

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte

Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 4/2020 | Solibetrag: 5 Euro



**Soziale Ungleichheit
und Gesundheit**

- 3 Editorial
- 4 Benjamin Wachtler: »Social injustice is killing people on a grand scale« – Ein kurzer Überblick über das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit
- 8 Martin Kronauer: »Auseinanderdriftende Gesellschaft« – Über Armut in Deutschland
- 12 Tobias Hofmann: »Manager*innen ihrer eigenen Krankheit« – Über Patient*innen im Neoliberalismus
- 16 Medizinische Versorgung von Inhaftierten. Positionspapier des vdää
- 18 Kritische Mediziner*innen Freiburg: Infografik »Soziale Determinanten von Gesundheit«
- 20 Jakob Zschiesche: »Gesundheit auf der Platte«
- 23 In eigener Sache: Der vdää wächst ...
- 24 Claudia Jenkes: »Armut: Nährboden für resistente Erreger« – Soziale Determinanten in den Blick nehmen!
- 28 »Wissenschaft mit Konsequenzen« – Interview mit Ben Wachtler zu den Thesen von Wilkinson und Pickett
- 32 Luca Baetz / Nadja Rakowitz: »Soziale Determinanten in Zeiten der Krise« – Bericht über die diesjährige Jahreshauptversammlung
- 34 Bernhard Winter: »Roter Wedding – vorwärts Genossen ...« – Rezension zum Wirken des kommunistischen Arztes Georg Benjamin in dem proletarischen Berliner Stadtteil

Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdää 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 oder als Studentin oder Student für 10 Euro im Jahr zu abonnieren.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

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

Der vdää

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Felix Ahls, Luca Baetz, Elena Beier, Thomas Kunkel, Eva Pelz, Nadja Rakowitz, Cevher Sat, Rafaela Voss, Ben Wachtler, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 4/2020
ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
V.i.S.d.P. Felix Ahls / Thomas Kunkel / Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

Das Titelbild (united-nations-covid-19-response-a50cc9e7J7Y-unsplash) stammt von: United Nations COVID-19 Response; die Bilder im Innenteil kommen von: WHO, »<https://www.who.int/phe/infographics/en/>« Infographics on Public health, environmental and social determinants of health; The Nation's Health (a Publication of the American Public Health Association); Infographics Social determinants of health; The Birth Place Lab; Robert Wood Johnson Foundation.

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Email info@vdaee.de
Internet <https://www.vdaee.de/>
<https://gbp.vdaee.de/>

Bankverbindung:
Triodos Bank
IBAN: DE05 5003 1000 1076 0500 03
BIC: TRODDEF1XXX

Satz/Layout Birgit Letsch
Druck Hoehl-Druck

Editorial

Die letzte Ausgabe des Jahres der *Gesundheit braucht Politik* blickt traditionell auf die im Herbst stattfindende Jahreshauptversammlung zurück. Dieses Jahr stand sie unter dem Motto »Soziale Determinanten von Gesundheit in Zeiten der Krise«. Dieser Titel kann auf zwei Weisen verstanden werden: Zum einem wird die Rolle von sozialen Determinanten in einer Gesundheitskrise wie der Covid-19-Pandemie besonders deutlich, zum anderen steckt auch das Konzept der sozialen Determinanten selbst in der Krise. Denn soziale Determinanten sind zwar mittlerweile schon vielen im Gesundheitsbereich Tätigen ein Begriff und der Einfluss von Faktoren wie Armut, Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnissen, Geschlecht oder Migrationsgeschichte auf die Gesundheit überrascht heutzutage nur noch die wenigsten. Jedoch müssen wir uns immer wieder die Frage stellen, welche Konsequenzen daraus gezogen werden müssten und welche tatsächlich (nicht) gezogen werden.

Wir wollen diese Ausgabe und eine der nächsten in 2021 dem Thema widmen. Schwerpunkt des hier vorliegenden Hefts ist zunächst der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Weiterführend zu den zahlreichen interessanten Einblicken zu sozialen Einflüssen auf Gesundheit in dieser Ausgabe, möchten wir für das nächste Jahr ein Heft mit Schwerpunkt für grundsätzlichere Fragen zu sozialen Determinanten und verschiedenen Sozialtheorien ankündigen. Des Weiteren wird es im kommenden Jahr auch eine Sonderausgabe zur Covid-19-Pandemie geben, die explizit und dezidiert den Umgang und die Auswirkungen der Corona-Krise thematisiert.

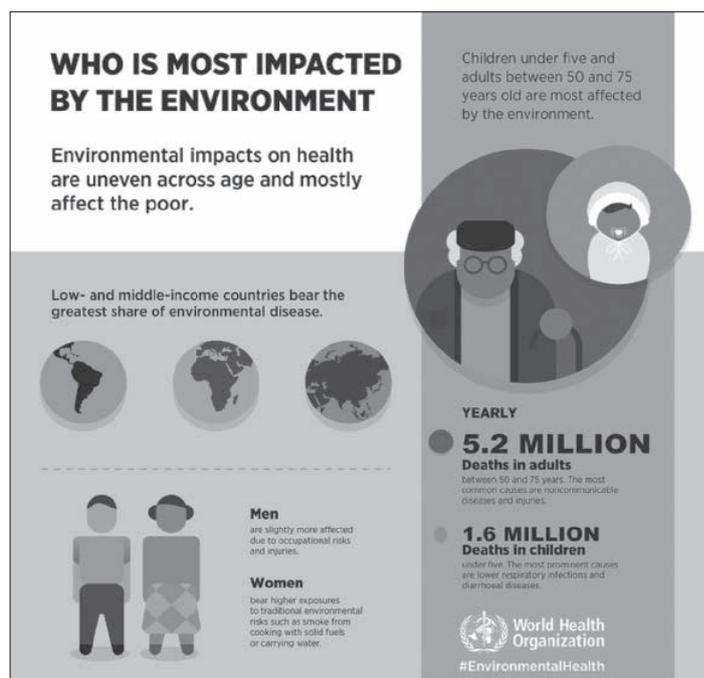
Trotz der wegweisenden Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit der letzten Jahre und Jahrzehnte fehlen größtenteils politische Reaktionen, und der nötige radikale Umschwung im Denken und Handeln der Entscheidungsträger*innen bleibt weiterhin aus. Dies wird auch von vielen Verfasser*innen der Beiträge dieses Hefts, die zum Teil auch bei der JHV referiert haben, immer wieder kritisiert. Ben Wachtler erläutert zu Beginn der Ausgabe die Hintergründe des Konzepts der sozialen Determinanten von Gesundheit sowie dessen politischer Umsetzung, wobei er insbesondere die Situation in Großbritannien genauer unter die Lupe nimmt. Martin Kronauer folgt mit einem Überblick über Armut in Deutschland und dem Wandel von deren gesellschaftspolitischer Einordnung. Tobias Hofmann analysiert die Rolle von Patient*innen in einem neoliberal geprägten Gesundheitssystem und die damit einhergehenden Folgen für Patient*innen sowie die Behandelnden.

In einer Mindmap der *Kritischen Medizin Freiburg* werden verschiedene Aspekte zu Zusammenhängen zwischen sozialen Determinanten von Gesundheit und der Covid-19-Pandemie dargestellt. Jakob Zschiesche beschreibt die Einflüsse von Wohnungs- und Obdachlosigkeit auf Gesundheit, unter-

streicht die besonders gesundheitsschädliche Rolle der Ausgrenzung und Diskriminierung gegenüber Menschen ohne Obdach und stellt zuletzt Forderungen an die Politik, um die Situation von wohnungs- und obdachlosen Menschen in Deutschland zu verbessern. Eine weitere Perspektive zu sozialen Determinanten nimmt Claudia Jenkes ein, die Armut und Antibiotikaresistenzen im Kontext von Mensch, Tier und Umwelt auf den Grund geht.

In einem Interview erläutert Ben Wachtler die progressiven sozialmedizinischen Thesen von Richard Wilkinson und Kate Pickett, die unter anderem besagen, dass nicht nur der soziale Status des Individuums selbst sondern auch die Ungleichheit in der Gesellschaft Einfluss auf Endpunkte wie Gesundheit, Lebenserwartung und Kriminalität haben. Das vorläufige Positionspapier des Arbeitskreises Knastmedizin des *vdää* hinterfragt die Standards und Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung von inhaftierten Menschen in Deutschland und stellt Forderungen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und Abmilderung der krankmachenden Rahmenbedingungen. Es schließt sich ein kurzer Bericht zur diesjährigen Jahreshauptversammlung des *vdää* an. Bernhard Winter schließt diese Ausgabe mit einer Rezension des Buchs von Bernd-Peter Lange: »Georg Benjamin: Ein bürgerlicher Revolutionär im roten Wedding«, welches die Geschichte des Berliner Arztes und Widerstandskämpfers beleuchtet.

Wir wünschen viel Vergnügen beim Lesen und einen guten Start in 2021!



»Social injustice is killing people on a grand scale«

Ein kurzer Überblick über das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit – von Benjamin Wachtler

Gesundheit und Krankheit sind wesentlich durch soziale Determinanten bestimmt, also durch die Verhältnisse, in die Menschen geboren werden und in denen sie aufwachsen, arbeiten, leben und älter werden. Auch wenn diese der Medizin nicht direkt zugänglich sind, so ist es doch auch die Verantwortung der Gesundheitsberufe, sich für eine Verbesserung dieser Lebensverhältnisse und eine Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit einzusetzen. Dieser Beitrag soll einen kurzen Überblick über das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit und seinen Einfluss auf der internationalen und nationalen Ebene geben.

»Warum sollen wir Menschen behandeln, um sie dann in die Verhältnisse zurückzuschicken, die sie krank gemacht haben«, fragt Michael Marmot, einer der Pioniere der modernen Sozialepidemiologie, in der Einleitung zu seinem Buch »The Health Gap« (Marmot 2015). Damit dreht er die Frage danach, warum sich Ärzt*innen und andere Beschäftigte in den Gesundheitsberufen mit den *sozialen Determinanten der Gesundheit (SDG)* beschäftigen sollten quasi um. Warum sollten wir Menschen überhaupt behandeln, wenn sie danach doch durch die Lebensverhältnisse, in denen sie sich befinden, sehr wahrscheinlich, wieder krank werden? Ein Gedanke, den viele Kolleg*innen sicher kennen und der zu Unzufriedenheit mit der eigenen Arbeit oder häufig wohl auch zu einem gewissen Fatalismus führen kann. Eine nachhaltige und damit ökonomische Behandlung soll dazu geeignet sein, Menschen langfristig gesund zu erhalten. Dafür müssen soziale Bedingungen mit in den Blick genommen werden, die der direkten medizinischen Behandlung nicht zugänglich sind, sondern eines breiteren gesellschaftlichen und politischen Engagements bedürfen. Die Gesundheitsberufe haben dabei eine besondere Verantwortung, sich für die Verbesserung der Lebensverhältnisse ihrer Patient*innen und die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit einzusetzen, sind sie doch einerseits täglich

Zeug*innen der gesundheitlichen Auswirkungen ungleicher sozialer Bedingungen und andererseits der nachhaltigen Heilung und Gesunderhaltung ihrer Patient*innen verpflichtet. Es ist von daher sinnvoll, sich näher mit dem Konzept der SDG auseinanderzusetzen, das heute in der internationalen Public Health Debatte überaus einflussreich ist, und zu analysieren, was wir als Gesundheitsarbeiter*innen aus den bisherigen Debatten lernen können.

■ **Arme Menschen sterben früher oder: der soziale Gradient der Gesundheit**

Dass Menschen, die in Armut leben, eine kürzere Lebenserwartung haben, ist heute wohl den meisten bekannt oder wird sie zumindest nicht weiter überraschen. Die mittlere Lebenserwartung ab der Geburt von Frauen in den niedrigsten Einkommensgruppen in Deutschland ist ungefähr 4,4 Jahre geringer als die von Frauen in der höchsten Einkommensgruppe. Bei Männern liegt dieser Unterschied bei ungefähr 8,6 Jahren. Diese Ungleichheit in der mittleren Lebenserwartung ist dabei über die letzten 25 Jahre relativ stabil geblieben (Lampert et al. 2019). Die Zusammenhänge zwischen Armut und einer erhöhten Sterblichkeit bzw. einer geringeren Lebenserwartung sind dabei für einzelne Länder zumindest seit Mitte des 19. Jahrhunderts bekannt. Eine erste empirische

Analyse für verschiedene Stadtteile von Paris legte Louis René Villermé bereits 1826 vor. Friedrich Engels veröffentlichte 1845 das Buch »Die Lage der arbeitenden Klasse in England«, in dem er die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen der arbeitenden Klasse und dem Bürgertum beschrieb. Und auch in Deutschland wurden solche Unterschiede durch die Pioniere der Sozialmedizin, wie Rudolf Virchow und Salomon Neumann spätestens seit Mitte des 19. Jahrhunderts beschrieben. Dabei lag der Fokus auf den Wirkungen der absoluten Armut und den krankmachenden hygienischen Bedingungen, die zu Epidemien mit Infektionskrankheiten wie der Cholera führten, die vor allem die Armen dahintrafen.

Durch den allgemeinen gesellschaftlichen Fortschritt, der mit verbesserten hygienischen Bedingungen und medizinischem Fortschritt einherging, kam es über die folgenden Jahrzehnte hinweg zum sogenannten epidemiologischen Übergang, der sich durch eine Abnahme der Bedeutung der Infektionskrankheiten für die allgemeine Krankheitslast und Sterblichkeit beschreiben lässt. Die mittleren Lebenserwartungen der Bevölkerungen in Europa stiegen deutlich an und die Altersstrukturen der Gesellschaften veränderten sich. Damit nahm die Bedeutung chronischer Erkrankungen, v.a. der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, als der bald häufigsten Todesursache

zu, die bis in die 1950er Jahre hinein wenig verstanden und behandelbar blieben. Die Risikofaktoren der ischämischen Herzerkrankung wurden ab Ende der 1940er Jahre zunehmend durch große Kohortenstudien erforscht, wie z.B. in der Framingham-Heart-Studie in den USA.

Dieses Ziel hatte auch die 1967 in London begonnene Whitehall-Studie, die eine der wichtigsten Grundlagen für die Entstehung des Konzepts der SDG und der modernen Sozialepidemiologie werden sollte. Für diese Studie wurden britische Staatsdiener in einer prospektiven Kohortenstudie beobachtet. Die Ergebnisse zeigten, dass das Risiko an ischämischer Herzkrankheit zu versterben in den niedrigsten beruflichen Stellungen am höchsten war und *graduell* über die beruflichen Hierarchien hinweg abnahm, mit dem geringsten Risiko für Menschen in den höchsten beruflichen Positionen (Marmot 1978). Dieses Phänomen des *sozialen Gradienten* (Marmot 2004) beschäftigt seitdem die Public Health Wissenschaft. Es bedeutet, dass nicht nur die absolute Armut und die damit verbundenen Lebensverhältnisse einen Einfluss auf die Gesundheit haben, sondern dass es andere Mechanismen geben muss, die diese graduellen Unterschiede im Erkrankungs- und Sterberisiko besser erklären. Ein sozialer Gradient wurde seitdem international für eine Vielzahl von meist chronischen Erkrankungen aber auch von Infektionserkrankungen, wie z.B. der pandemischen Influenza 2009 oder aktuell in einigen Ländern auch für COVID-19, beschrieben.

