подробное описание практики социальной работы, сложившейся в Германии, в дальнейшем предполагается осуществить в отдельной брошюре. Поэтому в данном разделе мы не ставим своей целью всесторонне проиллюстрировать все существующие методы профилактики и лечения различных видов зависимости. Мы упомянем только некоторые из существующих подходов.

---

<sup>1</sup> Klaus Hurrelmann. Zu viel für manche kleine Seele. Trend zu immer mehr psychosomatischen und mentalen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Gefragt sind nicht nur neue Medikamente, sondern vor allem kompetente Eltern. soFid Gesundheitsforschung 2003/1.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Heitmeyer, W.; Hurrelmann, K. (1992): Sozialisations- und handlungstheoretische Ansätze in der Jugendforschung. In: Krüger, H. H. (Hg.): Handbuch der Jugendforschung. Opladen: Leske und Budrich, 109-134.

Прежде всего, следует отметить, что при обсуждении проблемы наркотической зависимости на разных уровнях немецкого общества непосредственно физиологическая зависимость воспринимается всеми участниками дискуссии именно как болезнь. Такой принцип толкования зависимости в немецком обществе является не просто результатом прогрессивных научных открытий, его распространенность представляет собой, скорее, определенный вид социального достижения. Такая концепция понимания зависимости сложилась под воздействием определенных специфических исторических и культурных условий. Данная концепция пропагандируется большинством акторов и институтов, используется при непосредственном лечении пациентов и воспроизводится при помощи специальных дискурсивных практик. Таким образом, концепция понимания наркотической зависимости как болезни стала основным подходом при изучении проблемы наркомании.

При этом в Германии сложился весьма противоречивый, амбивалентный подход к проблеме. С одной стороны, социальным работникам свойственна гуманная стратегия подхода к лечению наркомании и оказанию услуг, например, открытие так называемых кафе для наркоманов, раздача наркоманам бесплатных шприцов и презервативов в специальном автобусе. С другой стороны, они склонны к оправданию уголовного наказания при употреблении наркотиков, являющегося неотъемлемой частью репрессивных систем профилактики наркомании, по-прежнему существующих во многих странах.<sup>1</sup>

При этом большинство немецких социологов полностью согласны с тем, что употребление легальных и нелегальных наркотиков представляет собой главную опасность для здоровья всего населения. Если употребление алкоголя и табака стало повседневной реальностью практически во всех возрастных группах, то употребление нелегальных наркотиков, в основном, относится к экспериментальному поведению в юношеском и в молодом возрасте. Поэтому основная работа по профилактике наркомании направлена:

1. на противодействие сложившимся негативным тенденциям;
2. на информационную подготовку детей, подростков и взрослых к правильному обращению с веществами, способными вызвать наркотическую зависимость.

---

<sup>1</sup> Reinartman, Craig: Sucht als Errungenschaft: die diskursive Konstruktion gelebter Erfahrung, in: Bernd Dollinger, Wolfgang Schneider (Hrsg.): Sucht als Prozess : sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis, Berlin: VWB, Verl. f. Wiss. u. Bildung, 2005, S. 23-41, ISBN: 3-86135-253-2.



Приведем в пример несколько действующих моделей, направленных на информационную подготовку населения.

I. Периодические издания. Федеральное ведомство по просветительской работе в сфере здравоохранения (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) регулярно издает специальную брошюру, содержащую обзор основных возможностей по профилактике наркотической зависимости в Германии. Брошюра описывает самые новые научные и практические подходы к решению данной проблемы как внутри страны, так и за рубежом. Данное издание предназначено не только для специалистов-практиков узкого профиля (наркологов, психологов, социальных работников и т.д.), но и для политиков, бизнесменов, организаций третьего сектора, а также для самых широких слоев населения. В брошюре также представлена актуальная структурно-организационная схема профилактики наркозависимости в Германии со всеми значимыми акторами. Практика использования брошюры позволяет находить новые направления его воздействия. Так, в издание добавлен раздел «Основы профилактики наркозависимости», задачей которого является передача самого нового удачного опыта для ежедневно работающих практиков.<sup>1</sup>

II. Учебные программы. В последние годы в детских садах и школах Германии проводится большое количество мероприятий, посвященных формированию здорового поведения и здоровой личности. В учебные планы были введены такие предметы, как гигиена, закаливание, питание, движение, координация чувств и преодоление стресса, профилактика насилия и наркомании. В педагогической концепции используется представление о здоровье как об удачно разрешенном противоречии между внутренними и внешними жизненными требованиями. Однако в настоящее время на федеральном уровне пока не хватает координации между различными существующими учебными программами, большинство из которых появились только благодаря личным инициативам работников детских садов и школ, а также родителей. По мнению немецких социологов, данная проблема должна быть срочно решена или путем создания специального фонда с четко определенными задачами и научным сопровождением, или путем активного включения в процесс федерального министерства здравоохранения.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Schmidt, Bettina: Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland: Grundlagen und Konzeption, (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 24), Köln 2004, 70 S., ISBN: 3-933191-98-X.

<sup>2</sup> Klaus Hurrelmann. Zu viel für manche kleine Seele. Trend zu immer mehr psychosomatischen und mentalen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Gefragt

III. Использование новых информационных технологий. В последнее время интернет находит все более широкий круг пользователей и успел превратиться в повседневное средство коммуникации, в первую очередь среди молодежи. В связи с этим появились широкие возможности для использования интернета в целях пропаганды здорового образа жизни, а также для профилактики табакокурения, потребления алкоголя и индийской конопли (гашиша).<sup>1</sup>

Ученые исследуют многочисленные факторы, противодействующие активному противостоянию сложившимся негативным тенденциям. Так, практика показывает, что большинство предложений в сфере немецкого здравоохранения (и профилактические, и лечебные мероприятия) доступны в большей степени представителям среднего слоя, чем лицам с низким социальным статусом и/или согражданам иностранного происхождения. Следует отметить, что в группу людей с низким социальным статусом входят и дети из социально неблагополучных семей, а также дети и подростки с алкогольной и наркотической зависимостью. Помимо низкого социального статуса детей и подростков их участию в профилактических и лечебных мероприятиях препятствует широкий набор социальных факторов, в том числе:

- различия в языковом коде: врачи не знают и не понимают молодежного сленга, а дети и подростки, а также сограждане иностранного происхождения плохо знают немецкий язык;
- ощущение пациентами большой социальной дистанции между ними и оферентом медицинских услуг;
- низкая оценка пациентами компетентности медиков в сфере решения существующих у пациентов проблем;
- низкий уровень общей информированности пациентов;
- отсутствие или недостаток у пациентов информации о стоимости лечения.

По мнению немецких ученых, для исправления сложившейся ситуации необходимо осуществить следующие мероприятия:

- усилить профилактическую работу в детских садах и школах с помощью кооперации со школами или шефства над ними;
- улучшить просветительскую работу среди родителей;

---

sind nicht nur neue Medikamente, sondern vor allem kompetente Eltern. soFid Gesundheitsforschung 2003/1.

<sup>1</sup> Tossmann, Peter: Das Internet in der Prävention des Substanzkonsums, in: Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung, Jg. 28/2005, H. 4, S. 117-120.

- установить в лечебных учреждениях часы приема для детей и подростков;
- создать в интернете сайты для он-лайн консультаций по определенным темам (половая жизнь, наркотики);
- продумать систему мероприятий по внедрению профилактических мероприятий в жизненный мир пациентов (в том числе, и на языковом/сленговом уровне);
- организовать для целевых групп консультации, на которых в уважительной и доверительной форме будут обсуждаться преимущества и недостатки употребления веществ, вызывающих зависимость.<sup>1</sup>

Для успешной профилактики и лечения различных видов зависимости в Германии проводится большой объем научных исследований, осуществляется регулярный мониторинг различных групп и слоев населения. Так, значительное количество работ немецких социологов посвящено анализу гендерной составляющей алкогольной и наркотической зависимости. Наряду с эпидемиологическими данными о взаимосвязи между потреблением соответствующих видов наркотиков и уровнем смертности в данных работах описываются, например, специфически гендерные причины возникновения зависимости и особенности ее протекания и развития у мужчин и женщин. Кроме того, особое внимание уделяется гендерно обусловленным причинам выбора зависимыми того или иного наркотического средства. В работах исследуется гендерный аспект наркотической зависимости у подростков, а также методы профилактики и лечения. Следует также отметить, что в настоящее время активно обсуждается вопрос о необходимости учета GM<sup>2</sup> при

---

<sup>1</sup> Meurer, Anja; Siegrist, Johannes: Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche: Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen, (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 25), Köln 2005, 56 S., ISBN: 3-937707-04-2. См. также: Marzinzik, Kordula: Soziale Gesundheitsarbeit: Perspektiven für eine lebensweltorientierte Suchtprävention, Bielefeld 2005, 243 S.

<sup>2</sup> Gender mainstreaming – социальный комплексный гендерный подход (подход к рассмотрению гендера, принимающий во внимание социальные, культурные, экономические и политические различия между мужчинами и женщинами во всех сферах деятельности; означает необходимость включения критериев равенства между женщинами и мужчинами в общую систему организации общества. Рассмотрение этого аспекта см. также в: Иудин А.А., Шпилев Д.А. Современная немецкая социология (обзор). Проблемы развития города. Нижний Новгород: НИСОЦ, 2010. – 56 с.

подготовке как непосредственно врачей-наркологов, так и среднего и младшего медперсонала соответствующих лечебных учреждений.<sup>1</sup>

Так, например, многие женщины в Германии делают вполне успешную профессиональную карьеру. Однако у женского стремления к успеху и профессиональному признанию есть и негативная сторона. Совместные исследования английских и немецких специалистов показали, что у женщин, занимающих руководящие должности, алкогольная зависимость наступает значительно чаще, чем у женщин, являющихся рядовыми сотрудницами. По мнению ученых, причины этого явления, во многом кроются в отсутствии у женщин-руководителей социальной и профессиональной поддержки со стороны. Образ жизни, включающий в себя черты так называемого борца-одиночки (*Einzelkämpferdasein*) имеет для женщины крайне негативные последствия, которые с годами проявляются все сильнее. Использование алкоголя для снятия стресса и напряжения может очень быстро в связи с биологическими и психологическими особенностями женщин вызвать у них серьезные психические и физиологические нарушения.<sup>2</sup>

Значительный интерес, на наш взгляд, представляют также исследования, посвященные взаимосвязи между уровнем смертности и жизненным стилем, уровнем образования, принадлежностью к определенному социальному слою и здоровым образом жизни. Результаты подобных исследований показывают, что на уровень смертности у мужчин наиболее значимое воздействие оказывают пять самых важных для здоровья аспектов жизненного стиля: потребления табака и алкоголя, занятие спортом, питание и продолжительность сна. Уровень образования при этом не играет решающей роли. Тем не менее, смертность в результате чрезмерного потребления алкоголя существенно ниже у мужчин с высоким уровнем образования.<sup>3</sup>

Статистика показывает, что в последние годы у мужчин и подростков обоего пола фиксируется значительный рост потребления

---

<sup>1</sup> Zenker, C.: Sucht und Gender, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 48/2005, H. 4, S. 469-476.

<sup>2</sup> Habermann-Horstmeier, Lotte: Gesundheitliche Risiken von Frauen in Führungspositionen: das Problem Alkohol, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin : der Betriebsarzt; Zeitschrift für Praxis, Klinik, Forschung und Begutachtung in den Bereichen Arbeitshygiene, Betriebsmedizin..., Jg 41/2006, H. 1, S. 21-25.

