

GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN

Solibeitrag: 5 Euro | ISSN 2194-0258 | Juli 2015



Sonderausgabe in Kooperation mit der Poliklinik Gruppe
und dem Verein Solidarisches Gesundheitswesen e.V.

Vorwort

Der vdää wird im kommenden Jahr sein 30-jähriges Bestehen feiern. Und noch vor wenigen Jahren sah es so aus, dass der vdää einfach mit seinen Gründungsmitgliedern älter wird. Inzwischen sind wir im Umbruch. Viele der jungen neuen Mitglieder waren zur Zeit der Gründung des vdää noch nicht einmal geboren... Das bringt frischen Wind, neue Themen und Inhalte, aber auch neue Formen der Kommunikation und – wie Sie an diesem Heft sehen – auch der Ästhetik. Ein weiteres Beispiel dafür ist die Jahreshauptversammlung des Vereins im vergangenen Jahr, die ganz wesentlich von jüngeren Mitgliedern in Hamburg organisiert wurde. Und das mit großem Erfolg.

Vorliegendes Heft von „Gesundheit braucht Politik“ zu sozialen Determinanten von Gesundheit wurde von Kolleginnen und Kollegen der Poliklinik-Gruppe zusammengestellt. Es erscheint als Sondernummer, nicht nur weil es äußerlich von dem bisherigen Erscheinungsbild unserer Zeitschrift abweicht, sondern weil es ein Kooperationsprojekt mit der Poliklinik-Gruppe als auch mit dem Verein „Solidarisches Gesundheitswesen e.V.“ ist. Das Thema ist extrem spannend und die Form sehr erfrischend. Leider können wir uns den farbigen Druck Zeitschrift noch nicht auf Dauer leisten, aber wir werden das Erscheinungsbild von Zeitschrift und Verein zukünftig doch etwas entstauben. Dafür haben wir eine schöne Anregung vor uns liegen.

Ich wünsche viel Spaß beim Lesen und würde mich über Kritik (und auch Lob) sehr freuen. ■

Wulf Dietrich

Inhalt

Inequalities are measured; inequities are judged	4
<i>Von Philipp Dickel und Renia Vagkopoulou</i>	
Whitehall in a nutshell	8
<i>Von Ove Spreckelsen und Luisa Kunz</i>	
Die Kommission	12
<i>Von Andreas Wulf</i>	
Poliklinik – eine Konzeptstreitschrift	14
Von rotierendem Garderobenpersonal, kostenlosen Bussen und einer Softeismaschine	17
<i>Von Katja Schlegel und Milli Schroeder</i>	
Embodiment	25
<i>Von Anh-Thy Ngugyen</i>	
Klassenmedizin	28
<i>Von Bernd Kalvelage</i>	
Soziale Medizin	32
<i>Interview mit Hans-Ulrich Deppe von Philipp Dickel</i>	
Das Konzept „race“ & die Humanmedizin	36
<i>Von Luisa Kunz und Ove Spreckelsen</i>	
Impressum	39

Editorial

Das vorliegende Heft ist das Ergebnis einer Kooperation zwischen dem vdää und der Poliklinik Gruppe Hamburg. Es richtet sich an alle, die sich für die Zusammenhänge von Gesellschaft und Gesundheit interessieren und Alternativen zu dem aktuellen Gesundheitssystem anstreben.

In Deutschland besteht ein Unterschied in der Lebenserwartung zwischen den reichsten und ärmsten Bevölkerungsgruppen von etwa 10 Jahren. Solche Unterschiede bestehen auch für die Mehrheit chronischer Erkrankungen und das in allen Lebensphasen. Diese gesundheitlichen Ungleichheiten finden ihre Ursache zum größten Teil in der Gesellschaft, den „sozialen Determinanten von Gesundheit.“ Die Kommission der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2008 die Bekämpfung von gesundheitlichen Ungleichheiten als übergeordnetes gesellschaftliches Ziel benannt und gefordert, jegliche politischen Entscheidungen darauf auszurichten. Dieses Heft stellt verschiedene Forschungsansätze zu diesem Themengebiet vor. Grundlegende Forschungsergebnisse zu den sozialen Determinanten von Gesundheit kommen aus Großbritannien. Die Whitehall-Studien haben den Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Gesundheit nachgewiesen. Während die angelsächsische Forschung stark von der Epidemiologie mit ihrem aus der traditionellen Naturwissenschaft herrührendem objektivierbaren Ursache-Wirkungsprinzip dominiert ist, hat sich in Lateinamerika die „kritische Sozialepidemiologie“ entwickelt, die einen anderen Blickpunkt einnimmt. Sie kritisiert die angelsächsische Forschung für die isolierte Betrachtung einzelner epidemiologischer Einflussfaktoren, ohne den Menschen in der Interaktion mit seiner gesamten Umwelt zu erfassen. Wie die soziale und physische Umwelt biologische Prozesse im Körper beeinflusst und damit in den Körper „einschreibt“, beschreibt das Konzept Embodiment. Für rein biomedizinisch geschulte Gesundheitsarbeiter_innen eröffnet es neue Perspektiven für das Verständnis von Entstehung von Krankheit. Manche vermeintlich biologische Kategorien entpuppen sich bei genauerem Hinsehen als soziale Kategorien. Die in der Medizin häufig verwendete Einteilung nach „Kaukasier“, „Asiaten“ etc. verhandelt verschiedene Krankheitshäufigkeiten als rein biologisch bedingt. Im Sinne einer auf vermeintlich genetischer Homogenität gesellschaftlicher Gruppen beruhenden Ursächlichkeit ist dies nicht haltbar und blendet soziale Ursachen aus. Im besten Fall führt dies einfach nur zu Unverständnis und zur Reproduktion von Stereotypen, im schlechteren Fall jedoch zu Behandlungsfehlern. Obwohl viele soziale Determinanten von Gesundheit außerhalb des direkten Einflusses des Gesundheitssystems liegen, hat die Art und Weise wie das Gesundheitssystem organisiert ist, Auswirkungen auf gesundheitliche Ungleichheiten. Die Weltgesundheitsorganisation sieht es als Aufgabe der Gesundheitsversorgung, die verschiedenen Determinanten von Gesundheit zu erkennen, zu berücksichtigen und für eine

Reduktion dieser Ungleichheiten einzutreten. Von diesem Ziel ist die gegenwärtige Organisation des deutschen Gesundheitssystems weit entfernt; sie ist vielmehr von einer Vielzahl anderer Interessen geprägt. Das Konzept der Klassenmedizin geht auf diese Aspekte ein und stellt eine praktische alternative Anleitung für Ärzt_innen dar.

Aus den Erkenntnissen der im Heft dargestellten Zusammenhänge folgt, dass rein biomedizinische Interventionen nicht die alleinige Grundlage für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sein können. Sozialarbeit, Psychotherapie und präventionsorientierte Gesundheitspflege nehmen beispielsweise einen ebenso wichtigen Stellenwert ein. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen sollte daher gleichberechtigt und partnerschaftlich organisiert sein. Menschen aus einem Stadtteil sollten in der Ausgestaltung der örtlichen Gesundheitsversorgung partizipieren und Gesundheitsarbeiterinnen für die Verbesserungen der lokalen sozialen Determinanten von Gesundheit ihrer Patient_innen eintreten. Die Poliklinik Gruppe beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit dem Aufbau eines Stadtteilgesundheitszentrums als common (Kollektivgut), in dem Krankenversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung zusammen gedacht werden und das Gesundheitszentrum zum Ort gesellschaftlicher Auseinandersetzung wird. Ein Interview aus der Zukunft anlässlich des zehnjährigen Geburtstages der Poliklinik gibt Einblicke was aus dem Projekt bis dahin geworden sein wird.

Die Gestaltung des Heftes greift die Auseinandersetzung um differierende Auffassungen von Forschung und Wissenschaftlichkeit auf, indem sie gewohnte Blickregime verwirrt und mit dem Spannungsfeld zwischen Objektivität und Subjektivität spielt. In der Forschungsliteratur vermitteln Schaubilder eine Sphäre von Wissenschaftlichkeit und Objektivität; in diesem Heft stellen Schaubilder die Grenze zwischen Wissenschaftlichkeit und Absurdität, zwischen Wahrheit und Ideologie, zwischen Objekt und Subjekt infrage.

Wenn die gesellschaftliche Ungleichheit der zentrale Faktor für Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod ist, bedeutet das, dass wir die gesellschaftlichen Verhältnisse, in denen wir leben, grundlegend ändern müssen, wenn wir ernsthaft eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Massen erwirken wollen. In der Schlichtheit dieser Aussage liegt zugleich die Radikalität: Gesundheitsversorgung und -vorsorge muss weit über den medizinischen Bereich hinaus gedacht werden; das Wissen liegt nicht einfach bei der jeweiligen Expert_in, sondern zunächst bei jedem und jeder selbst; in der gemeinsamen Entwicklung einer gesellschaftlichen Transformationsstrategie entfaltet sich das Potenzial eines neuen Präventionsbegriffs.

Begeben wir uns also in das Getümmel von Analyse und Kritik. Tragen wir die Debatte um soziale Bedingtheit von Gesundheit und Krankheit zurück in die Gesellschaft!

Der vdää und die Poliklinik Gruppe freuen sich über Kritik und Anregungen. ■

„Inequalities are measured; inequities are judged.“¹

Kritische Sozial-Epidemiologie in Lateinamerika und ihre Kritik an der Forschung im globalen Norden

Die moderne kritische Sozialepidemiologie² hat in Lateinamerika eine lange und vielschichtige Tradition. Insbesondere in den letzten 50 Jahren entstanden unterschiedliche nationale sowie supranationale Bewegungen und Theorieschulen in diesem Feld. Hinsichtlich der analytischen Schärfe, mit der medizinische Daten und gesellschaftliche Wirklichkeit verbunden werden, ist diese Forschung einzigartig, nicht zuletzt, weil es durch die Anbindung an Gesundheitsbewegungen eine Forschung ist, die auch jenseits wissenschaftlicher Institute erfolgt.

Trotzdem gehört die lateinamerikanische kritische Sozialepidemiologie nicht selbstverständlich zum Kanon der medizinischen Ausbildung im globalen Norden. Fangen wir deshalb mit einer historischen Einordnung an.

Historischer Hintergrund

Im Zuge der sogenannten zweiten Welle der importsubsituierenden Industrialisierung³ und der zunehmenden Verbreitung sozialistischer Ideen während der 60er Jahre fanden in vielen Ländern Lateinamerikas tiefgreifende gesellschaftliche Auseinandersetzungen mit krankmachenden Arbeitsbedingungen und ungleich verteilten Machtstrukturen statt. In den 70er Jahren gingen diese Debatten weiter, wenngleich unter sehr viel schwierigeren Bedingungen: Infolge von Staatsstreich, die häufig vom Westen unterstützt wurden, hatten sich in mehreren Ländern Militärdiktaturen etabliert.

Die festgestellten länderübergreifenden Gemeinsamkeiten hinsichtlich gesundheitlicher Ungleichheit entlang sozioökonomischer Unterschiede vertieften das Verständnis

¹ Das Zitat aus der Zeitschrift Social Medicine (Volume 4, Nummer 2, Juni 2009, abrufbar unter www.socialmedicine.info) weist auf einen wesentlichen Kritikpunkt der lateinamerikanischen Sozialepidemiologie an der SDH-Forschung der WHO hin: Die Commission on Social Determinants of Health (CSDH) und andere Institute messen zwar Ungleichheiten, versäumen es aber, die Verursacher_innen und das strukturell ungerechte System dahinter zu benennen. Ungerechtigkeiten werden demnach in der Forschung im globalen Norden häufig nicht verurteilt.

² Die Bezeichnungen der verschiedenen Ansätze und Theorieschulen in Lateinamerika variieren. Jamie Breilh verwendet als Klammer für die progressive Forschung den Begriff kritische Sozialepidemiologie.

³ Eine wirtschaftspolitische Strategie, deren zentrale Zielsetzung die Stärkung und der Ausbau des infolge (neo-)kolonialer Ausbeutung inexistenten oder schwachen Binnenmarktes ist.

von den Zusammenhängen zwischen Gesundheit und der gesellschaftlichen Verteilung von Ressourcen und führten zu einem regelmäßigen transnationalen Austausch. Akteur_innen aus verschiedenen Ländern Lateinamerikas begannen, an einer Synthese aus sozialwissenschaftlicher und biomedizinischer Forschung zu arbeiten, die notwendigerweise auch eine Neuformulierung der Ausbildungsinhalte und des Selbstverständnisses von Gesundheitsarbeiter_innen einschloss.

Eine Person, die in diesen Jahren eine sehr einflussreiche Rolle einnahm, war der argentinische Arzt und Soziologe Juan César García. Als Forschungskordinator innerhalb der Pan American Health Organisation (PAHO) organisierte er in den späten 70er und frühen 80er Jahren eine Reihe transnationaler Seminare der Sozialen Medizin – insbesondere die richtungsweisenden Treffen Cuenca I (1972) und II (1974) in Ecuador – und nutzte darüber hinaus seinen Einfluss und die durch die Rockefeller Foundation bereitgestellten finanziellen Ressourcen, um zum Aufbau von Instituten in der gesamten Region beizutragen und Stipendienprogramme aufzulegen.

Unter Rückgriff auf marxistische Theoretiker wie Gramsci, Althusser und Poulantzas verknüpfte García seine Überlegungen zu Gesundheit und Krankheit mit der Frage der gesellschaftlichen Kräfteverhältnisse und Staatlichkeit. In seinen zahlreichen Veröffentlichungen entwickelte er einen stark historisch kontextualisierenden Ansatz, der die lateinamerikanische Sozialmedizin nachhaltig beeinflusst hat. In einem Interview, das er 1984 mit sich selbst führte, misst er folgenden historischen Ereignissen hinsichtlich der Entwicklung der lateinamerikanischen Sozialmedizin zentrale Bedeutung bei:

1. Durch die Revolutionen in Kuba (1959), Chile (1970) und Nicaragua (1979) entstanden öffentliche Gesundheitssysteme, die die Frage nach dem Umgang mit den krankmachenden Folgen gesellschaftlicher Ungleich-

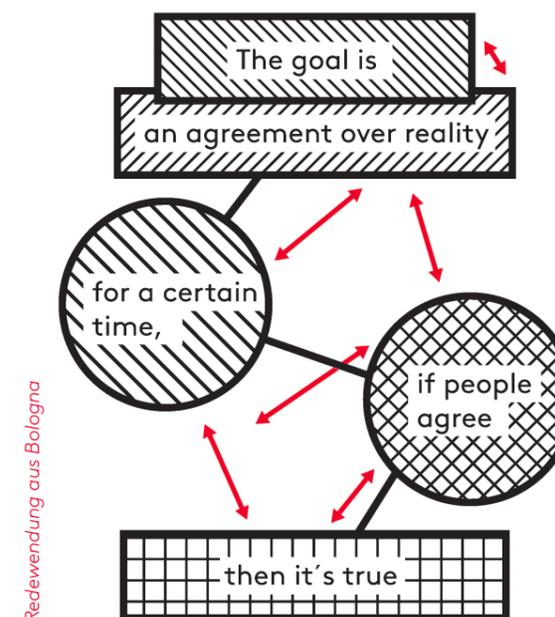
heit radikal beantworteten: Nicht die Symptome sollen bekämpft werden, sondern die Ursachen, die Ungleichheit an sich. In diesem Zusammenhang kam auch Salvadore Allende – selbst Arzt und vor seiner Zeit als Präsident Chiles Gesundheitsminister – eine zentrale Rolle in der Ausgestaltung der Sozialmedizin zu. Das von ihm entwickelte Konzept für ein nationales Gesundheitssystem basiert ähnlich wie Che Guevaras „revolutionäre Medizin“ auf gesellschaftlichem Wandel und der damit einhergehenden Veränderung der Arbeits- und Lebensbedingungen der Menschen. In der Ausbildung aller Gesundheitsberufe, einschließlich der Ärzte und Ärztinnen, wird ein Schwerpunkt auf die sozialen und gesellschaftlichen Ursprünge von Krankheiten gelegt und die Notwendigkeit der Veränderung der sozialen Lebensbedingungen als Voraussetzung von Gesundheit betont.

2. Nachdem sich in Brasilien und Argentinien Militärdiktaturen an die Macht geputscht haben, entwickeln sich Widerstandsbewegungen, die gegenüber der staatszentrierten Gesundheitsversorgung einen kritischen Standpunkt einnehmen und für die eigene Mitbestimmung eintreten. Mit der kritischen Medizin in Brasilien entsteht daraus eine eigene und sehr erfolgreiche Theorieschule, welche mit dem Sistema Único de Saúde (SUS) die Entwicklung eines auf Prävention ausgelegten Gesundheitssystems maßgeblich beeinflusst hat.

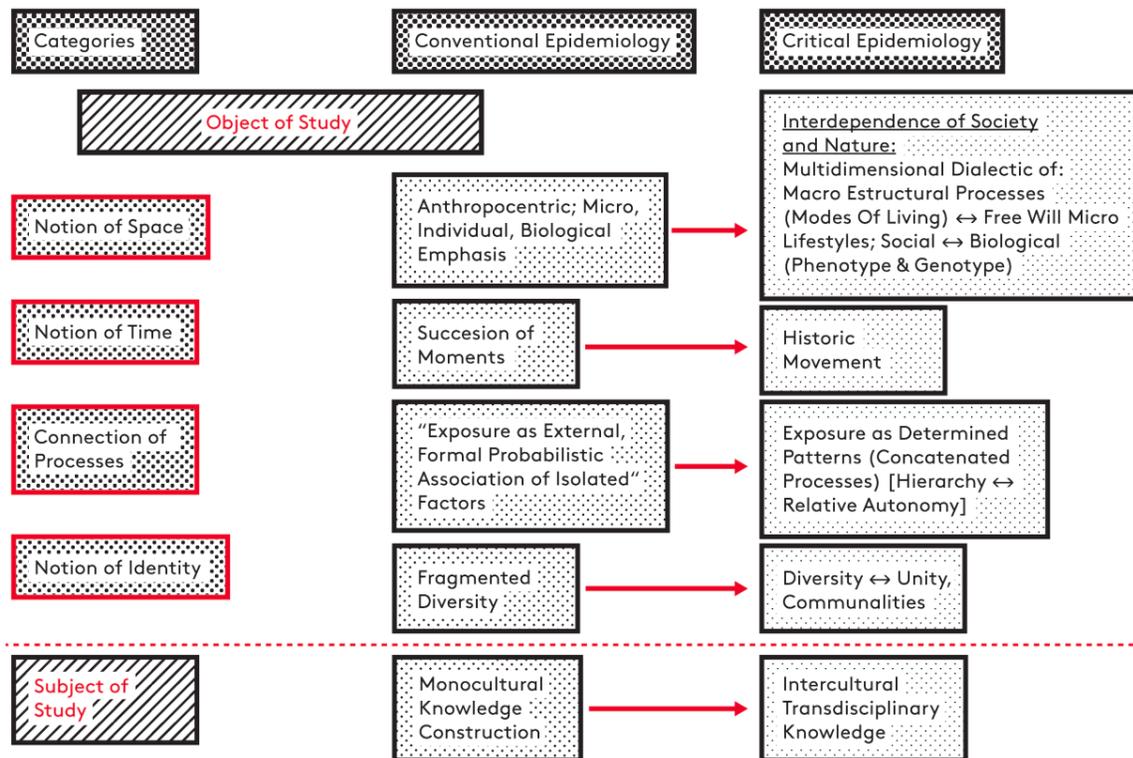
3. Angesichts des brachialen Strukturwandels unter neoliberaler Vorzeichen, der von Chile ausgehend in den 80er Jahren im Schlepptau der ersten Ölkrise in ganz Lateinamerika durchgesetzt wurde – die Diktatur unter Pinochet gilt als Laboratorium dieser Entwicklung – entsteht die sozialmedizinische Bewegung auch als Widerstandsbewegung und Gegentheorie zum Neoliberalismus.

Die lateinamerikanische Sozialmedizin vertrat zu jedem Zeitpunkt eine ausdrücklich linke politische Haltung; sie war und ist Teil gesellschaftlicher Transformationsbewegungen, durch die auf extremer ökonomischer, sozio-kultureller und politischer Ungleichverteilung basierende Regime gestürzt oder per Wahl abgelöst wurden. Durch die Bewegungsanbindung gründet sie sich auf eine aktive politische Praxis.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass auch die europäische Sozialmedizin vor dem Hintergrund einer revolutionären Epoche, dem 19. Jahrhundert und im Speziellen der Revolution von 1848 in Frankreich und Deutschland, entstanden ist. Einer der zentralen Vordenker war Rudolf Virchow. Sein Schüler Max Westenhofer lehrte später an der Universität von Chile; dort gehörte auch Allende zu seinen Studenten. Virchow kämpfte auf unterschiedliche Arten für eine andere Gesellschaft, unter anderem auch auf den Barrikaden der Märzrevolution 1848 in Berlin. Diese Tradition der europäischen Sozialmedizin mit einem Fokus auf gesellschaftliche Verhältnisse erlebte gegen Ende der Weimarer Republik mit der aufkommenden „Rassenhygiene“ und der Machtergreifung der Nationalsozialisten in Deutschland einen jähen Bruch. Nach den Jahren des nationalsozialistischen Terrors war man in der bundesrepublikanischen Nachkriegszeit in der Ärzteschaft



Contributions of Critical Epidemiology



Breilh J. Epid.: E, M & P, 1979 / Int. J. Journal of Epidemiology, 2010

sehr bemüht, alles Politische aus der Medizin herauszuhalten, gerade weil sich die übergroße Mehrzahl der nichtjüdischen Ärzte frühzeitig und mit Begeisterung der NSDAP angeschlossen hatten – eine Farce, behielten doch die Altnazis auch in Bundesrepublik ihre Doktorenkittel an.⁴

In Lateinamerika wurde im Gegensatz dazu die Tradition fortgesetzt und institutionalisiert. In vielen Ländern entstanden bereits sehr früh Stadtteilgesundheitszentren und sozialmedizinische Forschungsinstitute.⁵ 1984 gründete sich auf Initiative von Juan César García die Lateinamerikanische Assoziation der Sozialen Medizin (ALAMES⁶), die bis heute eine wichtige Rolle im transnationalen Austausch und Wissenstransfer spielt.

Die jüngere lateinamerikanische Sozialmedizin, die in den ersten Jahren des 21. Jahrhunderts mit den Wahlerfolgen vieler linksgerichteter Regierungen⁷ eine Blüte erlebt hat, konzentriert sich sowohl auf die epidemiologische Forschung als auch auf die Erforschung der strukturellen Determinanten von Gesundheit. Darüber hinaus liegt ein Fokus auf den von der Gesellschaft produzierten sozialen, ethnisierten und geschlechterspezifischen Machtverhältnissen und deren Auswirkungen auf Gesundheit und

geht damit über die Beschäftigung mit den „allgemeinen“ ökonomischen Verhältnissen hinaus.

Nicht zuletzt aufgrund der Erfahrungen unter den zentralistisch organisierten Militärregierungen der 70er Jahre wird bei der Präventions- und Versorgungsforschung häufig mit dem Bezug auf die Community eine kleinräumigere Ebene betrachtet.