■ Theorien zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit

Wie die beobachteten gesundheitlichen Ungleichheiten genau entstehen, ist bis heute das Objekt wissenschaftlich-theoretischer Diskussionen. Dabei sind neben den materiellen Erklärungsmustern heute einige Theorien zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit besonders einflussreich, auf die hier kurz eingegangen werden soll. Die aktuell einflussreichste Theorie, die eng mit dem Konzept der SDG und dessen Protagonist*innen verbunden ist, ist das psychosoziale Modell der



Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit. Dabei liegt der Fokus auf der Betrachtung von Stressreaktionen des Individuums, die durch die Wahrnehmung der eigenen relativen sozialen Deprivation und den damit einhergehenden Lebens- und Arbeitsbedingungen entstehen. Dadurch kommt es zu einer Ausregelung physiologischer Systeme wie dem sympathischen Nervensystem und anderer psychoneuro-endokriner Systeme, insbesondere der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse. Werden diese Systeme über eine längere Zeit aktiviert, kommt es zur so genannten allostatischen Belastungsreaktion (McEwen 1993), die Modellierungen des Immunsystems zur Folge hat und auch zu hirnorganischen Veränderungen führen kann und das Risiko für Krankheiten und Krankheitsstufen erhöht. Bruce McEwen beschreibt dies als einen Vorgang der täglichen Abnutzungsreaktion am Organismus durch chronische Stressreaktionen.

Dieses Erklärungsmodell ist auch deshalb so einflussreich, weil es über die hier skizzierten Mechanismen anschlussfähig ist für Theorien der Entstehung chronischen Stress, wie z.B. dem Effort-Reward-Imbalance Modell

von Johannes Siegrist (1996) oder dem Anforderungs-Kontroll-Modell von Robert Karasek (1979). Neben dem psychosozialen Modell ist die Theorie der fundamentalen Ursachen von Bruce Link und Jo Phelan (1995) heute in der Diskussion weiter relevant. Diese Theorie versucht v.a. die über die Zeit persistierende gesundheitliche Benachteiligung von Menschen in niedrigeren sozioökonomischen Positionen zu erklären, die unabhängig vom medizinischen Fortschritt und neuen präventiven Ansätzen zu sein scheint. Sie erklären dies damit, dass ein höherer sozioökonomischer Status mit einer Vielzahl von Ressourcen verbunden sei, wie z.B. Geld, Wissen, Prestige, Macht und nützlichen sozialen Kontakten, die unabhängig von den grundlegenden Mechanismen der Krankheitsentstehung dazu führen, dass Menschen mit einem höheren sozioökonomischen Status ihre Gesundheit *immer* besser schützen können als Menschen ohne diese Ressourcen.

Kritik am Konzept der SDG und dem psychosozialen Erklärungsmodell gab es v.a. von Vertreter*innen »neo-materieller« Erklärungsmuster, die in dem Konzept die auch heute noch bestehenden Ungleichheiten in den materi-

ellen Ressourcen und den damit direkt verbundenen gesundheitlichen Folgen, zu wenig berücksichtigt sehen (Muntaner & Lynch 2002). Außerdem wurde von Vertreter*innen der Theorie der politischen Ökonomie der Gesundheit kritisiert, dass das Konzept der SDG zwar auf die Lebensverhältnisse als wichtige Ursache der individuellen Gesundheit hinweise, dabei aber die Ursachen dieser Lebensverhältnisse ignoriere, also das politisch-ökonomische System und die grundlegenden gesellschaftlichen Machtverhältnisse, die erst zu diesen Lebensverhältnissen führten. Dadurch sei das Konzept auch nicht in der Lage, die »Schuldigen« für diese gesundheitlichen Ungleichheiten zu benennen und vererbe damit die Möglichkeit einer wirklich tiefgreifenden Veränderung dieser Ursachen (Birn 2009, Navarro 2009, Krieger 2011). Das umfangreichste Modell zur Erklärung der gesellschaftlichen Ungleichverteilung von Gesundheit und Krankheit hat die Harvard Professorin Nancy Krieger entwickelt. Sie beschreibt eine öko-soziale Theorie, welche die biologische, öko-soziale und soziale bzw. politische Ebene von Gesundheit miteinander verbindet und dabei explizit die gesellschaftlichen Machtverhältnisse und die politisch-ökonomischen Verhältnisse mitberücksichtigt (Krieger 2011). Dieses Modell hat in den letzten Jahren deutlich an Einfluss gewonnen und hilft dabei neue Ansatzpunkte für die Forschung und Praxis zu erkennen.

■ Das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit und seine Wirkung

Über die letzten Jahrzehnte ist das Konzept der SDG überaus erfolgreich gewesen und der Bezugspunkt einer wachsenden Bewegung in internationalen Organisationen geworden. Ein Meilenstein dieses Prozesses war sicherlich die WHO Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit unter der Leitung von Michael Marmot, die 2008 ihren viel beachteten Abschlussbericht »Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health« vorgelegt hat. Heute findet sich das Ziel der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit durch die Beeinflussung der SDG in nahezu allen internationalen Gesundheitsstrategien, wie z.B. der Health 2020 Strategie der WHO für Europa. Auch in den Nachhaltigkeitszielen der Vereinten Nationen (Sustainable Development Goals) spielen die SDG eine wichtige Rolle. Einige Regionen haben seitdem eigene Berichte zu den sozialen Determinanten der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheiten vorgelegt, wie z.B. das WHO Regionalbüro für Europa im Jahr 2014 und zuletzt die panamerikanische Gesundheitsorganisation im Jahr 2019.

Die Europäische Union finanziert aktuell eine breit angelegte »Joint Action Health Equity Europe«, die das Ziel hat, gesundheitliche Ungleichheiten in den Mitgliedsstaaten zu erforschen und Strategien zu deren Reduzierung zu entwickeln. Und auch auf nationaler Ebene haben einige Länder Gesundheitsstrategien vorgelegt, wie z.B. Italien, Finnland und Großbritannien, die explizit die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit durch die Veränderung der SDG als Ziel haben. Gleichzeitig wird das Konzept auch von internationalen Berufsverbänden wahrgenommen und unterstützt. So hat der Weltärztebund 2011 in seiner Oslo-Deklaration das Konzept der SDG angenommen und ruft seine Mitgliedsverbände auf,

sich für die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit einzusetzen. In Großbritannien hat sich eine »Inequality in Health Alliance«¹ aus verschiedenen medizinischen Berufsverbänden und Fachgesellschaften gegründet, um sich gemeinsam gegenüber der Politik für eine Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit einzusetzen. Das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit ist heute also aus den Programmen und Strategien internationaler Gesundheitsorganisationen nicht mehr wegzudenken. Auf der Ebene der Nationalstaaten gibt es ebenfalls Beispiele für nationale Gesundheitsstrategien, die diese Ziele teilen. Ob daraus aber auch wirkliche politische Entscheidungen resultieren, die geeignet sind, gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren, ist leider noch nicht so klar.

■ Nationale Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit – Das Fallbeispiel Großbritannien

Großbritannien ist sicherlich das Land in Europa, das bisher am meisten unternommen hat, um gesundheitliche Ungleichheit zu bekämpfen. Die Labour-Regierung zwischen 1997 und 2010 machte die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit zu einem ihrer Kernthemen. Bereits kurz nach der Wahl gab die Blair-Regierung eine unabhängige Untersuchung der gesundheitlichen Ungleichheit in Großbritannien in Auftrag. Der ehemalige Chief-Medical-Officer, Donald Acheson, legte 1998 den Abschlussbericht vor, der Empfehlungen enthielt, wie die sozialen Determinanten der Gesundheit auf unterschiedlichen Ebenen beeinflusst werden sollten, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. 2003 präsentierte das Gesundheitsministerium eine erste umfangreiche nationale Strategie, wie das Ziel einer Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit um 10%, gemessen an einer Reduzierung der Ungleichheit in der Kindersterblichkeit und der mittleren Lebenserwartung, bis zum Jahr 2010 zu erreichen sei. Insgesamt wurden gut 20 Milliarden britische Pfund für unterschiedliche Interventionen von frühen Hilfen über Tabakkontrollpolitiken bis zur Entwicklung gesunder Kommunen ausgegeben.

Evaluationen dieser Programme zeigten, dass die ambitionierten Ziele der Strategie wohl nicht (Mackenbach 2011) oder zumindest nicht komplett (Bambra 2012) erreicht werden konnten. Eine weitere Studie zeigte das ernüchternde Ergebnis, dass es keine erkennbaren Unterschiede in der Entwicklung der gesundheitlichen Ungleichheit in Großbritannien im Vergleich mit Ländern ohne eine solche Strategie gegeben habe (Hu 2016). Die meisten Autor*innen sind sich einig darin, dass dies v.a. darauf zurückzuführen sei, dass zu wenig politische Entscheidungen getroffen worden seien, die wirklich in der Lage wären, die allgemeinen Lebensbedingungen der Menschen zu verbessern, wie steuerliche Interventionen zugunsten von Geringverdiener*innen oder eine Anhebung des gesetzlichen Mindestlohns. Von vielen Beobachter*innen wird diese Episode der britischen Sozial- und Gesundheitspolitik daher als vertane Chance gewertet. Die Tory-Regierung seit 2010 setzte zwar einige konkrete Gesundheitsprogramme weiter fort, doch haben sich die Chancen für politische Entscheidungen zur Minimierung sozialer Ungleichheit drastisch reduziert.

Environmental exposures start in the womb, and can have effects throughout life.



Children, including adolescents, are exposed to a variety of hazards from the environments in which they live, learn and play.

Im Gegenteil, die ungleiche Verteilung von Einkommen und Vermögen in der britischen Gesellschaft haben in den letzten zehn Jahren weiter deutlich zugenommen und die Austeritätspolitik hat zu dramatischen Engpässen z.B. im Gesundheitssystem geführt. Analysen haben dabei gezeigt, dass insbesondere in den Regionen gespart wurde, die ohnehin schon am schlechtesten ausgestattet waren. Die gesundheitlichen Ungleichheiten haben seit 2012 ebenfalls deutlich zugenommen. England ist eines der Länder mit entwickelten Ökonomien, das seit 2011 eine deutliche Verlangsamung der Zunahme der mittleren Lebenserwartung gezeigt hat (Leon 2019). Dies stellt einen dramatischen Einschnitt dar, hatte doch die Lebenserwartung für alle sozioökonomischen Gruppen seit dem 19. Jahrhundert kontinuierlich zugenommen. Das Nationale Statistikamt berichtet, dass sich die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den sozial am meisten deprivierten Regionen um 0,4 Jahre für Männer bzw. 0,5 Jahre für Frauen vergrößert haben. Diese betragen schon zuvor ca. 10 Jahre für Männer und ca. 8 Jahre für Frauen. Getrieben wird diese besorgniserregende Dynamik durch eine weiter zunehmende Lebenserwartung bei Menschen in den am wenigsten deprivierten Regionen, wohingegen gleichzeitig die Lebenserwartung in den am meisten deprivierten Regionen stagniert oder zurückgeht.

Besonders ausgeprägt ist diese Dynamik bei Frauen. So hat die mittlere Lebenserwartung für Frauen in den besser gestellten Regionen zwischen 2013 und 2018 um durchschnittlich 80 Tage zugenommen, wohingegen sie für Frauen in sozial deprivierten Regionen um 95 Tage abgenommen hat. Es ist stark anzunehmen, dass die Situation durch die COVID-19 Pandemie weiter verschärft werden wird. Auswertungen der Todesfallstatistiken durch das Nationale Statistikamt haben gezeigt, dass die Mortalitätsrate in Verbindung mit COVID-19 für Menschen in den am meisten deprivierten Regionen Englands ungefähr doppelt so hoch ist wie für Menschen in den am wenigsten deprivierten Regionen. So

werden die bereits bekannten Unterschiede in der Gesamtmortalität weiter erhöht. Viele Autor*innen führen diese Situation auf die Austeritätspolitik der Regierung seit 2010 zurück, die soziale Sicherungssysteme und das Gesundheitssysteme an die Grenze der Funktionsfähigkeit gebracht habe. Zusammenfassend kann man sagen, dass Großbritannien heute in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheiten, trotz der historisch einmaligen politischen Möglichkeit zu Beginn der 2000er Jahre, im europäischen Vergleich nicht gut dasteht.

■ **Fazit**

Dieser kurze Überblick macht deutlich, wie einflussreich das Konzept der SDG vor allem im englischen Sprachraum und auf internationaler Ebene geworden ist. Gleichzeitig zeigt sich, wie hier am Beispiel von Großbritannien, dass dies nicht zwangsläufig zu einer Reduzierung von gesundheitlicher Ungleichheit führt. Das Vorhandensein gesundheitlicher Ungleichheiten (health inequities), also von Unterschieden, die vermeidbar, unnötig und ungerecht sind (Whitehead 1992), bedeutet immer auch, dass ein Teil der Gesamt Krankheitslast und vorzeitige Sterblichkeit in einer Gesellschaft verhinderbar wäre. Das ist ein starkes Argument, das auch von Gesundheitsberufen in Deutschland mehr vorgebracht und verinnerlicht werden sollte.

Gleichzeitig zeigen uns die Erfahrungen international, dass eine wirkliche Veränderung nur bei gleichzeitigen Aktionen auf unterschiedlichen Ebenen zu erzielen ist. Dabei stehen häufig eher technische Lösungen und umschriebene Interventionen im Vordergrund und politische Veränderungen, die zu einer Reduzierung sozialer Ungleichheiten führen könnten, werden meist vernachlässigt. Die medizinischen Berufe sind hier in einer besonderen Verantwortung. Zum einen müssen sie die Lebensverhältnisse ihrer Patient*innen in die Planung der v.a. primärmedizinischen Versorgung integrieren und Möglichkeiten der konkreten sozialen und psychologischen Interventionen auf der individuellen Ebene schaffen. Das kann am besten durch interdisziplinäre Stadtteilgesundheitszentren und Polikliniken geschehen, die gleichzeitig auch in die Lebensverhältnisse wirken können. Gleichzeitig dürfen wir dabei aber nicht vergessen, dass solche praktischen Lösungsansätze ohne gleichzeitige Veränderungen auf der politischen und ökonomischen Ebene nicht erfolgreich sein werden. Es ist daher unsere Aufgabe, uns auch für politische und ökonomische Veränderungen einzusetzen, die zu mehr sozialer Gerechtigkeit und einer Verbesserung der Lebensbedingungen der sozial und gesundheitlich Benachteiligten beitragen. Nur so können gesundheitliche Ungleichheiten wirklich bekämpft werden.