<sup>3</sup> Klein, Thomas; Schneider, Sven; Löwel, Hannelore: Bildung und Mortalität: die Bedeutung gesundheitsrelevanter Aspekte des Lebensstils, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 30/2001, H. 5, S. 384-400.

алкоголя, часто приводящий к необходимости стационарного лечения в наркологических центрах. При этом очень высок уровень повторной госпитализации. У данных пациентов отмечается существенное количество сопутствующих заболеваний. Несмотря на относительно небольшой средний возраст у наблюдаемых пациентов чрезвычайно высок уровень смертности, что еще раз подчеркивает большую опасность, которую несет здоровью чрезмерное употребление алкоголя.<sup>1</sup> С целью проведения мониторинга и последующих долгосрочных исследований осуществляется многомерная классификация пациентов. Пациенты обычно классифицируются в первую очередь с точки зрения их психического состояния (вменяемый/невменяемый). Дальнейшая классификация осуществляется по следующим признакам: направление на лечение (первичная/вторичная госпитализация), профессиональный статус (рабочий/служащий), занятость (работающий/безработный) и т.д.<sup>2</sup> Такая классификация дает дополнительные основания для определения влияния различных социальных факторов на формирования алкогольной зависимости.

Значительный объем публикаций немецких социологов посвящен анализу профилактики и лечения наркотической зависимости при помощи заместительной терапии (Substitutionsbehandlung). Одним из видов заместительной терапии является лечение наркозависимости с помощью метадона. Полное название: *проведение амбулаторной медицинской реабилитации наркозависимых с использованием метадона в качестве переходного средства (Durchführung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen bei Übergangsweisem Einsatz von Methadon)*.<sup>3</sup> Данный вид лечения появился

---

<sup>1</sup> Grobe, Thomas G.; Dörning, Hans; Schwartz, Friedrich W.: GEK-Gesundheitsreport 2004: Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung ; Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol, (GEK Edition : Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 30), Sankt Augustin: Asgard-Verl. 2004, 178 S., ISBN: 3-537-44030-8.

<sup>2</sup> Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) in der stationären Behandlung alkoholabhängiger Patienten – Ergebnisse des Implementationstests 2009. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Tagungsband, "Qualität in der Rehabilitation - Management, Praxis, Forschung", 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8.3. bis 10.3.2010 in Leipzig. DRV Schriften Band 2010; 88: 520-522.

<sup>3</sup> Viethen, Maja: Was erreichen Methadonbehandlungen?: historische Rekonstruktion gesellschaftlichen Umgangs mit Drogenkonsum und kritische Beurteilung von Substitutionsverläufen und Therapiezielen, (Bamberger Beiträge zur Sozialpädagogik & Familienforschung, Bd. 5), Augsburg: Maro Verl. 2004, 561 S., ISBN: 3-87512-354-9.

в контексте мер, возникших в середине 1980-х годов и призванных, в первую очередь, декриминализировать и численно сократить среду наркозависимых, а во вторую очередь, способствовать адаптации бывших наркоманов в обществе, дать им возможность вести полноценную жизнь. Как правило, эффективность подобных программ оценивается по следующим параметрам:

- состояние здоровья и уровень смертности;
- профессиональная ре-(интеграция);
- развитие социальных отношений;
- воздержание и употребление других видов наркотиков;
- психологическое состояние пациентов;
- правовая ситуация и жизнь в рамках закона;
- общее количество участников программы;
- количество участников программы, не вернувшихся к употреблению нелегальных наркотиков;
- продолжительность программы;
- ресурсы, необходимые для реализации программы;
- индикаторы для оценки эффективности программы.

При этом большинство немецких специалистов согласны с тем, что первоначальные ожидания от метадоновой программы были несколько завышены. По мнению специалистов, для оптимизации программы необходимо, прежде всего, эффективно воздействовать на мотивацию и сознание пациентов.<sup>1</sup>

Для проверки эффективности метадоновой программы используются различные методики. Интересным примером является федеральный исследовательский проект, в ходе которого пациентам с зависимостью от опиоидных препаратов экспериментально в качестве лекарственного средства впрыскивался героин. Одна из контрольных групп в виде медикамента параллельно получала метадон. За обеими группами постоянно велось медицинское наблюдение, пациенты проходили сопроводительную психологическую и социальную терапию. Данное исследование базировалось на работе с двумя целевыми группами. Первая группа – это наркозависимые с опытом лечения, у которых метадоновая программа не имела положительных результатов (например, параллельно с метадоном ими активно

---

<sup>1</sup> Viethen, Maja: Methadon als Maßnahme akzeptanzorientierter Drogenarbeit: ursprüngliche Zielsetzungen und erreichte Veränderungen ; eine kritische Bilanz, in: Bernd Dollinger, Wolfgang Schneider (Hrsg.): Sucht als Prozess: sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis, Berlin: VWB, Verl. f. Wiss. u. Bildung, 2005, S. 283-306, ISBN: 3-86135-253-2.

употреблялись уличные наркотики). Во вторую группу были включены наркозависимые, которые в последние полгода до участия в данном проекте не проходили никакого лечения. Таким образом, была проверена эффективность обоих медикаментов – героина и метадона, а также эффективность различных методик психосоциального воздействия (в комбинации с различными медикаментами). Данный проект был осуществлен по совместной инициативе федерального министерства здравоохранения и социальной защиты земель Гамбурга, Гессена, Нижней Саксонии и Северного Рейна-Вестфалии, а также городов Бонна, Франкфурта, Ганновера, Карлсруэ, Кельна и Мюнхена<sup>1</sup>.

Необходимо отметить, что для профилактики и лечения наркозависимости в Германии используется не только заместительная терапия. В качестве примера можно привести проект, который с 2001 по 2003 гг. был осуществлен в двух специальных клиниках с целью усовершенствования и расширения объема существующих способов лечения. В указанный период времени в проекте приняли участие 870 пациентов. Суть проекта состояла в том, что в клиниках параллельно проходила апробация различных видов лечения наркозависимости. В Рейн-Мозельской специальной клинике осуществлялось медикаментозное лечение. В психиатрической и неврологической клинике округа Пфальц, напротив, проходило лечение без назначения пациентам лекарств-заместителей. Результаты данного научного опыта показали, что различные концепции лечения наркозависимости позволяют наиболее полно охватить различные целевые группы. Кроме того, обобщенные данные по двум клиникам свидетельствуют об изменении у наркозависимых социальных установок. В частности, отмечается рост у пациентов готовности к изменению своей жизни в результате прохождения стационарного лечения и увеличение готовности к участию в различных сопроводительных мероприятиях, например, к получению регулярных консультаций в консультационных службах для наркозависимых (Suchtberatungsstelle).<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie // Fachhochschule Frankfurt am Main – University of Applied Sciences. Режим доступа: [http://www.fh-frankfurt.de/wwwwt/2000/fbericht4/wt-fbericht4\\_010.htm](http://www.fh-frankfurt.de/wwwwt/2000/fbericht4/wt-fbericht4_010.htm), свободный. – Загл. с экрана.

<sup>2</sup> Görgen, Wilfried; Hartmann, Rüdiger (Bearbeitung): Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger in Rheinland-Pfalz: Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach Pfalzkrinikum, Klingenmünster; Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz, Köln 2003, 74, 25 S.

Постоянное совершенствование методик лечения наркозависимых является важнейшей задачей всех специалистов, занятых в этой сфере. Это означает, что современное лечение является многоэтапным мероприятием, осуществляется как стационарно, так и амбулаторно и не ограничивается простой соматической детоксикацией.

### 3.2. Немецкая социология о проблеме ВИЧ/СПИД

В эпоху антибиотиков и вакцинации до появления СПИДа уже известным и хорошо изученным инфекционным болезням в клинической практике нередко придавалось второстепенное значение. Кроме того популярным было мнение о том, что неизвестных инфекционных заболеваний практически не осталось. Однако со временем возникла совершенно иная картина. В течение последних десятилетий были обнаружены многочисленные инфекционные заболевания нового типа. Были открыты новые вирусы, бактерии и паразиты, патогенные для человека. При этом давно известные вирусы покинули свои классические области распространения. Выяснилось, что именно вирусные возбудители заболеваний могут постоянно генетически изменяться и, таким образом, приобретать важнейшее значение для клинической практики. Кроме того, в первую очередь, именно человек в ходе своей деятельности способствовал появлению и распространению инфекционных заболеваний в прошлом и будет продолжать делать это в будущем.<sup>1</sup> Статистические данные показывают, что со времен появления вируса иммунодефицита человека (HIV) и начала эпидемии к XXI в. в Германии этим ретровирусом заразились более 60000 человек. Немецкие эпидемиологи говорят о ежегодном приросте в 2500 инфицированных.<sup>2</sup>

В немецкой социологической литературе подробно описываются проблемы, с которыми сталкиваются врачи и их пациенты при профилактике и лечении этого страшного заболевания. Следует отметить, что связанные с ВИЧ и СПИД проблемы далеко не всегда носят исключительно медицинский характер. Значительно более

---

<sup>1</sup> Kurth, R.: Das Auftreten alter und neuer Seuchen als Konsequenz menschlichen Handelns, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 47/2004, H. 7, S. 611-621.

<sup>2</sup> Psychiatrische Krankheitsbilder // HIV-Leitfaden. Режим доступа: <http://www.hivleitfaden.de/cms/index.asp?inst=hivleitfaden&snr=2284>, свободный. – Загл. с экрана.



сложным является определение правового, экономического, семейного, трудового и т.д. статуса инфицированного человека, анализ политики СМИ, церкви и других важнейших общественных институтов в отношении данного заболевания.

*Первая проблема – правовой, финансовый и социальный статус больных ВИЧ/СПИД.* Одна из основных проблем вызвана тем обстоятельством, что под воздействием возможностей, которые открываются при применении новых способов лечения, страшная эпидемия ВИЧ/СПИД в общественном сознании все больше превращается в так называемое обычное хроническое заболевание. Действительно, благодаря комбинированной терапии, используемой с 1996 г., больные стали жить значительно дольше. Однако окончательное излечение от ВИЧ до сих пор невозможно. Тем не менее, такой переход от необычного, из ряда вон выходящего к обыденному, безусловно, сопровождается многочисленными переменами в жизни инфицированных людей, положение которых, как правило, осложняется большим количеством сопутствующих заболеваний, таких как туберкулез, гепатит В и С, сифилис и липодистрофия, вызванная противовирусной терапией. Сравнительный анализ расходов, необходимых для лечения от ВИЧ, диабета и почечной недостаточности, позволяет сделать однозначный вывод об огромном значении мер социальной поддержки для больных ВИЧ/СПИД. Без достаточной финансовой помощи со стороны государства такие больные очень быстро могут оказаться за чертой бедности. Очень часто больные СПИДом даже не имеют представления о том, какие социальные выплаты полагаются им по закону в сфере страхования на случай болезни, пенсионного страхования и страхования от несчастных случаев. Хотя следует признать и то обстоятельство, что представители страховых компаний прямо говорят о том, что им все еще сложно включить больных ВИЧ/СПИД в сложившуюся систему социального страхования. Поэтому особое значение для таких больных будет иметь внесение необходимых изменений в их правовой, экономический и социальный статус.<sup>1</sup>

Во-первых, речь идет о нормализации правового положения больных. Очевидно, что в данном случае необходимо внести

<sup>1</sup> Block, Martina: Qualitätssicherung der Primärprävention im Fokus: eine Untersuchung zu Erfahrungen und Wünschen der AIDS-Hilfen in Deutschland, (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Forschungsgruppe Public Health, 2006-301), Berlin 2006, 118 S.