Theoretische Ansätze und Kritik

Im Folgenden werden exemplarisch einige Thesen⁸ der modernen lateinamerikanischen Sozialepidemiologie und ihre Kritik an der europäischen Forschung zu Sozialen Determinanten vorgestellt:

1. Kritik am Wissenschaftsbegriff

Gemein ist der lateinamerikanischen Forschung, dass sie sich sehr viel kritischer mit Wissenschaft an sich auseinandersetzt. Der im europäischen Raum in der Medizin dominierende positivistische Ansatz, demzufolge die Welt mithilfe von Instrumenten und Formeln berechnet und damit „objektiv“ abgebildet werden kann, hat hier einen viel schwereren Stand. Anders als im Mainstream der europäischen Forschung existiert ein Bewusstsein darüber, dass auch die Wissenschaft als „symbolischer Betrieb“ Ausdruck gesellschaftlicher Machtverhältnisse ist und Wahrheiten nicht einfach

durch Laboruntersuchungen entdeckt, sondern selbst hergestellt werden. Insofern müssen die Forschungsergebnisse in den Kontext der gesellschaftlichen Kräfteverhältnisse, der Kämpfe und Aushandlungsprozesse gestellt werden, um ihre Aussagekraft zu prüfen. Zugleich sollen die gesellschaftlichen Bedingungen zum Untersuchungsgegenstand werden.

2. Kritik an der epidemiologischen Analyse

In Bezug auf den epidemiologischen Ansatz übt der lateinamerikanische Forschungszweig Kritik an der WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Ihr wird vorgeworfen, durch ihre neokausalistische⁹ Argumentation die Zusammenhänge zu stark zu simplifizieren. Die sozialen Determinanten werden isoliert und als einzelne Risikofaktoren verhandelt, die lediglich über externe Verbindungen zusammengebracht werden. Demgegenüber betonten die Kritiker_innen die Komplexität der wechselseitigen Auswirkungen sozialer Faktoren auf individuelle und kollektive Gesundheit. Sie stellen sich damit gegen einfache Kausalketten im Stil von: Weil XY als Kind armer Eltern zur Welt kam, lebte er in einem armen Stadtteil und ging dann auf eine schlechte Schule, hat jetzt keinen Job, ernährt sich unausgewogen und ist deshalb krank. Soziale Determinanten sollten stattdessen als Ausdruck historisch bedingter Prozesse untersucht werden, die notwendigerweise eine starke Verflechtung untereinander aufweisen.

Martinez weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das Ursache-Wirkung-Prinzip als „großer Organisator und Logik des Universums“ postuliert werde. Diese in der Realität unterstellte lineare Kausalität ist ihrer Meinung nach allerdings nur ein weiteres Beispiel dafür, wie stark das positivistische Denken trotz seiner offenkundigen Begrenztheit in der Forschung verankert ist. Die Rolle der Probanden kann in dieser Art der Forschung nur die des Objekts sein. Martinez fordert dagegen, sie als Subjekte einzubeziehen, um zu verstehen, wie sie ihre Umwelt interpretieren, sie gestalten und verändern.

3. Ansätze der lateinamerikanischen Schule

Breilh weist darauf hin, dass die lateinamerikanische Sozialmedizin und Sozialepidemiologie sich auf verschiedenen Ebenen den Gesundheit und Krankheit bedingenden Faktoren nähert. Ein wichtiger Aspekt ist hier die Kontextualisierung der Forschung: Arbeit, Bildung und Wohnort werden nicht einfach als singuläre Fakten gewertet, die ein bestimmtes Risiko implizie-

⁹ Neokausalistisch weist hier auf die, trotz des historisch umkämpften Ansatzes, reine Bezugnahme auf das Ursache-Wirkungs-Prinzip hin. Der Dialektische Materialismus weist demgegenüber beispielsweise auf die inneren Widersprüche der zu untersuchenden Gegenstände und auf die im Laufe der Entwicklung auftretenden neuen Qualitäten hin, welche eine lineare Kausalkette häufig nicht abbilden.

ren, sondern werden als Manifestationen der historisch gewachsenen gesellschaftlichen Machtverhältnisse untersucht. Prozesse der Rassifizierung/Ethnisierung sind dabei verschränkt mit genderbedingter Diskriminierung und klassenspezifischen Ausschluss- und Einschlussmechanismen. Der Unterschied zur europäischen SDH-Forschung schlägt sich auch in den Begriffen nieder: In der lateinamerikanischen Forschung wird der Begriff der „sozialen Determination“ vorgezogen, da mit diesem Begriff nicht Faktoren in den Vordergrund gerückt werden – die „sozialen Determinanten“ –, sondern die umkämpften gesellschaftlichen Verhältnisse und damit die Wandelbarkeit der gesund- und krankmachenden Faktoren. An dieser Stelle offenbart sich in Bezug auf die Sozialmedizin der Unterschied zwischen der eher akademisch geprägten europäischen Forschung und der noch immer aktiv in der Tradition der sozialrevolutionären Bewegung stehenden lateinamerikanischen Forschung: Während in Studien der ersteren Richtung bestenfalls Policy-Empfehlungen für Regierungen zur Linderung der identifizierten Probleme formuliert werden, propagiert die Sozialmedizin in Lateinamerika häufig die tatsächliche Umwälzung der bestehenden gesellschaftlichen Ordnung mitsamt einer Neuverteilung des gesellschaftlichen Reichtums.

Trotz ihrer bahnbrechenden theoretischen, methodischen und empirischen Fortschritte für die sozialmedizinische Forschung werden die oben genannten Ansätze im globalen Norden nur vereinzelt wahrgenommen. Ein postkolonialer Moment in der westlichen Wissenschaft – individuell unbewusst, strukturell jedoch ein Anzeichen für das Fortwirken überkommener Herrschaftsbeziehungen, die auch heute noch den einstigen Kolonien eine periphere Bedeutung zuweisen und so die eigene Dominanz bei der „Entdeckung der Wahrheit“ sichern. Wir brauchen aber gerade dieses Wissen, für eine andere Idee von Gesundheit und Gesundheitsversorgung und auch für die kommenden Kämpfe in Europa. Fangen wir also an, die uns bislang verborgen gebliebenen Schätze zu heben! ■

Literaturempfehlungen:

- Franco/Nunes/Breilh/Laurell *Debates en Medicina Social*, Quito 1991
- Asa Cristina Laurell/Mariano Noriega *La Salud en la Fabrica*, Mexico 1989
- Betancourt/Breilh/Campana/Granda *Reproduccion social y Salud*, Guadalajara 1991
- Jaime Breilh *Epidemiologia Critica: Ciencia Emancipadora E Interculturalidad*, Buenos Aires 2003
- Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), www.alames.org
- *Social Medicine* ist ein bilinguales open-access Journal des Montefiore Medical Center Albert Einstein College of Medicine und der ALAMES www.socialmedicine.info
- International Association of Health Policy (IAHPI), www.healthp.org

⁴ In der DDR wurde die Tradition der Sozialmedizin unter Kurt Winter wesentlich früher wieder aufgenommen.

⁵ Zu nennen sind hier insbesondere die Institute und Abteilungen an der Universität von San Marcos in Lima/Peru und das Oswaldo Cruz Institut in Rio de Janeiro/Brasilien.

⁶ Asociación Latinoamericana de Medicina Social

⁷ V.a. Venezuela, Brasilien, Bolivien, Ecuador, Argentinien und Uruguay

⁸ Prominente Vertreter_innen der lateinamerikanischen Schulen sind u.a. Jaime Breilh, Carolina Martinez und Cristina Laurell.

Whitehall in a nutshell

Überblick über angelsächsische Theorien der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit

Von Ove Spreckelsen und Luisa Kunz

Im Jahr 1980 schockierte ein Dokument des Gesundheitsministeriums die britische Öffentlichkeit: Der Black Report deckte auf, dass in der Bevölkerung Großbritanniens große Unterschiede im Gesundheitszustand und in der Lebenserwartung bestanden. In jedem Lebensabschnitt, von der Geburt bis ins hohe Alter, wiesen Arbeiter_innen im Vergleich zu Angestellten einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Kindersterblichkeit wie auch chronische Erkrankungen im Erwachsenenalter waren etwa um das Doppelte erhöht. Diese Ergebnisse waren deshalb unerwartet, da die generelle Lebenserwartung seit Jahrzehnten angestiegen war und das britische Gesundheitssystem die gesamte Bevölkerung ohne systematische Unterschiede und auf hohem Niveau versorgte. Politisch kamen diese sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit ziemlich ungelegen: Unter der gerade neugewählten Premierministerin Margaret Thatcher war die Abkehr vom Wohlfahrtsstaat ausgerufen worden; anstelle einer staatlichen Verantwortung für soziale Probleme sollten diese von den individuellen Gesellschaftsmitgliedern selbst gelöst werden. Um die öffentliche Resonanz gering zu halten, wurde der Black Report zunächst an einem Feiertag und im Volltext nur für Pressemitglieder veröffentlicht (*Black et al. 1990*).

Dass der Anstieg der allgemeinen Lebenserwartung hauptsächlich auf die Verbesserung der Lebensumstände und weniger auf Fortschritte in der Medizin zurückzuführen ist, war seit einigen Jahren bekannt (*McKeown 1976*). Da sich die Lebensumstände allerdings deutlich verbessert hatten – Hunger, Seuchen und extrem gefährliche Arbeitsbedingungen in Großbritannien nun kein Problem mehr darstellten –, waren die Gründe für diese gesundheitlichen Ungleichheiten unklar. Ein Erklärungsansatz besagte, dass die Kranken und körperlich Schwachen früh aus dem Arbeitsleben ausschieden oder körperliche Merkmale aufwiesen, die sich nachteilig im Berufsleben auswirken würden. In der Statistik des Black Report würde eine solche „Selektion“ sichtbar werden. Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand wären im Grunde biologisch oder gar genetisch bedingt.

Ein anderer Ansatz hielt Unterschiede im Gesundheitsverhalten für ursächlich. In den verschiedenen Berufsgruppen, die der Einordnung in fünf verschiedene soziale Klassen zugrunde lagen, würden deutliche Unterschiede im Risikoverhalten, wie beim Rauchen, körperlicher Aktivität und beim Ernährungsverhalten bestehen, die ihrerseits systematische soziale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung nach sich zögen. Für den letzteren der beiden Erklärungsansätze bestand deutlich mehr Evidenz als für den ersten, ein großer Teil der Unterschiede blieb aber unerklärt.

Zusammenfassend hielten die Autoren des Black Report nicht eine einzige Erklärung für ausreichend. Hauptsächlich seien die gesundheitlichen Unterschiede trotz der Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen weiterhin durch materielle Unterschiede, wie ungleiche Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie im Fall der ungleichen Kindersterblichkeit durch eine unzureichende pränatale Versorgung zu erklären (*Black et al. 1990*).

Ebenfalls aus Großbritannien kamen weitere Studienergebnisse, die populäre Grundannahmen über die Bevölkerungsgesundheit in Frage stellten und einen zusätzlichen

bedeutenden Erklärungsansatz hinzufügten. Vor dem Hintergrund der gleichzeitig mit dem steigenden Wirtschaftswachstum ansteigenden Lebenserwartung wurden die nun dominierenden chronischen Erkrankungen als „Wohlstandserkrankungen“ angesehen, die als Preis für eine reicher werdende Gesellschaft zu zahlen seien. Insbesondere Herzinfarkte (damals und heute eine der häufigsten Todesursachen) galten als „Managerkrankheit“, die in den reicheren Bevölkerungsgruppen häufiger auftreten würden.

Whitehall Study und sozialer Gradient

Die Whitehall Study von Michael Marmot änderte dieses Bild, zumindest für die Fachöffentlichkeit, drastisch. Die Teilnehmer_innen der Whitehall-Studien waren sämtlich Angestellte des öffentlichen Dienstes, die ein gesichertes Einkommen hatten und weder mit Armut noch mit schweren oder gefährlichen Arbeitsbedingungen konfrontiert waren. Das wichtigste Ergebnis dieser Studien war, dass für fast alle der wichtigsten Erkrankungsgruppen ein sozialer Gradient in der Bevölkerung bestand. Dieser soziale Gradient bedeutete, dass sich der Gesundheitszustand schrittweise von den niedrigsten Positionen in der Berufshierarchie bis in die höchsten Positionen verbesserte. Ein schlechterer Gesundheitszustand war also nicht einfach nur in der ärmsten Bevölkerungsgruppe anzutreffen (auch wenn diese am stärksten betroffen war), sondern die Unterschiede waren selbst zwischen den zweithöchsten und höchsten Positionen in der beruflichen Hierarchie vorhanden. Gerade in der häufigsten Krankheitsgruppe, den kardiovaskulären Erkrankungen war dieser soziale Gradient besonders stark ausgeprägt (*Marmot 2004*).

Ein wichtiger Grund für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufspositionen scheint in der Natur des Arbeitsplatzes selbst zu liegen. Anders als zuvor angenommen, sind es nicht nur chemische oder andere physische Noxen, die die Unterschiede bedingen. Die Interaktion zwischen der Art der Arbeit, dem physischen sowie sozialen Kontext und den Emotionen, den Kognitionen und dem Verhalten des Individuums, ist für den Gesundheitszustand relevant. Diese psychosozialen Faktoren führen über biologische Prozesse (Stressreaktionen) schließlich zu Erkrankungen (*Brunner und Marmot 2006*).

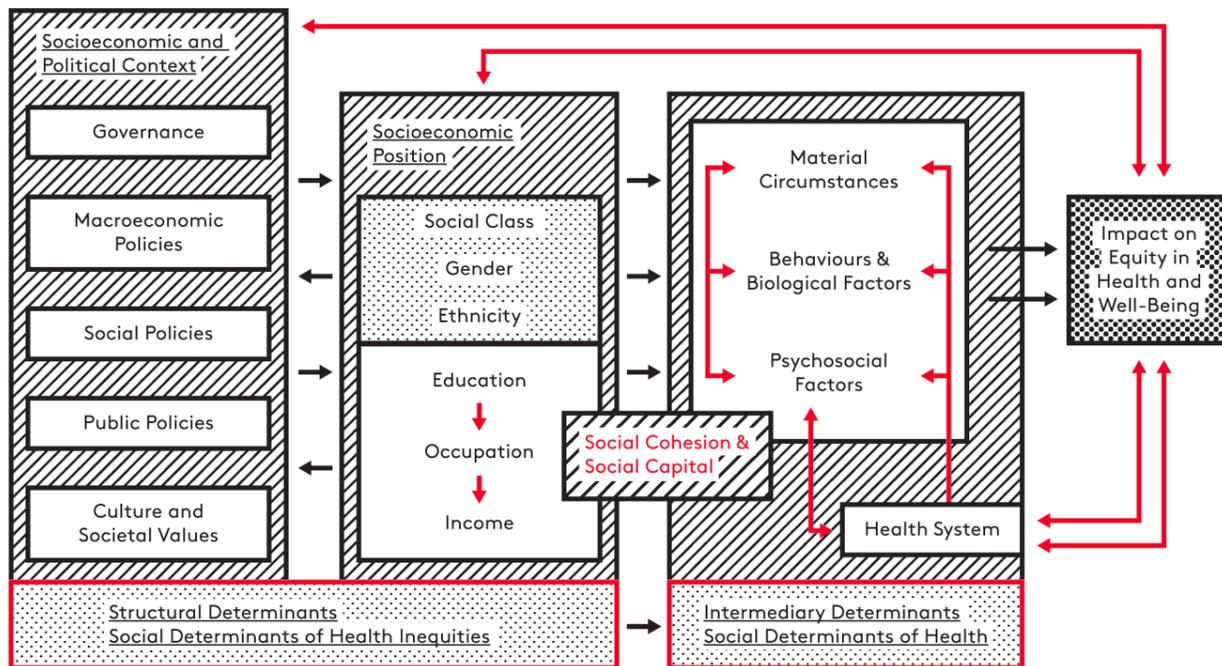
Stress kann als reale oder empfundene externe Beanspruchung verstanden werden, die für das Individuum positiv oder negativ belegt sein kann; diese ist abhängig von zur Verfügung stehenden Adaptations- und Bewältigungsstrategien (*McEwen und Gianaros 2010*). Ausgangspunkt für jegliche Reaktionen auf Stress ist das Gehirn. Kurzfristig können über das autonome Nervensystem (Sympathikus und Parasympathikus) und mittels der Hormone der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (z.B. Glukokortikoide, Katecholamine) die nötigen Voraussetzungen für Stress-Adaptation geschaffen werden (z.B. erhöhtes Herzzeitvolumen, erhöhter Blutdruck, aktivierte Immunabwehr). Schilddrüsenhormone und Insulin spielen ebenfalls eine wichtige Rolle im Regulationsmechanismus.

In der Psychobiologie wird diese kurzfristige Adaptation des Körpers an Stress als Allostase bezeichnet (*McEwen 2012*). Bleibt der Stress konstant bestehen, so werden die hormonellen und Immunsystem-vermittelten Adaptationsprozesse ebenfalls aufrechterhalten – dies ist der Versuch des Körpers, möglichst optimal mit der Beanspruchung umzugehen. Langfristig kann das jedoch in einen Circulus vitiosus übergehen: Chronische Dysregulation im Sinne von dauerhaft veränderten Hormonausschüttungen führt zu einer Modellierung und Schwächung des Immunsystems (*allostatic overload*). Chronischer Stress kann zu neuroplastischen Veränderungen im Gehirn führen, in deren Folge es insbesondere in emotionsverarbeitenden Bereichen (präfrontaler Kortex, Amygdala und Hippocampus) zu morphologischen Veränderungen kommen kann. Die Veränderungen von Hormonhaushalt und Immunsystem sind nicht zwingend irreversibel. Vielmehr kann das Sistieren eines Stressors zu einer Restitutio führen (*McEwen und Gianaros, 2010*).

Beispielsweise hat chronischer Stress einer werdenden Mutter bereits in utero Einfluss auf das Kind, da durch die Stressmediatoren eine fetale Prägung erfolgt (*fetal programming*). Dieser Erklärungsansatz wird als Lebenslauf-Epidemiologie (*life course epidemiology*) bezeichnet. Auf diese Weise werden gesundheitliche Ungleichheiten reproduziert, bevor ein Kind überhaupt auf die Welt kommt. Beispiele sind ein erhöhtes Risiko für Diabetes oder kardiovaskuläre Erkrankungen im späteren Leben bei Menschen, die in utero Mangelernährung erfahren haben. Man geht davon aus, dass der fetale Organismus sich an die kargen Bedingungen (z.B. durch maternale Hypertonie mit plazerter Minderdurchblutung) adaptiert hat und dass diese Adaptationsmechanismen mit einem Überfluss an Kalorien im späteren Leben nicht im Einklang stehen. Ein weiteres Beispiel für lifecourse epidemiology stellt Brustkrebs dar: Aktuell geht man davon aus, dass es Phasen im Leben gibt, in denen die Vulnerabilität gegenüber einem Einflussfaktor deutlich höher ist, als in anderen Lebensphasen. Die Brustdrüsen entwickeln sich in der Pubertät unter dem Einfluss der einsetzenden Hormonproduktion und sind in der Phase dieser Proliferation bis zum Ende der ersten Schwangerschaft (erst dann ist die terminale Differenzierung erreicht) am vulnerabelsten (*Colditz und Frazier 1995*). Untersuchte Einflussfaktoren sind unter anderem der Konsum von rotem Fleisch, der zu einem erhöhten Risiko führt, sowie von Obst und Gemüse, der zu einem reduzierten Risiko führt (*Farvid et al. 2014*).

Wie kommen die Ungleichheiten unter die Haut?

Im Erwachsenenalter nimmt Arbeit einen großen Teil des Lebens ein und stellt eine relevante Determinante für Gesundheit dar. Zwei Modelle, die zwischen dem Individuum und der Arbeitswelt vermitteln, sind das demand-control-Modell und das effort-reward-Modell. Das demand-control-Modell besagt, dass Autonomie und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz mit einer besseren psychischen Gesundheit assoziiert sind. Umgekehrt führt das Arbeiten unter hohen Anforderungen



(demand) mit wenig persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten und einem geringen Entscheidungsfreiraum (control) zu Stress und in der Folge auch zu einem körperlich schlechteren Gesundheitszustand. Außerhalb der Arbeitswelt kann das durch Nutzen von Entscheidungsspielräumen gewonnene Selbstvertrauen ein aktives Sozialleben fördern und zu einer positiven work-life-balance führen.

Das effort-reward-Modell bezieht sich auf Erwartungen sozialer Gegenseitigkeit (reciprocity), die grundlegende Prinzipien menschlichen Miteinanders darstellen. Wenn am Arbeitsplatz für die geleistete Verausgabung (effort) keine ausreichende Anerkennung (reward) im Sinne von Gehalt, Aufstiegsmöglichkeiten, Arbeitsplatzsicherheit oder Wertschätzung besteht, ist reciprocity nicht gegeben; negative Emotionen und Stress sind die Folge. Insbesondere ausgeprägte Diskrepanzen und Überverausgabung am Arbeitsplatz sind mit einer schlechteren Gesundheit assoziiert und treffen besonders häufig Menschen mit wenig Alternativen zum gegenwärtigen Arbeitsplatz (Marmot et al. 2006). Angestellte mit eintöniger Arbeit und hohem Zeitdruck oder Jobunsicherheit leiden überdurchschnittlich häufig unter Bluthochdruck und damit verbundener koronarer Herzkrankung (Ferrie et al. 2002; McEwen und Gianaros 2010).

Auswirkungen gesamtgesellschaftlicher Ungleichheiten auf die individuelle Gesundheit

Ein anderer psychosozialer Erklärungsansatz führt vom Individuum und seiner unmittelbaren sozialen Umwelt zu der Funktionsweise und dem Aufbau der gesamten Gesellschaft. Die britischen Epidemiolog_innen Kate Pickett und Richard Wilkinson sehen in dem gesellschaftlichen Zusammenhalt (social cohesion) eine wichtige Determinante der Bevölkerungsgesundheit. Eine Gesellschaft mit ausgeprägtem sozialen Zusammenhalt ist durch die Quali-

tät der sozialen Beziehungen der einzelnen Gesellschaftsmitglieder untereinander charakterisiert. In einer solchen Gesellschaft sind gegenseitiges Vertrauen, Hilfsbereitschaft und kooperatives Verhalten weit verbreitet.

Eine Gesellschaft geringen sozialen Zusammenhaltes ist hingegen von Konkurrenzverhalten, Feindseligkeit und Misstrauen geprägt. Bestimmend für die Art des sozialen Zusammenhaltes ist das Ausmaß sozialer (Un)gleichheit, diese ist wiederum hauptsächlich durch die Einkommensverteilung geprägt. Eine Gesellschaft mit einer ausgeprägten Einkommensungleichheit ist auch durch eine ausgeprägte soziale Hierarchie gekennzeichnet. Für das einzelne Gesellschaftsmitglied ist es daher rational, sich rücksichtslos zu verhalten, um sich in der Konkurrenz gegen andere durchzusetzen, während ein entgegenkommendes Verhalten von anderen als Schwäche gedeutet und ausgenutzt werden könnte. Das gesellschaftliche Klima ist von Unsicherheit geprägt; der individuelle soziale Status und die Qualität der sozialen Beziehungen werden zu wichtigen Determinanten der Gesundheit. Insbesondere für den größeren Teil der Bevölkerung mit niedrigerem sozialen Status führt dies zu Gefühlen der Unterlegenheit und Wertlosigkeit. Dauerhaft führen diese zum Teil unbewussten Bewertungen des eigenen Status und der sozialen Umwelt zu chronischem Stress (Wilkinson 2002).

Empirisch belegen Pickett und Wilkinson ihre Hypothese durch den Vergleich verschiedener statistisch ungefähr gleich reicher Länder. Traditionell wurde in der Epidemiologie davon ausgegangen, dass sich mit steigendem Reichtum einer Gesellschaft die Gesundheit der Bevölkerung verbessert und reichere Gesellschaften gesünder sind als ärmere. Pickett und Wilkinson konnten zeigen, dass dieser Zusammenhang in reichen Ländern nicht mehr weiter besteht. Stattdessen ist das Ausmaß der Einkommensungleichheit entscheidend – gleichere Gesellschaften sind insgesamt gesünder als weniger gleiche. Als gesundheitspolitische Maßnahme schlagen sie daher vor, über

Steuern und andere staatliche Eingriffe eine egalitäre Einkommensverteilung zu erreichen (Wilkinson und Pickett 2009).