Benjamin Wachtler ist Arzt und Public Health Wissenschaftler aus Berlin.

Ein Literaturliste und alle Referenzen zu diesem Text finden Sie auf der Homepage: <https://gpb.vdaae.de/>

1 <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/inequalities-health-alliance>

Auseinanderdriftende Gesellschaft

Martin Kronauer über Armut in Deutschland

Zur Eröffnung des Gesundheitspolitischen Forums haben wir Martin Kronauer gebeten, einen Vortrag zum Problem der Armut in Deutschland zu halten und dabei einen etwas breiteren Überblick über aktuelle Befunde zu geben und zugleich eine gesellschaftspolitische Einordnung vorzunehmen. Wir veröffentlichen hier eine für »Gesundheit braucht Politik« überarbeitete und gekürzte Fassung des Vortrags.

Armut gilt heute kaum noch als Skandal, eher als ein hinzunehmendes, wenn auch bedauerliches, Übel. Selbst die periodische Veröffentlichung des Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung, der ja gerade darauf abzielt, Aufmerksamkeit auf die Armut und ihr Gegenstück, den Reichtum, zu lenken, ändert daran nichts. Wir haben in diesem Jahr ein zehnjähriges Jubiläum. erinnert sich jemand von Ihnen daran, dass die Europäische Union 2010 zum Jahr der Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung erklärt hatte? Wem ist es damals überhaupt aufgefallen, was war in Deutschland davon zu merken? Und was ist heute aus diesem »Kampf« geworden? Armut, so scheint es, ist zu einem festen Bestandteil unserer Gesellschaft geworden, und zwar nicht nur als statistisch erfasste Größe, sondern auch als eine nicht mehr *grundsätzlich* in Frage gestellte Größe.

■ Vom Skandal zum Schicksal

Es lohnt, einen kurzen Blick in eine etwas weiter zurückliegende Vergangenheit, nämlich in die 1980er Jahre zu werfen. Damals wurde die Armut in der Tat noch als Skandal wahrgenommen, ebenso die enge Begleiterin der Armut, die Arbeitslosigkeit. Beide waren seinerzeit deutlich geringer ausgeprägt als heute, galten aber keineswegs als selbstverständlich. Denn Armut und Arbeitslosigkeit hatten in mehr als zwanzig Jahren zuvor stetig abgenommen, die Ungleichheit der Einkommen war zurückgegangen, die Arbeitslosigkeit war bis auf einen unproblematischen Rest verschwunden. Zum ersten Mal in der Geschichte

schien es in Deutschland möglich, selbst unter den Bedingungen einer kapitalistischen Ökonomie diese beiden sozialen Grundübel zu überwinden. Gerade deshalb wurden der Wiederanstieg der Armut und die Rückkehr der Arbeitslosigkeit in den 1970er Jahren, vor allem aber ihre Verfestigung in den 1980er Jahren, als Skandal angesehen und thematisiert. Im öffentlichen Bewusstsein war noch immer verankert, dass es in der Verantwortung der Gesellschaft liegt, es nicht zu Armut und Arbeitslosigkeit kommen zu lassen. Die Regierungen standen geradezu in der Pflicht, das soziale Netz so eng zu knüpfen, dass Armut nicht mehr möglich sein sollte, und am Arbeitsmarkt für Vollbeschäftigung zu sorgen. Beide, Armut und Arbeitslosigkeit, waren politisch entlegitimiert worden.

Heute gilt Vollbeschäftigung geradezu als Utopie, und wer sie erreichen will, muss sich dafür rechtfertigen. Armut wiederum scheint ein Schicksal zu sein, für dessen Überwindung Politik und Gesellschaft nur sehr bedingt und allenfalls indirekt eine Verantwortung übernehmen können und sollen. Das Thema Armut in Deutschland steht somit im Zentrum weitreichender und mit einander eng verbundener gesellschaftlicher Veränderungen: Zum einen von Veränderungen, die zum Anstieg und der Verfestigung der Armut geführt haben; zum anderen von Veränderungen im gesellschaftlichen und politischen Umgang mit der Armut.

■ Armut in Zahlen

Zuvor aber der versprochene, notwendigerweise sehr cursorische Überblick

über Armut in Deutschland heute. Ich orientiere mich dabei an den folgenden Fragen: Wie wird Armut in den dazu veröffentlichten Statistiken erhoben? Was sind zentrale Befunde der Armutsforschung? Und: Was hat Armut mit sozialer Ausgrenzung zu tun?

Armut wird in den Sozialwissenschaften unter verschiedenen Blickwinkeln und Fragestellungen thematisiert. Demzufolge unterscheiden sich sowohl die jeweiligen Armutsbegriffe als auch die methodischen Vorgehensweisen. Aber in einem Punkt stimmen sie alle überein: Sie gehen mit Blick auf entwickelte Industrie- und Dienstleistungsgesellschaften alle davon aus, dass Armut nur relativ, und das heißt im Verhältnis zum Wohlstand einer gegebenen Gesellschaft angemessen verstanden werden kann.

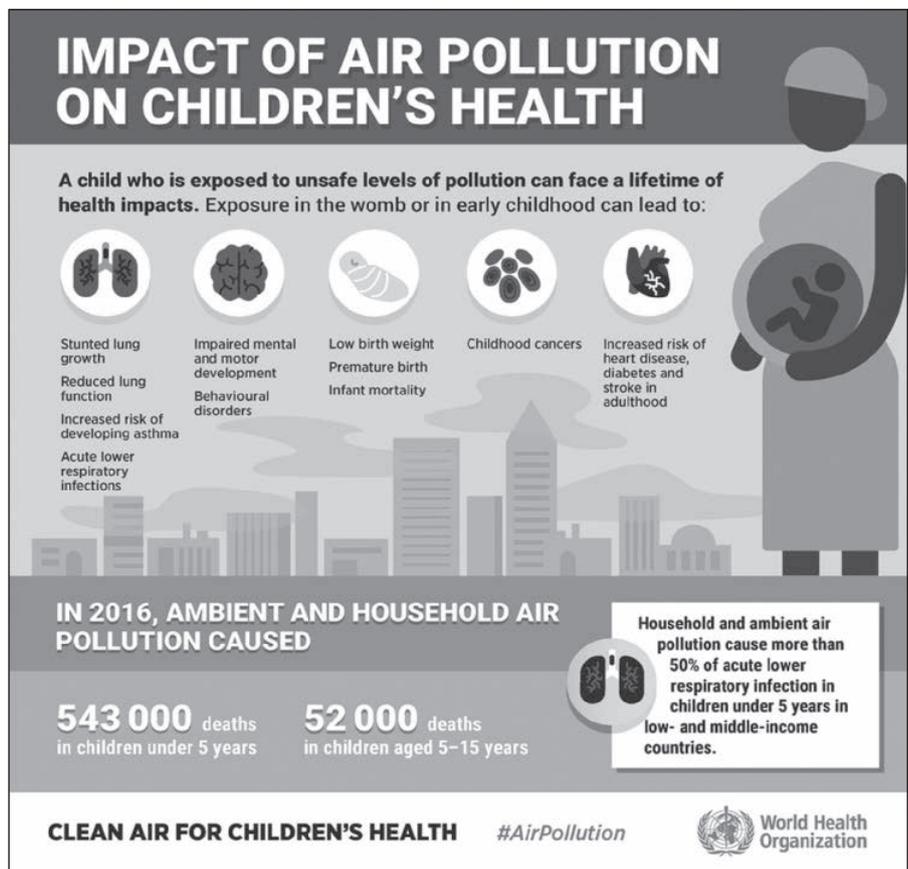
In den Anfängen der Armutsforschung im England des späten 19. Jahrhunderts gab es durchaus noch Versuche, Armutsgrenzen absolut zu bestimmen – anhand der Kalorien zum Beispiel, die zur Ausführung einer einfachen Arbeitstätigkeit notwendig sind und der Preise der zur Kalorienzufuhr gebrauchten Lebensmittel, anhand der Kosten für Kleidung und Unterkunft, wie sie in Arbeiterhaushalten damals üblich waren. Diese Versuche mussten fehlgehen, da in all den herangezogenen Merkmalen bereits historisch und kulturell variable Bestimmungen steckten, die auf einen gesellschaftlichen Kontext verwiesen. Sie bildeten also gerade keinen *absoluten* Maßstab.

Wenn in Deutschland heute über Armut diskutiert wird, dann in erster Linie auf der empirischen Grundlage von zwei unterschiedlichen Armutsmaßen: der am Einkommen orientier-

ten Armutsgefährdungsquote und der auf politischen Entscheidungen beruhenden Zahl der Empfänger von Leistungen des SGB II, populär oder besser: unpopulär geworden als »Hartz IV«.

Die *Armutsgefährdungsquote* stellt ein Maß dar, das mittlerweile in allen Ländern der EU verwendet wird: Es weist die Zahl der Personen aus, deren Nettoeinkommen unterhalb der Schwelle von 60% des mittleren Einkommens liegt, also des Medians, der Bevölkerung einer Region oder eines Landes. Diese Zahl ergibt sich aus dem Einkommen der Haushalte, in dem die Personen leben, einschließlich der verschiedenen Einkommensquellen von selbständiger oder abhängiger Erwerbsarbeit, aus Vermögen, Renten, Pensionen und laufenden Sozialtransfers, abzüglich direkter Steuern und Sozialbeiträge. Dieses Haushaltsnettoeinkommen wird nach der Zusammensetzung des Haushalts, also der Zahl und dem Alter der Haushaltsmitglieder, gewichtet. Jeder Person wird eine Zahl oder ein »Gewicht« zugeordnet (dem oder der ersten Erwachsenen im Haushalt das Gewicht 1, jeder weiteren erwachsenen Person und jedem Kind über 14 Jahre das Gewicht 0,5, jedem Kind unter 14 Jahren das Gewicht 0,3) und das gesamte Haushaltseinkommen durch die Summe der Personengewichte geteilt. Auf diesem Weg werden individuelle Einkommen ermittelt, die über unterschiedliche Haushaltskonstellationen hinweg vergleichbar sind. Der Entscheidung für oder gegen bestimmte Gewichtungsfaktoren haftet etwas Willkürliches an und sie ist deshalb umstritten, aber das soll uns hier nicht weiter beschäftigen.

Was besagt nun die *Armutsrisikoquote*? Sie gibt zunächst nur an, welcher Prozentsatz der Bevölkerung mit einem vergleichsweise geringen Einkommen auskommen muss. Sie bezieht sich somit auf eine Ressource, das Einkommen, sagt aber noch nichts über dessen Verwendung und den Lebensstandard und die Lebenszufriedenheit aus, die es ermöglicht. Dazu sind weitere Erhebungen und Korrelationen notwendig. Aber es steht zu erwarten, dass im Zusammenhang mit relativer Einkommensarmut auch das Risiko erheblicher Einschränkungen in



der Lebensführung, verglichen mit nicht-armen Bevölkerungsgruppen, verbunden ist.

Die Armutsrisikoquote hat sich seit der Jahrtausendwende in Deutschland deutlich und mehr oder weniger stetig erhöht. Sie lag im Jahr 2019 bei 15,9%, die monetäre Armutsrisikogrenze für einen Alleinlebenden bei einem Jahreseinkommen von 14.109 €. Zugleich haben sich die Risiken, längerfristig in Armut zu geraten, verfestigt. Mehr als 10% der Gesamtbevölkerung haben in der Zehnjahresperiode zwischen 2005 und 2015 die überwiegende Zeit in Armut verbracht (Göbel/Grabka 2018, S. 104). Im gleichen Zeitraum waren 35% der Bevölkerung mindestens ein Jahr von Armut bedroht (ebenda).

Was aber bedeutet es, mit einem Einkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle auskommen zu müssen? Bereits die vorsichtige Rede von *Armutsgefährdung* zeigt an, dass die relative Einkommensarmut nicht zwangsläufig und in jedem Fall mit erheblichen Einbußen im Lebensstandard und der Lebenszufriedenheit einhergehen muss. Die materiellen und mentalen Auswirkungen der Einkommensbeschränkung variieren unter an-

derem mit der Lebensphase, in der sie eintritt, mit dem Ausmaß der Beschränkung und der Dauer, in der sie anhält. Gleichwohl gibt es deutliche statistische Zusammenhänge zwischen Armutsgefährdung, Konsumarmut und unzureichendem Lebensstandard, letzterer gemessen an der Verfügbarkeit von als notwendig erachteten Alltagsgütern. Etwa die Hälfte der in Westdeutschland von Armutsgefährdung Betroffenen wies 2013 auch einen unzureichenden Lebensstandard auf, in Ostdeutschland war es etwas mehr als die Hälfte (Andreß u.a. 2018, S. 221). Noch stärker war der Zusammenhang zwischen Armutsgefährdung und Konsumarmut ausgeprägt (ebenda, S. 220).

Einkommensarmut strahlt in ihrer Wirkungen aber noch in weitere Lebensbereiche hinein aus. Sie beeinflusst die Reichweite und Unterstützungskapazität der sozialen Beziehungen. Beide nehmen mit anhaltender Armut ab. Am stabilsten bleiben dabei noch die Beziehungen zur Familie und im engsten Freundeskreis. Darüber hinausgehende Kontakte, Engagement in Vereinen und Ehrenamt, gehen zurück. Zugleich zeigt sich eine Tendenz zur Homogenisierung der sozialen Beziehungskreise. Man trifft sich mehr

und mehr unter Seinesgleichen, was wiederum bedeutet, dass gerade die lockeren, weiter reichenden Verbindungen verloren gehen, die aus der Armut heraushelfen könnten, etwa durch Vermittlung von Arbeitsmöglichkeiten (Böhnke/Link 2018, S. 254). Und schließlich wächst mit zunehmender Prekarität der Lebensumstände die Distanz zu politischem Engagement. Wer sich tagtäglich damit herumschlagen muss, mit knappen Mitteln den Alltag für sich und andere zu organisieren, der oder die wird sich kaum vorstellen, die Geschicke des Gemeinwesens beeinflussen zu können.

■ Wer ist arm oder armutsgefährdet

Besonders betroffen sind Erwerbslose, wobei an- und ungelernete Arbeitskräfte die höchsten Arbeitslosigkeitsrisiken tragen, Personen mit niedrigem Schulabschluss, Alleinerziehende, weil ihnen die Verbindung von Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung in Deutschland noch immer besonders schwer gemacht wird. Gerade an der Zusammensetzung der Armutsbevölkerung zeigt sich, dass die Klassengesellschaft in Deutschland nicht überwunden ist. Das bedeutet nicht, dass ein hoher Schulabschluss oder ein Studium ausreicht, um in jedem Fall vor Armut zu schützen. Insbesondere beim Übergang vom Studium ins Berufsleben kann es zu Armutperioden kommen, sie sind aber in aller Regel von kurzer Dauer und wiederholen sich im weiteren Berufsverlauf nicht.