определенные изменения в конституционное, гражданское и уголовное право, а также в систему социального и частного страхования. Однако достоверные данные о том, с какими именно правовыми проблемами наиболее часто встречаются люди с диагнозом ВИЧ/СПИД пока, к сожалению, отсутствуют. Кроме того, до сих пор не сформировалось четкое и однозначное понимание того, стоит ли на законодательном уровне особо выделять специфические синдромы, сопровождающие протекание ВИЧ/СПИД, или рассматривать эти синдромы в качестве обычных явлений, сопутствующих всем хроническим заболеваниям.

Во-вторых, как уже говорилось выше, большинство людей, которым был поставлен диагноз ВИЧ/СПИД, испытывают значительные финансовые затруднения. Поэтому необходимо провести четкий анализ зависимости положительного изменения финансового положения больных ВИЧ/СПИД от предполагаемых реформ на законодательном уровне. Кроме того, должны быть четко определены акторы, ответственные за проведение соответствующих реформ (например, законодатели или суды и т.д.).<sup>1</sup>

*Вторая проблема – отображение ВИЧ/СПИД в СМИ.* Значительный объем публикаций немецких социологов посвящен анализу отображения проблемы ВИЧ/СПИД в СМИ и того влияния, которое оказывают данные публикации на общественное мнение. Как показывают исследования, журналисты (в том числе, и работающие в научно-популярных каналах и изданиях) внесли существенный вклад в распространение в обществе до сих пор еще научно не доказанного тезиса о том, что ВИЧ является причиной СПИДа. Не без помощи СМИ данный тезис превратился в теорему, к сожалению, широко используемую не только в так называемой желтой прессе, но и в научных изданиях. Журналисты быстро превратили СПИД в модную страшилку (*griffiges Angstthema*), замалчивая существующие противоречия и отвергая сомнения. Немецкие социологи с сожалением отмечают тот факт, что представители СМИ полностью поддержали исследователей ВИЧ в их стремлениях дать публике всем понятные ответы и свести чрезвычайно сложную ситуацию к простому образцу поведения, решающему все проблемы. Так появилось расхожее выражение – безопасный секс (*safer sex*).<sup>2</sup> Немецкие социологи

<sup>1</sup> Kurt Pärli; Karin Müller Kucera; Stefan Spycher: Aids, Recht und Geld. Eine Untersuchung der rechtlichen und wirtschaftlichen Probleme von Menschen mit HIV/Aids. Sachgebiet: Betriebswirtschaft / Politik, Politikwissenschaften / Recht. 2003. 384 S. ISBN-Nr.: 978-3-7253-0737-1.

<sup>2</sup> Engelbrecht, Thorsten: Sex, Blut und Tod, in: *message: internationale Fachzeitschrift für Journalismus*, 2005, H. 1, S. 36-47.

призывают представителей СМИ вернуться к исходной точке и вновь честно рассмотреть проблему СПИДа во всем ее многообразии. При этом по отношению к ВИЧ/СПИД социологи видят задачу СМИ в решении трех задач. Во-первых, СМИ должны проводить ответственную просветительскую работу среди самых широких слоев населения, во-вторых, честно рассказывать о смертельной опасности СПИД, но при этом (в-третьих) препятствовать формированию парализующего страха смерти и подавлению естественной сексуальности.<sup>1</sup>

*Третья проблема – профилактика депрессии и чувства страха у больных ВИЧ/СПИД.* Выявление у пациента диагноза ВИЧ/СПИД, как правило, сопровождается значительным ростом депрессивных состояний и психических расстройств. Как показывает практика работы с ВИЧ-инфицированными в амбулаторных условиях, использования консультационных и информационных центров, а также служб психологической и социальной поддержки не дает желаемого результата в борьбе за душевное состояние пациентов. При этом уровень инициативного использования пациентами подобных учреждений продолжает оставаться чрезвычайно низким. Специалисты считают, что выходом из подобной ситуации может являться систематическая проверка психологического состояния всех ВИЧ-инфицированных, а также значительное облегчение им доступа к услугам психосоциальной помощи. Следует также отметить, что медикаментозное лечение психических расстройств сопряжено с определенными трудностями. Наличие у пациента ВИЧ-инфекции крайне осложняет использование психотропных медикаментов и их дозировку, так как, как правило, возникает нежелательное взаимодействие между антивирусными и психотропными препаратами. С целью изучения возникшей проблемы в различных клиниках Германии проводятся исследования по широкому кругу направлений, в том числе:

- консультирование по вопросам ВИЧ/СПИД в амбулаторных условиях;
- ВИЧ и депрессия;
- ВИЧ и психозы;
- ВИЧ и наркотики;

---

<sup>1</sup> Die Aids-Mythen der Vereinten Nationen // Frankfurter Allgemeine FAZ.NET. Режим доступа: <http://www.faz.net/s/Rub8ABC7442D5A84B929018132D629E21A7/Doc~EF4F29D64BCEA4AD8AA3DE7727E0DF3EA~ATpl~Ecommon~Scontent.html>, свободный. – Загл. с экрана.

- ВИЧ и конфликты;
- ВИЧ и психотропные медикаменты;
- ВИЧ и жизненный кризис;
- спидофобия.<sup>1</sup>

*Четвертая проблема – СПИД и иммигранты.* Как известно, в Германии проживает большое количество иммигрантов, не обладающих легальным статусом пребывания на территории ФРГ. Анализ показывает, что медицинское обслуживание людей без документов может осуществляться следующими способами:

- оплата наличными;
- лечение в стране происхождения;
- самолечение;
- использование чип-карты другого человека;
- гуманитарные инициативы.

Стоит отметить, что общие правовые условия оказания медицинской помощи людям без документов в Германии изложены в законе об иммиграции, в законе о защите от инфекций и в законе об общественной службе здравоохранения. Кроме того, люди без документов могут получить помощь в консультациях по вопросам ВИЧ для нелегальных иммигрантов, а также в консультациях по ЗППП (Beratungsstelle zu STD [Sexual Transmitted Diseases])<sup>2</sup>.

**Анализ международного опыта борьбы с ВИЧ/СПИД в немецкой социологии.** Последние 20 лет ВИЧ/СПИД является самой опасной болезнью, распространенной во всем мире. Последствия этой болезни затрагивают не только непосредственно больного и его близких, но и оказывают негативное воздействие на стабильность и развитие большого количества государств, в частности, ряда стран южной Африки. Различные факторы, вызывающие болезнь, а также ограниченные ресурсы многих стран являются причиной того, что проблему ВИЧ/СПИД невозможно решить с помощью традиционных политических механизмов. Для выработки эффективной и всеобъемлющей стратегии борьбы с ВИЧ/СПИД необходимо разработать глобальный подход с привлечением, в том числе, и негосударственных акторов (примером подобного подхода в последние

<sup>1</sup> Therapieziele // HIV 2010. Das Buch zu HIV und AIDS. Режим доступа: <http://www.hivbuch.de/therapieziele.html>, свободный. – Загл. с экрана.

<sup>2</sup> Nitschke, Heidrun: Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes – Erfahrungen und Perspektiven, in: Klaus Jünschke, Bettina Paul (Hrsg.): Wer bestimmt denn unser Leben? : Beiträge zur Entkriminalisierung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus, Karlsruhe: v. Loeper, 2005, S. 133-148, ISBN: 3-86059-411-7.

годы являлась программа Joint United Nations Program on HIV/ AIDS, сокр. UNAIDS). Поэтому не удивительно, что немецкие социологи в своих работах уделяют большое внимание анализу международного опыта профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД. Следует отметить, что анализ, как правило, ведется по двум основным направлениям: а) ситуация в развивающихся странах; б) ситуация в странах Евросоюза и США.<sup>1</sup>

*Ситуация в развивающихся странах.* В последнее время здоровье населения рассматривается в качестве одного из важнейших условий социального и экономического развития любой страны. Таким образом, борьба с инфекционными заболеваниями в развивающихся странах является неотъемлемым элементом практически всех стратегий борьбы с бедностью и отсталостью.<sup>2</sup> В этой связи особый интерес вызывает исследование, посвященное анализу социальных последствий СПИДа в Намибии с точки зрения локальных акторов. Для проведения исследования была выбрана качественная методология – проведение интервью с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом, а также с членами их семей. Полученные данные должны были помочь ответить на вопрос о том, что происходит с отдельными людьми, их домашними хозяйствами и семьями в ситуации инфицирования ВИЧ-инфекцией, заболевания СПИДом или смерти больного. Исследование проводилось как в городской (Виндхук-Катутура), так и в сельской местности (в северной и центральной частях Намибии). В течение пяти месяцев были получены 80 интервью.

Результаты исследования показали, что коренное изменение социальной структуры и экономического уклада, которые происходили с середины XIX в., начиная с первых визитов торговцев, миссионеров и ученых, а затем и в результате установки немецкого колониального господства, апартеида, войны за независимость и создания современной государственности, стали причиной всеобъемлющей модернизации общества Намибии. Феномен массового заболевания СПИДом (приблизительно четверть взрослого населения Намибии является ВИЧ-инфицированной) также является следствием процесса модернизации, в результате которого началась динамичная социальная

---

<sup>1</sup> Die Aids-Mythen der Vereinten Nationen // Frankfurter Allgemeine FAZ.NET. Режим доступа:  
<http://www.faz.net/s/Rub8ABC7442D5A84B929018132D629E21A7/Doc~EF4F29D64BCEA4AD8AA3DE7727E0DF3EA~ATpl~Ecommon~Scontent.html>, свободный. – Загл. с экрана.

<sup>2</sup> Hein, Wolfgang; Kohlmorgen, Lars: Global health governance: conflicts on global social rights, (GIGA Working Papers, No. 7), Hamburg 2005, 39 S.

и географическая мобилизация, а также детрадиционализация намибийского общества, ставшая, в свою очередь, основой для дальнейшего распространения вируса СПИД. Кроме того, СПИД сам по себе является катализатором для процессов модернизации, так как в рамках мер, принимаемых для борьбы с распространением ВИЧ, создаются современные индивидуальные концепции ухода за телом, формируются привычки и жизненные модели, ускоряющие освобождение от традиционных элементов социальной организации и культурной идентичности.

В процессе преодоления сложностей, вызванных инфицированием, болезнью и смертью, решающую роль играет ближайшее социальное окружение, так называемая *extended family* – расширенная семья, состоящая из двух и более поколений, достигших самостоятельности, члены которой живут вместе или в непосредственной близости и формируют единое домохозяйство (например, родители, взрослые дети и их семьи). При этом сразу же обращает на себя внимание то обстоятельство, что люди, находящиеся внутри тесных отношений в семейных социальных сетях, хорошо справляются с кризисными явлениями, вызванными СПИДом. И, наоборот, при деструктивных и неустойчивых отношениях СПИД приводит к дальнейшему расщеплению социальных отношений, что, в конечном итоге, вызывает социальную изоляцию и маргинализацию, а позднее, и физическое насилие.