In der „Wilkinson-Lynch/Muntaner“-Debatte wird eine deutliche Kritik an diesen psychosozialen Erklärungsansätzen geübt, die den sozialen Zusammenhalt in den Vordergrund stellen. Die einseitige Fokussierung auf die subjektive Wahrnehmung von Ungleichheit und den individuellen sozialen Status bei Wilkinson/Pickett vernachlässigt die, auch in reichen Gesellschaften vorhandenen, materiellen Einflüsse auf die Gesundheit. Diese werden als „neomateriell“ bezeichnet, um sie von den katastrophalen Lebens- und Arbeitsbedingungen zu den Zeiten der Industrialisierung abzugrenzen. Soziale Ungleichheit sei ein Ergebnis gesellschaftlicher Konflikte, und die Ursache der ungleichen Einkommensverteilung sollte in die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten einbezogen werden. Soziale Ungleichheit wird von Lynch/Muntaner als Synthese der „neomarxistischen“ (Kontrolle über den Produktionsprozess) und „neoweberianischen“ (Position im Arbeitsmarkt) Klassenkonzepte beschrieben und durch gesellschaftliche und politische Auseinandersetzungen bestimmt. Der Produktionsprozess ist durch Auseinandersetzungen zwischen Gewerkschaften und Unternehmerverbänden charakterisiert und beeinflusst die Gesundheit in Form von Arbeitsdichte, Arbeitssicherheit und Arbeitsschutz über psychosoziale und neomaterielle Faktoren. Öffentliche Infrastruktur wie soziale Sicherungsmechanismen bei Arbeitslosigkeit, die finanzielle Ausstattung des Bildungs- und Gesundheitssystem oder auch eine Gewinnorientierung privatisierter, vormals öffentlicher

Betriebe unterliegen gesellschaftlichen Auseinandersetzungen und haben Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Politische Faktoren sollten daher in die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit eingehen und politische Auseinandersetzungen sind zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten unerlässlich (Muntaner und Lynch 2002; Lynch und Kaplan 2000).

Zusammenfassend wurden also im Black Report neben Unterschieden im gesundheitsrelevanten Verhalten vor allem materielle Faktoren als Gründe für die gesundheitlichen Ungleichheiten angesehen. In den letzten Jahren hat sich der Fokus dagegen in Richtung psychosozialer Faktoren verschoben. Hierbei stellen Charakteristika von Arbeitsplätzen, Vergleiche des sozialen Status und die soziale Kohäsion der Gesellschaft wichtige Determinanten von Gesundheit dar und bieten mit den biologischen Auswirkungen chronischen Stresses Kausalwirkungen für die Krankheitsentstehung an. Neomaterielle Ansätze betonen die Bedeutung politischer Auseinandersetzungen um die Ursachen für Ungleichheit und die Ausgestaltung der Sozialsysteme.

In Deutschland ist ein Fünftel der Bevölkerung arm oder von Armut gefährdet (DESTATIS 2014) und die Einkommensungleichheit ist in den letzten Jahren angestiegen (OECD 2014). Zwischen der ärmsten und reichsten Einkommensgruppe liegt der Unterschied in der Lebenserwartung bei etwa zehn Jahren (Lampert und Kroll 2014). Laut WHO ist diese ausgeprägte soziale Ungleichheit in der Gesundheit vermeidbar und ungerecht – die Beseitigung sollte daher das Ziel sowohl für Regierungen wie auch für die Zivilgesellschaft darstellen (WHO 2008). ■

Literaturverzeichnis

Black, D.; Whitehead, M.; Townsend, P.; Davidson, N. (1990): Inequalities in health. 1) The Black Report. 2) The Health Divide. London: Penguin Books
Brunner, E.; Marmot, M. G. (2006): Social organization, stress, and health. In: M. G. Marmot & Richard G. Wilkinson (Hg.): Social determinants of health. 2nd ed. Oxford, New York: Oxford University Press, S. 6-30
Colditz, G. A.; Frazier, A. L. (1995): Models of breast cancer show that risk is set by events of early life. prevention efforts must shift focus. In: Cancer epidemiology, biomarkers & Prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology 4 (5), S. 567-571
DESTATIS (2014): 20,3% der Bevölkerung Deutschlands sind von Armut oder sozialer Ausgrenzung betroffen. Anteil EU-weit bei 24,5%. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/12/PD14_454_634.pdf.pdf?__blob=publicationFile
Farvid, M. S.; Cho, E.; Chen, W. Y.; Elias-Sen, A. H.; Willett, W. C. (2014): Adolescent meat intake and breast cancer risk. In: International journal of cancer. Journal international du cancer. DOI: 10.1002/ijc.29218
Ferrie, J. E.; Shipley, M. J.; Stansfeld, S. A.; Marmot, M. G. (2002): Effects of chronic job insecurity and change in job security on self-reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures,

and health related behaviours in British civil servants. The Whitehall II study. In: Journal of epidemiology and community health 56 (6), S. 450-454
Lampert, T.; Kroll, L. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin (GBE kompakt, 5(2)). Online verfügbar unter www.rki.de/gbe-kompakt
Lynch, L.; Kaplan, K. (2000): Socioeconomic Position. In: Lisa F. Berkman und Ichirō Kawachi (Hg.): Social epidemiology. New York: Oxford University Press, S. 13-35
Marmot, M. G. (2004): The status syndrome. How social standing affects our health and longevity. 1st American ed. New York: Times Books
Marmot, M. G.; Siegrist, J.; Theorell, T. (2006): Health and the psychosocial environment at work. In: M. G. Marmot und Richard G. Wilkinson (Hg.): Social determinants of health. 2nd ed. Oxford, New York: Oxford University Press, S. 97-130
McEwen, B. S. (2012): Brain on stress. How the social environment gets under the skin. In: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 109 Suppl 2, S. 17180-17185. DOI: 10.1073/pnas.1121254109
McEwen, B. S.; Gianaros, P. J. (2010): Central role of the brain in stress and adaptation. links to socioeconomic status, health, and disease. In: Annals of the New York Academy of Sciences 1186, S. 190-222. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.05331.x
McKeown, T. (1976): The modern rise of population. London: Edward Arnold

Muntaner, C.; Lynch, L. (2002): Income Inequality, Social Cohesion, and Class Relations: A Critique of Wilkinson's Neo-Durkheimian Research Program. In: Vicente Navarro (Hg.): The political economy of social inequalities. Consequences for health and quality of life. Amityville, NY: Baywood Publ. Co (Policy, politics, health, and medicine series), S. 325-346
OECD (2014): INCOME INEQUALITY UPDATE Rising inequality: youth and poor fall further behind. Insights from the OECD Income Distribution Database, June 2014. Hg. v. OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs - Statistics Directorate. OECD. Online verfügbar unter <http://www.oecd.org/social/OECD2014-Income-Inequality-Update.pdf>
WHO (2008): Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. Geneva, Switzerland: WHO
Wilkinson, R. G. (2002): Income Inequality, Social Cohesion and Health: Clarifying the Theory - A Reply to Muntaner and Lynch. In: Vicente Navarro (Hg.): The political economy of social inequalities. Consequences for health and quality of life. Amityville, NY: Baywood Publ. Co (Policy, politics, health, and medicine series), S. 347-365
Wilkinson, R. G.; Pickett, K. (2009): Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Dt. Erstausgabe, 1. Aufl. Hamburg: Tolke-mitt-Verl. bei Zweitausendeins

Die Kommission

Die WHO-Kommission zu den Sozialen Determinanten der Gesundheit und ihr Report “Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health”

Von Andreas Wulf

Experten-Kommissionen der Weltgesundheitsorganisation und ihre Berichte bekommen selten die mediale Aufmerksamkeit, die dramatischere globale Gesundheitskrisen wie beispielsweise die Ebola-Epidemie in Westafrika erzielen. Auch der WHO-Kommission zu den Sozialen Determinanten der Gesundheit¹, die 2005 eingesetzt wurde und 2008 ihren Abschlussbericht vorlegte, erging es nicht anders. Wesentliche Aussagen zur gesellschaftlich ungleichen Verteilung von Gesundheit und Krankheit und ihrer sozialen Ursachen (Arbeitsbedingungen, Zugang zu Gesundheitsdiensten, sauberes Wasser, sanitäre Anlagen und Bildung) waren auch vorher schon lange bekannt.

Es gibt ungeachtet der Realität neoliberaler Privatisierungspraxis eine oft bestätigte politische und moralische Verpflichtung von Regierungen, gegen diese soziale Ungerechtigkeit zu handeln und soziale Rechte, darunter das Recht auf Zugang zu Gesundheitsversorgung und grundlegende soziale Sicherungen für ihre BürgerInnen herzustellen. So hatte es schon Ende der 1960er Jahre der „UN-Pakt zu sozialen, kulturellen und ökonomischen Menschenrechten“ formuliert, der von einer großen Mehrheit der Staaten ratifiziert wurde (von der BRD 1973).²

Auch der Hinweis auf die Bedeutung für eine sozial integrative Politik zur Verringerung der sozialen Ungleichheit im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit war nicht wirklich neu, auch wenn die Wortwahl der Kommission in dem häufig zitierten Satz: „Ungleichheit tötet Menschen in großem Maßstab“ drastischer war als in internationalen Dokumenten üblich. Einzigartig war diese Kommission allerdings in zweierlei Hinsicht. Zum einen hatten sich die Kommissionsmitglieder die Mühe gemacht, einen tatsächlich globalen Konsultationsprozess zu organisieren, der in neun „Wissensnetzwerken“ wesentliche Kenntnisse und Evidenzen für die Auswirkungen sozialer Determinanten auf die Gesundheit zusammentrug:

So wurden Arbeitsbedingungen, Sozialer Ausschuss, Zugänglichkeit sozialer und Gesundheitsdienste, Geschlechtergerechtigkeit, Urbanisierung, frühe kindliche Entwicklungsbedingungen und die zur Erkennung solcher Verhältnisse notwendigen Dokumentations- und Untersuchungsmethoden mit einer großen Zahl von Experten beraten und entsprechende Empfehlungen für evidenzbasierte Politiken entwickelt. Auch viele kritische Akteure der Zivilgesellschaft und GesundheitsaktivistInnen hatten an diesen Netzwerken teilgenommen, nicht allein AkademikerInnen und PolitikerInnen.

Die größte potentielle Sprengkraft lag allerdings in den Analysen im Bericht, die auf den Ergebnissen des Wissensnetzwerks zu den Folgen der Globalisierung beruhten.³

Die Kommission beschränkte sich nicht auf die unmittelbaren Gründe gesundheitlicher Ungleichheiten, beschrieb eine Wunschliste und behauptete, Regierungen könnten einfach

die Probleme beseitigen, wenn sie es nur wirklich wollten. Sie erkannte an, dass es Gründe gibt, warum Regierungen, besonders diejenigen der armen Länder, nicht in der Lage sind, Gesundheit für alle zu garantieren; und sie verfolgte weiter, was geschehen muss, um gesundheitliche Gerechtigkeit von der lokalen bis zur globalen Ebene zu verbessern.

Die Ergebnisse ihrer Untersuchung ließen an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig: Regierungen in Entwicklungsländern sind stark behindert durch mangelnde Ressourcen, begrenzte Infrastrukturen, schwache administrative Kapazitäten und eingeschränkte Verhandlungsmacht in internationalen Verhandlungen. In weitem Umfang sind diese das Ergebnis globaler ökonomischer Einschränkungen und Einflussnahmen. Und diese Einschränkungen und Einflussnahmen sind wiederum das Ergebnis eines Systems Globaler „Governance“, die Macht und Einfluss zugunsten der „entwickelten Welt“ kanalisiert, die darum ihre ökonomischen Interessen über die verzweifelten Bedürfnisse der Mehrheit der Weltbevölkerung stellen. Und dieses ist durch den ganzen Report hindurch deutlich gemacht. Die formellen Empfehlungen der Kommission sind zwangsläufig durch ihr Mandat beschränkt. Der Bericht drückt dies explizit aus: „Es war jenseits des Auftrags und der Kompetenz der Kommission, eine neue internationale ökonomische Ordnung zu entwerfen, die eine Balance findet zwischen den Bedürfnissen der gesamten Weltbevölkerung nach sozialer und ökonomischer Entwicklung, gesundheitlicher Gerechtigkeit und der Dringlichkeit, auf den Klimawandel zu reagieren“. Aber dies ist eindeutig, was die Befunde der Kommission implizieren.

Rechte, Regulierung, Redistribution

Der Bericht ist gespickt mit schneidenden Kritiken an Globalisierung, Marktintegration, Handelsliberalisierungen, den ökonomischen Rezepten von Internationalem Währungsfonds und Weltbank, Abkommen der Welt handelsorganisation und den jüngsten Gesundheitssektorreformprogrammen.

Er betont, dass seine Empfehlungen zu Arbeitsmarktpolitiken und sozialer Sicherung wesentlich von grundlegenden Änderungen im Management der Globalen Ökonomie abhängen. Und er stellt die Notwendigkeit für wesentliche Reformen der Global Governance heraus, um nicht nur Gesundheit zu befördern, sondern auch „echte Gleichheit des Einflusses“ von Reichen und Armen sicherzustellen. Zusammengefasst forderten sie einen klaren Politikwandel zugunsten der „Drei R“: Rechte, Regulierung, Redistribution.

Eine Anerkennung der sozialen Rechte, darunter das Recht auf Zugang zu Gesundheitsversorgung und gesundheitsförderliche Lebensbedingungen für Alle, Re-Regulierung ökonomischer Verhältnisse und stärkere Kontrolle nationaler und vor allem transnationaler Unternehmen in einer am Gemeinwohl orientierten Perspektive (z.B. Umweltschutz, Arbeitsschutz, Mindestlöhne) und Umverteilung gesellschaftlichen Reichtums in einer Perspektive sozialer Sicherung für alle, auch über den nationalen Rahmen hinaus.

Dies war eine außergewöhnlich radikale Agenda. Und sie war durch ein beeindruckendes Aufgebot von Evidenz verstärkt, die durch die neun Wissensnetzwerke zusammengetragen wurden. Die Kommission hatte zwar nicht den Auftrag gehabt, eine „neue internationale Wirtschaftsordnung“ zu entwerfen, - aber sie präsentierte ein überwältigendes Argument für die Notwendigkeit einer solchen und einen Anfangspunkt, sie zu entwickeln. Diese radikale Kritik wurde zwar von kritischen Stimmen der Zivilgesellschaft mit Freude aufgenommen, die Fragen nach der Umsetzung dieser Empfehlungen in konkrete Politik zeigen aber auch, wie sehr ein solch weiter Wurf wieder eingefangen wird in den internationalen Gremien:

Die Deklaration der Konferenz On Social Determinants of Health, die in Rio de Janeiro stattfand, und bei der der Abschlussbericht vorgestellt wurde, reduzierte die Handlungsebenen wieder wesentlich auf die nationale Politik, und bezog sich hierbei durchaus auf das radikale Prinzip „Health in all Policies“, gemäß dem alle Politikbereiche auf ihre Auswirkungen auf

Gesundheit Rechenschaft ablegen sollen.

Jedoch fand das globale Wirtschaftssystem, das im Bericht der Kommission noch wesentlichen Anteil an der Misere hatte, keine Erwähnung mehr – mehr als freundliche Bereitschaft zur Kooperation bei der Stärkung von Gesundheits- und Sozialsystemen wurde nicht gefordert und war nicht zu erwarten. Kritik an erzwungener Austeritätspolitik, Steuerbefreiungen für Investoren, Patentklauseln war von der Agenda verschwunden.⁴

Ähnlich verhalten blieb dann auch entsprechend die Resolution der folgenden Weltgesundheitsversammlung, der Mitgliederversammlung der WHO im Mai 2012.⁵

Und zeitgleich wurde die WHO von einer eigenen internen Finanz- und Organisationskrise erfasst, die bis heute anhält und einen zähen Reformprozess auslöste, der nicht nur relevante Budgetbeschränkungen mit sich brachte, wie angesichts der Ebola-Krise deutlich wurde, sondern auch in der Debatte um die Prioritäten der Arbeit der WHO das Thema soziale Determinanten für Gesundheit statt in einem eigenen Arbeitsschwerpunkt nur noch als Querschnittsthema sieht – ein sicherer Weg, sich damit nicht mehr befassen zu müssen.

Als Referenz bleibt der Bericht der Kommission für Soziale Determinanten der Gesundheit trotzdem wichtig und es gilt, ihn immer wieder aufzugreifen und in aktuelle Debatten – beispielsweise in der Frage, wie die Gesundheitssysteme der von Ebola betroffenen westafrikanischen Staaten gestärkt werden können. Ohne eine Analyse der Ursachen, die zur Schwächung dieser Systeme beigetragen haben, wird es nur vorübergehendes Flickwerk ohne dauerhafte Verbesserung bleiben. ■

1 www.who.int/social_determinants/thecommission/en/

2 www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

3 www.who.int/social_determinants/resources/gkn_final_report_042008.pdf?ua=1

4 www.who.int/social_determinants/implementation/Rio_political_declaration_en.pdf?ua=1

5 www.who.int/social_determinants/implementation/WHA65_r8-en.pdf?ua=1

Poliklinik – eine Konzeptstreitschrift

Eine Kontroverse aus der Vergangenheit.

Das Gesundheitssystem in Deutschland, eine der letzten Bastionen des keynsianischen Sozialstaats und Ausdruck eines hart erkämpften Klassenkompromisses, ist zunehmend Schauplatz sich zuspitzender Kämpfe um Profit, Lebenszeit, Wissen, Teilhabe und nationale Identität.

Und wir sind live dabei. Bei dem Weinen auf Station, der Amortisierung der PET CTs, der Doppeldiagnostik, dem Stellenabbau in der Pflege, den Kunstfehlern, dem Abweisen von Nicht- Versicherten, der DRG-Diagnostik, den blutigen Entlassungen, der Überarbeitung, dem Verkauf der Landeskrankenhäuser, dem ewigen Zeitmangel...

In diesen Zeiten des abnehmenden Lichts. In Zeiten, in denen der Kapitalismus mit der kurzzeitigen Abfolge von US-Hypothekenkrise, Bankenkrise und Staatsschuldenkrise eine der schwersten Krisen seiner Geschichte erlebt. In Zeiten, in denen ein Zurück zum sozialen Frieden des Fordismus, in den vermeintlich sicheren Hafen eines korporatistischen Sozialstaats keine Alternative mehr ist, fordern wir die Einmischung. Die Einmischung in den vermeintlich technokratischen Dschungel des Gesundheitssystems. Wir fordern ein Handgemenge an Orten, die davon bisher verschont blieben. Wir wollen nicht weniger als die flächendeckende Einführung von common-basierten Gesundheitszentren!

Seit 2004 ist es rechtlich möglich, sogenannte medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen. Ihre Vorläufer, die Polikliniken, waren im Zuge der ideologischen Kolonialisierung Ostdeutschlands während der Wiedervereinigung und aus einem anti- kommunistischen Ressentiment heraus 1996 abgeschafft worden, nur um sie acht Jahre später unter anderem Namen wieder zuzulassen. Damit hat die Einzelpraxis, als der bis in das 21. Jahrhundert hinein vorherrschende Grundpfeiler der ambulanten Versorgung, ausgedient. Die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung ist damit aufgehoben. Ein längst fälliger Schritt. Gehört doch der Poliklinik die Zukunft, wie der europäische Vergleich zeigt. Wie Gymnasien im Bildungswesen sind Einzelpraxen im Gesundheitswesen ein Auslaufmodell. Allerdings fungieren die MVZ bisher vielerorts als profitorientierter Zugriff auf den ambulanten Sektor.

Wir hingegen sehen in der Möglichkeit, ein MVZ gründen zu können, die Zukunft eines „Gesundheitssystems von unten“. Wir sehen in ihnen die Möglichkeit der Wiederbelebung einer Idee von an Gesundheitsfragen orientierter Gemeinwesenarbeit. Wir sehen die Wiederbelebung der Konzepte der community nurse, des Barfuss Arztes und der am Stadtteil orientierten Poliklinik.

I. Eine neue Medizin (inhaltliche Konzeption):

Wenn in der Öffentlichkeit heute über Gesundheit gesprochen wird, scheint es gesellschaftliche Einflussfaktoren gar nicht zu geben. Im Gegenteil, Gesundheit wird als individuelle „Ressource“ angesehen, als symbolisches Kapital, dessen Erhalt bzw. (Wieder-) Herstellung in der Verantwortung des Einzelnen liege. Vermeintlich a-gesellschaftlichen Risikofaktoren wie Rauchen, Adipositas und Stress soll mit bewusstem Verhalten begegnet werden. Medizin wird so zunehmend individualisiert.

Ziel der Poliklinik ist, dieser Entwicklung ein Alternativmodell entgegen zu setzen. Ausgehend von dem Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit wird ein Schwerpunkt der Arbeit die Erforschung der gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit sein. Der Zugang zu einer medizinischen Versorgung im Krankheitsfall,

im Sinne eines Reparaturbetriebes, reicht nicht aus, um Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen zu gewährleisten. Es sind gesellschaftliche Einflussfaktoren, wie geringes Einkommen, geringe Bildung, schlechte Wohnverhältnisse und das Ausgesetztsein von Rassismus, welche Menschen krank machen und eklatant früher sterben lassen als solche, die privilegiert und finanziell abgesichert leben. Der Erhalt von Gesundheit ist demnach kein rein medizinisches Problem – „er ist vielmehr unter anderem Aufgabe der Produktionsgestaltung und Arbeitsorganisation, der Ökologie-Politik, der Stadt- und Verkehrsplanung. Umso wichtiger ist es, eine Organisation der Medizin anzustreben, deren erste Aufgabe das Erhalten der Gesundheit ist.“ Gesundheit wird in der Poliklinik nicht mehr primär medizinisch gedacht. Wir verstehen Gesundheit und Krankheit nicht als fest abgeschlossene Zustände, sondern als flüssige Systeme, die sich ständig bewegen und ständig zu bearbeiten sind. Die Entwicklung eines neuen Gesundheits-, Krankheits- und Präventionsbegriffs sowie die darauf basierende neue Arbeitsorganisation in der Poliklinik sind vor diesem Hintergrund unerlässlich. Am Ende wird ein neues Modell gesundheitsbezogener Berufsarbeit stehen. Im Folgenden der Versuch einer Annäherung.

Es sind vier Arbeitsbereiche vorgesehen, welche sich teilweise überschneiden und wiederum auf mehreren Säulen stehen:

1. Die primäre gesundheitliche Versorgung

Der zur Zeit vorherrschenden Versorgung im ambulanten Bereich, die meist lediglich darauf aus ist, den Menschen wieder funktionsfähig zu machen und gesellschaftliche Faktoren von Gesundheit und Krankheit häufig ausblendet, werden wir ein neues Modell der Versorgung entgegen stellen. Wir werden interdisziplinäre Teams aufbauen, in denen Mediziner_innen nicht mehr im Mittelpunkt stehen. Sozialarbeiter_innen, Psycholog_innen, Sozialpädagog_innen, Pfleger_innen, Ärzt_innen,

Forscher_innen, Linguist_innen und Jurist_innen werden ihre Expertise teilen, je nach Bedarf den Patient_innen zur Verfügung stellen und gemeinsam mit ihnen Behandlungskonzepte entwickeln. Diese Kombination von Berufsgruppen wird einer komplexen multifaktoriellen Welt von Gesundheit und Krankheit wesentlich gerechter. In diesem Zusammenspiel der verschiedenen Expert_innen sehen wir einen wesentlichen Fortschritt gegenüber der herkömmlichen ambulanten Versorgung mit der Einzelpraxis und dem damit einhergehenden vereinsamten, individualisierten Arbeiten. Die Patient_innen können je nach Bedarf psychologische, juristische, medizinische (ärztliche und Pflegeberatung) oder soziale Beratung in Anspruch nehmen und werden so problemorientiert und ganzheitlich betreut.