■ »Hartz IV«

Ich komme damit zum zweiten in Deutschland zur Bestimmung der Armutsbevölkerung immer wieder herangezogenen Armutsmaß, der auf *politischen Entscheidungen beruhenden Zahl der Empfänger von Leistungen des SGB II*, besser bekannt als »Hartz IV«. Umstritten ist dabei bereits, ob es gerechtfertigt ist, von einem »Armutsmaß« überhaupt zu sprechen, beansprucht das SGB II doch, mit seinen Leistungen gerade Armut zu überwinden. Es gibt daran allerdings berechtigte Zweifel. Die Grundlage für die Bestimmung der Leistungssätze bildet ein Warenkorb, der entsprechend der Ausgaben von den 15% der Haushalte am unteren Ende der Einkommensverteilung zusammengestellt wird. Bereits diese Orientierung an den unteren 15% ist willkürlich (in früheren Berechnungen wurden die Ausgaben der unteren 20% der Haushalte zugrunde gelegt) und mehr als fragwürdig. Wie soll gewährleistet sein, dass in dieser Population nicht bereits Konsumarmut und unzureichender Lebensstandard verbreitet sind? Zu ihr gehören auch »Aufstocker« und verschämte Arme, die Leistungen, zu denen sie berechtigt sind, nicht in Anspruch nehmen. Darüber hinaus nimmt die Bundesregierung selbst an diesem bereits sehr eingeschränkten Warenkorb noch weitere Einschränkungen vor, ersetzt zum Beispiel – in erzieherischer Absicht – Alkohol durch Mineralwasser und spart dabei noch 6 € und ein paar Cent ein (DIE ZEIT, 30.07.2020, S. 22). Ebenso wie die Bedingungen und Sanktionsdrohungen, die mit der Vergabe der Leistungen verbunden sind, immer wieder auf Widerspruch stoßen, so wird auch die Angemessenheit der Leistungen zur Existenzsicherung in Zweifel gezogen und gelegentlich Gerichten zur Entscheidung vorgelegt.

Derzeit beziehen etwa 5,5 Millionen Menschen Leistungen nach dem SGB II, das schließt ein sowohl das Arbeitslosengeld II für Personen, die im Prinzip (wenn auch häufig nicht aktuell) dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, als auch das Sozialgeld für Angehörige im Haushalt, die dem Arbeitsmarkt (noch) nicht zur Verfügung stehen können, in erster Linie Kinder. Nur ein Drittel der Empfänger*innen der Leistungen ist arbeitslos gemeldet, andere befinden sich in Ausbildung, sind temporär erwerbsunfähig oder erwerbstätig. Der Anteil der sogenannten »Aufstocker«, deren Lohn nicht ausreicht, um sie von der Armut zu befreien, ist beträchtlich: Er betrug im Jahr 2018 26%.

Es bleibt die Frage: Was hat Armut mit sozialer Ausgrenzung zu tun? Ich hatte zuvor, im Zusammenhang mit Armutgefährdung, vom »unzureichenden Lebensstandard« gesprochen, der mit der Armutsgefährdung einhergehen kann, wenn die Armut andauert. Woran bemisst sich aber das »unzureichend«? Wer setzt dabei den Maßstab? Wesentliche Beiträge zu einer Antwort liefern Untersuchungen zur Armut als »relativer Deprivation«. Sie suchen herauszufinden, was sich Menschen, die von statistisch oder administrativ definierter Einkommensarmut betroffen sind, mit ihrem Einkommen tatsächlich leisten können und setzt dies ins Verhältnis zu dem, was in einer Gesellschaft als angemessener Lebensstandard gilt. Zu diesem Lebensstandard zählen sowohl Güter als auch Dienstleistungen, aber auch persönliche Entwicklungsmöglichkeiten (zum Beispiel Bildung, Gesundheit, Arbeitsbedingungen).

Der direkteste Weg zu einer Antwort besteht darin, eine repräsentative Auswahl der Bevölkerung mit wissenschaftlich ausgewiesenen Instrumenten zu befragen, welche Güter, Dienstleistungen und Lebensbedingungen unverzichtbar sind, welche als wünschenswert, aber nicht unbedingt notwendig erachtet werden können, und welche einen besonderen Luxus darstellen. Solche Erhebungen sind inhaltlich und technisch anspruchsvoll und zeitaufwendig. Deshalb werden gelegentlich, um ans gleiche Ziel zu gelangen, auch Kombinationen unterschiedlicher Vorgehensweisen eingesetzt. Die gewonnenen Erkenntnisse sind jeweils aussagekräftiger als die mehr oder weniger willkürlichen Kriterien, die bei der politischen Festsetzung von Unterstützungsgrenzen und Leistungen verwendet werden (zum methodischen Vorgehen siehe Andreß u. a., 2018, S. 216-218). Untersuchungen dieser Art, die seit den 1970er Jahren in England, den USA, den Niederlanden und anderen europäischen Ländern, auch in Deutschland, durchgeführt wurden, erbrachten einen bemerkenswerten Befund. Über alle Klassen- und Einkommensgrenzen hinweg besteht in den jeweiligen Ländern eine weitgehende gesellschaftliche Übereinstimmung hinsichtlich dessen, was zu einem kulturell angemessenen Lebensstandard mindestens gehören muss.

Dieser Befund ist alles andere als selbstverständlich. Im 19. Jahrhundert wäre er *sicherlich* nicht, in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts sehr *wahrscheinlich* nicht anzutreffen gewesen. Zu stark waren die Lebensweisen, Konsumorientierungen und Konsummöglichkeiten der verschiedenen gesellschaftlichen Klassen und Statusgruppen damals noch voneinander getrennt. Der Arbeiter und der Adelige, der Landbewohner und der Städter lebten in verschiedenen sozi-

SOCIAL DETERMINANTS

FACTORS THAT INFLUENCE YOUR HEALTH

INCOME Your income can determine how healthy you are. How much you earn can influence both your well-being and how long you are expected to live. Income is linked to:

SAVINGS



INEQUALITIES

The richest 1% of Americans can expect to live as many as 14 years longer than the poorest 1% of Americans



CHILD HEALTH



MORTALITY

500+ infant deaths & 2.8K low-weight births could have been prevented if all states had raised their minimum wage by \$1 in 2014



HOUSING



DISPARITIES



Wage gaps persist by gender, race & ethnicity.

Men's wages per hour in 2015:
 • Hispanics: \$14
 • Blacks: \$15
 • Whites: \$21
 • Asians: \$24

Women's wages lag behind men's across the board.

OPPORTUNITY



In 2014, 44% of U.S. youth – more than 31 million kids & teens – lived below or just above the poverty level.

The NATION'S HEALTH

A PUBLICATION OF THE AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION

www.thenationshealth.org/sdoh

alen Welten. Dass es heute allgemein anerkannte Maßstäbe dafür gibt, was für gesellschaftliche Teilhabe unverzichtbar erscheint, ist in einem hohen Maße eine Folge des Ausbaus der Sozialstaaten nach dem Zweiten Weltkrieg und des Prinzips der Universalität, das diesem Ausbau zugrunde lag. Moderne Sozialstaaten europäischer Prägung zeichnen sich zumindest dem *Anspruch* nach dadurch aus, dass sie allen Bürgerinnen und Bürgern zugutekommen sollen, nicht allein den Bedürftigsten.

Da heute überall in den hoch entwickelten Industrieländern Mindeststandards für ein kulturell angemessenes Leben im allgemeinen Bewusstsein verankert sind, macht sich Armut, wenn sie anhält und mit erheblichen, unfreiwilligen Einschränkungen in der Lebensführung verbunden ist, nicht allein als Mangel, sondern auch und vor allem *ausgrenzend* bemerkbar. Denn diese Standards konfrontieren die Verarmten sowohl mit äußeren als auch verinnerlichten Erwartungen und Anforderungen an die eigene Lebensführung, denen sie nicht entsprechen können, wohl aber entsprechen müssten, um »dazugehören«. Die Erhe-

bungen brachten aber auch zum Vorschein, dass die politisch-administrativ festgesetzten Armutsgrenzen in den einzelnen Ländern häufig nicht oder nur sehr beschränkt dem Rechnung tragen, was für gesellschaftliche Teilhabe tatsächlich notwendig ist.

Als in den 1970er Jahren die Armut wieder anstieg und die Arbeitslosigkeit zurückkehrte, schienen sie Phänomene am gesellschaftlichen Rand zu sein. Das gesellschaftliche »Innere« der Einkommens- und Beschäftigungsverhältnisse schien durch Tarifverträge und soziale Sicherungssysteme vor ihnen weitgehend geschützt zu sein. Diese Schutzwälle sind mittlerweile erheblich durchlöchert. Politische Entscheidungen spielten dabei eine wesentliche Rolle – innenpolitische Entscheidungen über die Steuern, über zulässige Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse, über die Höhe und die Voraussetzungen von Sozialleistungen im Alter und bei Arbeitslosigkeit, über die Privatisierung oder Teilprivatisierung von Gütern und Dienstleistungen der Daseinsvorsorge, nicht zu vergessen über die Art und Weise der deutsch-deutschen Vereinigung; europapolitische Entscheidungen über den Vorrang der Integration von Güter-, Dienstleistungs-, Arbeits- und Kapitalmärkten vor der sozialen Integration und einer gemeinsamen Wirtschafts-, Fiskal- und Sozialpolitik. Mehr und mehr zog sich die Politik aus der Übernahme einer gesellschaftlichen Verantwortung für die Verhinderung von Arbeitslosigkeit und Armut zurück und verlegte sich auf das »Fördern und Fordern« von Individuen, die am Arbeitsmarkt schlechte Karten haben und sich gleichwohl behaupten müssen. In der Realität überwiegt dabei das Fordern das Fördern bei weitem.

Seither driften die Lebensverhältnisse in Deutschland auseinander. Deutschland weist in Europa einen der größten Niedriglohnsektoren auf. Annähernd 40% der Bevölkerung sind, wie eine 2018 veröffentlichte Studie des Wissenschaftszentrums Berlin und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung belegte, über lange Zeit hinweg mit einer Prekarität ihrer Beschäftigungsverhältnisse oder in ihrem Haushalt oder in beidem zusammen konfrontiert. Dabei sind die Langzeit-

arbeitslosen noch gar nicht eingerechnet. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre lässt sich zum ersten Mal in der Geschichte der Bundesrepublik eine Polarisierung der Einkommen erkennen – die Zahl der einkommensstarken Haushalte nimmt zu, ebenso die Zahl der Haushalte mit niedrigem Einkommen, während die Zahl der Haushalte in den mittleren Einkommenslagen langsam zurückgeht. Bei der Ungleichverteilung der Vermögen nimmt Deutschland innerhalb der EU mittlerweile den unrühmlichen Spitzenplatz ein.

Armut und soziale Ausgrenzung sind besonders krasse Symptome des Auseinanderdriftens, das die Gesellschaft insgesamt ergriffen hat. Sie sind enger denn je mit dem verbunden, was im gesellschaftlichen »Zentrum« geschieht. Dort entscheidet sich auch, ob und wie viele Menschen es gibt, die bereit sind, sich aus *eigenem* Interesse dem Auseinanderdriften zu widersetzen und damit zugleich und notwendigerweise die Überwindung von Armut und Arbeitslosigkeit ebenfalls zu ihrer Sache zu machen.

Alle Literaturhinweise mit Namen von Autorinnen und Autoren beziehen sich auf Beiträge in: Petra Böhnke, Jörg Dittmann, Jan Goebel (Hrsg.), Handbuch Armut, Opladen & Toronto 2018

Prof. Dr. Martin Kronauer forscht zur Armut und beschäftigt sich mit Inklusion, Exklusion und Ungleichheit.

Aktuelle Leseempfehlung

Martin Kronauer: »Kritik der auseinanderdriftenden Gesellschaft«, Campus Verlag, Berlin 2020, ISBN 9783593513003, 257 S.



Manager*innen ihrer eigenen Krankheit

Tobias Hofmann über Patient*innen im Neoliberalismus

Polit-ökonomisch wie gesundheitspolitisch können wir inzwischen ziemlich genau beschreiben, was der Neoliberalismus an den Strukturen und finanziellen Beziehungen im Gesundheitswesen verändert hat. Auch, was das mit uns Ärzt*innen macht, haben wir schon oft diskutiert. Was aber macht das mit den Patient*innen? Tobias Hofmann versucht eine erste Antwort.

Als Neoliberalismus wird eine »Weltanschauung« bezeichnet, die nach einem Kapitalismus ohne wohlfahrtsstaatliche Begrenzungen strebt¹ und von Vorstellungen eines »schlanken Staates« und Marktfundamentalismus gekennzeichnet ist. Von den Menschen werden neben hoher Leistungsbereitschaft und Kompetitivität, individuelle Verantwortungsübernahme sowie persönliche Risikobereitschaft und Risikomanagement verlangt. Materielle Unterschiede und gesellschaftliche Ungleichheiten werden in erster Linie als Folgen bewusster, individueller Entscheidungen gesehen, und nicht als Ergebnis gesellschaftlicher Entwicklungen. Mit dem Begriff der Gouvernamentalität beschrieb Michel Foucault Verfahren und Techniken aber auch unbewusste Gewohnheiten, die daran beteiligt sind, eine solche Gesellschaftsordnung zu entwickeln und aufrechtzuerhalten. Auf der Ebene des Individuums wirken dabei (neben Fremdführung und Disziplinierung) die von Foucault so genannten »Technologien des Selbst«, also Selbstführung, Selbstdisziplin und Selbstmanagement, die externe Wirkmächte in das Innere des Individuums verlegen und als »permanentes ökonomisches Tribunal« in allen Lebensbereichen wirken.²

Möglicherweise spiegelt sich diese Ausgestaltung des »homo oeconomicus« als »Unternehmer seiner selbst« (Foucault) bereits in der Entwicklung der Definition des Begriffes »Patient*in« in Nachschlagewerken. Im Brockhaus von 1991 lautet diese beispielsweise: »Kranker in ärztlicher Behandlung, auch generell derjenige, der eine ärztliche Betreuung in Anspruch nimmt«³, in Wikipedia von 2020: »Mensch (...), der ärztliche Dienstleis-

tungen oder Dienstleistungen anderer Personen, die eine Heilbehandlung durchführen, in Anspruch nimmt«.⁴ Deutlich scheint bereits an diesen Definitionen zu werden, dass Patient*in zu sein zum einen nicht zwingend bedeutet, krank zu sein, noch nicht einmal unbedingt, einer medizinischen Behandlung zu bedürfen, sondern, dass es sich auch um eine Rolle im Behandlungsgeschehen handelt. Diese wandelt sich in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Veränderungen und wird unter neoliberalen Bedingungen offenbar zunehmend von der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen bestimmt.