СПИД действует как катализатор процессов социальной дезинтеграции. Кроме того, наблюдаются значительные гендерные различия в отношении к собственной болезни, в уходе за больными и обеспечении оставшихся сирот. При этом традиционные гендерные роли в общем сохраняются, но наблюдается эрозия специфического гендерного разделения труда (в особенности, у мужчин), приводящая к состоянию аномии и вызывающая самоубийства и применение насилия. Кроме того, исследования помогли выявить многочисленные различия между городским и сельским населением. Так, например, доступ к лечебным учреждениям значительно лучше в городе, чем в деревне. В деревне же при преодолении сложностей, связанных с болезнью и смертью, решающую роль играет религия. Различия между городом и деревней оказывают серьезное влияние на отношение к собственной болезни или к болезни партнера (в городе преобладает чувство недоверия и взаимные обвинения). Однако заметно, что, несмотря на всю силу семейных социальных сетей, во многих случаях они уже достигли или даже перешли границу своих способностей

справляться с кризисными явлениями. Связано это с возрастающим количеством заболевших, необходимостью ухода за ними, а также с большим количеством смертельных случаев. Возросшее давление на социальные сети приводит к изменению обычаев: если раньше временный прием детей из соседнего домашнего хозяйства оценивался как выполнение разгрузочной функции, то в настоящее время он превратился в бремя. Следствием стали новые жизненные ситуации, которые вынуждают детей расти на улице или в приютах.<sup>1</sup>

Еще одним интересным проектом является работа с проститутками в Западной Африке. Со времен распространения СПИДа с начала 1990-х гг. среди проституток в Западной Африке отмечается высокий уровень инфицирования ВИЧ. В этом регионе было реализовано большое количество подходов по профилактике и предупреждению СПИДа в данной целевой группе. Высокая уязвимость женщин, работающих в сфере сексуальных услуг, заключается во взаимодействии биологической детерминанты риска заражения и социально-экономических условий жизни. При реализации программ по профилактике и предупреждению СПИДа очень часто используется методика работы в так называемых пиир-группах (Peer Group): одна из проституток проходит необходимое обучение (становится Peer-Worker) и отправляется работать со своими коллегами. Основная задача: снижение уязвимости женщин, работающих в сфере сексуальных услуг, и увеличение потенциала личной и коллективной самопомощи. Как показывает практика наблюдений, подобный подход имеет двойной эффект по сравнению с другими методиками работы. Специалисты рекомендуют расширить применение метода работы в пиир-группах для профилактики СПИДа, а также в качестве дополнительной стратегии по борьбе с бедностью.<sup>2</sup>

*Ситуация в развитых странах* проявляется в сходных процессах и рассматривается на примере Швейцарии, где исследование данной проблемы является наиболее продвинутым и где для изучения проблемы ВИЧ/СПИД используются три методических подхода:

- анализ юридической и экономической литературы;
- сбор эмпирических сведений;

---

<sup>1</sup> Rompel, Matthias: "It will really knock on to everybody's door...": die sozialen Folgen der AIDS-Epidemie in Namibia ; eine Untersuchung in Katutura und Ovamboland, Gießen 2004, V, 298 S.

<sup>2</sup> Wihofszky, Petra: Chancen für Empowerment in der Aidsprävention: empirische Fallanalysen weiblicher Peer-Worker in Westafrika, Berlin 2005, 294 S.

- анализ вторичной статистики (включая данные швейцарских когортных исследований и данные анализа трудовых ресурсов Швейцарии).

Анализ юридической и экономической литературы. В данном подходе осуществляется проработка важных правовых вопросов общего плана, связанных с вновь появившимися возможностями лечения ВИЧ-инфекции (тест на ВИЧ, применение закона об эпидемиях). На основании опыта практической работы центров помощи ВИЧ-инфицированным в Швейцарии по правовым вопросам были выявлены, систематизированы, проанализированы и подробно юридически обработаны наиболее часто встречающиеся правовые проблемы (индуктивный подход). Наряду с анализом юридической и экономической литературы были также исследованы примеры судебной и управленческой практики. Таким образом, анализ литературы в настоящее время продуктивно используется наряду с международным и национальным макро- и микроэкономическим анализом проблемы ВИЧ/СПИД.

Сбор эмпирических сведений. Для сбора подходящих данных и необходимой информации были проведены четыре письменных опроса. Письменный опрос представителей когортных исследований ВИЧ-инфицированных был основным инструментом эмпирической проверки различных исследовательских гипотез. Всего было роздано 2160 анкет, из которых 1963 получили люди с ВИЧ/СПИД (процент отказа 9.1%). 783 анкеты респонденты выслали обратно. Таким образом, процент возврата составил 39.9 % (если считать от количества анкет, полученных назад по почте) или 36.3 % (если считать от количества розданных анкет).

Швейцарские когортные исследования ВИЧ-инфицированных. Наибольший интерес вызывает то обстоятельство, что когортные исследования ВИЧ-инфицированных осуществляются в Швейцарии весьма масштабно. Они охватывают не только достаточно большое количество респондентов (например, около 5500 человек), но и то, что в исследованиях принимают участие все работающие в Швейцарии страховые компании, занимающиеся страхованием жизни (всего 25 страховых обществ), и суды, в которых проходят слушания дел, связанных с социальным страхованием. Тем не менее, швейцарские социологи говорят о том, что до сих пор отсутствует достаточное количество исследований, определяющих среднюю продолжительность судебного производства по делам, связанным со



страховыми выплатами, вызванными заражением ВИЧ-инфекцией или заболеванием СПИДом.<sup>1</sup>

**Гендерный аспект профилактики и лечения ВИЧ/СПИД** представлен в немецкой социологической литературе преимущественно анализом работы в среде гомосексуалистов, как основного источника ВИЧ-инфекции в Германии. В качестве примера можно привести оценку религиозного копинг-поведения (*religioses Coping*) (по таким параметрам, как частота, интенсивность и влияние на результат при борьбе с болезнью), проведенную среди групп ВИЧ-инфицированных гомосексуалистов, больных гемофилией и потребителей наркотиков перед назначением им антиретровирусной терапии. В исследовании также учитывались такие индивидуальные особенности респондентов, как биография, путь инфицирования, субъективное восприятие болезни, конфессиональная принадлежность, социальное происхождение, тяжесть сопутствующих заболеваний и т.д. Первые же результаты показали, что религиозные переживания высокой интенсивности существуют исключительно в среде гомосексуалистов. Наряду с другими средствами воздействия на личность пациента религиозное копинг-поведение не оказывает наибольшего положительного влияния на результаты борьбы с болезнью, однако оно связано с механизмами внутреннего самоконтроля и при этом не зависит от тяжести заболевания<sup>2</sup>.

Еще одним интересным примером профилактики ВИЧ/СПИД в гомосексуальной среде является симпозиум под названием «По ту сторону гомосексуализма. Будущее профилактики ВИЧ среди мужчин-гомосексуалистов», проведенный исследовательской группой Public Health из Америки и специализированным высшим учебным заведением имени Элис Саломон из Берлина. Главной задачей данного симпозиума был поиск ответа на вопрос о том, не является ли существующая концепция сексуальности, на которую опирается практика профилактики ВИЧ-инфекции в Европе и США, слишком узкой и не пренебрегает ли она такой важнейшей составляющей сексуального действия, как желание получить трансцендентальный опыт (*transzendente Erfahrung*). В своем докладе профессор Джеймс Мартин из нью-йоркского университета на основании многочисленных

<sup>1</sup> Kurt Pärli; Karin Müller Kucera; Stefan Spycher: Aids, Recht und Geld. Eine Untersuchung der rechtlichen und wirtschaftlichen Probleme von Menschen mit HIV/Aids. Sachgebiet: Betriebswirtschaft / Politik, Politikwissenschaften / Recht. 2003. 384 S. ISBN-Nr.: 978-3-7253-0737-1.

<sup>2</sup> "Ich bin doch katholisch" // [www.uni-protokolle.de](http://www.uni-protokolle.de). Режим доступа: <http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/122770/>, свободный. – Загл. с экрана.

примеров доказал, что желание трансцендентности является основным аспектом человеческой сексуальности, который до настоящего времени игнорировался учеными-медиками и работниками профилактической сферы. Учет данного аспекта сексуальности при проведении профилактических мероприятий среди мужчин-гомосексуалистов позволит добиться более высоких результатов, так как будет затрагиваться важнейший мотив, которым руководствуются гомосексуалисты, подвергая себя риску заражения ВИЧ-инфекцией.<sup>1</sup>

### 3.3. Проблема онкологических заболеваний в Германии

Несмотря на то, что эпидемиологическая регистрация онкологических заболеваний (*epidemiologische Krebsregistrierung*) имеет в Германии давние традиции, объем проводимой работы был явно недостаточным. Лишь в 1995 г. с вступлением в силу федерального закона о регистрации онкологических заболеваний (*Bundeskrebsregistergesetz – KRG*) ситуация кардинально изменилась. Теперь во всех федеральных землях на законодательном уровне действуют единые правила регистрации, что оказало положительное влияние на точность поступающих статистических данных и научные исследования в сфере профилактики и лечения онкологических заболеваний. Однако единая модель учета и регистрации (*Krebsregistermodell*), предусматриваемая вышедшим законом, не смогла полностью устранить существовавшие во всех шестнадцати федеральных землях собственные модели ведения реестра. Поэтому до сих пор существуют недостатки, проявляющиеся, в основном, в неоднородности и несовместимости данных, поступающих из различных федеральных земель. В первую очередь, это касается данных по исследованиям причин возникновения онкологии и методов ранней диагностики. По мнению немецких ученых, выявленные недостатки могут быть устранены только путем дальнейшей интенсификации использования данных из единого реестра различными релевантными акторами, такими как врачи-онкологи, чиновники из сферы здравоохранения и социального обеспечения. Следует также отметить, что за основу единой модели учета и

---

<sup>1</sup> Martin, James I.; Wright, Michael T.: *Jenseits der Homosexualität?: zur Zukunft der HIV-Prävention für schwule Männer*, (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Forschungsgruppe Public Health, 2006-302), Berlin 2006, 35 S.

регистрации онкологических заболеваний была взята модель ведения реестра в земле Саар.<sup>1</sup>

На основании данных общего реестра, уже 20 лет в Германии сотрудниками института им. Роберта Коха делаются выводы о распространенности онкологических заболеваний, существующих тенденциях, проценте выживаемости, уровне смертности и возрасте наступления болезни. Полученные результаты немедленно становятся достоянием общественности. Кроме того, единый реестр позволяет делать выводы о частоте редких случаев онкологии, региональных особенностях заболеваемости и ее причинах.<sup>2</sup>

Существенный интерес вызывает также и то обстоятельство, что реестр регистрации детской онкологии, созданный по инициативе общества онкологов-педиатров и соответствующий всем международным критериям, успешно работает в Германии с 1980 г. В существующую базу данных входят 13 миллионов детей и более 35000 случаев заболевания. Качество работы реестра регистрации детской онкологии во многом превосходит качество работы реестра регистрации для взрослых. По мнению немецких социологов, этот факт может быть объяснен следующими причинами:

- удачное соединение клинической практики с научными исследованиями и всесторонней поддержкой общества немецких онкологов-педиатров;
- достижение синергетического эффекта благодаря регулярному обмену данными между клиниками;
- бессрочное врачебное наблюдение за детьми, выписавшимися из больницы вплоть до взрослого возраста (follow-up);
- наличие благоприятных рамочных условий с самого начала работы реестра, заключающихся в большом интересе общества онкологов-педиатров к полномасштабной регистрации случаев детской онкологии;
- активное сотрудничество медиков с семьями детей-пациентов;

---

<sup>1</sup> Katalinic, A.: Epidemiologische Krebsregistrierung in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 47/2004, H. 5, S. 422-428; Haberland, J.; Schön, D.; Bertz, J.; Görsch, B.: Vollzähligkeitsschätzungen von Krebsregisterdaten in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 46/2003, H. 9, S. 770-774.