Eine berufsübergreifende, integrative Zusammenarbeit in Form von interdisziplinären Fallbesprechungen, gemeinsamer und gegenseitiger Fortbildung, sowie der informelle Austausch fördern die Bündelung medizinischer Kompetenz und die enge Interaktion führt zu einer effizienteren und qualitativ besseren Versorgung. Die gemeinsame Diskussion gesundheitlicher Probleme und die gegenseitige Qualitätskontrolle fördern Gemeinschaft und das soziale Zusammengehörigkeitsgefühl unter den Arbeiter_innen. Wir verstehen die berufliche Praxis dabei als gemeinsamen Lernort, der sich ständig im Wandel befindet.

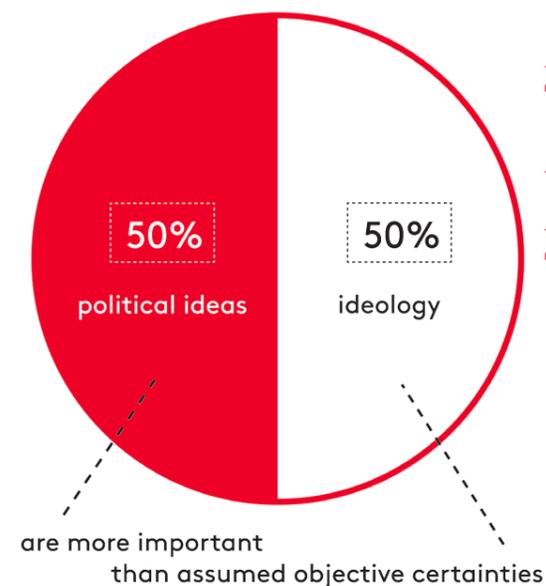
2. Prävention in der community

Die Poliklinik wird in Anlehnung an frühe sowjetische Arbeiterclubs als Ort des Treffpunkts und Austausches, der Bildung und kulturellen Aktion für Menschen aus der Nachbarschaft konzipiert. Architektonisch funktional, urig und cosy zugleich wird ein der sterilen Arztpraxis diametral entgegenstehendes Modell entwickelt, welches auf Stadtteilebene eine neue Form von Gemeinschaftsraum begründet.

Darüber hinaus wird ein neuer, an der Lebenswelt der Menschen orientierter Präventionsbegriff entwickelt. Hierzu wird eine flächendeckende Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren aus dem Stadtteil angestrebt. Mit Schulen, sonstigen Bildungsstätten, Sportvereinen, Theatern, Internetcafes, Kulturvereinen etc. werden Projekte zu Bewusstsein, Gesellschaft und Gesundheit entwickelt und Beratungen zu gesundheitsbezogenen Themen angeboten. Ein weiterer Schwerpunkt wird in der medizinischen Beratung am Arbeitsplatz, in Fabriken, Betrieben etc. liegen. Auch die Begutachtung von Wohn- und Lebensraum wird eine Aufgabe der Poliklinik bilden.

3. Forschung

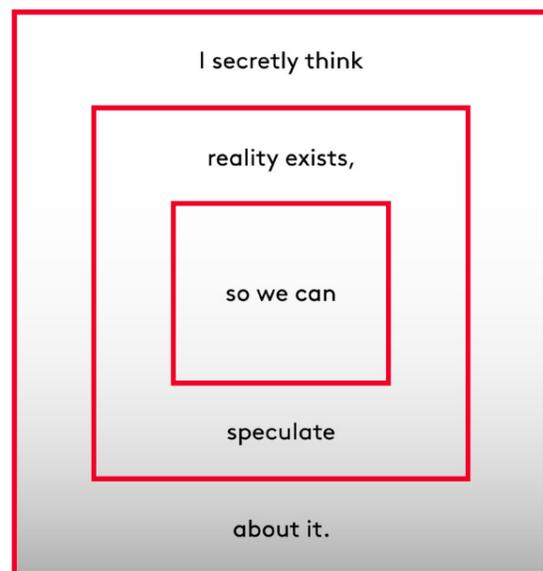
Ein weiterer Bereich der Poliklinik beschäftigt sich mit der Erforschung sozialer Determinanten von Gesundheit. Ausgehend von den anonymisierten Patient_innendaten und ergänzenden Interviews sollen die Zusammenhänge zwischen Ungleichheit und Gesundheit zunächst für den Stadtteil analysiert werden. Ein Ziel dabei ist die Entwicklung eines alternativen Versorgungsansatzes, der stärker auf die individuellen Bedürfnisse der Patient_innen eingeht als die Schulmedizin mit ihrer gegenwärtigen



Geräte- und Medikationsorientierung zulässt. Die bisherigen Forschungsergebnisse aus den USA und Großbritannien deuten darauf hin, dass Stress bei Menschen, die durch ihre berufliche Position oder gesellschaftliche Klasse einen eher geringen eigenen Entscheidungsspielraum haben, sehr viel negativere Auswirkungen auf die Gesundheit hat als bei Menschen mit hohen Entscheidungs- und Gestaltungsrechten. Eine mögliche Gegenstrategie könnte die Selbstorganisation der (marginalisierten) Interessen sein. Diese Forschungshypothese stellt einen Anfangspunkt dar. Um dem integrativen Anspruch der Poliklinik zu genügen, muss die Forschung in der Poliklinik auf einer engen Zusammenarbeit mit den Patient_innen und interessierten Menschen aus dem Stadtteil basieren. Ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit in diesem Bereich wird im weiteren Verlauf der Aufbau eines transnationalen Forschungsnetzwerks sein. In Deutschland ist der Forschungszweig zu Sozialen Determinanten von Gesundheit nie groß gewesen, in den letzten Jahren wurden sogar Kürzungen vorgenommen. Gerade vor dem Hintergrund der zunehmenden Individualisierung der Gesundheitsverantwortung ist es wichtig, auch im akademischen Feld eine neue Debatte zu initiieren und die dominanten Lehrmeinungen in Frage zu stellen. Der Forschungsbereich der Poliklinik muss sich selbstständig finanzieren durch die Einwerbung von Drittmitteln, beispielsweise mit Fördergeldern der EU.

4. Entwicklung einer gesundheits-gesellschaftspolitischen Perspektive

Ein zentrales Ziel der Poliklinik ist es, durch die Zusammenarbeit von Patient_innen, interessierten Stadtteilbewohner_innen und Mitarbeiter_innen aus der Poliklinik eine Repolitisierung des Themas Gesundheit zu erreichen. Wir wollen in der Poliklinik daran arbeiten, ein Bewusstsein davon herzustellen, dass die größeren Lebensumstände, die durch gesellschaftliche Parameter wie Zugang zu Bildungsmöglichkeiten, Arbeitsplätzen, Wohnungen, die Höhe des Einkommens und dem Ausgesetztsein von



- Slavoj Žižek

Diskriminierungen und Rassismen bestimmt werden, sehr stark mit dem jeweiligen Gesundheitszustand bis hin zur Lebenserwartung zusammenhängt.

Um erfolgreich für eine Veränderung dieser Verhältnisse kämpfen zu können, brauchen wir Bündnisse zu anderen gesellschaftlichen und politischen Gruppen. Wir müssen Teil einer neuen radikalen Gesundheitsbewegung werden, wenn wir den laufenden Betrieb stören, unliebsam intervenieren und damit die bestehenden Ungleichheiten und Privilegien in Frage stellen und abschaffen wollen. Es bedarf vielschichtiger Strukturen, die sowohl in der Lage sind, auf der Straße Druck aufzubauen als auch in den Parlamenten Richtungsänderungen durchzusetzen.

II. Leuchttürme einer Sozialisierung des Gesundheitswesens (strukturelle Konzeption):

Für unsere Vision einer anderen Gesundheitsversorgung und -vorsorge brauchen wir eine komplexe Organisationsstruktur.

Aufgrund unseres breiten Verständnisses dessen, was zur Gesundheitsversorgung und -vorsorge gehört, brauchen wir eine Organisationsstruktur, in die viele unterschiedliche Arbeitsbereiche integriert werden können. Die einzelnen Abteilungen benötigen Autonomie nach innen, um ihre eigene Arbeitsorganisation entsprechend der Anforderungen und den Bedürfnissen der Mitarbeiter_innen gestalten zu können. Zudem muss eine enge Kooperation durch die Struktur festgeschrieben werden, um der inter- und transdisziplinären Arbeitsweise zwischen den Abteilungen gerecht werden zu können. Es muss geprüft werden, ob ein MVZ diese Anforderungen erfüllen kann.

Die Einnahmen der einzelnen Abteilungen fließen in einen gemeinsamen Pool, aus dem die Löhne und andere laufende Kosten bezahlt werden. Darüber hinaus wird eine Stiftung gegründet, um eine Koofinanzierung von Projekten der Poliklinik zu sichern, die nicht ausreichend durch öffentliche Mittel / Zahlungen der KVen finanziert werden.

Alle Mitarbeiter_innen der Poliklinik sollen in einem Angestelltenverhältnis stehen. Zwischen den Arbeitsbereichen gibt es keine Hierarchien, innerhalb der Arbeitsbereiche sollen jeweils Arbeitsweisen entwickelt werden, in denen Hierarchien transparent, flach und möglichst variabel (der jeweiligen Aufgabe entsprechend wechselnd) sind. Ziel ist es, möglichst weitreichende basisdemokratische Entscheidungsstrukturen in der Poliklinik zu entwickeln. Alle Mitarbeiter_innen sollen die Möglichkeit haben, auf die Ausgestaltung der Poliklinik Einfluss nehmen zu können. Um den Fortbestand des Projekts zu sichern, müssen zunächst Grundsätze definiert werden, die den Rahmen der basisdemokratischen Selbstverwaltung innerhalb der Abteilungen und im ganzen Projekt definieren.

Dies ist erst der Anfang.

Wir entscheiden was gesellschaftlich machbar ist - Poliklinik 2017 ■

Von rotierendem Garderobenpersonal, kostenlosen Bussen und einer Softeismaschine

Ein Interview aus der Zukunft zum zehnjährigen Geburtstag der Poliklinik Nr. 1

Von Katja Schlegel und Milli Schroeder

Wir sind auf dem Weg zur Poliklinik in Hamburg Wilhelmsburg, einem Stadtteilgesundheitszentrum, das es geschafft hat, primäre medizinische Versorgung, weiterführende Sozial- und Rechtsberatung und Verhältnisprävention miteinander zu verbinden.

Schon von weitem sieht man das Gebäude. Über ein kleines, altes Backsteinhaus wölbt sich ein futuristisches Gewirr aus übereinandergestapelten Schachteln unterschiedlicher Form und Farbe. Doch trotz des vielen Betons entsteht der Eindruck von Leichtigkeit, es gibt große Fenster, Brücken und Terrassen mit Liegestühlen auf den Dächern. Die Architektur passt sich ins Stadtbild ein und hebt sich zugleich von seiner Umgebung ab. Viel wurde in den vergangenen Jahren schon über die Entstehungsgeschichte und die Arbeit der Poliklinik geschrieben, doch der Tag heute ist Anlass genug, noch einmal genauer hinzuschauen: Die Poliklinik Nr. 1 wird zehn Jahre alt. Und das Haus platzt angesichts der Geburtstagsparty aus allen Nähten.

Wir nehmen diesen Tag zum Anlass, um mit A, B, C, Gesundheitsarbeiter_innen aus dem Projekt, über ihre Arbeit, ihre Erfolge, Niederlagen und Visionen zu diskutieren. Wir treffen sie an einem besonderen Ort in der Poliklinik – in der Garderobe. Wie sie uns später berichten, war das Einrichten einer Garderobe von Anfang an geplant. Durch das besondere Willkommenheißßen, das einfache Annehmen von Jacken und Mänteln empfinden die Besucher_innen die Poliklinik als etwas Niedrigschwelliges, Vertrautes – eben als ihren space. Dass die Garderobe mittlerweile auch ein zentraler Diskussionsort geworden ist, ist wohl auch dem Garderobenpersonal zu verdanken. Im Rotationsprinzip arbeiten alle Mitarbeiter_innen der Poliklinik dort und die Praxis hat gezeigt, dass die Jacken annehmende Ärztin oder der Anwalt plötzlich nicht mehr die entfernte Autorität, sondern ein/e gleichberechtigte/r Gesprächspartner_in auf Augenhöhe ist.

Redaktion: Herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag! Was bedeutet der Tag für Euch? Und wie seid ihr hiergekommen?

B: Ich bin glücklich, hier zu sein. Als ich vor vier Jahren von der Möglichkeit erfahren habe, dass die Hamburger Poliklinik mit einer integrierten Ausbildung zur Verhältnispräventions-Gesundheitsarbeiterin startet, hab' ich mich sofort beworben, obwohl ich zu dem Zeitpunkt schon ein halbes Jahr in der Ausbildung zur Krankenpflegerin am UKE war. Ich fand die Ausbildung nicht schlecht, gerade weil das UKE hervorragend ausgestattet ist. Aber die Arbeitsbelastung ist enorm, die Hierarchie zwischen Ärzteschaft und Pflege deutlich spürbar. Wir hatten eine Gesundheitsgruppe am UKE gegründet, in der zwar hauptsächlich Leute aus der Pflege, aber auch Ärztinnen mitarbeiteten, und wir luden die Poliklinik ein, ihr Projekt vorzustellen. Dort habe ich von dem Start des neuen Ausbildungszweigs erfahren und mich sofort beworben.

Du hast also Deine Ausbildung hier gemacht, darauf kommen wir gleich noch mal zurück. Wie bist Du mit der Poliklinik verbunden?

A: Ich bin im Rahmen des Health-for-all-exchange-programs (Gesundheit-für-alle-Austauschprogramm) hier. Ich bin ausgebildeter Arzt und arbeite normalerweise in Thessaloniki (Griechenland) in einer Art Poliklinik mit; dort bin ich neben der Primärversorgung vor allem im Bereich Verhältnisprävention tätig. Gerade bin ich für drei Monate in der Hamburger Poliklinik. Vor sechs Jahren haben wir dieses europaweite Austauschprogramm gegründet, um all die lokalen Gesundheitszentren oder Polikliniken besser untereinander zu vernetzen. Es gab damals auch schon so eine Art jährliches Treffen, das immer an einem anderen Ort ausgerichtet wurde und die inhaltliche Debatte über gemeinsame Politik ermöglichen sollte. Aber unserer Meinung nach reichte das nicht aus. Die Positionen auf den Treffen waren sehr unterschiedlich, teilweise auch, weil die gesellschaftlichen Verhältnisse trotz aller Europäisierungsprozesse zwischen den EU-Ländern stark differieren. Also beschlossen mehrere Institutionen ...

C: Wir auch!

A lacht: Ja, die Hamburger_innen waren auch dabei – ein Austauschprogramm zwischen den Gesundheitszentren aufzubauen. Wir wollten über die direkte Mitarbeit die Arbeits- und Lebensrealitäten und vor allem die politischen Debatten der Anderen kennenlernen. Der Austausch geht mindestens drei Monate, höchstens sechs Monate, alle Mitarbeiter_innen der Gesundheitszentren können teilnehmen. Das Programm läuft wirklich sehr gut, letztes Jahr waren über 100 Leute damit in einem anderen Projekt.

C: Das Austauschprogramm ist ein großer Erfolg, gerade diskutieren wir über eine neue Austauschlinie, die nur zwei Wochen geht – ein Intensivaustausch quasi.

A: Ich stehe dieser Erweiterung kritisch gegenüber: Ich sehe zwar die Vorteile – viele sagen, dass für sie drei Monate zu lang sind –, aber ich bin der Meinung, dass das eigentliche Ziel, die jeweilige Situation mit den jeweils spezifischen sozialen Determinanten von Gesundheit und den Stand der Debatte zu verstehen, nur über eine längere Aufenthaltsdauer möglich ist. Der Aufwand ist für die einzelnen Projekte zu groß, denn sie sind es schließlich, die sich dann intensiv um die Person kümmern müssen. Außerdem gibt es zurzeit keine weiteren Projektmittel zur Finanzierung des Ausbaus.

Jetzt sind wir schon in der Diskussion über die europäische Dimension des Projekts angekommen, kurz noch mal zurück, wie seid Ihr beiden zur Hamburger Poliklinik gekommen?

C: Ich bin ein Gründungsmitglied und war schon vor der Eröffnung dieser Poliklinik, die eigentlich erst mal nur als Pilotprojekt geplant war, sich dann aber doch zu einer dauerhaften Sache entwickelt hat, in der damaligen Poliklinikgruppe. Die Tatsache, dass wir jetzt seit zehn Jahren in Wilhelmsburg sind, geht, wie so vieles, auf einen Zufall zurück: Wir wussten, dass wir ein Stadtteilgesundheitszentrum in Hamburg aufbauen wollten, aber nicht wo. Einige wollten nach Billstedt, andere auf die Veddel, Rothenburgsort war auch mal Thema. Ich wollte am liebsten nach Billstedt. Und dann hat sich Wilhelmsburg ergeben, weil wir ein Unterstützungsangebot von der Lokalpolitik für den Aufbau einer allgemeinmedizinischen Praxis bekommen haben. Aus drei Jahren Pilotprojekt sind mittlerweile zehn geworden und keiner will mehr hier weg. Ich selbst arbeite in der Rechtsberatung, in Präventionsprojekten und im Bereich Vernetzung mit anderen Gesundheitszentren in Europa.

D: Ich bin durch eins der ersten Präventionsprojekte zum ersten Mal zur Poliklinik gekommen. Ich war 19 und wollte gerne einen Führerschein machen, die Finanzierungsfrage war aber noch nicht geklärt. Da hat mir meine Mutter von einem Projekt bei uns auf der Veddel erzählt, bei dem man einen Führerschein finanziert bekommt; dafür musste man aber neun Monate einmal pro Woche zu einem Treffen gehen. Ich fand das zwar erst mal komisch, dachte aber, warum nicht angucken und bin zur Informationsveranstaltung gegangen. Da hab ich Dich, C, kennengelernt.

C lacht: Ja, das war ein spezielles Projekt, und wir haben uns in der Poliklinikgruppe und in der Präventionsgruppe auch viel über die Sinnhaftigkeit dieses Projekts gestritten, aber ich fand es richtig gut.

Was waren das für Konflikte? **C:** Konflikte gibt es ja sowieso immer. Bei jenem Mobilitätsprojekt war es insofern besonders, weil es sich um unser erstes

Präventionsprojekt handelte und wir dementsprechend unerfahren und aufgeregt waren. Ausgehend von dem Ansatz der sozialen Determination von Gesundheit und Krankheit – das heißt, vereinfacht ausgedrückt, gesellschaftliche Macht- und Herrschaftsverhältnisse schreiben sich sowohl in psychischer als auch in physischer Hinsicht in die Körper der Menschen ein und wirken sich auf die Wahrscheinlichkeit aus, gesund zu sein oder krank zu werden. Das geht so weit, dass die Lebenserwartung je nach Schichtzugehörigkeit variiert: Je reicher Du bist, desto länger lebst Du. So, zurück zum Modellprojekt zu Mobilität: Wir hatten uns damals vorgenommen, einzelne Determinanten – Determinanten können Wohnverhältnisse, Bildung, Rassismus, soziale Vernetzung, Mobilität etc. sein, eben Faktoren bzw. Verhältnisse, die die Entwicklungschancen eines Menschen beeinflussen bzw. determinieren – gezielt in einem Projekt zu bearbeiten. Das Projekt Mobilität basierte auf der Grundannahme, dass Deine physische Beweglichkeit...

D: Oder andersrum ausgedrückt, die Frage danach, wie gut oder schlecht Dein Stadtteil angebunden ist und damit, wie gut Deine Wohnlage ist.

C: ... viele Auswirkungen auf andere Lebensbereiche hat. Einfachstes Beispiel: Deine Arbeit ist nicht in Wilhelmsburg und Du musst jeden Tag hin und her. Das geht je nach Entfernung zu Fuß, mit dem Fahrrad, der Bahn oder mit dem Auto. Die ersten beiden fallen in der Regel für die meisten Leute weg, und einen Führerschein haben in Wilhelmsburg viel weniger Leute als zum Beispiel in Eimsbüttel, weil ein Führerschein recht teuer

und das Einkommen in Wilhelmsburg gering ist. Bleibt die Bahn, aber die war auch teuer, 2015 hat ein Einzelticket 3,10 €, das Monatsabo immerhin 84 € gekostet. Für Geringverdiener viel Geld. Wir wollten mit unserem Pilotprojekt mit einer Gruppe von zehn Leuten aus dem Stadtteil das Thema Mobilität aus verschiedenen Richtungen angehen. Zunächst ein Mapping: Wie mobil fühlst Du Dich, wie mobil ist der Stadtteil, wie gut ist das Angebot des HVV in Wilhelmsburg; dann, was gibt es für Mobilitätsarten; ist das Auto angesichts der ökologischen Auswirkungen überhaupt noch zeitgemäß, was hat das mit Gesundheit zu tun und so weiter. Zugleich wollten wir den Teilnehmer_innen einen Führerschein ermöglichen, um konkret etwas gegen die Ungleichverteilung der Fahrqualifikationen zu tun, gemäß dem Motto: Wenn es eine Entscheidung ist, sich ökologisch sinnvoll fortzubewegen, dann sollen auch alle diese Entscheidung treffen können, nicht nur die Wohlhabenderen. In unserer Gruppe wurde das sehr kontrovers diskutiert, weil das Auto offensichtlich in vielerlei Hinsicht Unsinn ist: Es ist teuer, es ist auf den individuellen Gebrauch ausgerichtet, es ist umweltschädlicher als die Bahn, man braucht unendlich viel Raum für Parkplätze usw. Trotzdem haben wir uns letztendlich für das Projekt mit Führerschein entschieden, nicht zuletzt, weil wir etwas brauchten, um überhaupt Leute anzuziehen.

D: Stimmt, ohne den Führerschein wäre ich nicht zu Eurer Gruppe gekommen. Ich dachte mir am Anfang und auch zwischendurch immer wieder, was wollen diese Leute von mir? Den anderen in der Gruppe ging es ähnlich. Es war ein Tausch: Ihr kriegt den Führerschein, wir kriegen zwei Stunden in der Woche von Euch. Besonders in den ersten beiden Monaten habe ich oft überlegt, ob mir das der Führerschein wert ist. Es kam mir manchmal vor wie Schule: Du sitzt rum und wartest darauf, dass es vorbei geht. Wir stellten das Projekt grundsätzlich in Frage: Warum gebt Ihr uns nicht einfach den Führerschein und lasst uns mit eurem Sozialkram in Ruhe? Aber dann haben wir mit der Befragung der Leute im Stadtteil angefangen, wie sie den HVV finden und damit hat für mich etwas Neues begonnen. Es kam raus, dass viele den HVV eigentlich ok, aber sehr teuer finden. Daraufhin haben wir eine Art Tauschbörse für Tagestickets entwickelt und selbst Veranstaltungen mit dem Inhalt organisiert, dass Bewegung, Mobilität und damit soziale Teilhabe eine Steigerung von Gesundheitsressourcen des Einzelnen bewirken können. Wir verstanden über das eigene Erleben, dass Ressourcen – wie Mobilität, vor allem aber Kollektivität – nicht nur die Widerstandskraft gegen gesundheitliche Belastungen (Resilienz) steigern, sondern auch eine Veränderung der gesundheitsbelastenden Verhältnisse bewirken können. Wir riefen im Stadtteil die Bewegung für einen kostenlosen öffentlichen Nahverkehr ins Leben. Nach einem zweijährigen Kampf, der gekennzeichnet war von partizipativen und spektakulären Aktionen und Streiks, inhaltlichen Analysen und solidarischem Miteinander, fuhr der erste kostenlose Bus Richtung Zentrum. Das ist vielleicht ein gutes Beispiel dafür, was wir damit meinen, wenn wir von Bewegungsarbeit sprechen.