■ Kleine Umfrage

Ich habe per Email einige Kolleg*innen gefragt, wie sich aus ihrer Sicht Patient*innen in der von ihnen überblickten, zurückliegenden Zeit verändert haben. Auf die Frage: »Wie haben sich aus Ihrer Sicht die von Ihnen betreuten Patient*innen ganz allgemein in dem von Ihnen überblickten Zeitraum hinsichtlich der Vorstellungen von einer medizinischen Behandlung verändert?« antwortete beispielsweise ein Krankenhausarzt in leitender Funktion mit 30 Jahren Berufserfahrung: »Abhängig vom Schweregrad und der Art der Erkrankung. Bei leichter Erkrankung z.B. in der Notaufnahme stärkere Serviceerwartung, während bei Patienten mit definierten strukturellen Schäden, z.B. Tumorerkrankungen die Patientenrolle eher überraschend stabil scheint...«

Eine weitere Kollegin, niedergelassen, berufstätig seit 20 Jahren, meinte: »Ich würde allgemein sagen, es unterscheiden sich die jüngeren von

den älteren Patient*innen. Informierte Patient*innen möchten häufiger medizinische Beratung, seltener direktive Behandlung und wenn, dann begründet. Ärztliche Gespräche nehmen mehr Raum ein.«

Eine leitende Krankenhausärztin, die auf knapp 30 Jahre Berufsleben zurückblickt, schrieb. »Die Vorstellungen der Patient*innen zu ihrer medizinischen Behandlung sind dezidiert geworden, sie »wissen« oft mehr, was sie wollen oder nicht wollen als vor 20-30 Jahren. Vielleicht hat das aber weniger mit der Ökonomisierung zu tun, als mit dem Internet und der an vielen Stellen schon beschriebenen Entwicklung, dass alle zu allem eine Meinung haben, anstatt Fachleuten zu vertrauen. Die Autoritätshörigkeit hat insgesamt in der Gesellschaft abgenommen.«

Auf die Frage, wie das Selbstverständnis der Patient*innen hinsichtlich ihrer Rolle eingeschätzt wird, ob sich Patient*innen also beispielsweise als Konsument*innen, gleichberechtigte Partner*innen, Anspruchsberechtigte, Hilfesuchende etc. erleben, antwortet die zuletzt genannte Kollegin: »In diesem Kontext gibt es auch mehr die Haltung der Anspruchsberechtigten: »Ich verlange diese oder jene Behandlung«. Das kann gepaart sein mit der Befürchtung, dass die Kasse nicht alle sinnvollen Behandlungen übernehme (>Gäbe es etwas Besseres, wenn ich es selbst bezahlen würde?« – vielleicht auch getriggert vom IGeLn in der Praxis??, wo Patient*innen suggeriert wird, man müsse sinnvolle Maßnahmen selbst bezahlen).«

Sind die Beobachtungen von zumindest in Teilen vermehrter Serviceorientierung, besserer Informiertheit

und (damit einhergehender) erhöhter Anspruchshaltung und dies womöglich besonders bei Jüngeren, die ja durchgängig in einer zunehmend neoliberal organisierten Gesellschaft sozialisiert sind, als Veränderungen im Sinne des »homo oeconomicus« zu sehen, der sich auch in der Behandlungsbeziehung und in der im Medizinsystem eingenommenen Rolle widerspiegelt?

■ Verfügbare Evidenz

Empirische Untersuchungen gibt es hierzu sehr wenige. Im Folgenden werde ich drei Studien vorstellen, wovon sich die erste nicht explizit mit der Frage nach Auswirkungen von Ökonomisierung und neoliberalen Umbau auf Patient*innen beschäftigt, sondern primär mit dem Phänomen des »Crowding«, also der zunehmenden Überfüllung von Notaufnahmen. Es handelt sich, wie auch bei den beiden anderen vorgestellten Untersuchungen, um eine qualitative Studie, für die mit 40 Patient*innen Interviews geführt wurden, die sich ohne als dringlich eingeschätzten Behandlungsbedarf in der Notaufnahme vorgestellt hatten.⁵ Ein wichtiger Grund, weshalb die Notaufnahme in diesen Situationen aufgesucht wurde, scheint die nicht adäquate ambulante Versorgung (subjektiv zu wenig Diagnostik beim Hausarzt oder zu lange Wartezeit auf fachärztliche Behandlung) zu sein, die dann durch Notaufnahmebesuche substituiert wird (sogenanntes sekundäres Aufsuchen von Notaufnahmen). Aber es werden auch Gründe für das primäre Aufsuchen von Notaufnahmen genannt, die in der Untersuchung mit drei Begriffen beschrieben wurden: »Doc to go«, »High-Tech statt Hausarzt« und »all-inclusive«. Hier könnten gesellschaftliche Veränderungen möglicherweise eine Rolle spielen.

Der Typus »Doc to go« bezeichnet demnach vornehmlich jüngere Patient*innen, die im Alltag kaum Zeit zu haben scheinen und die Behandlung in der Notaufnahme der in der hausärztlichen Praxis mit ihren beschränkten Öffnungszeiten vorzögen. Der zweite Typus, der z.B. chronisch Kranke Patient*innen charakterisiert, wähle »High-Tech statt Hausarzt« und vermute direkt in der Klinik einen höhe-

Equality



Equity



Birth Place Lab / Robert Wood Johnson Foundation: RWJF_bikes_equality_equity_PURPLE

ren technischen Standard und eine der Schwere des Leidens entsprechende professionellere Behandlung. Der dritte Typus zeige eine »all-inclusive«-Haltung, die darauf spekuliere, medizinische Untersuchungsergebnisse, womöglich aus mehreren Fachgebieten, in kurzer Zeit zu erhalten. Vorstellbar ist, dass sich in solchen Haltungen eine Intoleranz gegenüber dem Aufschieben von Bedürfnissen zeigt, eine hohe Abhängigkeit von Technikversprechen oder die Einstellung, alles sofort bekommen zu wollen, wie es dem neoliberalen Subjekt zugeschrieben wird.

Eine andere Studie beschäftigt sich mit dem Begriff des Selbstmanagement (»self-management«) und ist auch mit »The good self-manager« überschrieben.⁶ Selbstmanagement wurde seit den 1980er Jahren als eine Form des »patient empowerment« v.a. für Patient*innen mit chronischen Erkrankungen propagiert und in Deutschland beispielsweise in den Disease-Management-Programmen aufgegriffen. Das Konzept bezeichnet Kompetenzen der Problemlösung, der Entscheidungsfähigkeit und der Ressourcennutzung in Bezug auf die Bewältigung von Erkrankung und Gesundheitsversorgung. Als »reflexive Selbstüberwachung« der eigenen Gesundheit und mit der Betonung von Selbststeuerung und individueller Verantwortungsübernahme weist es aber auch Bezüge zu neoliberalen Entwürfen auf.

Explizit verbunden ist das Konzept des Selbstmanagements auch mit dem

der Selbstwirksamkeit (»self-efficacy«), einem Konzept von Albert Bandura.⁷ Wichtig hierbei ist, dass bei »self-management«, wie es im geschilderten Zusammenhang meist verwendet wird, letztlich nur noch das Individuum gedacht wird und nicht mehr das Individuum im Zusammenspiel mit seiner sozialen Umwelt. In der neoliberalen Denkart meint Selbstwirksamkeit, die Fähigkeit eines Individuums schwierige Situationen aus eigener Kraft zu bewältigen, indem es sich u.a. auch soziale Unterstützung organisiert. Die Frage, wie Individuen durch ein System sozialer Unterstützung Selbstwirksamkeit, die sie zur Bewältigung von Herausforderungen befähigt, überhaupt erst entwickeln, wird nicht mehr beachtet, was in der ursprünglichen Konzeption von »self-efficacy« bei Bandura durchaus noch vorkommt.

Bei dieser in Großbritannien durchgeführten Studie wurden mit 174 Personen (97 Patient*innen, 35 pflegende Angehörige, 20 »healthcare professionals«, 22 »healthcare commissioners«) 17 Fokusgruppen und 61 Interviews durchgeführt. Die Untersuchung kam zum einen zu dem Ergebnis, dass die Sichtweisen darauf, was eigentlich ein guter »self-manager« ist, in allen vier genannten Gruppen recht weitgehend übereinstimmten. Zum anderen ließen sich drei wesentliche Merkmale (»traits«) herausdestillieren. Das erste Merkmal wird als »to be remoralised« bezeichnet und ist gekennzeichnet durch die Anforderung der Übernahme von Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und das Behandlungsgesche-

hen seitens der Patient*innen, weg von der passiven Entgegennahme der Behandlung, hin zur Position der gestärkten (»empowered«) Partner*innen in der Behandlung. Es ergeben sich daraus allerdings quasi-moralische Verpflichtungen, indem Patient*innen aufgefordert sind, ihr Bestes zu geben, um ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu managen und hierdurch beispielsweise die Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen zu minimieren.

Der zweite Aspekt, der gute Selbst-Manager*innen auszeichnet, ist der der Kompetenz oder Sachkundigkeit (»to be knowledgeable«). Hierbei geht es um die Erwartung an Patient*innen, Wissen, Fähigkeiten und Selbstvertrauen zu entwickeln, über Informationen zu verfügen bzw. zu lernen, sich diese anzueignen und dadurch Risiken für ihre Gesundheit abzuwenden (»knowledge is key«).

Drittens wird Aktivität bezüglich der eigenen Gesundheitsversorgung erwartet (»to be active«). Gute Selbst-Manager*innen sollen in der Lage sein, die gewonnenen Informationen im Sinne des »informed decision making« zu nutzen. Während es hierbei oftmals für Ältere darum geht, Entscheidungen zu treffen im Sinne des Befolgens von Vorschlägen (»decisions to comply«), steht für Jüngere meist die Frage im Vordergrund, welche Vorschläge seitens der Gesundheitsprofessionellen nicht befolgt werden sollten (»decisions not to comply«). Für sich genommen sind dies keine negativen Entwicklungen. Es geht in dieser Lesart aber tatsächlich auch darum, Patient*innen fit zu machen, eigene Entscheidungen zu treffen und hierdurch eine Entlastung der Aufgaben des Gesundheitssystems und damit der gesellschaftlichen Verantwortung zu erreichen.

■ »I'm running my depression«

Für eine dritte, in Australien durchgeführte Studie mit dem Titel »I'm running my depression« wurden 58 depressiv erkrankte Proband*innen rekrutiert und es wurden Interviews mit ihnen durchgeführt.⁸ Ausgewertet wurde, wie die Betroffenen ihre medizinische Behandlung und die Be-

Mögliche Auswirkungen neoliberaler Werte und Formationen in Gesellschaft und Medizinalsystem auf Selbstsicht, Erwartungshaltung, Gesundheitsverhalten von Patient*innen.

| Gesellschaft / Gesundheitssystem | Patient*innen |
|---|--|
| Neoliberale Bio-/Psychopolitik | Selbstoptimierung (z.B. »Check-up«) |
| Quasimärkte im Gesundheitswesen | Kund*innen- bzw. Waren-Verhältnis |
| Nutzer*innen-Orientierung | Anspruchshaltung (»dafür habe ich schließlich bezahlt«) |
| Anbieterwettbewerb | Häufiger Wechsel von Behandler*innen (»Doctor-shopping«) |
| Honorierung von »Prozeduren« | Wunsch nach Technik (»nur das Beste«) |
| Verrechtlichung der Behandlungsbeziehung | Klagebereitschaft |
| Kosteneinsparungen, Ration(alis)ierungen | Misstrauen (»wird mir etwas vorenthalten?«) |
| Propagieren von Self-Management (bzw. fehlendes Kümmern um Versorgungswege) | Vermehrte Eigenverantwortung (bzw. Allein-gelassen-sein) |
| Bewertungsportale/Quantifizierung/ Ranking | Bewertung von Ärzt*innen |

gegnung mit dem australischen Gesundheitssystem erlebten und welche Auswirkungen dies auf sie hatte. In der Studie werden vier Schritte skizziert, die mit den ersten Kontakten mit dem Gesundheitssystem starten. Hier werden oft unbefriedigende und frustrierende Erfahrungen gemacht, da die Strukturen als übermäßig formalisiert, sehr voraussetzungsreich (u.a. ist zu Zugang zu bezahlbarer/kostenloser psychiatrischer Versorgung in Australien eingeschränkt) und damit als nicht leicht zu durchschauen und wenig zugänglich erlebt werden. Der zweite Schritt beschreibt das »becoming a neoliberal patient« und schildert, wie sich die Verantwortung im Laufe der Behandlung im Sinne neoliberaler Steuerungsziele zunehmend auf das (kranke) Individuum verlagert. Neben den Schwierigkeiten, die Kosten der Behandlungen zu tragen, werden Patient*innen mit der Erwartung konfrontiert, sich den Weg durch das Gesundheitssystem selbst zu suchen, und sind im Verlauf zunehmend wegen der geringen Flexibilität dieses Systems frustriert.

In der Folge kommt es zum einen zu zunehmend schnellen Medikamentenverschreibungen als vermeintlich

einfachstem Weg für Behandler*innen wie auch Patient*innen. Im weiteren Verlauf folgten dann verstärkt Selbstmedikation, auch in Form von eigenständigen Dosisänderungen, Einnahme von weiteren Medikamenten und Alkohol und die Hinzunahme von komplementären bzw. alternativen Präparaten. Diese mündeten dann in die zunehmende Anwendung von »Lebensstil-Praktiken« wie die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln, das ausgeprägte Achten auf gesunde Ernährung und sportliche Bewegung, Meditation oder das Führen von Symptomtagebüchern. Diese Verhaltensweisen, die für sich genommen nicht schädlich oder ungesund sind und selbstverständlich durchaus erfolgreich in der Behandlung von Erkrankungen eingesetzt werden können, wandeln sich jedoch mehr und mehr zu »Technologien des Selbst« und erhalten damit einen äußerst ambivalenten Charakter. Interessant ist, dass die Einnahme von Antidepressiva gleichzeitig von den Patient*innen durchaus kritisch gesehen wurde. Allerdings nicht unbedingt im Sinne einer möglicherweise ungünstigen »schnellen Lösung«, sondern dahingehend, dass es der »faule Weg« sei

und zu wenig Eigeninitiative entwickelt wurde.

Zusammengefasst kommt diese Studie zu dem Ergebnis, dass in Australien die verstärkte Implementierung von Selbstmanagementpraktiken zu einer geringeren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, zu mehr Selbstmedikation bei den Patient*innen sowie zu einer vermehrten Anstrengungen der Patient*innen hinsichtlich eines Selbstmonitoring geführt haben. Grundsätzlich durchaus erstrebenswerte Konzepte wie »patient empowerment« und »self-efficacy« erhalten durch die Entbindung aus dem sozialen Kontext offenbar einen neoliberalen Spin und können in die zunehmende Individualisierung von Gesundheit eingebunden werden.