<sup>2</sup> Schön, D.; Bertz, J.; Görsch, B.; Haberland, J.; Kurth, B.-M.: Die Dachdokumentation Krebs: eine Surveillance-Einrichtung der Krebsregistrierung in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 47/2004, H. 5, S. 429-436.

- наличие неподдельного общественного интереса к проблеме детской онкологии.<sup>1</sup>

В последнее время в немецкой социологической литературе появились публикации, посвященные взаимодействию врачей и пациентов при лечении онкологических заболеваний. Связано это с тем, что при борьбе с таким тяжелым заболеванием как рак необходимы не только терапевтические мероприятия, продлевающие жизнь пациента, но и меры по повышению качества его жизни. Главный вопрос, возникающий перед врачом и пациентом в подобных ситуациях, звучит так: соответствует ли терапевтический эффект от лечения тяготам, которые вынужден переносить пациент. Иными словами, речь идет о планировании жизни пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями в зрелом возрасте. Прежние исследования показывают, что решения пациентов о прохождении курса лечения или отказе от него часто противоречат объективным шансам на выздоровление. Таким образом, в будущем планируется учитывать не только объективные риски и возможности предстоящего лечения, но и субъективную мотивацию пациентов. Ожидается, что смысл жизни и процессы ее планирования окажут положительное влияние на решение о прохождении курса лечения. В этом случае коррекция жизненных планов, часто приводящих к завышенным ожиданиям от предстоящего курса лечения, будет являться формой приспособления к раковому заболеванию<sup>2</sup>.

Значительное количество работ немецких социологов посвящено сравнительному анализу ситуации с распространением онкологических заболеваний в других странах. Примером может служить исследование уровня заболеваемости и смертности в различных регионах Италии. Авторы отмечают, что региональные различия по уровню смертности от онкологических заболеваний в Италии выражены более ярко, чем в Германии. При этом между Северной Италией и Южной Германией существует поразительное сходство. Данные исследования очень важны с точки зрения развития единого здравоохранения и социальной политики в рамках ЕС, а также сотрудничества между клиниками и больницами. Поэтому общий поиск решения специфических проблем в Северной Италии и Южной Германии является важной предпосылкой

<sup>1</sup> Kaatsch, P.: Das deutsche Kinderkrebsregister im Umfeld günstiger Rahmendingungen, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 47/2004, H. 5, S. 437-443.

<sup>2</sup> Behandlungsentscheidungen und die Revision von Lebensplänen bei Krebskranken im höheren Lebensalter // Friedrich-Schiller-Universität Jena. Режим доступа: <http://www2.uni-jena.de/svw/devpsy/projects/mapip2.html>, свободный. – Загл. с экрана.

дальнейшей борьбы с распространением онкологических заболеваний в странах ЕС.<sup>1</sup>

### 3.4. Немецкая социология о проблеме сопровождения и облегчения смерти

Прежде всего следует отметить, что немецкая социология медицины как самостоятельная дисциплина сформировалась в 1950-60 гг., а в 1970-е гг. она становится обязательной частью доклинической общеобразовательной подготовки студентов младших курсов медицинских учебных заведений. С самого начала своего существования и по настоящее время социология медицины в Германии включает в себя несколько основных разделов – социологию здоровья, социологию тела и социологию смерти и умирания<sup>2</sup>.

Таким образом, в немецкой социологии медицины на протяжении нескольких десятилетий формировались подходы и традиции исследования проблемы сопровождения (Sterbebegleitung) и облегчения умирания (Sterbehilfe) – включая эвтаназию. В соответствии с классическими представлениями в больницах функцию сопровождения умирания выполняла забота о спасении души (Seelsorge), в основном, лежавшая на священниках. Однако за последние 20-30 лет в медицине произошли серьезные изменения в отношении восприятия и сопереживания процессу умирания. С современной точки зрения, забота о спасении души начинается в момент приближения часа смерти, когда со стороны медицины помочь больному уже действительно нечем, например, в том момент, когда в отделении интенсивной терапии все приборы подключены и работают на полную мощность. В такой ситуации мероприятия по спасению души могут включать в себя следующие пункты:

- поддержка пациента и членов его семью с помощью соответствующих религиозных или профессиональных ритуалов/обрядов;
- смертный час как начало траура и скорби;

---

<sup>1</sup> Italienischer Forschungsminister Fabio Mussi besucht das Deutsche Krebsforschungszentrum, das NCT Heidelberg und das Eur // [www.uni-protokolle.de](http://www.uni-protokolle.de). Режим доступа: <http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/127219/>, свободный. – Загл. с экрана.

<sup>2</sup> Stollberg, Gunnar: Medizinsoziologie, (Einsichten), Bielefeld: transcript Verl. 2001, 90 S., ISBN: 3-933127-26-2.

- выбор определенной модели проведения траурных мероприятий с соответствующими участниками;
- решение вопроса о так называемой достойной смерти;
- проведение процедуры траурных мероприятий, включая символические и ритуальные действия;
- мероприятия и ритуалы, проводимые в момент смерти и сразу после нее: вскрытие, возможное изъятие органов для трансплантации, прощание у гроба, погребение или
- прощание на смертном одре.

В каждом конкретном случае не обязательно выполнять все вышеперечисленные мероприятия, иногда достаточно только нескольких слов, жестов и действий. Важно при этом лишь то, чтобы в смертный час все помощники выполнили свои действия надлежащим образом, при этом в большинстве случаев достаточно лишь минимального набора инвазивных мероприятий.<sup>1</sup>

Значительная часть работ немецких социологов, занимающихся проблемами сопровождения смерти, посвящена изучению работы хосписов. Вопрос о конце жизни стал темой для общественного обсуждения с тех пор, как выросло количество хосписов, дискуссия об облегчении процесса умирания набрала обороты и появились психологические консультации по танатологии. Немецкие социологи отмечают, что для онкологических больных хосписы (то есть, учреждения, специализирующиеся на подготовке человека к смерти) превратились в своего рода экспертов. Таким образом, процесс умирания приобрел определенную институционализацию. При этом опыт работы хосписов показывает, что процесс сопровождения умирания дал шанс обслуживающему медперсоналу поставить разнообразную работу по уходу за смертельно больными пациентами на научную основу. Это означает, что по сравнению с врачами обслуживающий персонал только выиграл от появления новых форм ухода за умирающими.<sup>2</sup>

Проблема сопровождения и облегчения умирания в последние годы для общественности ЕС стала одной из основных тем для обсуждения. При этом проявились и ярко выраженные религиозные различия: если концепция сопровождение умирания получила

<sup>1</sup> Weiher, Erhard: Die Sterbestunde im Krankenhaus: was können die Professionellen im Umkreis des Todes tun?, (Beiträge zur Thanatologie, H. 28), Mainz 2004, 24 S.

<sup>2</sup> Streckeisen, Ursula: Das Lebensende in der Universitätsklinik: Sterbendenbetreuung in der Inneren Medizin zwischen Tradition und Aufbruch, in: Hubert Knoblauch, Arnold Zingerle (Hrsg.): Thanatosoziologie : Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, Berlin: Duncker & Humblot, 2005, S. 125-146, ISBN: 3-428-11825-1.

наибольшую поддержку в католических регионах, то концепция облегчения умирания (или помощи в смерти, в некоторых случаях даже путем эвтаназии) обрела сторонников среди протестантов. Наибольший резонанс данная дискуссия получила во Франции, традиционно католической стране с радикальным разделением государства и церкви, в результате которого участники спора оказались лишенными возможности сослаться на церковные догмы, что привело к возникновению острой этической дилеммы. Кроме того, в европейских странах вышеназванная дискуссия приобрела ярко выраженную гендерную окраску: если идея хосписов поддерживается, в основном, женщинами, то среди мужчин доминирует идея о паллиативной медицине. Интересным является то обстоятельство, что сторонники паллиативной медицины хотели бы, чтобы работа хосписов строилась на принципах традиционной медицины. Работники хосписов, в свою очередь, выражают стремление остаться в когорте сотрудников, работающих на общественных началах, но имеющих при этом высокую профессиональную квалификацию.

В настоящее время работа хосписов в ЕС имеет ярко выраженную культурную, экономическую и политическую окраску соответствующего региона или государства. Социологи фиксируют опасения, уже высказанные рядом акторов-участников обсуждения. Дело в том, что если бюрократические структуры ЕС возьмутся за стандартизацию правил работы хосписов, это сразу же приведет к утрате локальных особенностей. Вместо этого появится единый общеевропейский стандарт, в результате которого хосписы могут превратиться в так называемую утилизирующую структуру (*entsorgende Institution*)<sup>1</sup>. Допускать же такое развитие событий нельзя ни в коем случае, так как близость к пациенту, индивидуализация работы с ним является главной отличительной особенностью деятельности хосписов. Такой подход отвечает как представлениям персонала хосписов о своей работе, так и потребностям пациентов в личном, персонифицированном отношении к ним. Кроме того, такая близость к пациенту просто необходима, так как на этапе умирания человека она дает возможность распознавать его все менее ярко и четко выражаемые потребности.

Эмпирические исследования деятельности хосписов, проведенные в Германии в период с 1996 по 1999 гг. показали, что при

<sup>1</sup> Gronemeyer, Reimer: Hospiz, Hospizbewegung und Palliative Care in Europa, in: Hubert Knoblauch, Arnold Zingerle (Hrsg.): *Thanatosoziologie : Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, Berlin: Duncker & Humblot, 2005, S. 207-217, ISBN: 3-428-11825-1.

работе персонала с пациентами между ними складываются так называемые подходящие пары (*passende Paarungen*). Это позволяет впоследствии осуществлять предельно индивидуализированный уход<sup>1</sup>, создающий у пациента ощущение умирания не в больнице, а в домашних условиях (*Wirklichkeit(en) des Sterbens Zuhause*). Таким образом, в центре внимания социологов оказывается вопрос о том, какие институциональные условия и предпосылки позволяют добиться подобного результата, как должны складываться отношения между институтом ухода и умирающим субъектом.<sup>2</sup> Исследователи деятельности хосписов даже разработали концепцию так называемого терапевтического повествования (*therapeutische Narrativierung*), в основе которой лежит тезис о том, что перед смертью сознание больного концентрируется, в первую очередь, на себе самом, что уже само по себе предполагает наличие индивидуального подхода к каждому пациенту и к процессу его умирания. К сожалению, обычное медицинское обслуживание не позволяет добиться такой близости между персоналом и пациентом.<sup>3</sup>

Следует также отметить, что за последние годы в Германии удалось вписать деятельность хосписов в финансовую систему обязательного медицинского страхования. Таким образом, структуры, осуществляющие уход за тяжелобольными и умирающими все больше ведут свою деятельность на договорно-правовой основе с учетом выполненной работы и оказанных услуг.<sup>4</sup>

Для упрощения деятельности хосписов в рамках традиционной системы здравоохранения была разработана новая концепция так

---

<sup>1</sup> Pfeffer, Christine: "Ich hab' gar nicht gemerkt, wie ich da reingezogen wurde": zur Dynamik von Individualisierung und Nähe in der Pflegearbeit stationärer Hospize, in: Hubert Knoblauch, Arnold Zingerle (Hrsg.): *Thanatosoziologie : Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, Berlin: Duncker & Humblot, 2005, S. 103-124, ISBN: 3-428-11825-1.