Dann ging das Projekt ja über den vereinbarten Zeitrahmen hinaus?

D: Ja, nicht alle aus der ursprünglichen Gruppe haben die ganze Zeit mitgemacht, aber es sind ja auch immer neue Leute erst aus Wilhelmsburg und dann auch aus anderen Teilen dazugekommen. Es gab ja auch schon Leute, die mit HVV-umsonst was ähnliches vorhatten.

A: Darum geht es in den Gesundheitsstadtteilzentren doch vorrangig, egal ob sie in Hamburg, Thessaloniki oder Sevilla stehen: Orte der Bewegung zu schaffen. Natürlich ist auch das konkrete primäre und individuelle Gesundheitsangebot wichtig...

Warte, auch hier habt Ihr ja ein anderes Verständnis entwickelt, da Ihr mit diesem Gesundheitsangebot ja nicht nur die primärmedizinische Versorgung meint, sondern auch Sozial- und Rechtsberatung, psychotherapeutische Angebote und die Pflege. Erklärt Euren Ansatz nochmal.

B: Wir gehen davon aus, dass auch individuelle Gesundheitsversorgung viel weiter gefasst werden muss, als es klassischer Weise der Fall ist. Obwohl es allgemein anerkannt ist, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von körperlicher Krankheit, steht immer noch der Arzt oder die Ärztin im Mittelpunkt der Behandlung. Durch das derzeitige Ausbildungssystem (jenseits der Polikliniken) konzentriert sich hier das Fachwissen über körperliche Prozesse. Das ist kein Zufall, denn diese Struktur ist lange

C: Darf ich kurz ergänzen? Als wir angefangen haben, über die Poliklinik nachzudenken, wollten wir eine neue Antwort auf diese desolate Gesundheitspolitik finden, die gekennzeichnet war – und es auch immer noch ist – von einer radikalen Ökonomisierung, einer Konzentration auf unglaublich teure Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, einer Flut von Medikamenten und vieler Hierarchien, zwischen Arzt und Patient, Arzt und Pflege usw. Als eine der letzten Bastionen des vormals keynesianischen Sozialstaats und Ausdruck eines hart erkämpften Klassenkompromisses war das Gesundheitssystem zum Schauplatz sich zuspitzender Kämpfe um Profit, Lebenszeit, Wissen, Teilhabe und nationale Identität geworden.

B: In der Poliklinik wollen wir den komplexen Prozessen, durch die sich die gesellschaftlichen Verhältnisse auf den Körper auswirken, Rechnung tragen. Kurz gefasst: Nicht nur Viren oder Bakterien wirken auf Deinen Körper ein, sondern genauso der Rassismus, dem Du täglich ausgesetzt bist, Dein Job oder Deine Arbeitslosigkeit, die Sorge um Deine Wohnsituation, die Art, welche Strategien Du anwendest, um mit Problemen umzugehen usw. Egal, über welches Angebot Du also in die Poliklinik kommst – sei es Rechtsberatung, ein Bildungsangebot, den Pflegedienst oder eben die medizinische Sprechstunde –, wir

versuchen gemeinsam mit Dir, einen individuellen Ansatz zu finden, um Deine Belastungssituation zu verändern. Und weil es häufig vielschichtige Problemlagen sind, sind wir immer auf der Suche nach interdisziplinären Behandlungsmethoden. Wir fragen danach, wie wirkt sich etwas auf Deine Gesundheit aus, erforschen diese Prozesse und schaffen dabei zugleich ein anderes Bewusstsein über die eigene Gesundheit und das Recht auf Lebensbedingungen, die möglichst viel Gesundheit ermöglichen.

A: Hier möchte ich noch mal anknüpfen. Natürlich geht es also auch in unseren Gesundheitszentren um kurative Behandlungen und um Verhaltensprävention, aber eben auch weit darüber hinaus: Denn in dem Moment, in dem Du Dir klar machst, dass Deine Lebensumstände Dich in vielerlei Hinsicht krankmachen können, begreifst Du, dass Du noch so sehr darauf achten kannst, Dich gut zu ernähren und Sport zu machen, ohne daran etwas zu ändern. An diesem Punkt setzt die kollektive Dimension von unserer Gesundheitsarbeit an: Gemeinsam können wir dafür kämpfen, dass sich die oft als natürliche Ordnung dargestellten gesellschaftlichen Verhältnisse, in denen viele arm und einige reich sind, verändern. Und im Umkehrschluss ist das wieder ein wichtiger Moment für die individuelle Gesundheitssituation, denn wenn

Du merkst, dass Du gemeinsam mit anderen die Welt, in der Du lebst, gestalten kannst, stärkst Du Dich selbst, Du erfährst deine Selbstwirksamkeit, d.h. Deine Fähigkeit, mit Problemlagen umzugehen. Das Gesundheitszentrum, in dem ich in Thessaloniki arbeite, entstand vor einem ganz anderen Hintergrund als dieses hier in Wilhelmsburg. Ursprünglich waren wir eine Anlaufstelle für Menschen ohne Papiere und damit ohne Zugang zum griechischen Gesundheitssystem. Infolge der Krise seit 2008 sahen wir uns mit einer neuen Situation konfrontiert: So viele Leute verloren in kurzer Zeit ihre Krankenversicherung, dass wir auf einmal nicht mehr eine parallele Versorgungsstruktur waren, sondern für viele Menschen auch ohne Aufenthaltsprobleme die einzige Möglichkeit boten, an eine medizinische Versorgung zu gelangen. In dieser Situation war es offensichtlich, dass Gesundheit politisch ist und wir jetzt handeln müssen.

C: Angesichts der vergleichsweise guten medizinischen Gesundheitsversorgung in Deutschland standen wir zu Anfang unserer Poliklinik in Wilhelmsburg vor der Aufgabe, das Thema Gesundheit zu repolitisieren, gerade weil die soziale Frage in der radikalen deutschen Linken lange Zeit vernachlässigt worden war.

Noch mal zurück zu den Anfängen der Poliklinik, damals 2015 war ja in Europa eine Zeit der Veränderungen und der Kämpfe, vor allem in Südeuropa. Syriza gewann die Wahl, Podemos zog in Spanien nach und das alte Europa begann – endlich – zu wackeln...

C: Ja, das war eine spannende Zeit der Kämpfe, die bis heute noch anhält. Die Poliklinik hat sich immer auch als eine Antwort auf Kämpfe im sozialen und politischen Bereich verstanden. Aber allgemein betrachtet, würde ich rückblickend sagen: Einige Kämpfe haben wir gewonnen, andere verloren. Was wir aber in jedem Fall geschafft haben, ist der Aufbau eines Europas von unten, oder, wie es andere nennen, die Europäische Kommune. Das war nicht ganz selbstverständlich. Lange Zeit haben soziale und politische Kämpfe oft im nationalen Rahmen stattgefunden.

A: Ja genau, und das, obwohl die damaligen Angriffe auf unsere Lebensverhältnisse längst ihre Rechtfertigungs- und Umsetzungslogik auf den Grundriss der Europäischen Union verlegt hatten, wenngleich die Politiken von Ausschluss, Austerität und Ausbeutung nach wie vor nationalstaatlich durchgesetzt und unter Berufung auf nationale Interessen „legitimiert“ werden. Man hatte das Gefühl, die Herrschenden spielten perfekt auf der Klaviatur des Transnationalen, wohingegen wir damals am Anfang standen. Und das, obwohl uns allen klar war, dass eine wirkliche gesellschaftliche Veränderungsperspektive nur transnational entwickelt werden kann.

C: Aber dieses Denken und Handeln im transnationalen Raum haben wir mittlerweile umgesetzt. Unser Health-for-all-exchange-program (Gesundheit-für-alle-Austauschprogramm) ist nur ein kleines Beispiel dafür. In den vergangenen Jahren haben wir viel mit Projekten gesellschaftlicher Selbstbestimmung aus Südeuropa zusammengearbeitet, wie z. B. den Solidarity Clinics in Griechenland, die heute immer noch existieren, obwohl die linke Regierung wieder ein öffentliches Gesundheitswesen eingeführt hat, denn die AktivistInnen wollten ihre Erfahrungen mit Selbstorganisation und hierarchiefreiem Arbeiten nicht einfach wider aufgeben. Oder im Bereich der Forschung, wo eine Zusammenarbeit mit der lateinamerikanischen Sozialepidemiologie stattfindet.

Kommen wir noch mal zur Ausbildung zum/r Verhältnispräventionsgesundheitsarbeiter_in. Was steckt dahinter?

B: Wenn gesellschaftliche Einflussfaktoren, wie geringes Einkommen, geringe Bildung, schlechte Wohnverhältnisse und erlebter Rassismus Menschen krank machen und diese eklatant früher sterben lassen, als solche, die privilegiert und finanziell abgesichert leben, dann ist der Erhalt von Gesundheit kein rein medizinisches Problem. Es ist nicht mehr und nicht weniger als ein gesamtgesellschaftliches Problem, das auf den unterschiedlichsten Ebenen angegangen werden muss. Dafür braucht man Leute, die darin ausgebildet sind, diese unterschiedlichen Ebenen gemeinsam mit den Leuten, die die Angebote der Poliklinik nutzen, zu identifizieren. Normalerweise ist es doch so, dass es für jeden Bereich, der sich irgendwie auf die Gesundheit auswirkt, eine spezielle Fachrichtung gibt.

D: Diese Struktur findet sich derzeit auch noch in der Poliklinik, lasst uns mal kurz den Organisationsaufbau vorstellen, dann wird der Ansatz unseres neuen Ausbildungsberufs klarer: Es gibt grob drei Ebenen. Erstens die primäre Gesundheitsversorgung: Da haben wir zunächst den medizinischen Bereich mit Allgemein-, Kinder, Frauen- und Zahnmedizin sowie weiteren fachärztlichen Sprechstunden, für die weniger Bedarf besteht. Dann haben wir eine psychologische Sprechstunde, in der Gesprächs- und Behandlungsbedarfe geklärt werden. Ein weiterer Bestandteil ist der mobile Gesundheitsdienst, der über Hausbesuche den Stadtteil bestens kennt

und Versorgung und Pflege mit präventiver Hilfestellung verbindet. Der mobile Gesundheitsdienst ist sehr wichtig für die Poliklinik, da wir mit vielen Menschen in Kontakt kommen und so über die Poliklinik aufklären können. Und dann gibt es auf der ersten Ebene noch die Sozialberatung und die Kanzlei.

C: Ursprünglich hatten wir nur eine Rechtsberatung, aber mit der Zeit ist bei mir und meinen Kolleg_innen der Wunsch immer stärker geworden, die Leute auch juristisch vertreten zu können. Und gerade angesichts der Verhandlungen mit den Krankenkassen, der Stadt und auch mit den Krankenhäusern ist es immer wichtiger geworden, dass wir auch auf Sozial- und Medizinrecht spezialisiert sind.

B: In der Sozialberatung machen wir eigentlich alles, von der Aufklärung über Rechte, Telefonate mit der Schule, die Suche nach einer Wohnung oder einer Jobperspektive bis zu Begleitungen zu Ämtern. Die erste Ebene beschäftigt sich also mit den Anliegen und Problemen, die der oder die Einzelne mitbringt; hier geht es darum, gemeinsam Lösungen für die individuelle Situation zu entwickeln.

D: Auf der zweiten Ebene besteht das Angebot, diese individuellen Probleme oder Bedürfnisse zu kollektivieren: Dies ist der Bildungsbereich im weitestesten Sinne: Es wird eine Vielzahl von Kursen zu sehr unterschiedlichen Themen angeboten, das geht vom Sprachkurs bis hin zu unserer neuen Ausbildung, von der Diabetesschulung bis zum Kurs „Kenne Deine Rechte“ und damit verbundenen Besuchen bei Arbeitgeber_innen, die es mit den Rechten ihrer Arbeiter_innen nicht so genau nehmen. Es geht im

Bildungsangebot natürlich auch viel darum, einen Raum für Diskussionen zu eröffnen, wie wollen wir leben, wie leben wir aber tatsächlich, was muss sich also ändern... Zur zweiten Ebene gehört auch der Forschungsbereich über Gesundheit und gesellschaftliche Ungleichheit.

B: Und dann gibt es die dritte Ebene: Hier geht es um die Verhältnisprävention: Wie setzen wir die Diskussionsprozesse darüber, wie wir leben wollen, in eine politische Praxis um? Das kann in der Poliklinik selbst oder im Stadtteil sein, das geht aber auch bis auf die EU-Ebene. Hier ist es für uns sehr wichtig, dass wir uns mit anderen Kämpfen verbinden. Und weil diese drei Ebenen bei uns schon so vielschichtig sind, gibt es in der Poliklinik durch die neuausgebildeten Verhältnispräventionsgesundheitsarbeiter_innen so etwas wie Übersetzer_innen zwischen den Ebenen und den Beteiligten. Dafür müssen sie ein Basiswissen in allen Bereichen haben, das ist recht viel, allerdings besteht immer die Möglichkeit zu Trainings etc. Gerade in Fällen, in denen Leute mehreren Gesundheitsbelastungen ausgesetzt sind, kommen sie zum Einsatz, weil sie gemeinsam mit dem Patienten und z.B. der Rechtsanwältin oder dem Kinderarzt überlegen, was noch sinnvoll sein könnte, zunächst auf Ebene 1 und ggf. auch auf Ebene 2 und 3.

Das klingt sehr anspruchsvoll, aber mir ist immer noch nicht klar, was das genau bedeutet.

B: Du musst es Dir wie eine Art Assistenz vorstellen: Die Poliklinik ist erst mal recht unübersichtlich, wenn Du neu reinkommst. Und gleichzeitig entwickeln wir selbst ja auch immer noch unseren Ansatz der interdisziplinären Gesundheitsversorgung. Viele von den Leuten, die hier arbeiten, sind nur in einem Beruf ausgebildet, auch hier ist es also wichtig, dass wir Verbindungen zwischen ihnen schaffen und ihre Berufserfahrung koppeln.

C: Es gibt immer wieder die Diskussion darüber, ob es verpflichtend sein sollte, dass jede/r auch eine bestimmte Stundenzahl (z.B. mindestens drei Stunden pro Woche) in einem anderen Bereich der Poliklinik arbeitet, damit wir selbst den Blick über den eigenen beruflichen Tellerrand erweitern. Alle finden das prinzipiell sehr gut und richtig, der Streit bricht immer darüber aus, ob es freiwillig oder eine Pflicht sein soll. Die meisten arbeiten ohnehin in verschiedenen Bereichen, z.B. eine halbe Stelle als Gynäkologin und dann eine viertel Stelle im Bildungsbereich.

Embodiment

Zur epidemiologischen Bedeutung von sozialen Determinanten von Gesundheit

Von Anh-Thy Nguyen

Epidemiologie ist ein wissenschaftlicher Zweig, der sich mit der Entstehung, Verbreitung und Häufigkeit von Krankheit und Gesundheit innerhalb einer Bevölkerungsgruppe und deren Determinanten beschäftigt. Sie produziert unsere medizinische und besonders unsere gesellschaftliche Rezeption oder Realität von Krankheitsentstehung und Gesundheit. Soziale Faktoren wurden dabei bis in die 70er Jahre weitestgehend ignoriert, bis nach und nach verschiedene Autor_Innen wie Syme, Berkman und Reeder soziale Determinanten von Gesundheit (SdvG) in den Fokus rückten.

Heute ist es durchaus allgemein anerkannt, dass das soziale Umfeld die Gesundheit von Individuen, wie auch von Populationen, beeinflusst, jedoch wäre es zu viel zu behaupten, dass die Soziale Epidemiologie eine große Rolle spielen würde. Dies wird allein dadurch deutlich, dass unter den 432 000 Artikeln, die unter dem Schlagwort ‚epidemiology‘ zwischen 1966 und 2000 bei Medline abrufbar sind, nur 4 Prozent auch das Stichwort ‚social‘ beinhalten. Dabei ist festzuhalten, dass in Deutschland die Forschung zu diesem Thema eine noch geringere Rolle spielt als in der angelsächsischen Forschungswelt.

Es ist also durchaus wichtig SdvG eine größere Rolle zukommen zu lassen, aber eine umfassende epidemiologische Sichtweise benötigt eine Theorie, die über „Determinanten“ und „Mechanismen“ hinausgeht, wie es der herkömmliche ätiologische¹ Ansatz verbreitet. Letzterer wird von ihr als zu linear und monokausal beurteilt, da Gesundheits- und Krankheitszustände der Menschen nicht anhand verschiedener Faktoren abgeleitet werden könnten, die für spezifische Mechanismen zuständig seien.

1994 führte Nancy Krieger den Begriff der Ökosozialen Theorie ein und damit das Konstrukt „Embodiment“, das diese Problematik aufgreifen will.

Was ist Embodiment?

„Embodiment“ beschreibt, wie wir die materielle und soziale Welt, die uns umgibt, eingliedern, verkörpern, verinnerlichen. Der menschliche Körper wird dabei als biologischer Organismus verstanden, der – wortwörtlich – die Welt inkorporiert, in der wir leben, inklusive der ökologischen und sozialen Verhältnisse. Es geht also nicht nur um ätiologische Hypothesen, die sich hauptsächlich mit dekontextualisierten körperlosen „Verhaltensweisen“ und „Einwirkungen“ in Interaktion mit ebenso dekontextualisierten und körperlosen „Genen“ beschäftigen. Sondern der Fokus liegt darauf, nach Hinweisen für momentane und sich verändernde gesundheitliche Populationsmuster in den dynamischen sozialen, materiellen und ökologischen Kontexten zu suchen, in die wir geboren werden, in denen wir uns entwickeln und interagieren.

Beispielsweise: unzureichende Nahrungsmittelversorgung, weitverbreitetes Fastfoodangebot, physischer und sexueller Misbrauch, unterschiedlicher Zugang zu Naherholungsgebieten, ökonomische und soziale Isolierung, mangelhafte medizinische Versorgung – alles hinterlässt Zeichen auf/in unseren Körpern.

¹ von Ätiologie: Zweig, der sich mit den Ursachen der Entstehung von Krankheiten beschäftigt

Das berührt ja schon sehr den Themenkomplex „Die Poliklinik als Kollektivbetrieb“. Läuft das gut?

D: Ich finde im Ganzen genommen, dass es erstaunlich gut funktioniert. Immerhin arbeiten hier mittlerweile fast 50 Leute – natürlich nicht alle Vollzeit. Wir haben den Grundsatz, dass jeder Bereich für sich Entscheidungen trifft, also eine relative Autonomie im operativen Geschäft hat. Dadurch entscheiden alle in den

Fragen mit, die sie unmittelbar betreffen. Dann gibt es noch eine Arbeitsgruppenstruktur, die quer zu allen Bereichen verläuft. Aber interessanter ist vielleicht, wie wir die Bezahlung geregelt haben, denn die Frage kommt immer.

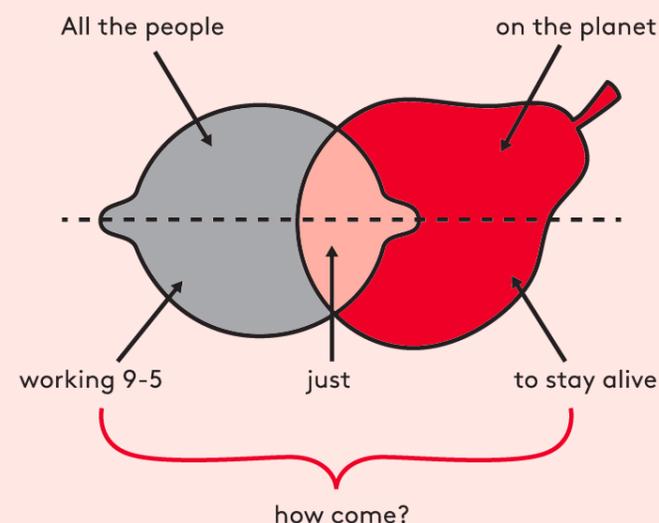
C: Stimmt, diese Frage hat die Frage danach abgelöst, wie wir unsere Vision von einer anderen Gesundheitsversorgung finanzieren wollen. Die Frage hat sich irgendwann angesichts der erfolgreichen Praxis erübrigt. Wir haben von Anfang an darauf geachtet, dass jeder Bereich für sich unabhängig Gelder organisiert und nur Überschüsse an den Verein Stadtteilgesundheitszentrum gehen, so entstanden keine Abhängigkeiten untereinander, einige Bereiche haben es aber schwerer als andere.

D: Zurück zur Bezahlung: Wir versuchen, uns in der Bezahlung nach den jeweiligen Lebenssituationen und Bedürfnissen zu richten. Wir halten nichts von Ausbeutung und Selbstaufgabe – weder für den Job noch für die Sache, deshalb wollen wir genug Geld und genügend Zeit außerhalb der Poliklinik.

Und das klappt?

B: Klar!

Mittlerweile ist es spät geworden im Trubel der Feierlichkeiten. Die Sonne neigt sich langsam in die Elbe. Es steigen Luftballons in den Himmel und man hört das leise Surren der Softeismaschine. Die Zehnjahres-Bilanz der Poliklinik fällt positiv aus. Auch wenn viele Widersprüche, wie zum Beispiel die juristischen Auseinandersetzungen mit der KV und den Pharmafirmen oder die internen Konflikte um Arbeitszeit und Wissenschaftsbegriffe nicht erwähnt wurden. Aber dazu ein anderes mal mehr...