■ Patient*innen-Selbstverständnis und neoliberales Selbst

Neben den bereits beschriebenen »Technologien des Selbst« werden die zunehmende Erosion und Fragmentierung etablierter gesellschaftlicher Strukturen in der neoliberalen Gesellschaft als ursächlich für Veränderungen im Selbstverständnis von Patient*innen gesehen⁹. Erwerbstätigkeit wird umstrukturiert, der Arbeitsplatz auf Lebenszeit ist eine Seltenheit geworden. Religion und Kirche spielen wie auch andere Institutionen eine immer geringere Rolle. Etablierte Formen des Familienzusammenhalts verlieren an Bedeutung. Sämtliche dieser Organisationsformen gesellschaftlichen Zusammenlebens können ihrerseits zu verminderten Gesundheitschancen und Erkrankung beitragen, geben in ihrer funktionsfähigen Form jedoch Halt und Orientierung. Ihr zunehmendes Aufbrechen bei gleichzeitigem Fehlen tragfähiger und vor allem gesellschaftlich akzeptierter alternativer Strukturen wird daher als wichtiger Faktor für Veränderungen in der psychischen Entwicklung und den daraus entstehenden psychischen Dispositionen bis hin zu sogenannten frühen bzw. ich-strukturellen psychischen Störungen angesehen.

Die neoliberale Veränderung psychischer Dispositionen führt also womöglich, wenn nicht zu einer Entgren-

zung der Ansprüche an die Medizin, so möglicherweise doch zu deren Erhöhung. Ideen der allumfänglichen Machbarkeit, der Lösbarkeit auch des letzten (vermeintlichen) gesundheitlichen Problems scheinen zuzunehmen. Diese gestiegenen Ansprüche werden dabei sicherlich auch durch das Medizinsystem selbst transportiert, weil dessen Selbstdarstellung die Vorstellung von einer Medizin befördert, die alles kann und die, wenn noch nicht jetzt dann demnächst, alle gesundheitlichen Probleme lösen kann. Es handelt sich hierbei also um ein weiteres neoliberales Technikversprechen, dass von den Menschen internalisiert, gelebt und in eigene Ansprüche übersetzt wird.

Hinzu kommt eine in der Gesellschaft verwurzelte Haltung zur und in der Medizin, die nicht nur die Behandlung von Erkrankungen erwartet, sondern eine vollständige Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit, die es erlaubt, das Leben voll auszukosten, viel leisten zu können, um als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft anerkannt werden zu können. Leiden und Leid, die sicherlich untrennbar zum Leben gehören, können immer weniger toleriert werden. In dieser Haltung scheint dann wieder das neoliberale Leistungsnarrativ auf, in dem das Individuum unter dem Imperativ steht, ein aktives und erfolgreiches Leben führen zu müssen. Wobei auch die Frage, was ein erfolgreiches Leben denn sei, in einer ganz bestimmten, im aktuellen Zeitgeist sozial akzeptierten Weise aufgelöst wird. So wird Gesundheit zunehmend als Voraussetzung gesehen für ein erfolgreiches »Lebensprodukt«. Patient*innen (als im Neoliberalismus lebende Menschen) wünschen daher möglicherweise zunehmend eine Garantie dafür, dass die volle Genuss-, Reise- und Erlebnisfähigkeit erhalten bleibt.¹⁰

Das Zitat »Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts« (Arthur Schopenhauer), das auch gerne mal von (privaten) Krankenversicherern verwendet wird, erhält hier eine neue, vermarktende Bedeutung, in der Gesundheit das Produkt und die Voraussetzung für ein lebbares Leben wird. Dieses Leben muss daher ohne Mangel sein. Men-

schen leiden heute nicht nur an einer Erkrankung, sondern mindestens ebenso sehr an der Diskrepanz zu einem mangellosen Leben.¹⁰ Aus diesen von neoliberalen Anrufungen und Erfordernissen in den letzten Jahrzehnten beeinflussten Haltungen ergeben sich neue Wünsche, Verhaltensweisen und Forderungen an die Medizin. Es bildet sich eine Änderung in der Einstellung zu Erkrankungen heraus, weg vom schicksalhaften Erleben hin zur »machbaren« Gesundheit, die, wenn schon nicht von neoliberalen Einschreibungen in Körper und Psyche verursacht, so doch wenigstens mit neoliberalen Werten bestens vereinbar ist und sich in der Patient*innenrolle durchaus bemerkbar machen dürfte.

Tobias Hofmann ist Mitglied im erweiterten Vorstand des vdää und aktiv im Arbeitskreis stationäre Versorgung. Er ist Oberarzt der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik der Charité in Berlin. Der Text ist die überarbeitete Fassung eines Vortrages auf der Jahreshauptversammlung 2020 des vdää.

1. Butterwegge CL, B.; Ptak, R.: Kritik des Neoliberalismus, Wiesbaden 2008
2. Foucault M.: Die Geburt der Biopolitik – Geschichte der Gouvernementalität II, Frankfurt 2006
3. Brockhaus Enzyklopädie, 19. ed., Mannheim 1991
4. https://de.wikipedia.org/wiki/Patient_-_abgerufen_am_10.12.2020
5. Schmiedhofer MH, Searle J, Slagman A, Mockel M.: Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf, Gesundheitswesen 2017; 79: 835-44
6. Ellis J, Boger E, Latter S, et al.: Conceptualisation of the »good« self-manager: A qualitative investigation of stakeholder views on the self-management of long-term health conditions, Soc Sci Med 2017; 176: 25-33
7. Bandura A.: Self-efficacy in changing societies, Cambridge / New York 1995
8. Brijnath B, Antoniadou J.: »I'm running my depression« Self-management of depression in neoliberal Australia, Soc Sci Med 2016; 152: 1-8
9. Schmelting-Kludas C.: Ökonomisierung und Psychotherapie, Psychotherapeut 2008; 53: 349-59
10. Maio G.: Medizin im Umbruch. Ethisch-anthropologische Grundfragen zu den Paradigmen der modernen Medizin, Zeitschrift für Medizinische Ethik 2007; 53: 26

Medizinische Versorgung von Inhaftierten

Positionspapier des vdää

Ein kleiner Arbeitskreis des vdää arbeitet seit einiger Zeit an einem Text zur medizinischen Versorgung von Inhaftierten. Bei der JHV wurde ein erstes vorläufiges Ergebnis vorgestellt, das nun nach der Diskussion überarbeitet werden und im Frühjahr 2021 veröffentlicht werden soll. Wir dokumentieren hier die Präambel und die Forderungen am Ende des Papiers.

Wer in der Bundesrepublik straffällig wird und rechtskräftig zu einer Freiheitsstrafe verurteilt oder zu einer Ersatzstrafe gezwungen wird, landet in der Regel für bestimmte, im Falle lebenslanger Haftstrafen, Sicherungsverwahrung oder Maßregelvollzug sogar für unbestimmte Zeit in einer Justizvollzugsanstalt. Das Statistische Bundesamt zählte 2019 deutschlandweit 65.796 inhaftierte und verwahrte Personen in Justizvollzugsanstalten. Der Zweck der Freiheitsstrafe ist in diesem Rechtsstaat laut Gesetzgebung die Resozialisierung – nicht, der inhaftierten Person Leid zuzufügen. In den jeweiligen Strafvollzugsgesetzen der Länder wird der Anspruch formuliert, dass inhaftierte Menschen durch die Haftstrafe für ein Leben in Freiheit mit sozialer Verantwortung und ohne zukünftige Straftaten befähigt werden sollen. Dabei sollen die Lebensverhältnisse im Vollzug möglichst denen in Freiheit angeglichen werden und schädigende Folgen des Freiheitsentzuges vermieden werden. Die medizinische Versorgung in Haft soll derjenigen der in Freiheit bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherten entsprechen – bis auf einige Einschränkungen wie der Verzicht auf freie Arztwahl – die aber draußen auch nur formal gilt und real oft durch verschiedene Bedingungen eingeschränkt ist.

Mit diesen Bestimmungen sind die Kriterien für eine – zunächst systemimmanente – Beurteilung und Kritik der medizinischen Versorgung von inhaftierten Menschen gegeben. Wir

können diesen Anspruch mit der Wirklichkeit abgleichen: Ist die medizinische Versorgung der außerhalb der Gefängnisse gleichwertig? Erhalten also z.B. genauso viele Opioidabhängige eine Substitutionstherapie wie draußen? Sind die inhaftierten Menschen zahnmedizinisch so gut versorgt wie die Menschen draußen? Wird sich bemüht, psychische Probleme zu erkennen und werden diese ernst genommen und therapiert? Und daran könnten sich unzählige weitere Fragen anschließen.

Nicht zu vergessen jedoch ist, dass die Fragen zur medizinischen Versorgung sich in einem widersprüchlichen Verhältnis befinden. Selbst mit den besten Gesundheitsleistungen ließe sich nicht das an sich Gesundheitsschädliche eines Freiheitsentzuges aufheben: psychosoziale Belastungen und Isolation, Bewegungsmangel, Vitamin-D-Mangel und ungesundes Essen sind Probleme, die nur teilweise durch strukturelle Verbesserungen in Haftanstalten gelöst werden können. Diese Widersprüchlichkeit von Strafe und Resozialisierung erstreckt sich über die medizinische Versorgung hinaus: Sind die Unterbringung, das Personal, die Arbeits- oder Beschäftigungsbedingungen und auch (Weiter-) Bildungsmöglichkeiten für die inhaftierten Personen, sind die sozialen Verhältnisse in deutschen Gefängnissen so, dass sie dem Ziel der Resozialisierung entsprechen? Kann es der Resozialisierung dienen, wenn inhaftierte Menschen einerseits in der Mehrheit der Bundesländer immer

noch einer Arbeitspflicht unterliegen und diese auch 40 Stunden die Woche ableisten, dafür aber weit unter dem Mindestlohn bezahlt werden und diese Arbeitszeiten nicht in die Rentenversicherung eingehen?

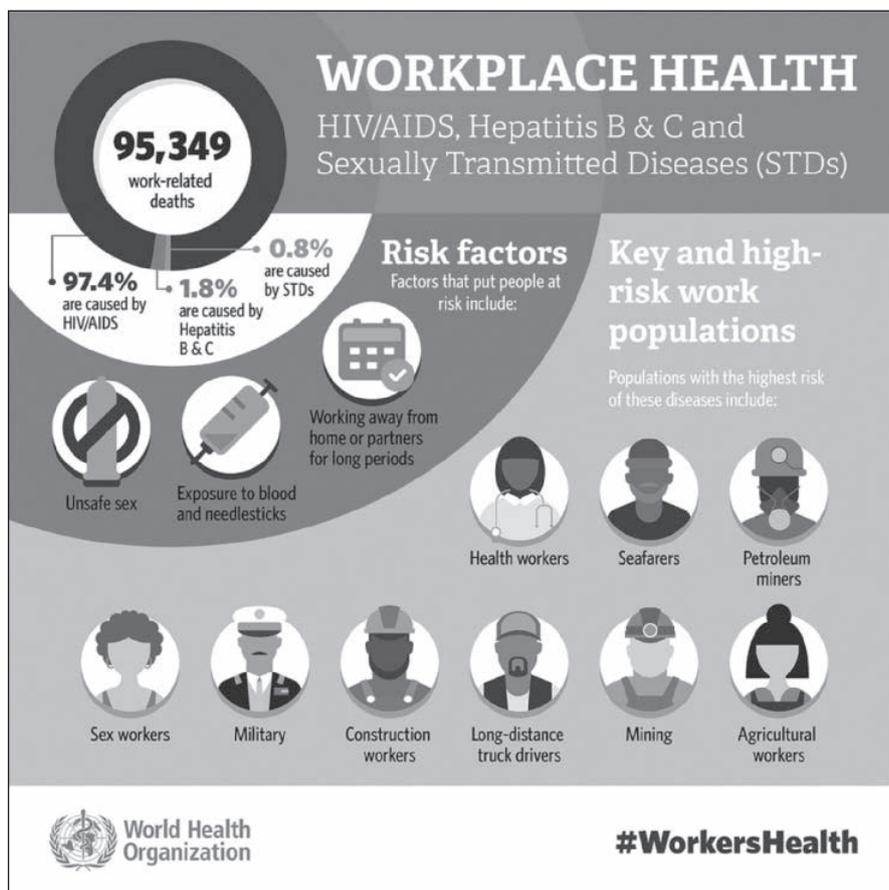
Muss man nicht grundsätzlicher fragen: Ist eine Unterbringung in Gefängniszellen überhaupt diesem Ziel zuträglich oder widerspricht sie diesem? Welche Folgerungen wären dann für eine Gefängniskritik zu stellen? Wie wäre dann mit Menschen umzugehen, die für die Anderen und die Gesellschaft gefährlich sind? (...) ¹ Wir können also bei einer Diskussion (und Kritik) der medizinischen Versorgung inhaftierter Menschen nicht einfach alle Rahmenbedingungen akzeptieren und unseren Blick extrem einschränken auf die »bloße Medizin«. Eine bloß immanente Kritik des Gefängnisses im Sinne des Abgleichs von Anspruch und Wirklichkeit reicht für eine Beurteilung nicht aus. Sie lässt entscheidende Fragen unberührt: Wer kommt überhaupt ins Gefängnis und für welche Delikte? Aus welcher gesellschaftlichen Situation landen Menschen im Gefängnis und müssen »resozialisiert« werden? Wir müssen auch fragen: Warum wurden diese Menschen vorher »entsozialisiert«? Wir gehen davon aus, dass sie daran nicht alleine und individuell schuld sind, sondern dass sie auch durch die gesellschaftlichen Bedingungen dort gelandet sind.

Mit den Forderungen für eine bessere medizinische Versorgung von inhaftierten Menschen sind wir als demokratische Ärzt*innen und Ärzte also

gezwungen, grundsätzliche gesellschaftliche Fragen anzusprechen.

■ Forderungen

- Das ärztliche Berufsethos muss auch in der Versorgung von Gefangenen handlungsleitend sein: Das verpflichtet zum Handeln im alleinigen Sinne der Patient*innen. Es darf kein Teil der Strafe sein, Gesundheitsleistungen zu entziehen. Alle Ärzt*innen müssen dem Berufsrecht unterstehen. Die Ärztekammern müssen Kompetenzen haben, die Berufsordnung bei allen Ärzt*innen durchsetzen zu können; berufsrechtliche Verfahren sind transparent durchzuführen.
- Einhaltung der Standards der Regelversorgung und leitliniengerechte und evidenzbasierte, an den Bedarf der Patient*innen angepasste Versorgung und dementsprechend fachgerechte Finanzierung: vor allem in Hinblick auf Infektionskrankheiten wie HIV, HCV und die Behandlung mit Substitutionsmedikamenten von Opioidabhängigen, aber auch in Bezug auf die physio-, ergo-, und psychotherapeutische sowie logopädische Versorgung und die Versorgung mit Rehabilitationsmaßnahmen
- Zugang zu freiwilligen und zielgruppengerechten Präventions- und Schadensminimierungsansätzen wie Beratungsangeboten der AIDS-Hilfe, Nadelaustauschprogrammen oder Versorgung mit sauberem Tätowierbesteck und Kondomen
- Krankenversicherung ab dem ersten Tag der Entlassung (GKV-Karte gehört zu Entlassungspapieren)
- Zumindest in besonders sensiblen Bereichen wie Gynäkologie und Psychiatrie ist die freie Arztwahl zu ermöglichen bzw. eine Beschwerdemöglichkeit mit entsprechendem Konsequenzen-Management einzurichten.
- Verlagerung der Verantwortung für die Gesundheit von Gefangenen vom Justizministerium zum Gesundheitsministerium, um die doppelte Hörigkeit des medizinischen Personals zu vermeiden: Um die ärztliche Rolle von den Maßnahmen des Justizvollzugs stärker zu tren-



nen, ist bei Bedarf gesondertes medizinisches Personal einzustellen, das alle Aufgaben übernimmt, die potentiell nicht im Interesse der Gefangenen stattfinden.