<sup>2</sup> Schneider, Werner: *So tot wie nötig – so lebendig wie möglich! Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne. Eine Diskursanalyse der öffentlichen Diskussion um den Hirntod in Deutschland*. Reihe: Studien zur interdisziplinären Thanatologie. Bd. 6, 2000, 360 S., ISBN 3-8258-4306-8.

<sup>3</sup> Eschenbruch, Nicholas: *Therapeutische Narrativierung als handlungsleitende Haltung in der Hospizpflege*, in: Hubert Knoblauch, Arnold Zingerle (Hrsg.): *Thanatosoziologie : Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, Berlin: Duncker & Humblot, 2005, S. 189-206, ISBN: 3-428-11825-1.

<sup>4</sup> Greuël, Marius: *Auswirkungen der Ökonomisierung im Gesundheitswesen für die Hospizbewegung*, in: Andreas Brüning, Gudrun Piechotta (Hrsg.): *Die Zeit des Sterbens : Diskussionen über das Lebensende des Menschen in der Gesellschaft*, Milow: Schibri-Verl., 2005, S. 128-145, ISBN: 3-933978-85-8.



называемого комплексного сопровождения умирания (*ganzheitliche Sterbebegleitung*), включающая в себя, в том числе, и паллиативные медицинские мероприятия. Считается, что хосписы представляют собой явление, противоположное традиционной медицине, которая при подходе к таким явлениям, как умирание и смерть, в основном, опирается на лекарственную терапию, использование технических средств и бюрократический аппарат. Однако новая концепция не является способом так называемой деинституционализации смерти, наоборот, она направлена на обеспечение структурного единства деятельности хосписов и достижений современной медицины. В рамках данной концепции индивидуальный уход за пациентом, его автономия должны сочетаться с реалиями и возможностями, существующими в рамках системы здравоохранения. Главная задача при этом – легитимировать деятельность хосписов и обеспечить их существование и функционирование в официально существующих институтах и структурах.<sup>1</sup>

Еще одной актуальной темой для современной немецкой социологии медицины является проблема активной эвтаназии (*aktive Sterbehilfe*). Действительно, с точки зрения врачебной этики данная проблема вызывает наибольшее количество споров. Ведь защита жизни с точки зрения существующего законодательства, профессиональной врачебной морали и европейских культурных традиций является основной задачей медицинского работника. В такой ситуации практически невозможно дать окончательный ответ о допустимости эвтаназии с моральной точки зрения, тем более что пассивная эвтаназия (*passive Sterbehilfe*) в Германии с юридической точки зрения в определенных обстоятельствах разрешена.<sup>2</sup> Правда это положение входит в противоречие с другой нормой, которая предписывает врачу оказывать помощь умирающему. Поэтому до последнего времени данная тема, хотя и вызвала в Германии много эмоций, однако, в отличие от США, в которых, например, судьба пациентки Terri Schiavo, находившейся в коме, горячо обсуждалась на

---

<sup>1</sup> Winkel, Heidemarie: *Selbstbestimmt Sterben: Patient(inn)enorientierung und ganzheitliche Schmerztherapie als Kommunikationskoordinaten in der Hospizarbeit – eine systemtheoretische Perspektive*, in: Hubert Knoblauch, Arnold Zingerle (Hrsg.): *Thanatosoziologie: Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, Berlin: Duncker & Humblot, 2005, 169-188, ISBN: 3-428-11825-1.

<sup>2</sup> Thiele, Felix (Hrsg.): *Aktive und passive Sterbehilfe: medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte*, (Neuzeit & Gegenwart : Philosophie in Wissenschaft und Gesellschaft), München: Fink 2005, 285 S., ISBN: 3-7705-3838-2.

самых различных уровнях,<sup>1</sup> не выходила на уровень общественного обсуждения. Поэтому постепенно создалось впечатление, что немецкое общество наложило табу на открытую дискуссию по данному вопросу.

Действительно, активный процесс правового анализа различных форм пассивной и активной эвтаназии насчитывает в Германии всего несколько лет. Безусловно, лечащий врач находится в сложной ситуации, поскольку всегда существует риск ошибки и последующей юридической ответственности. Однако вопрос о допустимости различных форм пассивной и активной эвтаназии, а также права пациента на достойный уход из жизни (*gutes Sterben, guter Tod*<sup>2</sup>, *würdevolles Sterben*<sup>3</sup>) замалчивался не только в юридической литературе. Только недавно в немецкой социологической литературе появилось большое количество публикаций по вопросам достойного завершения жизненного пути. До этого как специалисты по общей социологии, так и представители такого очень специфического направления, как социологии смерти (*Thanatosoziologie*) проявляли себя более чем скромно в своей научной деятельности. И это имело место несмотря на то, что тема достойной смерти относится к главным сферам интереса социологии как науки – отношение между индивидом и обществом, границы общественного влияния на выбор индивида.<sup>4</sup>

Тема последней медицинской помощи умирающему с недавнего времени вызывает в Германии много эмоций не только в среде простых обывателей, но и среди профессионалов – врачей, юристов, священников. Анализ показывает, что в настоящее время дискуссия о пассивной и активной эвтаназии развивается в Германии в направлении решения трех основных вопросов:

- 1) какое символическое значение имеет завершение жизненного пути, то есть, непосредственно смерть индивида для современного общества;

---

<sup>1</sup> Lob-Hüdepohl, Andreas: *Patientenverfügung und würdevolles Sterben*, (Arbeitspapiere des ICEP, 3/2005), Berlin 2005, 12 S.

<sup>2</sup> Göckenjan, Gerd; Dreßke, Stefan: *Sterben in der Palliativversorgung: Bedeutung und Chancen finaler Aushandlung*, in: Hubert Knoblauch, Arnold Zingerle (Hrsg.): *Thanatosoziologie : Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, Berlin: Duncker & Humblot, 2005, S. 147-167, ISBN: 3-428-11825-1.

<sup>3</sup> Lob-Hüdepohl, Andreas: *Patientenverfügung und würdevolles Sterben*, (Arbeitspapiere des ICEP, 3/2005), Berlin 2005, 12 S.

<sup>4</sup> Schneider, Werner: *Der 'gesicherte' Tod: zur diskursiven Ordnung des Lebensendes in der Moderne*, in: Hubert Knoblauch, Arnold Zingerle (Hrsg.): *Thanatosoziologie : Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, Berlin: Duncker & Humblot, 2005, S. 55-79, ISBN: 3-428-11825-1.

- 2) какие новые общественные практики появились в отношении процесса умирания и смерти, какое место занимает смерть в современной культурной парадигме повседневности;
- 3) как соотносится с вышеназванными вопросами такое понятие, как уважение последней воли человека, принимая во внимание действие немецкого закона о трансплантации органов (deutsches Transplantationsgesetz – TPG), вступившего в силу в 1990-х гг.<sup>1</sup>

По мнению большинства немецких социологов, проблема достойного завершения жизненного пути является многоплановой. Обсуждая ее, необходимо учитывать самые различные аспекты: философские, религиозные, психологические, правовые, медицинские, этические, социальные. Необходимо принимать во внимание мнение самых разных акторов: обывателей, врачей-практиков, ученых, технических экспертов. Очень деликатно следует относиться к пожеланиям людей завершить свою жизнь при помощи эвтаназии вследствие тяжелой болезни, а также к пожеланиям людей (в настоящий момент ведущих полноценную и здоровую жизнь) применить к ним эвтаназию в определенных ситуациях. Очень непросто является положение граждан, которые хотят или должны помочь человеку добровольно уйти из жизни. Большие сложности вызывает вопрос о наследовании имущества человека, умершего в результате эвтаназии, а также о наследовании его имущества детьми, родившимися после такой смерти с помощью сохраненного генетического материала родителей. Серьезный интерес немецких социологов вызывают такие вопросы, как защита качества жизни и достоинства умирающего человека, сохранение гуманного отношения к нему.<sup>2</sup> Ведь право на достойную смерть является последней услугой, которую может оказать человеку общество всеобщего благосостояния.<sup>3</sup>

В заключение следует отметить, что за последние тридцать лет в Германии неоднократно предпринимались попытки реформирования системы здравоохранения. Однако единственным фактическим результатом всех этих реформ были только постоянные изменения в

---

<sup>1</sup> Там же.

<sup>2</sup> Ecker-Ehrhardt, Matthias: "Red Biotechnology" in Media Debate. In: Bernhard Peters and Hartmut Wessler (Hg.), Public Deliberation and Public Culture: The Writings of Bernhard Peters, 1993-2005. With a preface by Jürgen Habermas. New York: Palgrave Macmillan (mit B. Peters, H. Wessler, C. Dereje, M. Sindram), 2008.

<sup>3</sup> Göckenjan, Gerd; Dreßke, Stefan: Sterben in der Palliativversorgung: Bedeutung und Chancen finaler Aushandlung, in: Hubert Knoblauch, Arnold Zingerle (Hrsg.): Thanatosoziologie : Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, Berlin: Duncker & Humblot, 2005, S. 147-167, ISBN: 3-428-11825-1.

управленческом аппарате отрасли. При этом практически полностью была разрушена существовавшая ранее система самоуправления, отличавшаяся достаточной автономностью и эффективностью.<sup>1</sup> Появились серьезные различия в состоянии здоровья населения, обусловленные принадлежностью к различным социальным группам. Именно возникновение подобных различий является важным барометром, показывающим правильность функционирования социального государства. При этом более десятой части ВВП Германии тратится на поддержку здоровья населения. Каждое десятое рабочее место принадлежит бурно развивающейся сфере здравоохранения.

По мнению немецких социологов, было бы ошибочным полагать, что подобное чрезмерное инвестирование ресурсов в данную отрасль народного хозяйства действительно способствует сокращению социального неравенства между различными группами пациентов. Стало ясно, что многие социальные факторы, влияние которых на здоровье в последнее время ошибочно недооценивалось (такие как недостаточный уровень доходов и образования, низкая профессиональная квалификация, недостаточный уровень занятости и критическая ситуация в семье), по-прежнему оказывают решающее влияние на состояние здоровья граждан в социальном государстве всеобщего благосостояния.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Noweski, Michael: Der unvollendete Korporatismus: staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens, (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Arbeitsgruppe Public Health), Berlin 2004, 133 S.

<sup>2</sup> Helmert, Uwe: Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken, (Beiträge zur Sozialpolitikforschung, Bd. 13), Augsburg: Maro Verl. 2003, XVI, 224 S., ISBN: 3-87512-183-X.

## Вместо заключения: забота немцев о здоровье

Тема здоровья не столь однозначна, как это может показаться на первый взгляд. С одной стороны, эта тема касается каждого человека, и его забота о собственном здоровье является элементом культуры – физической культуры – человека. Социологические опросы, проводимые в последние годы в Германии, показывают, здоровье расценивается взрослыми немцами как самый важный фактор, формирующий хорошее социальное самочувствие. С другой стороны, это важный элемент национальных ресурсов – здоровье нации. Поэтому поддержание национального здравоохранения становится важной частью бюджетной политики, и в Германии на каждого человека в среднем ежегодно тратится около 2900 евро для поддержания или восстановления здоровья. Это составляет примерно 11,3% от валового национального продукта. Поэтому само понятие здоровье не имеет однозначного и четкого определения. На первый взгляд, это понятие является универсальным и объединяет в себе все – от состояния организма и медицинского обслуживания до оценки экономической ситуации в обществе.