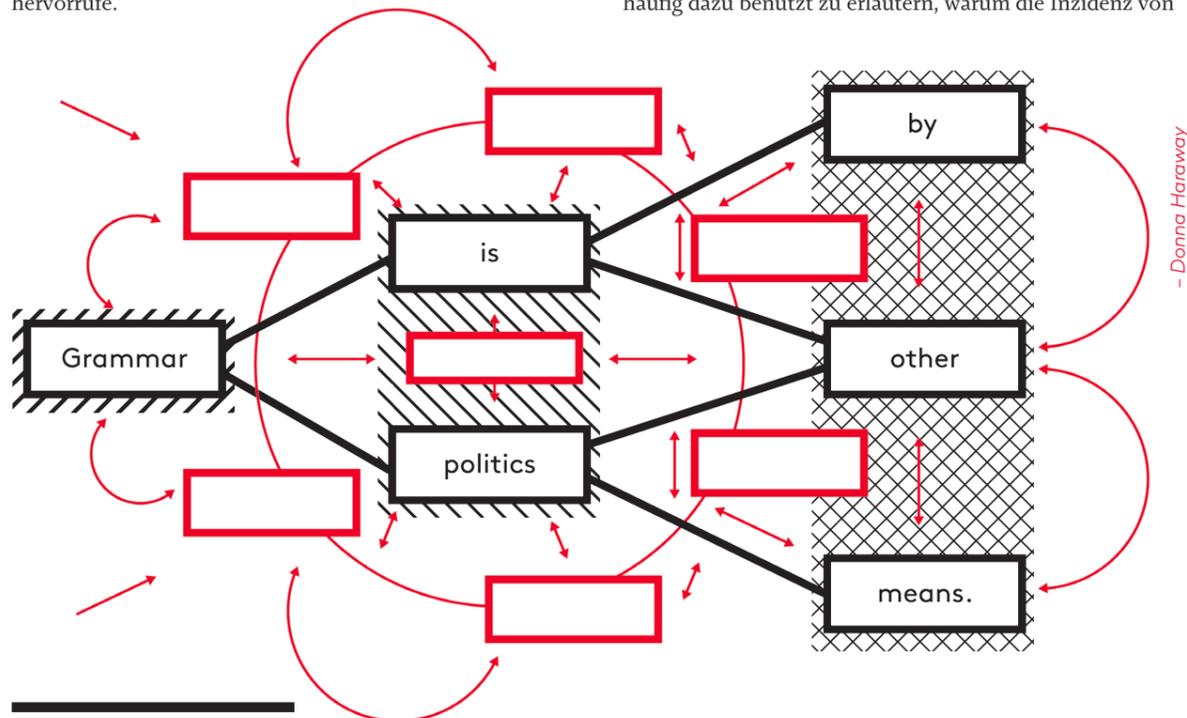
- Beyoncé

Nancy Krieger beschreibt „Embodiment“ für die Epidemiologie als

- ein Konstrukt, Prozess, Realität, abhängig von der körperlichen Existenz
- mehrstufiges Phänomen, das Soma, Psyche und Gesellschaft in einen historischen und sozialökologischen Kontext integriert
- Anhaltspunkt für die Geschichte eines Lebens, versteckt und enthüllt
- als Erinnerung an miteinander verwickelte Konsequenzen verschiedener sozialer Ungleichheiten

Ein Beispiel, das Krieger nennt, erläutert das Konstrukt Embodiment anhand der gegensätzlichen Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Populationen, die auf unterschiedliche Art ethnisiert² werden (gemeint sind damit die sozial konstruierten Unterschiede anhand einzelner Phänotypen oder kulturellen Zuschreibungen). Eine auf dem Embodiment-Ansatz beruhende Hypothese versuche hier z.B. festzustellen, ob jene gesundheitlichen Ungleichheiten möglicherweise der biologische Ausdruck von vergangener und derzeitiger rassistischer Diskriminierung sind. Im Gegensatz dazu suche der dekontextualisierte Ansatz eher nach „schlechten“, schädigenden Genen oder Verhaltensweisen. Während der Embodiment-Ansatz also Hypothesen anwendet, um die kollektiven Prozesse zu untersuchen, wird mit dem dekontextualisierten Ansatz der Schwerpunkt auf individualisierte Voraussetzungen und Verhaltensweisen gelegt.

Krieger argumentiert, dass Embodiment auf mehr basiere als „Phänotypen“, „Genotypen“ und einem vage definierten Umfeld, das „Gen-Umwelt-Interaktionen“ hervorruft.



² Zur Nicht-Haltbarkeit dieses Begriffes s. „Das Konzept ‚Race‘ und die Humanmedizin“ von Kunz und Spreckelsen in diesem Heft

Gene würden nicht mit der äußerlichen Umwelt interagieren, sondern der Organismus. Die Folgen davon seien Auswirkungen auf Genregulation und -expression.

Die konkrete Realität von Embodiment drückt sich also in biologischen Charakteristiken aus.

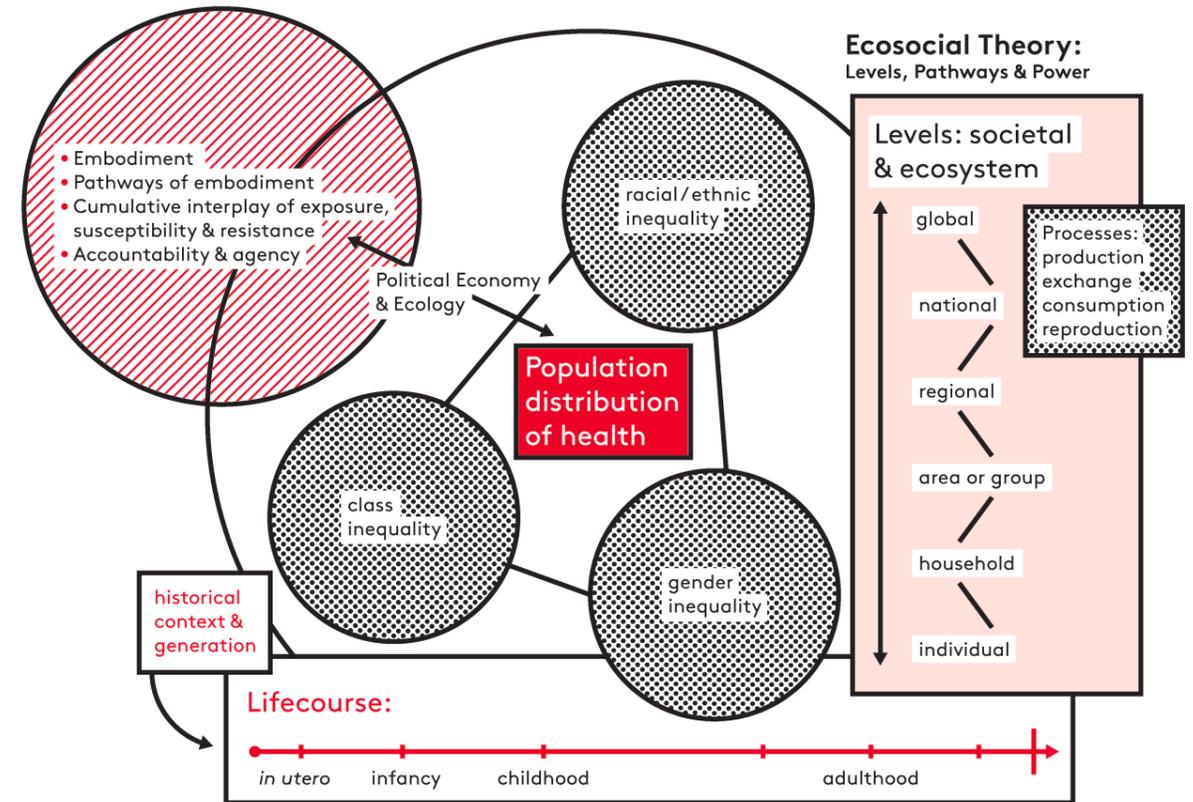
Soziale Determinanten – what’s next?

Es wird deutlich, dass die Untersuchung von sozialen Determinanten wichtig für eine umfassendere Epidemiologie ist, aber dass die biologischen Auswirkungen genauso wenig unberücksichtigt bleiben dürfen. Krieger weist darauf hin, dass bisherige Studien, die in theoretischer Hinsicht in der Politischen Ökonomie zu verorten sind und/oder von der sozialen Produktion von Krankheit ausgehen, viel dafür getan haben, soziale Determinanten von Gesundheit in einen größeren Fokus zu rücken, jedoch wenig Ansätze dafür bieten, was diese Determinanten eigentlich determinieren. Hauptsächlich konzentrierte sich jene Strömung auf die soziale Verteilung der bereits bekannten Risiken und protektiven Faktoren, von denen die meisten individualisierte Charakteristiken darstellen, die von konventionellen epidemiologischen Untersuchungen erfasst wurden.

Der biologische Aspekt werde, so Krieger, eher vernachlässigt. Mit ihrem ökosozialen Ansatz spricht sich Krieger für einen vielschichtigen Rahmen aus.

Um dies zu veranschaulichen, benutzt sie z.B. die Verbindung von Brustkrebs und Schwangerschaft: Es ist bekannt, dass frühe Schwangerschaften das Risiko an Brustkrebs zu erkranken verringern, während bei Schwangerschaften, die erst nach dem 35. Lebensjahr erfolgen, jedoch das Risiko erhöht ist. Dieser Zusammenhang wird häufig dazu benutzt zu erläutern, warum die Inzidenz von

Critical Epidemiology and People’s Health



Brustkrebs mit dem Wohlstand der Frauen ansteigt und warum die Rate während des 20. Jahrhunderts gestiegen ist. Denn Frauen mit höherem Bildungsniveau bekommen häufig erst später im Leben Kinder, und das Bildungsniveau der Frauen, besonders in den industrialisierten Gesellschaften, ist generell angestiegen. Entlang der sozialen Determinanten könnte nun darauf eingegangen werden, wie der soziale Status der Frauen, Zugang zu Verhütungsmitteln und Infrastruktur für Schwangerschaftsabbrüche, das Alter bei der ersten Schwangerschaft beeinflussen. Der ökosoziale Ansatz würde aber jenseits der SDvG versuchen zu beleuchten, wie die Schwangerschaft an sich mit Brustkrebs zusammenhängt. Fragen wären: In welchem Zusammenhang stehen Schwangerschaft und Entwicklungsbiologie der Brust (Maturation der Lobuli und Ductus und veränderte Apoptosisraten)? Welche Einflüsse hat die Schwangerschaft auf das hormonelle und kardiovaskuläre System (Hormonsynthese innerhalb der Brust und Veränderungen der hormonellen Fluktuationsgröße und -frequenz; erhöhte Vaskularisierung der Brust)? Im Ergebnis würde die Schwangerschaft nicht nur als Einflussfaktor neu definiert werden, sondern auch als biologischer Prozess verstanden werden können, der die Empfänglichkeit für exogene Karzinogene verändern kann.

Krieger plädiert für eine neu konzipierte Epidemiologie, die entlang des Konzepts des Embodiments Menschen und ihre Gesundheitszustände im Kontext betrachtet und

dabei die Dichotomie zwischen den sozialen und biologischen Strömungen aufzuheben versucht. Wissenschaftliche Gegebenheiten können dabei keinesfalls objektive Wahrheiten darstellen und müssen v.a. von den Ausführenden (Ärzt_innen, Psychiater_innen, Psycholog_innen, anderen Gesundheitsarbeiter_innen) immer wieder neu hinterfragt werden.

Mit der ökosozialen Epidemiologie werden Voraussetzungen geschaffen, um Institutionen, Strukturen etc., die für soziale Ungleichheiten von Gesundheit verantwortlich sind, aufzudecken und zu benennen.

Es ist an uns, den Geschichten, die die Menschen und ihre Körper uns erzählen, zuzuhören und gemeinsam die krankmachenden Verhältnisse zu verändern! ■

Bemerkung: Einige Passagen sind entnommen und übersetzt aus den Texten Kriegers gelistet in den Literaturempfehlungen.

Literaturempfehlungen: Nancy Krieger

- Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective, 2001
- Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology, 2005
- Epidemiology and the People’s Health: Theory and Context, 2011

Klassenmedizin

Was ist Klassenmedizin?

Was leistet Klassenmedizin in der Prävention?

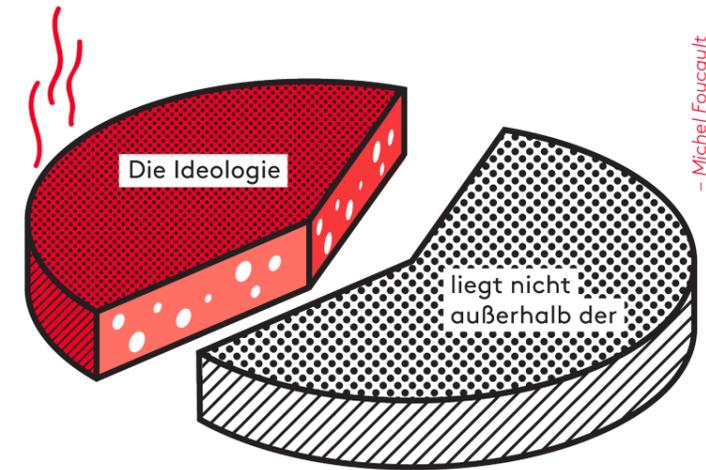
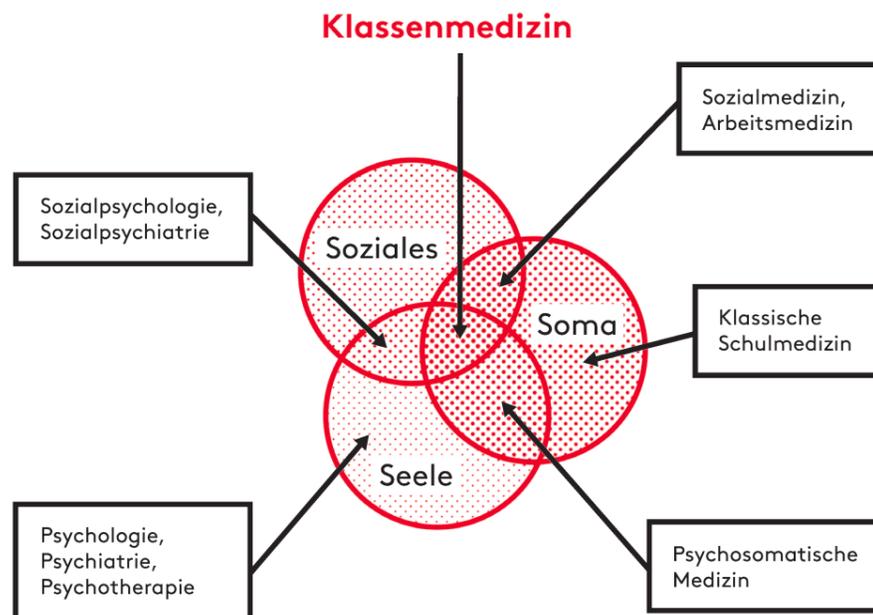
Vortrag gehalten bei der vdää JHV in Hamburg am 7.11.14
Bernd Kalvelage

Beim vdää über Klassenmedizin zu reden, könnte bedeuten, Eulen nach Athen zu tragen. Wenn das zutrifft, schlage ich vor, unsere Eulen zu vergleichen, um gemeinsam neue Strategien zu erarbeiten.

„Weil du arm bist, musst du früher sterben“, war in den 70er Jahren mehr eine – gerne benutzte – politische Agitationsformel als ein wissenschaftlich zu belegendes und belegtes Argument. Heute liegen beweisende nationale und internationale Studien vor, die die Frage, „ob“ dieser Spruch wahr ist, eindeutig bejahen, aber die das „Warum“ nicht beantworten und auch nicht warum die „Warum“-Frage zu beantworten der Wissenschaft so schwer fällt. Medizinsoziologen weisen uns darauf hin, dass das medizinische Versorgungssystem „nur“ mit ca. 30 Prozent für die Lebenserwartung und damit auch für die Ungleichheit verantwortlich ist (Rosenbrock 2014).

Unter „Klassenmedizin“¹ verstehe ich die bewusste Fokussierung auf dieses Drittel – nicht eine neue medizinische Disziplin, sondern die Einbeziehung der Lebenswirklichkeit

¹ Bernd Kalvelage: „Klassenmedizin – Plädoyer für eine soziale Reformation der Heilkunst“, Springer, Berlin 2014. Ein ärztlicher Sozial-„Knigge“ und Erfahrungsbericht mit vielen Fallbeispielen und einem Kanon von Tipps und Lösungsvorschlägen für die Praxis.



Wissenschaftlichkeit.

zwischen dem Somatischen, Sozialen und Seelischen, die schulmedizinisch ausgeblendet wird: eine Heilkunst mit sozialem Gespür. Dafür ist ein simpler Perspektivenwechsel erforderlich: von oben (herab) wird zu von unten her. Ich behaupte, eine solche Blickwendung könnte zur Klärung der „Warum“-Frage beitragen und (Be-)Handlungsalternativen aufzeigen.

Klassenmedizin hat mit Zweiklassenmedizin nichts gemein (sie ist vielmehr ihr paradigmatisches Gegenteil), weil – so paradox das klingt – sie nicht ohne Ansehen der Person behandelt, nicht alle gleich, sondern gleich gut behandelt. Klassenmedizin nimmt die unterschiedlichen Bedürfnisse, Ressourcen und Handicaps des konkreten Patienten wahr und verfügt über die medizinische und psychosoziale Kompetenz, Verständnis- und Verständigungsbarrieren in jedem Einzelfall gar nicht erst entstehen zu lassen. Sie versucht, kritisch die soziale Selektivität der Medizin mit konkreten Beispielen zu benennen und abzubauen.

Die erhöhte Morbidität und Mortalität von Angehörigen der Unterschicht erklärt sich nicht aus den soziologischen Kriterien, die wir heute zur Abgrenzung der Schichten (des sozioökonomischen Status, SES) benutzen: Beruf, Bildung und Einkommen sind nur schwach mit den Fähigkeiten korreliert, die ein Selbstmanagement (chronischer) Erkrankungen voraussetzt. Die fehlende Erfahrung der Selbstwirksamkeit, die schichtspezifisch unterschiedlich verteilt ist, ist die wesentliche Ursache, die allerdings schwerer zu quantifizieren ist.

Erfahrung der Selbstwirksamkeit ist die auf positive Erfahrung begründete Zuversicht eines Menschen, seine Angelegenheiten überwiegend erfolgreich regeln zu können. Da ein (Medizin-)Studium ein hohes Maß an Selbstwirksamkeitserfahrung voraussetzt und mit sich bringt, passiert es im Alltag in Klinik und Praxis (und nicht nur in der Medizin) nicht selten, dass diese Erfahrung nicht mehr (dankbar und mit Demut) als etwas Besonderes wahrgenommen wird, sondern als allgemein gleich verbreitet unterstellt wird. Ein fataler Irrtum, der mental den Zugang blockiert zu den Unprivilegierten, die qua Geburt, Elternhaus, Schulbildung und Arbeitsplatz nicht die gleichen Chancen hatten wie ihr Arzt, ihre Ärztin. So

entsteht oft unbewusst bereits im Studium eine elitär-asoziale Grundimprägung, die nur durch ein gezieltes sich „nach unten“ orientieren („instant social descent“ ähnlich dem „instant aging“, dem Erfahren der körperlichen Veränderungen im Alter!) bewusst gemacht werden kann und dann vor einer sozialen Empathielosigkeit bewahrt.

- eigene Herkunft reflektieren
- Uni-Hierarchie kritisch wahrnehmen
- praktische Erfahrung in sozialen Einrichtungen machen, dies könnte auch zu einem Auswahlkriterium für die Zulassung zum Medizinstudium genutzt werden
- Suppenküchen, Tafeln, Praxen in sozialen Brennpunkten
- Flüchtlingsberatungsstelle (Medibüros)
- Drogenambulanz, Beratungsstelle für Prostituierte
- psychosozialen Lernstoff mit Pflegeberufen gemeinsam absolvieren
- Protest gegen Ausgrenzung und Diskriminierung üben (Zivilcourage)
- Leitlinien und Studien, Lehrveranstaltungen und Lehrende auf eine sozial-selektive Ausrichtung der Inhalte hin prüfen
- Lerngruppen vergleichbar den psychosomatisch orientierten Balint-Gruppen gründen

Aus der Kampfpapole „Chancengleichheit!“ ist eine Formel geworden, die Menschen aus der Unterschicht statt zu fördern weiter diskriminiert. Thilo Sarrazin (2010 in „Deutschland schafft sich ab“) argumentiert beispielsweise, die Chancengleichheit in unserer Gesellschaft ermögliche es jedem Befähigten aufzusteigen. Wer unten verbliebe, sei selbst schuld, er habe seine Chance nicht wahrgenommen. Es nutzt aber Niemandem eine deklarierte oder auch garantierte Chancengleichheit, wenn der Zugang zu den Möglichkeiten, diese wahrzunehmen, unüberwindlich verbarrikiert ist.

Lehrbücher und Vorlesungen der Medizin lassen leider die Barrieren und Konflikte oft unbenannt, die im Medizinbetrieb die Chancengleichheit behindern. Auch Gesundheitswissenschaftler sollten diesen Zusammenhang

mehr in den Vordergrund rücken und sich nicht nur auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen beziehen. So sind einige der ärztlich zu verantwortenden Faktoren:

- IGeLn, Koppelung von GKV-Leistungen an IGeL (z.B. Augendruckmessung)
- 2-Klassenmedizin, Abweisung von GKV-Patienten
- bewusst verlängerte Wartezeiten für GKV-Patienten, Streiks der nichtangestellten, niedergelassenen Ärzte²
- unverständliche Sprache
- Patienten-Incompliance als Rechtfertigung für einen therapeutischen Nihilismus - siehe Fallbeispiele
- unreflektierte soziale Vorurteile
- Forderungen nach Rationierung ärztlicher Leistungen, die als „Priorisierung“ akzeptabel gemacht werden soll
- Beschlüsse des Deutschen Ärztetags (z.B. über die Aufhebung des Sachleistungsprinzips 2011...)

Fallbeispiele:

● Eine 42-jährige Patientin kommt mit einer Überweisung vom Hausarzt: Seit 4 Jahren Diabetes Typ 2, entgleist, aus Kosovo, Incompliance, lehnt Insulin ab, spricht kein Deutsch, Analphabetin. Der Kollege hatte sich telefonisch bereits entschuldigt, dass er einen solchen Fall überweise. (Die Patientin war mit ihrer Tochter als Dolmetscherin und Co-Therapeutin mit Insulin gut einzustellen. Ein Fall von erfolgreicher Tertiärprävention.)

● Mein Zahnarzt berichtet mir beim Bohren, er vererbe Termine für GKV-Patienten nur noch in 6 Wochen, viele blieben dann weg, kein Schaden, damit kann ich nichts verdienen, und er habe auch – wie es früher war – ein Extra-Wartezimmer für Privatversicherte eingerichtet.

● Ein 62-jähriger Patient weigert sich, die Überweisung zu einem Augenarzt anzunehmen (Fundus-Kontrolle bei diabetischer Retinopathie), weil er nicht die 15 Euro für die Augeninnendruckmessung bezahlen könne und alle Augenärzte dies zur Voraussetzung machen für die Ausführung des Überweisungsauftrags (Wir fanden einen korrekten Kollegen für ihn.)

● Ein Kollege verweigert nach dem Wegzug einer Patientin die Fortsetzung der Chemotherapie bei myelodysplastischem Syndrom. Das Mittel sei zu teuer und bringe ihn in den Regress. Er war von der bestehenden Ausnahmeregelung nicht zu überzeugen. Die Hepatitis C- Therapie mit Interferon wird mit gleicher Begründung von einem anderen Kollegen abgelehnt.

Ein niedriger SES muss nicht zwingend das gesundheitliche Risiko für den Patienten erhöhen. Eine von Pädagogen als sensationell bewertete Studie der Lernforschung geht von einer ähnlichen Korrelation des Schulversagens entlang des SES bei Schülern aus, wie sie in der Medizin

für Morbidität oder Mortalität der Unterschicht besteht. Hattie („Lernen sichtbar machen“ 2013) analysierte 900 Metastudien bei 50.000 zugrunde liegenden Studien mit insgesamt 250 Mio. Lernenden und extrahierte 135 Faktoren, die er nach ihrer Bedeutung für den Lernerfolg gewichtete. Das Ergebnis war verblüffend: Auf den Lehrern kommt es an! Wichtig ist, Schüler nicht zu „etikettieren“, deren Feedback zu suchen und zu berücksichtigen, „durch die Augen der Schüler zu sehen“ und klar und eindeutig zu sein. Auch der SES ist entscheidend beim Lernerfolg. Interessanterweise ist der SES der Schule noch wichtiger als der des Elternhauses.