- Unter Aufsicht der jeweiligen Ärztekammern sollte eine systematische Aus- und Weiterbildung und Verpflichtung zu systematischer und professioneller Reflexion für die im Vollzug tätigen Ärzt*innen und andere Gesundheitsprofessionelle mit spezifischen für den Haftalltag notwendigen Kenntnissen erfolgen.
- Qualitätskontrolle der medizinischen Versorgung im Gefängnis und Fortbildungspflicht
- Erfüllung der Standards der öffentlichen Gesundheitsberichterstattung und Ermöglichung von unabhängiger Forschung im Haftsetting
- Abschaffung der strengen Einzelhaft (Isolationshaft)
- Abschaffung von Ersatzfreiheitsstrafen wegen Bagatelldelikten wie Fahren ohne Fahrschein. Kostenloser ÖPNV wird das Klima und damit die Gesundheit der ganzen Bevölkerung verbessern und solche Art Strafen überflüssig machen. Drogensüchtige brauchen keine Ge-

fängnisstrafe, sondern soziale Unterstützung und Therapie.

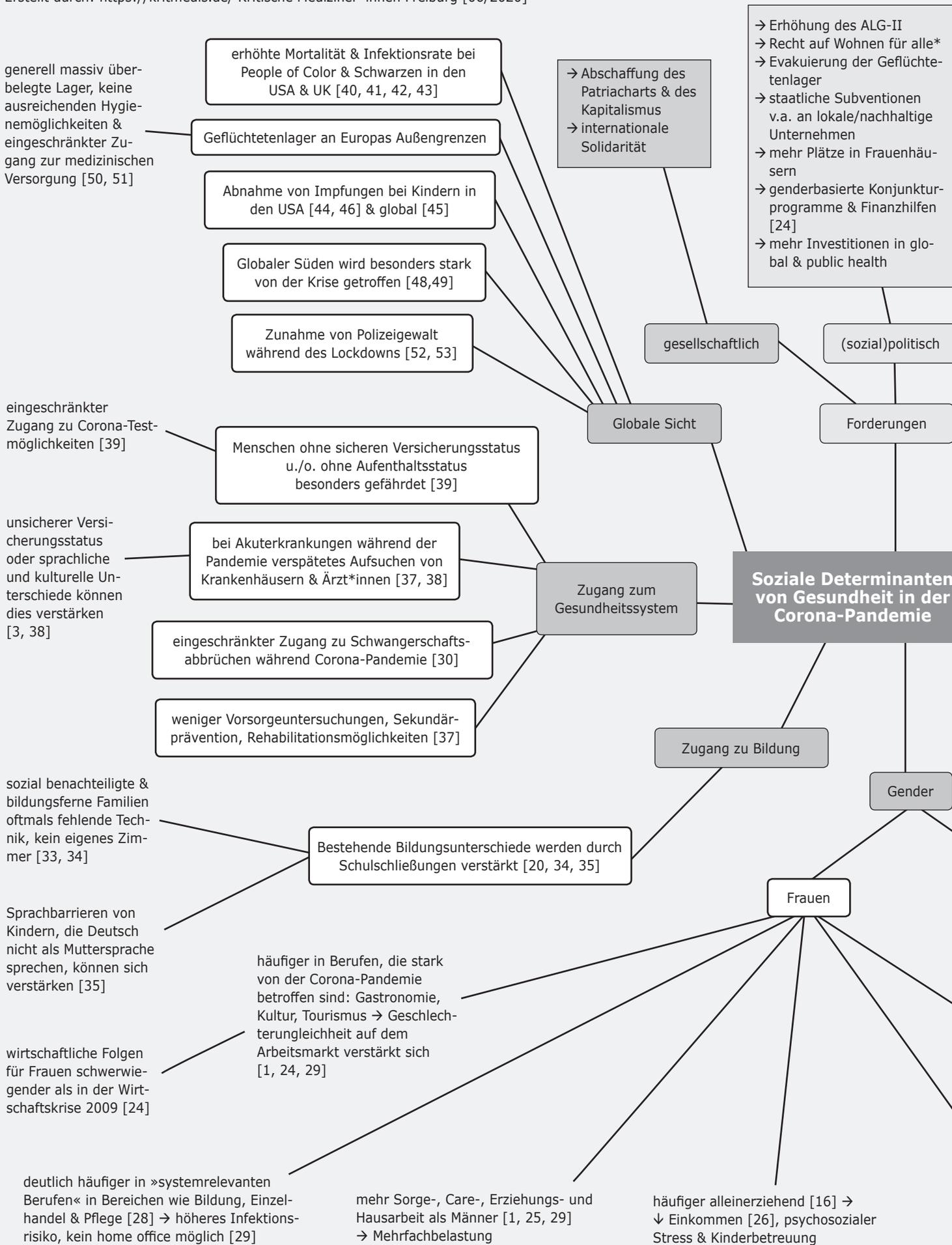
- grundsätzliche Umstrukturierung des Maßregelvollzugs
- Einführung des allgemeinen gesetzlichen Mindestlohns für arbeitende Gefangene und entsprechende Anerkennung der Tätigkeit in der Rentenversicherung
- Angebot und Ermöglichung der Inanspruchnahme von Dolmetscher*innen bei Gesprächen mit ärztlichem Personal

Autor*innen: AK Knastmedizin des vdää, September / November 2020

1 An dieser Stelle wollen wir die Erkenntnisse und Schlussfolgerungen von Thomas Galli zur Abschaffung der Gefängnisse noch einbauen. Vgl. Thomas Galli: »Weggesperrt. Warum Gefängnisse niemandem nützen«, Hamburg 2020

Infografik Soziale Determinanten von Gesundheit

Erstellt durch: <https://kritmedis.de/> Kritische Mediziner*innen Freiburg [06/2020]



(Die Zahlenangaben beziehen sich auf ein Literaturverzeichnis, das sich auf der Homepage von Gesundheit braucht Politik findet: <https://gbp.vdaee.de/>)

Soziale Ungleichheiten werden durch die Corona-Pandemie verstärkt [1, 2, 32] wie auch in vorherigen Pandemien [17]

- Abschaffung der DRG's
- Personalausbau in den Krankenhäusern
- mehr community health centers [56]
- Gesundheitsversorgung für alle*: präventions- und bedarfsorientiert
- Verstaatlichung des Gesundheitssystem
- anonymer Krankenschein
- Stopp von Abwerbung medizinischen Personals aus dem globalen Süden

Gesundheitssystem

Allgemeines

Vorerkrankungen & Alter

Arbeitsverhältnisse

Wohnverhältnisse

Männer

Niedriger sozio-ökonomischer Status kann zu einer höheren Inzidenz und schwererem Verlauf von Covid-19 führen [2, 3]

Chronische Herzinsuffizienz, chronische Lungenerkrankungen, Rauchen, Adipositas, Diabetes Mellitus [4]

häufiger Vorerkrankungen u./o. Risikofaktoren bei ↓ sozio-ökonomischen Status, die zu einem schweren Verlauf bei Covid-19 führen können

aber nicht nur physische Risikofaktoren spielen eine Rolle → soziale Ausgrenzung marginalisierter Gruppen hat einen größeren Einfluss als vermutet [18]

höhere Inzidenz an psychischen Erkrankungen bei ↓ sozio-ökonomischer Status wie z.B. Depressionen [4]

Quarantäne & Folgen trifft psychisch vorbelastete Personen besonders stark [55]

in Pandemien ↑ häusliche Gewalt gegenüber Kinder [19, 29]

↑ bei finanziellen Nöten, häuslicher Quarantäne & psychischer Vorbelastung [5]

↑ Sterblichkeit bei sozialer Isolation → oftmals ältere, alleinlebende Menschen betreffend [54]

↓ sozio-ökonomischer Status: häufiger prekäre Arbeitsbedingungen u./o. ↓ Einkommen

oft home office & social (physical) distancing nicht möglich [1]

↑ Risiko für Einkommensausfälle, Arbeitslosigkeit & Jobverlust [1, 6] → größere Existenzängste [6]

Höhere Exposition von Luftverschmutzung bei ↓ sozio-ökonomischen Status [7] und Risikofaktor für schweren Verlauf von Covid-19 [8, 21, 23]

Wohnungslosigkeit

↑ Belastungen durch Schließen von Hilfseinrichtungen, fehlende Geldeinnahmen; ↑ Expositionsrisiko durch fehlende Selbstisolationsmöglichkeiten [3, 12, 13, 31]

↑ Infektionsgefahr durch Gemeinschaftsunterkünfte oder beengten Wohnraum

Beengter Wohnraum häufiger bei ↓ sozio-ökonomischen Status [3, 22]

dadurch mehr häusliche Gewalt, v.a. gegen Frauen* und Kinder [9, 15]

wahrscheinlich erhöhte Sterblichkeit an Covid-19 [18, 29]

in der Krisenzeit häufiger von häuslicher und/oder intimer Partnergewalt betroffen [5, 19, 29]

häufiger in unsicheren & prekären Arbeitsverhältnissen oder in Teilzeit beschäftigt [14] → aktuell stärker vom Arbeitsplatzverlust betroffen als Männer, oft keine Kurzarbeit möglich [24]

z.B. Einrichtungen für Geflüchtete [11,47] Pflegeheime, Haftanstalten, Unterkünfte für Erntehelfer*innen, Schlachthofangestellte etc.

↑ psychosoziale Belastung bei von Armut betroffenen Familien & beengtem Wohnraum [10]

Gesundheit »auf der Platte«

Von Jakob Zschiesche

Ein Workshop beim Gesundheitspolitischen Forum beschäftigte sich mit Wohnungslosigkeit und medizinischer Versorgung. Jakob Zschiesche von der vdäa-Regionalgruppe Halle-Leipzig berichtet von den dort gewonnenen Erkenntnissen und regt an, dass sich der vdäa in Zukunft offensiver damit beschäftigen möge.

Armut und Obdachlosigkeit sind extreme Ausprägungen sozialer Ungleichheit, die zusätzlich selbst als kritische Gesundheitsdeterminanten festzuhalten sind und ständig wechselwirken. Armut macht krank – Krankheit macht arm und drängt Menschen schnell an den Rand der Gesellschaft. Für Betroffene von Obdachlosigkeit manifestieren sich nicht nur schlechte Hygienebedingungen und Exposition gegenüber der Witterung, sondern diese Umstände bedingen sich gemeinsam mit Ausgrenzung, Vereinsamung und Verzweiflung untereinander. All diese Faktoren wirken sich, insbesondere als Dauerzustand, nachgewiesenermaßen negativ auf die Gesundheit aus. Aber auch bei allen weiteren gut erforschten sozialen Determinanten von Gesundheit ist davon auszugehen, dass sie sich bei obdachlosen und wohnungslosen Menschen besonders stark durchschlagen. Nicht zuletzt deswegen sollte es dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte ein großes Anliegen sein, sich mit diesen Problemen zu beschäftigen, die auch Produkt einer neoliberalen leistungsorientierten Gesellschaft sind. Diese Probleme schlagen sich insbesondere auf die Teilhabe- und Gesundheitschancen sowie Ausgrenzungsrisiken von den betroffenen Menschen nieder (Marmot & Wilkinson, 2004).

■ Soziale Ausgrenzung und Feindseligkeit gegenüber Wohnungslosen

Obdachlosendiskriminierung wurde schon lange vor der Machtergreifung der Nazis beschrieben, während der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft war sie jedoch besonders vehement. Wohnsitzlose, »selbstverschuldete Fürsorgeempfänger*innen«, sogenannte »Arbeitsscheue« und viele weitere wurden von den Nazis als »Asoziale« kriminalisiert und verfolgt. In deutschen KZ mussten dafür Zehntausende vor ihrer Ermordung schwarze Winkel tragen. Trotzdem hat ihre Anerkennung als Opfer der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft bis ins Jahr 2020 auf sich warten lassen. Im Januar 2020 wurde 75 Jahre nach der Befreiung von Auschwitz beschlossen, dass damals sogenannte »Asoziale« und »Berufsverbrecher« in Zukunft zu den NS-Opfergruppen gezählt werden sollen. Für Entschädigungen ist es aber zu spät. Der Antrag wurde von Parteipolitik überschattet und es war den demokratischen Fraktionen des Bundestages nicht möglich, sich auf einen gemeinsamen Antrag zu einigen. (Biallas, 2020)

Die Diskriminierung von Obdachlosen ist durch die Geschichte fortwährend zu beobachten. Auch heute forcieren überwiegend rechte Gruppierungen immer wieder deren Erniedrigung und schüren Diskriminierung auch innerhalb der Bedürftigen selbst, indem sie bspw. Schlafsäcke und Lebensmittel nur an Deutsche ausgeben. Nebstdem tut auch die AfD mit ihren Anfragen an die Landesparlamente nach nicht-deutschen und deutschen Wohnungslosen ihren Teil (Schenk, 2018, S. 26).

Obdachlosendiskriminierung endet immer wieder in körperlicher Gewalt bis hin zu Mord. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. zählte von 1989 bis 2017 insgesamt 236 Todesfälle und 794 Körperverletzungen von Obdachlosen durch Angriffe von Nicht-Wohnungslosen. Unter den 193 Todesopfern rechtsextremer Gewalt seit 1990 sind 26 Obdach- und Wohnungslose. Dazu kommen acht Menschen, die ermordet wurden, weil die rechtsextremen Täter*innen sie als »Asoziale« ansahen.

Trotz alledem kann die soziale Ausgrenzung nicht hauptverantwortlich einfach Rechten zugeschrieben werden. Denn soziale Ausgrenzung gilt als ein erweitertes Armutsverständnis und meint die gesamtgesellschaftliche und politische Integrationsschwäche sowie die nicht gelingende Gewährleistung eines allgemein akzeptierten Lebensstandards für alle.

Des Weiteren ist festzuhalten, dass soziale Ausgrenzung weit über spezifische Problemanalysen hinausgeht und nicht gleichzusetzen ist mit Schlagworten wie Versorgungsdefiziten à la Einkommensarmut, Mittel- oder Arbeitslosigkeit. Die politische Diskriminierung äußert sich in ungenügend zugänglichem Wohnraum; strukturell zeigt sich Diskriminierung eindrücklich in bspw. der sogenannten Anti-Homeless Architecture, durch die der öffentliche Raum für Wohnungslose möglichst ungerecht gestaltet wird (Böhnke, 2005, S. 31).