Многозначность термина здоровье и сложность структуры и функционирования всей системы здравоохранения привели к тому, что в Германии для обозначения и оценки состояния здоровья, как отдельного человека, так и всего населения в целом стали использоваться и другие понятия.<sup>1</sup> Так, после многолетней и трудной дискуссии о необходимости и улучшении профилактических мероприятий в 2005 г. бундестагом был принят закон об усилении профилактической работы в сфере здравоохранения (*Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention*). Так произошла так называемая легитимация термина профилактика (*Prävention*).<sup>2</sup> Еще раньше, в 1986 г. после проведения конференции в Оттаве в оборот вошло словосочетание «мероприятия, способствующие сохранению здоровья» (*Gesundheitsförderung*), первоначально подразумевавшее хорошо организованную профилактику в сфере здравоохранения. Затем долгое время данные термины употреблялись как синонимы. В

---

<sup>1</sup> Böhm, Karin: Gesundheitsdaten in Deutschland, in: *Wirtschaft und Statistik*, 2005, H. 8, S. 828-837.

<sup>2</sup> Kuhn, Joseph: Das Präventionsgesetz: eine Zwischenbilanz, in: *Soziale Arbeit : Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete*, Jg. 55/2006, H. 3, S. 104-107.

настоящее же время термин «мероприятия, способствующие сохранению здоровья» превратился в собирательное понятие, частью которого являются, в том числе, и профилактические мероприятия. То есть, мероприятия, способствующие сохранению здоровья – это превентивные и профилактические подходы, а также все действия и меры, оказывающие положительное влияние на качество жизни человека. Слово «здоровье» (Gesundheit) превратилось в немецком языке в утопическое и общеупотребительное понятие, не связанное с конкретными действиями и обозначающее ориентир, к которому нужно стремиться в далеком будущем (по терминологии ВОЗ – здоровье для всех), постоянно оценивая имеющиеся ресурсы и проводя четкую грань между желаемым и реальным.<sup>1</sup>

Кроме того, в современном немецком языке для обозначения общественного здравоохранения используются еще два понятия – public health и ÖGD (der öffentliche Gesundheitsdienst). Англоязычный вариант, в основном, используется в связи с общенациональными проектами, научными исследованиями и университетскими инициативами. Немецкий аналог служит для наименования общественной службы здравоохранения. Задачей этой службы является непосредственная работа с людьми и выполнение в определенной федеральной земле конкретных заданий, предусмотренных законодательством, а именно: составление отчетов о состоянии здоровья населения, проведение профилактических мероприятий, повышение уровня гигиены, борьба с заразными болезнями, проведение официальных врачебных экспертиз, наблюдение за состоянием здоровья подростков и т.д.<sup>2</sup>

Следует также отметить, что в теоретическом плане представители общественного здравоохранения (public health) исходят из того, что на состояние здоровья отдельного человека, в первую очередь, оказывают влияние психические и психосоциальные факторы. Именно здоровый образ жизни оказывает первостепенное воздействие

<sup>1</sup> Hafen, Martin: Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung, in: Jost Bauch (Hrsg.): Gesundheit als System : systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens, Konstanz: Hartung-Gorre, 2006, S. 129-137, ISBN: 3-86628-077-7.

<sup>2</sup> Walter, K.: Was ist der ÖGD, was kann der ÖGD in Deutschland?, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 48/2005, H. 10, S. 1095-1102; Müller, W.: Haben ÖGD und Public Health getrennt eine Zukunft?: eine Bestandsaufnahme, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 2005, H. 10, S. 1145-1152; Maschewsky-Schneider, U.: Zur Situation von Public Health in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 48/2005, H. 10, S. 1138-1144.

на уровень заболеваемости и смертности. Кроме того, при оценке общего состояния здоровья населения необходимо учитывать гендерные различия, экологическую составляющую, общий уровень эпидемиологической опасности, качество работы системы социальной защиты и т.д.<sup>1</sup>

Анализ публикаций немецких социологов четко показывает, что в Германии большое значение придается профилактике различных заболеваний, прежде всего, у детей и подростков. Это не удивительно, ведь в стремительно стареющем обществе именно им в самое ближайшее время придется взять на себя основную нагрузку по обеспечению существования немецкого государства.

Одной из самых актуальных тем последнего времени является борьба с лишним весом и ожирением. Немецкие ученые честно признают тот факт, что до последнего времени в национальной системе здравоохранения проблеме лишнего веса и ожирения у детей и подростков не придавалось достаточного значения. Однако сегодня каждый пятый школьник и каждый третий подросток имеют проблемы с лишним весом. Ожирение наблюдается у 4-8% немецких школьников младших классов. Главная проблема заключается в том, что из детей с избыточным весом очень скоро вырастут взрослые с высоким риском заболевания диабетом, сердечно-сосудистыми, ортопедическими и другими заболеваниями. Лечение этих людей обойдется немецкой системе здравоохранения и всему обществу в значительную сумму.<sup>2</sup>

В настоящее время наличие лишнего веса приобретает в Германии эпидемиологический характер, а ожирение становится одной из самых распространенных угроз здоровью населения. Возникает необходимость принятия срочных профилактических мер с использованием последних достижений науки и техники. Кроме того, необходимо создавать эффективные оздоровительные программы, уделяющие основное внимание не процессу питания, а непосредственно ребенку, находящемуся в определенном

---

<sup>1</sup> Rieder, Anita: Angewandte Geschlechterforschung: Beispiele aus der Public Health Praxis, in: Ursula Paravicini, Maren Zempel-Gino (Hrsg.): Dokumentation: wissenschaftliche Kolloquien 1999-2002, Norderstedt: Books on Demand, 2003, S. 181-189, ISBN: 3-8334-0358-6; Huber, Monika: Public Health in Deutschland und in Berlin: wo steht das Fach und wie geht es weiter?, in: Sozialwissenschaften und Berufspraxis, Jg. 28/2005, H. 1, S. 65-66.

<sup>2</sup> Wabitsch, M.: Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland: Aufruf zum Handeln, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 47/2004, H. 3, S. 251-255.

социокультурном окружении.<sup>1</sup> В качестве дополнительной, но неотложной меры необходима срочная реформа школьных учебных программ по здоровому питанию и потребительскому поведению. Люди и, прежде всего, дети и подростки должны научиться воспринимать процесс питания не только как источник наслаждения, но и как важный аспект здорового образа жизни, как необходимый компонент общей культуры человека.<sup>2</sup>

Что касается других проблем со здоровьем у детей и подростков, то исследования показывают слабый уровень распространенности хронических и иных заболеваний, непосредственно связанных с соматическими причинами. Напротив, наблюдается значительный рост проблем со здоровьем, в основе которых лежат психические расстройства, а также расстройства, вызванные социальными причинами. К подобным нарушениям относятся, например, сбои в работе иммунной системы, недостаточная физическая активность, неправильное питание, лишний вес, неспособность справиться с физическими и социальными вызовами, депрессии, состояния агрессии, потребление психоактивных веществ и т.д. Чтобы успешно преодолевать такие состояния, дети и подростки должны быть включены в разнообразные социальные сети, способные оказывать поддержку и необходимую помощь (в том числе, и в организации самопомощи).<sup>3</sup>

Однако не следует ни в коем случае упускать из виду и то обстоятельство, что в современном информационном обществе человек практически постоянно находится под воздействием высокочастотных полей мобильных телефонов, ультрафиолетовых излучений в соляриях, низкочастотных полей электропитания и т.д. В результате подобных воздействий в Германии ежегодно умирают от рака кожи около 2000 человек. Поэтому работники образовательных учреждений должны научить детей и подростков разумному

---

<sup>1</sup> Pigeot, I.; Bosche, H.; Pohlabein, H.: Programme der Primärprävention von Adipositas und Übergewicht im Kindesalter, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 47/2004, H. 3, S. 256-265.

<sup>2</sup> Eberle, Ulrike; Fritsche, Uwe R.; Hayn, Doris; Rehaag, Regine; Simshäuser, Ulla; Stieß, Immanuel; Waskow, Frank: Nachhaltige Ernährung: Ziele, Problemlagen und Handlungsbedarf im gesellschaftlichen Handlungsfeld Umwelt-Ernährung-Gesundheit, (Ernährungswende – Diskussionspapier, Nr. 4), Freiburg im Breisgau 2005, 46 S.

<sup>3</sup> Hurrelmann, Klaus: Gesundheitsrisiken bei Kindern und Jugendlichen, in: Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst: Gesundheitsforschung, Bd. 1/2004, S. 11-23.



поведению, рассказать им о средствах защиты при помощи одежды, головных уборов, очков и других средств.<sup>1</sup>

В этой связи особую важность приобретают программы менеджмента здоровья, осуществляемые в школах Германии. Основной задачей подобных программ является установление медицинского статуса здоровья учащихся с последующим проведением занятий и консультаций, на которых каждый ученик должен научиться чувствовать состояние своего здоровья, правильно питаться и двигаться, освоить основные законы эргономики, а также преодолевать стрессовые состояния. В случае возникновения заболеваний школьники должны научиться мобилизации ресурсов своего организма.<sup>2</sup>

Кроме того, уже давно установлена зависимость между социально-экономическим статусом человека и его здоровьем. Чем выше этот статус, тем более здоров человек, тем выше продолжительность его жизни.<sup>3</sup> И, наоборот, чем ниже социально-экономический статус, тем более высока вероятность заболеваний и преждевременной смерти.<sup>4</sup> Поэтому достаточно большое количество эмпирических исследований немецких социологов посвящено оценке социального неравенства детей в различных образовательных учреждениях, а также влиянию этого неравенства на состояние здоровья учащихся.

Ребенок считается социально обделенным, если из-за неблагоприятных условий жизни не удовлетворены или недостаточно удовлетворены его основные духовные и физические потребности. В результате этого страдает развитие и здоровье ребенка. Таким образом, социальная дискриминация выражается не только в низком

---

<sup>1</sup> Bernhardt, J.H.: Elektromog, Handys, Solarien usw. - Gesundheitsrisiken durch Strahlung?: gesundheitliche Aspekte nichtionisierender Strahlung, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 48/2005, H. 1, S. 63-75.

<sup>2</sup> Windel, I.: Gesund leben lernen - Gesundheitsmanagement in Schulen: schulische Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Schülerinnen und Schüler, in: Das Gesundheitswesen : Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Medizinischer Dienst, Jg. 67/2005, H. 2, S. 137-140.

<sup>3</sup> Schwarz, Franz: Sozioökonomische Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten in Österreich, (Working Paper / Österreichisches Institut für Familienforschung, 32), Wien 2003, 50 S.

<sup>4</sup> Richter, Matthias: Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: der Einfluss sozialer Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 2005, 347 S., ISBN: 3-531-14528-2.

экономическом статусе, то есть, в бедности и плохом образовании, но и, в значительной степени, в негативных последствиях неполноценной первичной социализации. Социальная дискриминация связана не только с определенным слоем общества, она не является исключительно материальным явлением. Основная проблема заключается в неумении человека справляться с высокой стрессовой нагрузкой (чему виной также часто является низкий социальный статус), что, в конечном итоге, приводит к агрессии, пьянству, наркомании, свершению преступлений.<sup>1</sup>

Исследования ВОЗ показывают, что школа и педагоги оказывают значительное влияние на здоровье подростков независимо от социально-экономического статуса их семьи и положительного или отрицательного опыта подростков, полученного в семье или среди ровесников.<sup>2</sup> Таким образом, исследования в сфере здравоохранения в Германии носят не только ретроспективный и описательный характер. Эти исследования встроены в развивающуюся систему социального обеспечения и активно используются практическими работниками социальной сферы. Основные усилия ученых направлены на обеспечение хорошего здоровья для подрастающих поколений, на предоставление детям и подросткам равных шансов при получении хорошего воспитания и образования, при создании семьи и построении успешной профессиональной карьеры в будущем.