Auf die Medizin übertragen: 1. Der Arzt und seine Haltung und Einstellungen sind entscheidend für die Risikominimierung von Patienten mit niedrigem SES, er muss Partei für seine Patienten ergreifen. 2. Die Versorgungseinrichtungen in Regionen mit niedrigem SES bedürfen einer exzellenten Ausstattung. Ärzte dürfen nicht mit Verweigerung der Versorgung drohen und Patienten benutzen, um honorarpolitische Ziele durchzusetzen. 3. Wir brauchen dringend eine Reform des Medizinbetriebs, eine Änderung der zunehmend ökonomisch kontaminierten ärztlichen Grundhaltung, einen veritablen Paradigmenwechsel.

Das geplante Präventionsgesetz spricht von „Gesundheitsförderung in Lebenswelten“. Dies geht mit Recht weit über den ärztlichen Bereich und die Krankenversorgung hinaus. Aber auch in Klinik und Praxis können soziale Ressourcen nutzbar gemacht werden. Das ist unser konkreter Arbeitsbereich. Leitlinien gehen in der Regel auf soziale Faktoren nicht ein, die ihrer Umsetzung im Wege stehen. Der Vorwurf an die universitären Träger der Arztausbildung ist: Praxisferne! Es wird die praktizierte Medizin nicht kritisch hinterfragt, Kassenärztliche Vereinigungen, lobbyistische Ärztevereinigungen und eine ständische, patientenfeindliche Berufspolitik (s.o.) und deren gefährliche Auswirkungen für unprivilegierte Patientengruppen werden nicht ausreichend offengelegt. Konflikte werden vermieden, Ressourcen nicht genutzt.

Eine wichtige, bisher in der Praxis zu wenig genutzte Ressource ist die Familie. Erwachsene Angehörige sind vielfach hilfreich für:

- Verständigung, Verständnis, „Handling“ technischer Geräte, Empowerment „par proxi“ (= über die Information und Befähigung des Angehörigen als Co-Therapeut)
- nachholende Erwachsenenbildung (Gesundheitskompetenz)
- optimierte Memotechnik: „Vier Ohren hören mehr...“
- verbesserte Therapietreue
- verlässliche Termintreue
- Überwindung von Hemmschwellen und Erkennen von Dissimulationen (besonders bei Männern)

Die Schulung und Beratung eines Patienten kann einen (primär)-präventiven Effekt auch für andere prädisponierte Familienangehörige bedeuten: gesunde Ernährung, Übergewicht vermeiden (ohne Gewichtsabnahme primär zu fokussieren, Cave Jojo-Effekt, fehlende Evidenz bzgl.

kardiovaskulärer Endpunkte: siehe LOOK AHEAD-Studie 2013), Bewegung (vermittelt nicht als Sport sondern als „grundloses Bewegen von Armen und Beinen“)

Auch eine Frühdiagnose (=sekundär-präventiver Effekt) kann für Angehörige, Kinder oder das Umfeld bewirkt werden, weil Symptome bei Familienmitgliedern erkannt werden, z.B. durch die Blutdruckselbstmessung oder Blutzuckerselbstkontrolle mit dem Gerät des bei uns behandelten Patienten (bisher unbekannter Hypertonus oder Diabetes mellitus 2). Die Verschreibung dieser Geräte ist deshalb für diese Patienten doppelt wichtig!

Der – kaum zu überschätzende – tertiärpräventive Effekt (Verhütung von Folgekrankheiten) der Behandlung von als „incompliant“ oder „dumm“ abgestempelter Patienten (s.o. Fallbeispiel) kann nur erreicht werden, wenn die der „Incompliance“ immer zugrunde liegenden Widerstände als Symptom (oft von Angst, Unwissen, irreführenden health beliefs u.a.) erkannt werden und die nötige Überzeugungs-Arbeit nicht gescheut wird. ■

Fazit:

Die 10 klassenmedizinischen Gebote fassen die Herausforderungen zusammen:

1. Selbstwirksamkeit vermitteln und bestärken, beschützen vor gesellschaftlichen Vorurteilen (Selbstverschuldung, „falsche Lebensweise“, statt Etikettierung z.B. „Incompliance“ → Widerstand als Symptom begreifen), und eigene Vorurteile kritisch hinterfragen
2. Ressourcen (Familie, health beliefs) nutzen, Handicaps wahrnehmen („positive Diskriminierung“)
3. leichte Sprache verwenden
4. Praxen als Lernorte begreifen (didaktische Reduktion), Kooperation mit Schulen
5. Perspektive wechseln („instant social descent“, Hausbesuch, Sozialpraktikum im Studium, psychosoziale Fächer im Studium mit Pflegeberufen gemeinsam absolvieren)
6. Wahrnehmung³ schulen, Körpersprache verstehen
7. Team: Auswahl der Mitarbeiter und Philosophie von Klinik und Praxis (Tabus etablieren über Wertungen bzgl. Patienten-Herkunft, -Verhalten, -Aussehen, -Körperfülle, -Geruch...), Teambesprechungen nutzen
8. Hierarchien (Klinik) und Zugangsbarrieren (z.B. Psychotherapie) abbauen
9. Opponieren gegen die Standespolitik (gegen Priorisierung=Rationierung, IGeLn, fehlende Bedarfsanalyse bei Fehlversorgung, Ökonomisierung, Korruption)
10. Zwei-Kassenmedizin abschaffen, gleicher Arzt-Mindestlohn plus Qualitätszuschläge für praktizierte Sozialkompetenz und Spezialisierungen, statt Quantitäten → Qualitäten

³ Kleine Wahrnehmungskunde: 1. Die Sinne denken mit! 2. Man nimmt nur wahr, was man fühlt! 3. Man sieht nur, wo man hinguckt! 4. Man sieht nur, was gezeigt wird! 5. Man sieht nur, was man weiß! (nach Christiane Grefe, taz 12. November 1997)



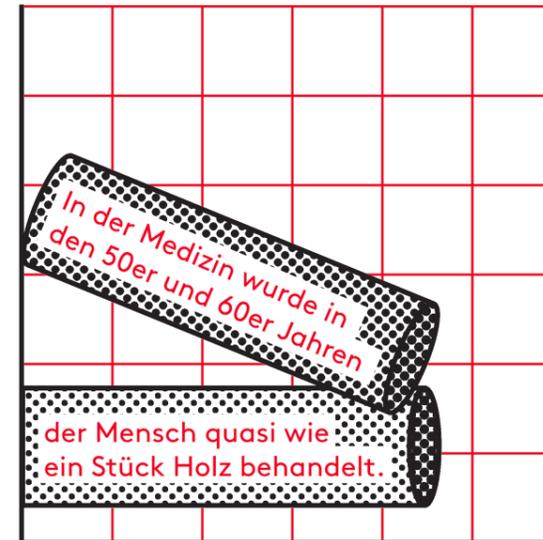
Soziale Medizin

Interview mit Hans-Ulrich Deppe, Sozialmediziner, ehemaliger Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie im Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main und Mitbegründer des vdäa zur Geschichte der Sozialmedizin und der Auseinandersetzung mit den Sozialen Determinanten von Gesundheit in Deutschland.

„Wenn Ihr über soziale Determinanten spricht, dann spricht Ihr über den Kern von sozialer Medizin. Es geht dabei um die Fragen der gesellschaftlichen Ursachen von Krankheit bzw. Gesundheit, ihre ungleiche soziale Verteilung und die soziale Ungleichheit der Versorgung von Krankheiten. Das sind die immer wieder auftauchenden Grundthemen bei der Untersuchung von gesellschaftlicher Ungleichheit und Krankheit bzw. Gesundheit. Diese Diskussion geht zurück bis in die 40er Jahre des 19. Jahrhunderts, die Geburtsstunde der sozialen Medizin. Interessant ist, welche unterschiedlichen Ausdrucksformen der Diskurs über die Zeit genommen hat. Als wir uns in den 70er Jahren damit beschäftigt haben, hieß das Klassenmedizin. Dann hieß es soziale Ungleichheit, und damit war es schon akzeptabler in der Gesellschaft. Heute heißt es soziale Determinanten. Aber es ist nicht nur die Bezeichnung, die sich damit geändert hat, sondern auch der Inhalt. Wenn es heute heißt, soziale Determinanten haben als Faktoren Einfluss auf die Gesundheit, dann haben wir früher gesagt, die Gesellschaft ist der Einfluss. Und die Gesellschaft ist eben kein Faktor, sondern ein Verhältnis. Ein soziales Verhältnis. Und das ist genau der Unterschied. Das ist auch der Unterschied zwischen der lateinamerikanischen Forschung und wie diese sich absetzt von Public Health in den USA.“

Wie bist Du Professor für Sozialmedizin geworden? Und was waren damals die gesellschaftlichen Umstände, welche Dir das ermöglichten?

Um das zu beantworten, muss ich zunächst einen Ausflug in die Geschichte der Sozialmedizin machen. Die soziale Medizin geht zurück bis auf Rudolf Virchow. Ein Liberaler, der zunächst im Auftrag des preußischen Königs die Typhus-Epidemie in Oberschlesien untersuchte. Im Ergebnis hat er herausgefunden, dass die sozialen Verhältnisse einen großen Einfluss auf die Epidemien haben und daher etwas am gesellschaftlichen System geändert werden muss, wenn man Epidemien grundlegend bekämpfen möchte. Virchow entdeckte also sehr früh, dass Gesundheit und Krankheit ohne Politik nicht recht verstanden werden können. Er nahm 1848 aktiv an der bürgerlichen Revolution teil und kämpfte in den Berliner Straßen an der Seite der Studenten. Nach der Niederlage ging er zunächst in die Emigration nach Würzburg, um später nach Berlin zurückzukehren, und hier gründete er mit anderen die Deutsche Fortschrittspartei. Die soziale Medizin wurde aber auch von der Bakteriologie beeinflusst. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden viele Erreger von Volkskrankheiten entdeckt. Das war die Zeit von Ignaz Semmelweis, Robert Koch und Emil von Behring. Diese neuen Erkenntnisse haben die Bevölkerung



ungeheuer beeindruckt. Damals wurde der Begriff der Epidemiologie vor allem bakteriologisch verstanden. In Folge dieser Entdeckungen kam es dann in der Weimarer Republik zu einem heftigen Richtungsstreit zwischen der Rassenhygiene und der Sozialhygiene. Die Sozialhygiene war politisch gesehen eher sozialdemokratisch, links orientiert. Die Rassenhygiene, das brauche ich nicht zu erwähnen, war nationalsozialistisch. Diesen Kampf hat die Sozialhygiene verloren und die Rassenhygiene ist Teil der nationalsozialistischen Ideologie geworden - bis hin zu Auschwitz. Das hat dazu geführt, dass die Tradition der Sozialmedizin fast völlig einging und auch nach dem Krieg in West-Deutschland¹ die Medizin eigentlich bis in die 60er Jahre rein naturwissenschaftlich orientiert war. Als ich Mitte der 60er Jahre mein Medizinstudium beendete, gab es also nur wenige Leute an den Universitäten, die Medizin und Gesellschaft zusammen betrachteten. Da war zunächst Hans Schaefer² in Heidelberg, eigentlich Physiologe, der sich damit beschäftigt hat, der auch ein bundesweites Forschungsprojekt gemacht hat. Das war bis dahin verpönt, ja fast verboten, weil die Medizin scheinbar neutral/unpolitisch sein sollte. Des Weiteren ist Alexander Mitscherlich zu nennen, Arzt und Psychoanalytiker der nach dem Krieg die NS-Ärzteprozesse in Nürnberg beobachtete und damit die Aufarbeitung der NS-Vergangenheit der deutschen Ärzteschaft begründete. Darüber hinaus war er Vordenker der psychosomatischen Medizin.

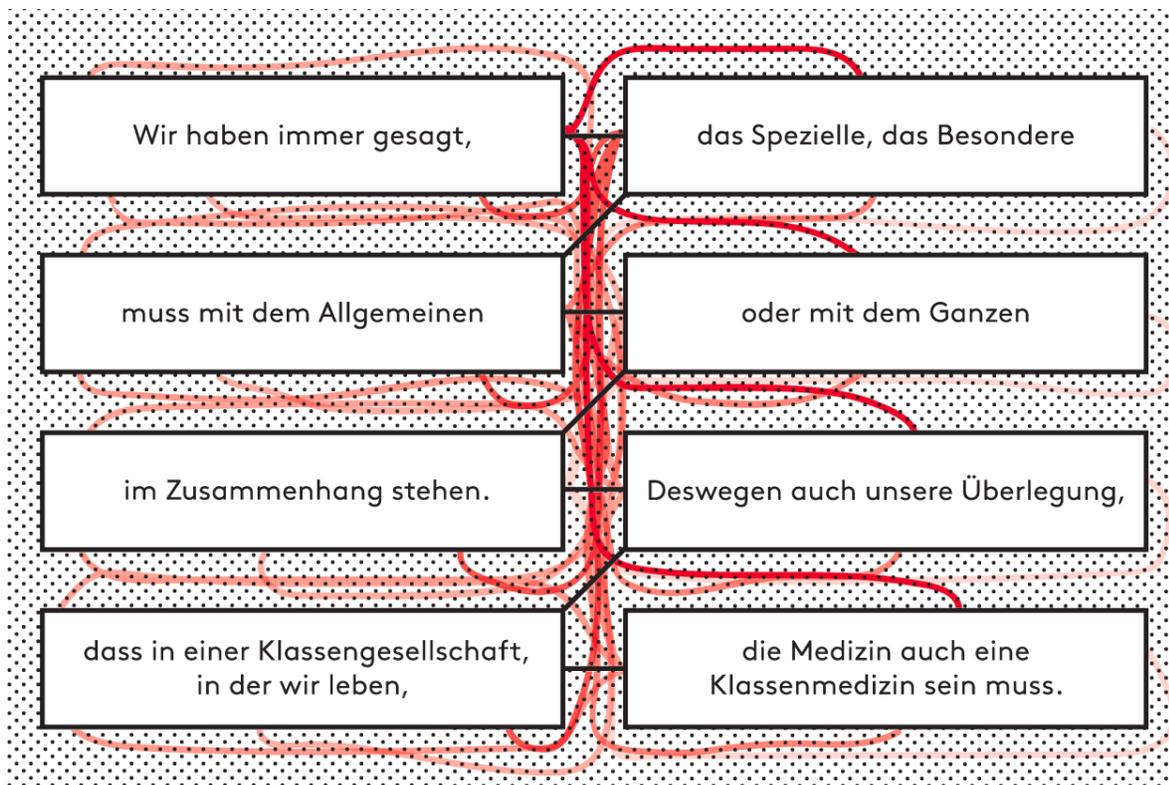
Aber jetzt zurück zu mir: Ich habe 1965 vor diesem gesellschaftlichen Hintergrund zunächst eine biochemische

¹ In der DDR wurde die Traditionslinie der Sozialhygiene früher wieder aufgegriffen. In diesem Zusammenhang sind vor allem Kurt Winter, ehemaliger Spanienkämpfer, und seine Mitarbeiter Eckhard Wetzstein und Jens-Uwe Niehoff zu nennen.

² Schaefer war Mitglied der NSDAP und der Sanitäts-SA und in seiner Funktion als Professor und Leiter der Abteilung für experimentelle Pathologie und Therapie an Menschenversuchen zur Höhenfestigkeit beteiligt. Vgl. Ernst Klee: „Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945“, Zweite aktualisierte Auflage, Frankfurt am Main 2005

Doktorarbeit geschrieben. Ich habe damals über ATP promoviert. Anfänglich ging ich von der Annahme aus, dass die Naturwissenschaft eine reine Wissenschaft sei und ich wollte wissen, was Sache ist. Nach einiger Zeit habe ich gemerkt, dass die Naturwissenschaften doch nicht so rein sind und sie gerade das Subjekt und eine subjektive Perspektive häufig völlig vernachlässigen. In der Medizin wurde in den 50er und 60er Jahren der Mensch quasi wie ein Stück Holz behandelt, nur Biologie und naturwissenschaftliche Gesetzmäßigkeiten. Die subjektive und die gesellschaftliche Seite fehlten fast völlig. Ich war damals im Sozialistischen Deutschen Studentenbund (SDS) - übri-gens wie Klaus Dörner. Der war sozusagen mein Ziehvater. Er und ich, wir waren die beiden einzigen fertigen Mediziner im SDS und begannen uns in diesem Zusammenhang mit der klassischen Soziologie und der Kritischen Theorie auseinanderzusetzen. Wir begannen auch in der Zeitschrift *Das Argument* diese Erkenntnisse auf den medizinischen Bereich zu beziehen. In Abgrenzung zur Kölner Schule um René König und seiner empiristischen Forschung entwickelten wir eine dialektische Herangehensweise an die Medizin. Empiristisch heißt, dass Du nicht den Zusammenhang mit dem Ganzen, also das dialektische Verhältnis von Detail und Ganzem siehst, sondern dass Du das Detail siehst und das Rundherum Dich gar nicht interessiert, dass Du das Detail also isoliert betrachtest. Wir haben immer gesagt, das Spezielle, das Besondere muss mit dem Allgemeinen oder mit dem Ganzen im Zusammenhang stehen. Deswegen auch unsere Überlegung, dass in einer Klassengesellschaft, in der wir leben, die Medizin auch eine Klassenmedizin sein muss. Und dann die Frage, wie und wo man diese Klassen und Klasseneinflüsse in der Medizin sieht. Das war eine ungeheuer wichtige neue Perspektive, gerade für die Forschung. Institutionell kam dann die Neueinführung der psychosozialen Fächer. Die Medizinsoziologie, der ich mich zuwendete, setzte sich mit Medizin und Gesellschaft auseinander.

Was waren damals die inhaltlichen Auseinandersetzungen, Schwerpunkte und Themen, die Ihr verhandelt bzw. bearbeitet habt?



Wir haben die biologistische Ausrichtung der Medizin kritisiert. Wir haben z.B. gesagt: „Gut, Ihr macht biologische Forschung, aber wie ist das mit der ganzen psychosozialen Seite?“ Psychotherapie, medizinische Psychologie, medizinische Soziologie, Sozialmedizin, Arbeitsmedizin, das waren alles Bereiche die nicht in der Ausbildung vertreten waren, also keine Pflichtfächer waren. Wir waren damals an fast allen Unis als Arbeitskreise Kritische Medizin organisiert. Anfangs stand die Psychiatrie sehr im Mittelpunkt der Auseinandersetzungen. Wir haben gesehen, wie in der Psychiatrie mit Chemie und Elektroschocks, also technisch gearbeitet wurde und die subjektive Seite völlig rausgefallen ist. Dazu kam die Auseinandersetzung mit der NS-Vergangenheit. Langsam haben wir herausgefunden, was für eine menschenverachtende Rolle die Psychiatrie im deutschen Faschismus gespielt hat. Die Studentenbewegung, von der wir ein Teil waren, war eine antiautoritäre Bewegung. Nicht nur, aber auch. Es war auch eine sozialistische und antikapitalistische Bewegung. Und das Antiautoritäre bewegte sich natürlich da, wo Hierarchie war. Wir sagten: „Autoritäre Gesellschaft schlägt sich nieder in autoritären Strukturen“. Ob das im Militär oder im Krankenhaus ist. Die Lützen an den Kitteln von Chef- und Oberarzt, Assistenzarzt und Hilfsarzt oder wie sie alle hießen. Diese Deklinierung und Trennung waren für uns wichtig, damit haben wir uns auseinandersetzt. In dieser Zeit entstand auch die Idee des „Klassenlosen Krankenhauses“. Wir haben uns also nicht nur damit beschäftigt, wie sich die Gesellschaft im Gesundheitswesen niederschlägt, sondern auch damit, wie in einer klassenlosen Gesellschaft ein klassenloses Krankenhaus aussehen soll.

In den angelsächsischen Ländern kam es in den 50er/60er Jahren zur epidemiologischen Forschung zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Daraus entwickelte sich bis heute ein sehr bedeutender Forschungszweig mit einschlägig bekannten Studien (Black Report, Whitehall Study). Wie wurde diese Forschung in Deutschland wahrgenommen? In Deutschland ist dieser Forschungsbereich in diesem Umfang bis heute nicht aufgegriffen worden. Was sind Deiner Meinung nach die Gründe?

Als wir 1973 nach Frankfurt kamen und das Institut für medizinische Soziologie aufmachten, war eines der bekanntesten Bücher das von Hollingshead und Redlich: „Social Class and Mental Illness“ (Soziale Schicht/Soziale Klasse und Psychiatrische Krankheiten). Vorläufer davon waren Faris und Dunham, die in den 20er und 30er Jahren psychiatrische Erkrankungen und deren Verteilung in verschiedenen Chicagoer Stadtteilen untersuchten. Daraus hervorgegangen ist die schichttheoretische Untersuchung der Verteilung von psychiatrischen Erkrankungen. In den USA gibt es also eine lange Tradition der sozialepidemiologischen Untersuchungen. Der Black Report und die Whitehall Study entstanden nach dem Zweiten Weltkrieg in Großbritannien. Dort gab es ebenfalls bereits eine Tradition der sozialepidemiologischen Forschung. Um Julian Tudor Hart und Brian Gibbons gab es eine Gruppe von Allgemeinmedizinern, die innerhalb ihrer Praxen Statistik betrieben. Das waren hoch politische Leute die mit sozialistischen Ideen liebäugelten und gleichzeitig Epidemiologie betrieben. Gleichzeitig waren in Großbritannien nach dem Krieg die gesellschaftlichen Kräfteverhältnisse anders.

Durch eine starke Arbeiterbewegung und starke Gewerkschaften kam die Labour Regierung an die Macht und es entstand unter der Leitung von dem Gesundheitsminister Aneurin Bevan der National Health Service (NHS). In diesem Klima konnten dann Institute und Forschungsgruppen etabliert werden, welche die oben genannten Studien hervorbrachten. Das war der Unterschied zu Deutschland. Hier kam es erst in der zweiten Hälfte der 70er Jahre zu einer progressiven politischen Bewegung, die dann auch institutionelle Veränderungen herbeiführen konnte. In der Medizin trat 1973 eine neue Approbationsordnung in Kraft und die psychosozialen Fächer wurden eingeführt. Die Studentenbewegung spielte in der Medizin also eine wichtige Rolle.

Die Soziale Determinanten-Forschung ist in einem gewissen Rahmen in der politischen Diskussion zumindest auf WHO-Ebene und in einigen Ländern Europas angekommen. Wie beurteilst Du die damit verbundenen Forderungen? Wo ist der Diskurs/die Forschung erfolgreich, wo gibt es Schwächen?

Gut, wir haben damals Klassenmedizin gesagt, soziale Ungleichheit und soziale Determinanten von Gesundheit, das ist schon weichgespült. Was die klassische empirische Forschung rausgefunden hat, ist, dass die untersten sozialen Schichten häufiger und schwerer krank sind als höhere gesellschaftliche Schichten. Nicht nur bei Herzinfarkten und akuten Krankheiten, auch bei chronischen Krankheiten - mit Ausnahme der Allergien. Der Unterschied zwischen Public Health und Kritischer Medizin ist, dass die Kritische Medizin die Systemfrage, die hinter dieser Forschung steht, erkennt und quasi das Verursacherprinzip benennt. Public Health verschleiert häufig die Systemfrage. Da geht es beispielsweise nur darum, wie Herzinfarkte in Frankfurt oder in der Bundesrepublik verteilt sind, und wie Herzinfarkte entstehen und versorgt werden, unter kapitalistischen Bedingungen. Das ist sicherlich eine wichtige Erkenntnis, dass sich die Krankheiten nicht gleich sondern ungleich verteilen. Aber die Systemfrage wird ausgeklammert und es wird so getan, als ob die derzeitige Gesellschaft alternativlos wäre.

Die Forschung zu den Sozialen Determinanten von Gesundheit ist seit den 70ern in Lateinamerika in eine andere Richtung gegangen. Sie kritisiert an der Forschung in Europa v.a. einen positivistischen Wissenschaftsbegriff, das Nicht-Benennen der Verursacher von Ungleichheit und den fehlenden partizipativen Charakter der Forschung. Wie siehst Du diese Kritik?