---

<sup>1</sup> Schlack, H.G.: Sozial benachteiligte Kinder – eine Herausforderung für die gemeinwesenbezogene Gesundheitsfürsorge: Einflüsse der Lebenswelt auf Gesundheit und Entwicklung von Kindern, in: Das Gesundheitswesen : Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Medizinischer Dienst, Jg. 65/2003, H. 12, S. 671-675.

<sup>2</sup> Dürr, Wolfgang; Griebler, Robert: Partizipative Strukturen in der Schule, soziale Ungleichheit und die Gesundheit der Schüler/innen. Ergebnisse der österreichischen HBSC-Studie ("Health Behaviour in School-Aged Children"), in: Monika Jungbauer-Gans, Peter Kriwy (Hrsg.): Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2004, S. 97-120, ISBN: 3-531-14261-5.

# Глоссарий

Entsorgende Institution – утилизирующая структура. По мнению немецких социологов, если бюрократические структуры ЕС возьмутся за стандартизацию правил работы хосписов, это сразу же приведет к утрате локальных особенностей. Вместо этого появится единый общеевропейский стандарт, в результате которого хосписы могут превратиться в так называемую утилизирующую структуру.

Bundeskrebsregistergesetz (KRG), das – федеральный закон о регистрации онкологических заболеваний

Bürgerversicherung, die – под гражданским страхованием понимается система медицинского страхования, при которой исчисление суммы взносов осуществляется с учетом общего количества населения Германии, а также всех видов доходов ее жителей, за исключением доходов, полученных от сдачи помещений в аренду. Данная система в будущем должна полностью заменить сложившуюся систему обязательного и частного медицинского страхования.

Designerdrogen – так называемые дизайнерские наркотики типа экстази

Deutsches Transplantationsgesetz (TPG) – немецкий закон о трансплантации органов

direkte Kosten – прямые затраты, то есть, расходы, напрямую связанные с медицинским обслуживанием (операции, медицинские препараты и т.д.) (не учитываются расходы, связанные с пассивным курением).

Einzelkämpferdasein, das – образ жизни женщины в виде так называемого борца-одиночки; имеет для женщины крайне негативные последствия, которые с годами проявляются все сильнее. Использование алкоголя для снятия стресса и напряжения может очень быстро в связи с биологическими и психологическими особенностями женщин вызвать у них серьезные психические и физиологические нарушения.

Epidemiologische Krebsregistrierung – эпидемиологическая регистрация онкологических заболеваний

Fabrikzigaretten – стандартные сигареты промышленного производства

Feinschnittzigaretten – тонкие сигареты фабричного производства

Ganzheitliche Sterbebegleitung – концепция так называемого комплексного сопровождения умирания, включающая в себя, в том числе и паллиативные медицинские мероприятия.

Gutes Sterben/ guter Tod/ würdevolles Sterben – право пациента на достойный уход из жизни

Indirekte Kosten – косвенные затраты, то есть, расходы, связанные с временной и постоянной нетрудоспособностью, а также преждевременной смертью, вызванной болезнями, связанными с потреблением табака.

Ineffiziente Überversorgung – неэффективное избыточное обслуживание. За одни и те же услуги врачи получают от системы частного медицинского страхования большие суммы денег (при этом застрахованные в системе частного медицинского страхования, как правило, отличаются более хорошим здоровьем), чем от системы обязательного медицинского страхования. Это обстоятельство заставляет врачей оказывать подобным пациентам более дорогостоящее лечение. Подобное неэффективное избыточное обслуживание способствует значительному удорожанию всей немецкой системы здравоохранения.

Kapitaldeckungsverfahren, das – система предоставления (резервирования) средств для будущих выплат в частном медицинском страховании.

Kick-Erlebnis, das – состояние приятного возбуждения, которое можно получить от дозы наркотического вещества, от асоциального поведения, от незащищенного секса, от опасного поведения на проезжей части и т.д. – зависит не только от индивидуальных особенностей отдельного человека, но и от стандартов, принятых в группе его ровесников.

Korpfrauschaalenmodell, das – модель поголовных паушальных взносов

KVT – kognitiv-verhaltenstherapeutisches Training – познавательнотерапевтический поведенческий тренинг. Данная методика формирует у человека специфические навыки отвыкания от вредной привычки. Врачами осуществляется наблюдение и

анализ поведения курильщика, разрабатываются стратегии решения проблемы, в сложных ситуациях проводится поведенческий тренинг, а также выполняются упражнения для расслабления и управления весом пациента, профилактика рецидивов.

Miet-, Zins- und Kapitaleinkünfte – доходы от процентов и капитала. В системе гражданского страхования взносы будут взиматься не только в зависимости от размеров заработной платы, но и в зависимости от доходов, получаемых гражданами от сдачи жилья в аренду, доходов от процентов и капитала.

Mindesteinkommengrenze, die – определенный минимальный уровень дохода, необходимый, например, для перехода в систему частного медицинского страхования. Среди стран ЕС только в Германии параллельно с системой обязательного медицинского страхования существует система частного медицинского страхования, участниками которой могут быть граждане, чей доход превышает определенный минимальный уровень, как правило, это представители самой обеспеченной прослойки населения, фрилансеры, а также чиновники и служащие, медицинская страховка которых состоит из двух частей: первая часть представляет собой частичное страхование по специальным тарифам для служащих, а вторая – субсидируется государством, то есть, при наступлении страхового случая часть расходов по лечению покрывается из государственного бюджета.

MT – Motivationsbehandlung – мотивационный тренинг: с пациентом проводятся мотивационные беседы и рационально-эмоциональная поведенческая терапия, осуществляется анализ дальнейшего развития ситуации в диапазоне от «бросить курить» до «продолжить курить». С пациентом разбираются его иррациональные убеждения в отношении курения, и повышается мотивация к расставанию с этой вредной привычкой.

Pauschalprämien – модель паушальных премий

Pflegeheim, das – дом для престарелых и инвалидов

Pflegeversicherung, die – страхование на случай необходимости постоянного ухода, было введено в Германии с 1 января 1995 г.

- Punkt-Schluss-Methode – методика точки прекращения: во время лечения пациенту назначается день (Stop-day), в который он должен прекратить курение.
- Raucher mit tabakassoziierten Erkrankungen – курильщики с сопутствующими заболеваниями (сердечно-сосудистые заболевания, рак, заболевания органов дыхания, диабет и т.д.)
- Risikoselektion, die – процесс отбора рисков. Так называемая практика отклонения или более дорогого страхования «плохих» рисков. Является причиной повышения административно-управленческих расходов, которые в системе частного страхования в два раза превышают уровень расходов в системе обязательного медицинского страхования.
- Risikoverhalten, das – рискованное поведение. На этапе перехода от детства к юности практически у всех подростков проявляется своеобразный феномен: молодые люди неожиданно начинают проявлять девиантное поведение, которое несет непосредственную угрозу их физическому и душевному здоровью, а часто и здоровью других окружающих их людей. На языке социальных психологов этот феномен носит название «рискованное поведение»
- Seelsorge, die – забота о спасении души умирающего
- Solidarität der Schwachen – солидарность слабых. В настоящее время обязательное медицинское страхование превратилось в так называемую систему солидарности для слабых, так как граждане с наибольшим уровнем доходов и наилучшим здоровьем, по большей части, застрахованы в системе частного медицинского страхования.
- sozioökonomische Gleichheit – социально-экономическое равенство. По концепции Эдельтраут Роллер государства всеобщего благосостояния можно классифицировать в зависимости от их способности обеспечивать социально-экономическую безопасность и социально-экономическое равенство населения. При этом если принцип социально-экономической безопасности предполагает личную заинтересованность граждан в получении от государства тех или иных выплат, социальных и иных гарантий, то принцип социально-экономического равенства предполагает

формирование у населения коллективных, общественных, так называемых наиндивидуальных ценностей.

Sozioökonomische Sicherheit – социально-экономическая безопасность.

Sterbebegleitung, die – процесс сопровождения и облегчения процесса умирания

Sterbehilfe (aktive/pasive), die – эвтаназия (активная/пассивная), облегчение процесса умирания

Substitutionsbehandlung, die - профилактика и лечение наркотической зависимости при помощи заместительной терапии, например, при помощи метадона.

Tabakattributable Kosten – затраты, косвенно связанные с потреблением табака, например, при лечении простуды курильщик вынужден больше тратить на бронхолитические средства по сравнению с некурящим человеком.

Tabaksteuererhöhung, die – повышение акцизного налога на табачные изделия

Thanatosoziologie – социология смерти и умирания

Therapeutische Narrativierung – концепция так называемого терапевтического повествования, в основе которой лежит тезис о том, что перед смертью сознание больного концентрируется, в первую очередь, на себе самом, что уже само по себе предполагает наличие индивидуального подхода к каждому пациенту и к процессу его умирания.

Transzendente Erfahrung – трансцендентальный опыт. По мнению ряда американских ученых, желание трансцендентности является основным аспектом человеческой сексуальности, который до настоящего времени игнорировался учеными-медиками и работниками профилактической сферы. Учет данного аспекта сексуальности при проведении профилактических мероприятий среди мужчин-гомосексуалистов позволит добиться более высоких результатов, так как будет затрагиваться важнейший мотив, которым руководствуются гомосексуалисты, подвергая себя риску заражения ВИЧ-инфекцией.

Verpflichtende Solidarität – поголовная обязательная солидарность. Данный принцип используется, например, в системе обязательного медицинского страхования. При этом

социальные группы с высоким уровнем дохода не только наравне с остальными гражданами участвуют в софинансировании всей системы, но и получают тот же самый набор услуг. Как правило, подобные системы обладают значительной моральной поддержкой среди населения.

Wirklichkeit(en) des Sterbens Zuhause – создание у пациентов хосписов ощущения умирающего не в больнице, а в домашних условиях

Wohlfahrtsstaat, der – государство всеобщего благосостояния

Zwei-Klassen-Medizin – медицина для двух классов. По мнению немецких социологов, система здравоохранения в Германии может окончательно превратиться в так называемую медицину для двух классов, то есть, в отдельное (прежде всего, по качеству) медицинское обслуживание для богатых и бедных.



## О Г Л А В Л Е Н И Е

Введение .....	3
1. Оценка населением ЕС национальных систем здравоохранения .....	5
2. Дискуссия о системе гражданского страхования в Германии .....	11
2.1. Справедливость и эффективность системы социального страхования .....	11
2.2. Проблема страхования на случай необходимости постоянного ухода .....	17
3. Исследование факторов, сокращающих продолжительность жизни .....	21
3.1. Проблема физиологической зависимости: социально-психологический аспект .....	21
3.2. Немецкая социология о проблеме ВИЧ/СПИД .....	39
3.3. Проблема онкологических заболеваний в Германии .	49
3.4. Немецкая социология о проблеме сопровождения и облегчения смерти .....	52
Вместо заключения: забота немцев о здоровье .....	60
Глоссарий .....	66