In meiner Zeit als Medizinsoziologe in Frankfurt habe ich zweimal für zwei Jahre Gastwissenschaftler aus Brasilien in Frankfurt gehabt. Dieser Austausch war sehr produktiv. Wir haben damals auch eine nicht-positivistische Medizin vertreten. Weitere Verbindungen nach Lateinamerika bestanden vor allem über Italien. Dort gab es im Rahmen des Eurokommunismus, der Anti-Psychiatrie-Bewegung um Basaglia und der Arbeitermedizin um Berlinguer ebenfalls einen sehr produktiven Austausch mit Brasilien und der

dort entstehenden kritischen Medizin. Ich erinnere mich an eine internationale Konferenz 1979 in Italien, in der Sommerschule der Gewerkschaft CGIL in Arricia. An der Konferenz nahmen viele politische Widerstandsgruppen aus Lateinamerika teil. Wir haben dort die Kritik der Medizin und die Neuausrichtung der Medizin diskutiert. Die Kritik an der klassischen Epidemiologie aus Lateinamerika teile ich. Das Problem an Public Health ist nämlich, dass Du sie wie einen Hammer benutzen kannst. Du kannst etwas Positives machen, indem Du mit einem Hammer einen Nagel in die Wand schlägst. Du kannst aber auch etwas Negatives machen, indem Du den Hammer nimmst und Deinem Nachbarn den Schädel einschlägst. So ist es auch mit der Public Health Forschung. Du kannst die Ergebnisse benutzen um festzustellen, dass in den untersten sozialen Schichten die schwersten und häufigsten Krankheiten sind und dass das gesellschaftlich-politisch abgeschafft werden muss. Du kannst sie aber auch benutzen, wie die Allianz-Versicherung, die auf Basis epidemiologischer Daten entscheidet, welche Leute sie privat versichert und welche nicht, weil sie ihr zu teuer sind.

Die heutigen sozialmedizinischen Institute in Deutschland betreiben v.a. Forschung im Versorgungsbereich zu somatisch bedingten psycho-sozialen Belastungen und Verhaltensprävention. Gesellschaft scheint nicht mehr vorzukommen. Wie sähe Deiner Meinung nach, gerade vor dem Hintergrund der veränderten Arbeitsregime und einer anderen Klassenzusammensetzung als in den 70ern heute eine kritische sozialmedizinische Forschung aus?

Meine Kritik an der heutigen Sozialmedizin ist erstens, dass die Systemfrage nicht oder unzureichend behandelt wird. Stichworte wären: Neoliberalismus, Ökonomisierung, Kommerzialisierung der Medizin. Wenn man diese analysieren und begreifen möchte, kommt man um die Systemfrage nicht herum.

Dann besteht ein zu starker Fokus auf der Verhaltensprävention. Verhalten ist wichtig, aber es gibt neben dem Einzelnen eben auch die Gesellschaft und demnach auch eine Verhältnisprävention. Es muss beides zusammen kommen. Verhaltens- und Verhältnisprävention.

Als drittes habe ich eine Kritik an den Determinanten. Z.B. dass Arbeit als Determinante von Gesundheit und Krankheit gesehen wird, aber nicht als gesellschaftliches Verhältnis. Arbeit ist aber ein gesellschaftliches Verhältnis. Und als solches muss dieses auch behandelt werden und nicht als Faktor, wie das z.B. die WHO macht. Also als ein Faktor unter anderen. Die Frage ist aber: Was hast Du für ein gesellschaftliches Verhältnis? Hast Du ein Ausbeutungsverhältnis oder ein gleichberechtigtes kollektives Verhältnis?

Als Viertes müssen die Interessen, die in der Medizin auftauchen und welche die Medizin benutzen, auch in der Forschung berücksichtigt werden und darüber hinaus deutlich hervorgehoben und benannt werden. ■

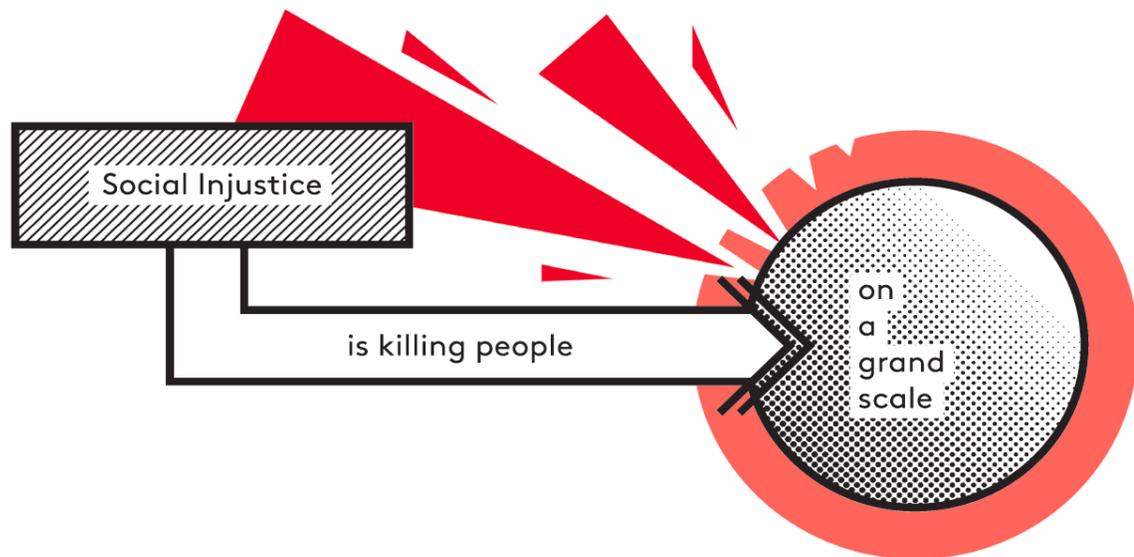
Das Konzept „race“ und die Humanmedizin

Von Luisa Kunz und Ove Sprechelsen

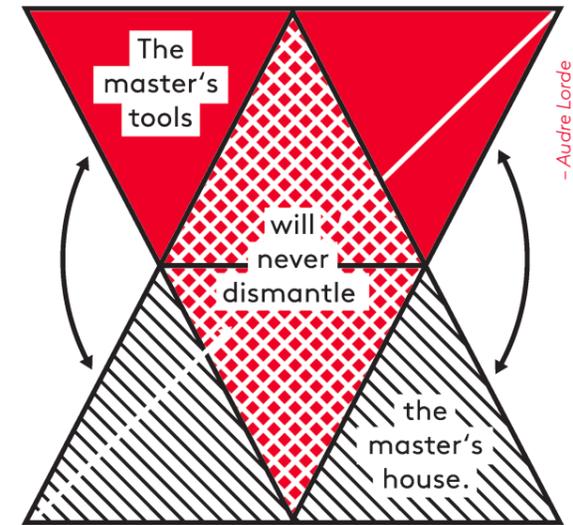
Der englische Begriff „race“ basiert auf der sozialen Konstruktion von Gruppen mit gemeinsamen sozialen Merkmalen. Dazu gehören beispielsweise Sprache, Kultur, Aussehen, geographische Herkunft oder Religion, explizit jedoch nicht biologische oder genetische Merkmale. Mit dem Konzept „race“ einher geht die Verteilung von Chancen, Ressourcen und Macht. Hierbei werden Angehörige der „white race“ bevorzugt, „non-whites“ benachteiligt. Dieses Konzept bildet die pseudowissenschaftliche Grundlage von Rassismus. Historisch wurde vielfach versucht, anhand äußerlicher Merkmale Menschen zu verschiedenen „races“ zuzuordnen. Diese Einteilungen variierten in verschiedenen geschichtlichen Epochen und zwischen Gesellschaften und lassen sich nicht unabhängig vom jeweiligen historischen Kontext betrachten; Kolonialismus, Sklaverei, Apartheid und der Holocaust wurden so legitimiert.

Biologisch wird der Mensch als eigenständige Art von anderen Primaten (*Menschenaffen*) abgegrenzt. Eine weitere Unterteilung des Menschen (*Homo sapiens sapiens*) im Sinne einer zoologischen Systematik gibt es nicht und wird auch in der modernen Biologie nicht verwendet (AAPA 1996)! Immer wieder stellen manche Menschen mit großer Überraschung fest, dass ihre genetische Ähnlichkeit zu Schimpansen mit 98-prozentiger Übereinstimmung aller Gene enorm ist (Sibley und Ahlquist 1984).

Unter den Menschen ist die genetische Vielfalt äußerst gering. Unterschiede zwischen verschiedenen Populationen bestehen lediglich in der Häufigkeit des Vorkommens



- World Health Organisation



- Audre Lorde

bestimmter Genvarianzen, doch 99,9 Prozent aller menschlichen Gene – egal ob verwandt oder nicht – sind identisch (Müller et al. 2013). Anders ausgedrückt: Menschen sind eine der – genetisch betrachtet – homogensten Spezies der Erde; genetische Unterschiede innerhalb Populationen sind fünfmal größer als zwischen ihnen (VBIO 2010). Menschen aus China, Ghana oder Kaiserlautern unterscheiden sich lediglich in 0,1 Prozent ihrer Gene. Die vor allem in den USA gebräuchliche Einteilung der Bevölkerung in KaukasierInnen, AsiatInnen, AfroamerikanerInnen etc., die auch in Medizinbüchern immer noch häufig Verwendung findet, ist im wissenschaftlichen Sinne vollkommen unnützlich und unbegründet. Diese sozialen Kategorien können uns als GesundheitsarbeiterInnen keinerlei Aufschluss geben über medizinisch relevante Unterschiede (Lee 2009).

Der aktuell wissenschaftlich allgemein anerkannte Stand ist, dass die Wiege der Menschheit in Afrika liegt (Liu et al. 2006; Stringer 2003). Man geht davon aus, dass dort einmal knapp 50.000 Individuen lebten; sie werden auch als Gründerpopulation bezeichnet. Von dort aus bewegten sich verschiedene kleine Gruppen nach Europa und Asien. Innerhalb dieser Populationen war die genetische Varianz nicht besonders groß und es kam lange durch die großen fast unüberwindbaren Distanzen zu keiner Durchmischung dieser verschiedenen genetischen Pools (Müller et al. 2013). Dies erklärt die geographische Häufung bestimmter Allele innerhalb von Populationen – wobei an dieser Stelle nochmals daran erinnert sei, dass es sich hier um 0,1-prozentige Differenzen handelt.

Eines der am häufigsten verwendeten Unterscheidungsmerkmale ist die Hautfarbe. Hierbei handelt es sich sicherlich um eines der am häufigsten falsch verstandenen Phänomene. Für die unterschiedliche Hautfarbe von Menschen ist die unterschiedliche Pigmentierung mit zwei Typen von Melanin (Eumelanin und Pheomelanin – schwarzes bzw. gelb-rötliches Pigment) verantwortlich. Generell gilt: Je weniger Melanin exprimiert wird, desto heller die Haut. Die genaue Hautfarbe ist hauptsächlich abhängig von dem Mischverhältnis der zwei Melanintypen in der Haut, aber unter anderem auch von der Sonnenein-

strahlung (führt zu vermehrter Melaninproduktion). Die Pigmentierung der Haut war entwicklungs geschichtlich dem Selektionsdruck unterworfen. Bei dem Merkmal Hautfarbe handelt es sich um ein polygenes Merkmal. De facto sind über 70 verschiedene Gene an der Vererbung beteiligt. Für die verschiedene Prävalenz von Hautfarben in den unterschiedlichen Breitengraden entwickelten Jablowski und Chaplin die wissenschaftlich größtenteils akzeptierte Hypothese, dass die „ursprüngliche Hautfarbe“ (das heißt, die der oben genannten Gründerpopulation) braun war und sich daraus – abhängig vom vorherrschenden Selektionsdruck in der jeweiligen Region – zwei Extreme entwickelt haben, nämlich die gering und reichlich pigmentierte Haut (Jablonski und Chaplin 2000). Hierfür werden hauptsächlich folgende Erklärungsansätze angeführt (auf die hier nur oberflächlich eingegangen werden kann), die aufgrund der Relevanz für Überleben und/oder Reproduktion den Selektionsdruck determinierten:

Zum einen bedeutet ein hoher Melaningehalt der Haut einen besseren Schutz gegen UV-Strahlung und damit verbunden geringere Hautschäden bis hin zu Hautkrebs. Für die Reproduktion besonders relevant war jedoch, dass das Melanin die durch UV-Strahlen induzierte Photolyse von Folsäure reduziert. Folsäuremangel in gering pigmentierter Haut scheint ein deutlicher Nachteil im Sinne der Reproduktion gewesen zu sein; das Auftreten von Neuralrohrdefekten (schwere Fehlbildung bei Neugeborenen) hängt stark vom Folsäurespiegel ab (Jablonski und Chaplin 2000). In äquatornahen Regionen war eine dichte Pigmentierung somit ein Selektionsvorteil. Umgekehrt war die Pigmentierung in äquatorfernen Regionen mit weniger Sonnenexposition hinderlich bei der UV-abhängigen Verstoffwechslung von Vitamin D in die aktive Form. Der Vitamin D-Stoffwechsel ist ebenfalls reproduktionsphysiologisch relevant, da ein Mangel an Vitamin D zu Rachitis oder anderen Skelettdeformitäten mit schlechteren Reproduktionschancen führt. Hier stellte wenig Pigment einen Überlebensvorteil dar. Menschen, deren Vorfahren in ähnlichen Breitengraden gelebt haben, weisen deshalb ähnliche Hautfarben auf (Barbujani und Colonna 2010). Dies lässt allerdings keinerlei weitere Aussagen über die genetische (oder soziale) Ähnlichkeit zweier Individuen zu. Und ebenso wenig können allgemeine Rückschlüsse für medizinische Therapien gezogen werden.

In der humangenetischen Forschung findet auch der Begriff „ancestry“ (ancestors = Vorfahren) Verwendung, um beispielsweise Wanderungsbewegungen in der Menschheitsgeschichte nachvollziehen zu können. In der klinischen Routine wird dieses Konzept jedoch nicht verwendet (Ali-Khan et al. 2011).

Klinisch relevant können hingegen unterschiedliche Enzymvarianten oder Enzymmangel hinsichtlich der Metabolisierung von Medikamenten sein. Als Beispiel kann hier das Enzym CYP2D6 angeführt werden, das in der Anwendung von Antidepressiva, β -Blockern oder Neuroleptika eine Rolle spielt. Es handelt sich um ein Enzym aus der Cytochrom P450-Gruppe und kommt auf dem Chromosom 22q13.1 in den vier verschiedenen Varianten „langsame“, „intermediäre“, „schnelle“ und „ultraschnelle“ Metabolisierung vor. In Folge langsamer Metabolisierung

kann es zu Überdosierungen von Medikamenten kommen. Untersuchungen zeigen, dass obwohl einige Metabolisierungstypen in manchen Regionen der Welt häufiger vorkommen als andere, die Normvariante der „schnellen“ Metabolisierung in allen Regionen der Welt überwiegt. Ein Testen auf der Grundlage des Aussehens von PatientInnen, um Überdosierungen zu vermeiden, macht somit keinerlei Sinn. Vielmehr ist das Wissen über verschiedene Metabolisierungstypen und mögliche Konsequenzen klinisch entscheidend. Angehörige von Betroffenen sollten eine Aufklärung und ggf. das Angebot einer Testung erhalten (Müller et al. 2013). Ein klinisch praktisches Vorgehen wäre die Berücksichtigung von für Interaktionen mit Medikamenten relevante Verhaltensweisen wie z.B. Grapefruitkonsum und das Wissen über Variationen von pharmakogenetischen Risikoprofilen. Zukünftig werden genetische Testungen möglicherweise häufiger verwendet werden, entscheidend wären hierbei allerdings individuelle Risikoprofile (z.B. Familienanamnese) und nicht die Einordnung auf der Basis von Hautfarbe oder anderen äußerlichen Merkmalen (Heinz et al. 2014).

Als Ersatzbezeichnung für „race“ wird häufig „Ethnizität“ verwendet, wobei dieser Begriff sich auf ebenfalls auf sozial konstruierte Gruppen bezieht und eine Homogenität unterstellt, die nicht existent ist. Die Begriffe werden überwiegend ohne klare Definition seitens der Autoren verwendet und Erklärungen für mögliche Unterschiede zwischen Gruppen fehlen ebenso häufig. Durch die unklare und unkritische Verwendung werden die Konzepte „race“ und „Ethnizität“ repetitiv festgeschrieben (Lee 2009).

Studien aus den USA weisen deutliche Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit beispielsweise in kardiovaskulären Erkrankungen oder Diabetes mellitus Typ 2 zwischen „whites“ und „african americans“ nach. Diese Befunde werden häufig in Lehrbücher übernommen und unkritisch ins Deutsche übertragen. Dabei lassen sich diese



Unterschiede weitgehend durch soziale Determinanten wie deutliche Unterschiede in der Einkommens- und Vermögensverteilung, räumliche Segregation mit Unterschieden in der öffentlichen Infrastruktur und Gesundheitsversorgung sowie Diskriminierungserfahrungen erklären. In vielen Studien, die zwischen „whites“ und „african americans“ unterscheiden, werden diese Faktoren statistisch nicht kontrolliert (Braveman 2012; Braveman et al. 2005; Krieger 2003, 2014).

Klassifikationen oder Erkrankungswahrscheinlichkeiten auf der Basis von Hautfarbe und anderen Distinktionsmerkmalen zwischen Menschen haben also leider eine lange schändliche Tradition in der Medizin, die wissenschaftlich unhaltbar ist und der es entschieden entgegen zu treten gilt! ■

Literaturverzeichnis

AAPA (1996): AAPA statement on biological aspects of race. In: Am. J. Phys. Anthropol. 101 (4), S. 569-570. DOI: 10.1002/ajpa.1331010408

Ali-Khan, Sarah E.; Krakowski, Tomasz; Tahir, Rabia; Daar, Abdallah S. (2011): The use of race, ethnicity and ancestry in human genetic research. In: Hugo J 5 (1-4), S. 47-63. DOI: 10.1007/s11568-011-9154-5

Barbujani, Guido; Colonna, Vincenza (2010): Human genome diversity: frequently asked questions. In: Trends Genet 26 (7), S. 285-295. DOI: 10.1016/j.tig.2010.04.002

Braveman, Paula (2012): Health inequalities by class and race in the US: What can we learn from the patterns? In: Social Science & Medicine 74 (5), S. 665-667. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.12.009

Braveman, Paula A.; Cubbin, Catherine; Egarter, Susan; Chideya, Sekai; Marchi, Kristen S.; Metzler, Marilyn; Posner, Samuel (2005): Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. In: JAMA 294 (22), S. 2879-2888. DOI: 10.1001/jama.294.22.2879

Heinz, Andreas; Müller, Daniel J.; Krach, Sören; Cabanis, Maurice; Kluge, Ulrike P. (2014): The uncanny return of the race concept. In: Front. Hum. Neurosci. 8. DOI: 10.3389/fnhum.2014.00836

Jablonski, N. G.; Chaplin, G. (2000): The evolution of human skin coloration. In: J Hum Evol 39 (1), S. 57-106. DOI: 10.1006/jhev.2000.0403

Krieger, Nancy (2003): Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. In: American journal

of public health 93 (2), S. 194-199

Krieger, Nancy (2014): Discrimination and Health Inequities. In: Lisa F. Berkman, Ichirō Kawachi und M. Maria Glymour (Hg.): Social epidemiology. Second edition. New York: Oxford University Press, S. 63-125

Lee, Catherine (2009): „Race“ and „ethnicity“ in biomedical research: how do scientists construct and explain differences in health? In: Soc Sci Med 68 (6), S. 1183-1190. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.12.036

Liu, Hua; Prugnolle, Franck; Manica, Andrea; Balloux, Francois (2006): A geographically explicit genetic model of worldwide human-settlement history. In: Am J Hum Genet 79 (2), S. 230-237. DOI: 10.1086/505436

Müller, D. J.; Kluge, U.; Heinz, A. (2013): Haben Ostfriesen andere Gene? In: Deutsches Aerzteblatt 110, S. 314-317

Sibley, C. G.; Ahlquist, J. E. (1984): The phylogeny of the hominoid primates, as indicated by DNA-DNA hybridization. In: Journal of molecular evolution 20 (1), S. 2-15

Stringer, Chris (2003): Human evolution: Out of Ethiopia. In: Nature 423 (6941), S. 692-3, 695. DOI: 10.1038/423692a

VBIO (2010): Thilo Sarrazin hat grundlegende genetische Zusammenhänge falsch verstanden. Verband Biologie, Biowissenschaften und Biomedizin in Deutschland. Online verfügbar unter [### »Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin« im Abonnement](http://www.vbio.de/informationen/wissenschaft_gesellschaft/thema_evolution/sarrazins_misverstaeandnisse/fragen_und_antworten/intelligenz/index GER.html?raw=sarrazin&ZMS_HIGHLIGHT=raw, zuletzt geprüft am 02/2015</p>
</div>
<div data-bbox=)

Die Zeitschrift des vdäa ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die Zeitschrift für eine soziale Medizin zum Preis von 26 Euro im Jahr zu abonnieren. Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle: info@vdaae.de

Der Verein „Solidarisches Gesundheitswesen e.V.“

Der Verein „Solidarisches Gesundheitswesen e.V.“ setzt sich für ein Gesundheitswesen ein, das allen Menschen einen Zugang zu einer adäquaten medizinischen Versorgung sowie Teilnahme an präventiven Maßnahmen ermöglicht. Er tritt für den Abbau gesundheitsgefährdender Verhältnisse in Gesellschaft und Umwelt ein.

Kontakt: Solidarisches Gesundheitswesen e.V. c/o Bernhard Winter, Falkstr. 34, 60487 Frankfurt/Main solid.g-wesen@gmx.de

Spendenkonto:
Bank: Frankfurter Sparkasse 1822
IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25

Impressum

Gesundheit braucht Politik
Sonderausgabe Soziale Determinanten von Gesundheit
ISSN 2194-0258
Herausgegeben vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
V.i.S.d.P. Wulf Dietrich

Geschäftsstelle:
Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon: 0 61 81 – 43 23 48
Mobil: 01 72 – 1 85 80 23
Fax: 0 61 81 – 49 19 35
Email: info@vdaae.de
Internet: www.vdaae.de
Bankverbindung: Kto.-Nr. 137 476 03
Postbank Frankfurt, BLZ: 500 100 60
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFFXXX

Redaktion: Philipp Dickel, Wulf Dietrich, Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz, Kirsten Schubert Bernhard Winter

Gestaltung: Michael Schmid und Janos Szezymies
Druck: Druckerei Grube

Vereinsbeiträge im vdäa

Der Beitrag für Studierende, Arbeitslose und RentnerInnen bleibt bei 3 € / Monat.

Der Mindestmitgliedsbeitrag für Berufstätige (auch für Teilzeitbeschäftigte) bleibt weiterhin bei 8 € / Monat.

Darüber hinaus schlagen wir folgende Richtwerte zur Selbsteinschätzung vor: AssistenzärztInnen 12 € / Monat, niedergelassene ÄrztInnen und angestellte FachärztInnen 20 € / Monat.

Poliklinik Gruppe

Die Poliklinik Gruppen in Hamburg und Berlin freuen sich über Feedback, Kritik und Mitstreiter

Kontakt Berlin: gesundheitskollektiv-berlin@posteo.de

Kontakt Hamburg: info@poliklinik1.org

**v
d
ä
ä**

Join now!

*»Ein bisschen
Kranksein ist
manchmal ganz gesund«
– Rudolf Virchow*