Empirische Forschungen zeigen eine zunehmende Abwertung von Wohnungslosen, u.a. weil Menschen verstärkt nach ihrer gesellschaftlichen »Nützlichkeit« betrachtet und deshalb als »nutzlos« empfundene Obdachlose diskriminiert würden. Wilhelm Heitmeyer vom Institut für interdisziplinäre Konflikt- und Gewaltforschung prägte den Begriff der gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit auch in Bezug auf Obdachlose und veröffentlicht seine Ergebnisse dazu anschaulich in seinen Büchern »Deutsche Zustände« (Heitmeyer, 2011).

SOCIAL DETERMINANTS FACTORS THAT INFLUENCE YOUR HEALTH

HOUSING

Housing and health are connected. Where and how people live can influence how healthy they are and how well they live. Housing is linked to:

| | | |
|---|---|--|
| <p>OPPORTUNITY</p>  <p>LEAD POISONING</p> <p>About 500K kids ages 1-5 have elevated blood lead levels. High levels are often linked to lead paint & dust in homes.</p>  <p>GOOD HEALTH</p>  | <p>EXPENSES</p> <p>49.3% of renters spent more than 30% of their income on housing in 2014.</p> <p>26.4% spent more than half of their income on housing.</p>  <p>EQUITY</p>  | <p>ASTHMA RISKS</p>  <p>24M Americans have asthma — including 6.3M children.</p> <p>Asthma can be triggered by pests, indoor allergens & poor ventilation.</p> <p>COMMUNITY</p>  |
|---|---|--|

Follow 8 principles for a healthy home: Keep it well-ventilated, contaminant-free, clean, safe, pest-free, well-maintained, dry & at a comfortable temperature.

The NATION'S HEALTH
A PUBLICATION OF THE AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION

www.thenationshealth.org/sdoh

■ Wohnungslose haben Namen und Gesichter, eine Annäherung

Die verengte Sicht auf Wohnungslosigkeit scheint überwiegend die Verelendung und Verwahrlosung wahrzunehmen, wobei diese Aspekte allerdings nur für einen kleinen Teil der Wohnungslosen zutreffend sind. Es muss auf die Vielfältigkeit von Wohnungslosigkeit hingewiesen werden, um anschließend gezielter über Ansätze für Hilfestellungen und Prävention sprechen zu können. Denn sicher ist, die typische wohnungslose Person gibt es nicht.

Der Begriff »wohnungslos« umschreibt allgemein Menschen ohne Mietvertrag und Eigentumswohnraum. Weshalb wir es mit einer heterogenen Gruppe an Menschen zu tun haben, mit vielen unterschiedlichen Problemlagen und einer noch größeren Zahl an Gründen für ihre Lebenssituationen. Wohnungslose sind u.a. Personen in Notunterkünften, Asylslagern, Frauenhäusern und Menschen, die bspw. bei Bekannten wohnen. Die Ursachen rei-

chen von einschneidenden Erlebnissen wie Scheidung, Jobverlust und Haftentlassung bis hin zu psychischen Erkrankungen, Einkommensarmut, ausgrenzender Wohnungspolitik und Diskriminierung bei der Wohnungsvergabe. Letztendlich geht es fast immer um multifaktorielle Problemkomplexe, was bedeutet, dass Wohnungslosigkeit viele Gesichter mit ihren jeweils ganz eigenen Biografien, Träumen und Lebensentwürfen kennt.

Dahingegen beschreibt Obdachlosigkeit nur einen bestimmten Teil von Wohnungslosigkeit und bezeichnet eine Personengruppe, die keinen Zugang zu einer Unterkunft jeglicher Art besitzt. Diese Menschen müssen im öffentlichen Raum, in Parks, Bahnhöfen, Bushaltestellen oder unter Brücken unterkommen. 41.000 Menschen sind in Deutschland schätzungsweise ganz ohne Obdach. Zudem scheint der Begriff noch uneinheitlich definiert zu sein und es wird darüber diskutiert, ob er bereits eine Abwertung oder eine angedeutete Perspektivlosigkeit für die betroffene Person beinhaltet (Steckelberg, 2018, S. 37).

■ Gesundheit auf der Platte in Zeiten von Corona

»Auf der Platte« leben, bedeutet unter freiem Himmel schlafen, es bedeutet »auf der Straße« zu leben. In der Corona-Pandemie ist davon auszugehen, dass nicht nur die soziale Ungleichheit wie durch ein Vergrößerungsglas sichtbarer wird, sondern dass auch schon jetzt mehr Menschen »Platte machen«. Nicht nur, dass mehr Menschen ihre Einkommensbezüge wegbrechen und sie keine Miete mehr zahlen können, sondern auch, dass die Notunterkünfte ihre Schlafplätze reduzieren und Menschen mit Husten oder anderen Corona assoziierten Symptomen testen oder wieder wegschicken müssen, trägt zur Verschärfung der Situation bei. Außerdem sagen Betroffene, dass sie die Notunterkünfte meiden, weil sie das Ansteckungsrisiko als sehr hoch einschätzen. Viele sind sich ihrer ausgeprägten Vulnerabilität, aufgrund von bspw. verschiedener Vorerkrankungen, durchaus bewusst.

Die Prävalenzen für viele Krankheiten, aber im besonderen Maße für

Krätze-/Läusebefall, Infektionskrankheiten, Atemwegserkrankungen sowie für psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen, Psychosen, Alkoholsucht und Drogenabhängigkeit unter Wohnungs- und Obdachlosen war immer hoch (Gesundheitsbericht, 2016; Kaduszkiewicz et al., 2017) und sie scheint anzusteigen. Es stellt sich die Frage, wen die Politik meint, wenn es immer wieder heißt, dass Risikogruppen in der Pandemie besonderen Schutzes bedürfen?

73% der Obdachlosen meiden trotz Krankheit eine ärztliche Behandlung, was eine späte Diagnosestellung sowie eine häufigere Chronifizierung von Erkrankungen mit sich bringt (Bader & Offe, 2019). 63% der Wohnungslosen besitzen keine Krankenversicherung (Goetzens, 2019) Wie kann das sich gegenseitig bedingende Misstrauen abgebaut werden und ein bedarfsgerechtes Angebot aussehen?

■ Housing first

Die angesprochene Wechselwirkung von sozialer Ausgrenzung, Wohnungslosigkeit und Krankheit stellt sich den Betroffenen als ein Teufelskreis dar, den Hartmut Häussermann und Martin Kronauer in ihrem Buch »Räumliche Segregation und innerstädtisches Ghetto« formuliert haben: »Der ›Kündigung durch die Gesellschaft‹ wird resigniert oder trotzig eine ›Kündigung gegenüber der Gesellschaft‹ entgegengehalten.«

Aus Betroffenenperspektive lässt sich der Teufelskreis nur durchbrechen, wenn sie Zugang zu Wohnraum erhalten – »Housing first«, dieser Ansatz ist in Deutschland erstaunlicherweise noch wenig rezipiert und nur vereinzelt erprobt worden, wohingegen er in verschiedenen EU-Länder bereits großflächig angewendet wurde und insbesondere in Finnland gepaart mit Sozialwohnungsbau erfolgreich die Langzeitwohnungslosigkeit senken konnte. Eine wichtige Voraussetzung dabei wäre, ohne jeglichen Zwang und in Zusammenarbeit mit lokalen Akteuren und dezentral dieses Angebot auszurollen (Pleace, 2016 & Haas, 2017).

In Deutschland können wir hingegen ganz allgemein weiterhin von ei-

ner Wohnungsnot sprechen. Nicht nur sozialer Wohnraum wird immer knapper, entkommunalisiert und ungenügend neu gebaut, sondern auch in der Mitte der Gesellschaft müssen immer größere Anteile des Einkommens für Wohnraum aufgewendet werden. Der Begriff des Wohnungsnotfalls beschreibt einen Haushalt oder eine Person mit dringlichem Bedarf für Wohnraum bspw. bei drohender Zwangsräumung oder wenn unzumutbare Wohnumstände bestehen. Diese allgemeine Wohnungsnot hat die Zahlen wohnungsloser Menschen laut aktuellen Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) auf 678.000 Menschen steigen lassen: in Summe mittlerweile deckungsgleich mit der Einwohnerzahl von Stuttgart; während sich gleichzeitig die Anteile von Frauen und Kindern unter den Wohnungslosen vergrößern (Rosenke, 2019).

Hieraus ergibt sich eine Forderung an die Politik: Wohnraum zur Verfügung stellen – pragmatisch und unbürokratisch.

■ (Gender)spezifische Probleme unter Wohnungslosen

Zwar sind laut Statistik deutlich mehr Männer wohnungs- und obdachlos, jedoch ist zu bedenken, dass der Anteil von Frauen und Transmenschen besonders schwer zu ermitteln ist. Viele Menschen leben in »verdeckter Wohnungslosigkeit«. Mauricio Lara Martínez berichtet im Podcast »Armut und Gesundheit – Gender & Gesundheit« davon, dass Notunterkünfte oft von Männern dominiert werden und diese Notunterkünfte deshalb von Frauen und Transmenschen vermehrt gemieden werden. Auch das Leben »auf der Straße« wird aufgrund diverser Gefahren mit allen Mitteln versucht zu vermeiden, wodurch es wiederum zu toxischen Abhängigkeitsverhältnissen kommen kann, falls bspw. die Notlösung eine nur bedingt freiwillig gewählte Wohngemeinschaft ist. Außerdem behindern die Bedingungen in Notunterkünften die soziale Inklusion durch meist begrenzte Öffnungszeiten nach »sleep only«, während der Tag draußen in der Kälte verbracht werden

PREVENTING TRANSMISSION
of HIV/AIDS, Hepatitis B & C and Sexually Transmitted Diseases

Providing people with necessary methods of prevention:

- Male and female condoms and lubricants
- Pre- and post-exposure prophylaxis for HIV
- Hepatitis B vaccination

Providing services:

- Counselling and education
- Voluntary HIV self-testing at the workplace
- Health services for HIV and Hepatitis B

Improving healthcare standards:

- Standard precautions for infection control in healthcare
- Safe needle devices for healthcare

Changing policy: Decriminalization of sex work

World Health Organization #WorkersHealth

muss. Es gibt keine Rückzugsräume, Sexualität und Besuch sind nicht vorgesehen (Martínez, 2020).

■ Fazit

Wir haben gezeigt, dass die Wohnraumproblematik ein gesundheitspolitisches Feld und eine Frage von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung ist. Zur Bekämpfung von Wohnungslosigkeit stellen sich kurzfristige Ziele wie »Housing first«, um Grund- und Existenzbedarfe zu sichern und Zwangsräumungen auszusetzen, mittelfristig steht der Abbau bürokratischer Hürden, um Teilhabe zu erhöhen und langfristig die Begegnung der sozialen Ausgrenzung mit einem solidarischen Gesellschaftsentwurf entgegenzuwirken.

Auf diesem Weg gilt es, den Health-in-all-policies-Ansatz gegenüber der institutionellen Politik einzufordern und auf der anderen Seite über Bündnisarbeit mit Initiativen wie der »Recht auf Stadt«-Bewegung zusammenzuarbeiten. So können neue Perspektiven für die Gesundheitsförderung gewonnen und gleichzeitig andere soziale Kämpfe mit gesundheitspolitischen Ar-

gumenten unterstützt werden. Von besonderem Interesse könnten darüber hinaus diejenigen Initiativen sein, die sich für ein solidarisches Miteinander einsetzten und Räume außerhalb ökonomischer Verwertungslogik schaffen. Hier könnten die neuen Poliklinken und Konzepte der kanadischen Community Health Centers die Rolle von Schnittstellen spielen.

Wir stehen im vdää mit diesen Überlegungen noch am Anfang von Debatten darüber, ob wir uns in einer Arbeitsgruppe intensiver mit Wohnungslosigkeit beschäftigen wollen, um uns der Thematik aus der gesundheitspolitischen Perspektive adäquat anzunähern. Bei Interesse schreibt gerne der Geschäftsstelle für weitere Vernetzung.

Jakob Zschesche ist Medizinstudent in Halle und im erw. Vorstand vom vdää.

Quellenverzeichnis

1. Bader, C., & Offe, J.: Zurückgelassen – wen unser Gesundheitssystem ausschließt, Ärzte der Welt Gesundheitsreport, 2019, Ärzt*innen der Welt, Retrieved 12 06, 2020, in: file:///tmp/mozilla_bobby0/rzte%20der%20Welt%20Gesundheitsreport%202019.pdf

2. Biallas, J.: Anerkennung als NS-Opfergruppe, Deutscher Bundestag, Parlamentsnachrichten, 15.01.2020, <https://www.bundestag.de/presse/hib/677772-677772>
3. Böhnke, P.: Teilhabechancen und Ausgrenzungsrisiken in Deutschland. Ungleichheit – Ungerechtigkeit, 37/09.12.2005, 31
4. Gesundheitsbericht – zur Lage der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdachloser Menschen 2016, Obdachlosigkeit macht krank, Retrieved 06.12.2020, in: http://www.obdachlosigkeit-macht-krank.de/assets/gesundheitsbericht_zahn-medizinische-versorgung-wohnungsloser-menschen_web.pdf
5. Goetzens, M.: Medizinische Versorgung Wohnungsloser. Erfahrungen in 2018 aus der Elisabeth-Straßenambulanz, Kongress Armut & Gesundheit 2019
6. Haas, M.: Die Kunst zu wohnen, Süddeutsche Zeitung 09.12.20017, <https://sz-magazin.sueddeutsche.de/die-loesung-fuer-alles/die-kunst-zu-wohnen-84281>
7. Heitmeyer, W.: Deutsche Zustände (4th ed., Vol. 10), Frankfurt 2011
8. Kaduszkiewicz, H., Bochon, B., van den Bussche, H., Hansmann-Wiest, J., & van der Leeden, C.: Medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen, Deutsches Ärzteblatt, 40/2017, 10.3238/arztebl.2017.0673
9. Marmot, M., & Wilkinson, R.: Die Fakten (2nd ed.), 2004
10. Martínez, M. L.: Wohnungsnot, Geschlecht und Gesundheit, Public Health Podcast 15.05.2020, Retrieved 05.12.2020, from <https://www.armut-und-gesundheit.de/podcast>
11. Pleace, N.: Housing First Europe, 02/2016, Retrieved 05.12.2020, from <https://housingfirsteurope.eu/assets/files/2017/12/housing-first-guide-deutsch.pdf>
12. Rosenke, V.: Zahl der Wohnungslosen, Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 11.11.2019, Retrieved 05.12.2020, in: https://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/
13. Schenk, B.-M.: Eine Geschichte der Obdachlosigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, Wohnungslosigkeit, 68. Jahrgang, 25–26/2018, 26
14. Steckelberg, C.: Wohnungslosigkeit als heterogenes Phänomen, Wohnungslosigkeit, 68. Jahrgang, 25–26/2018, 37

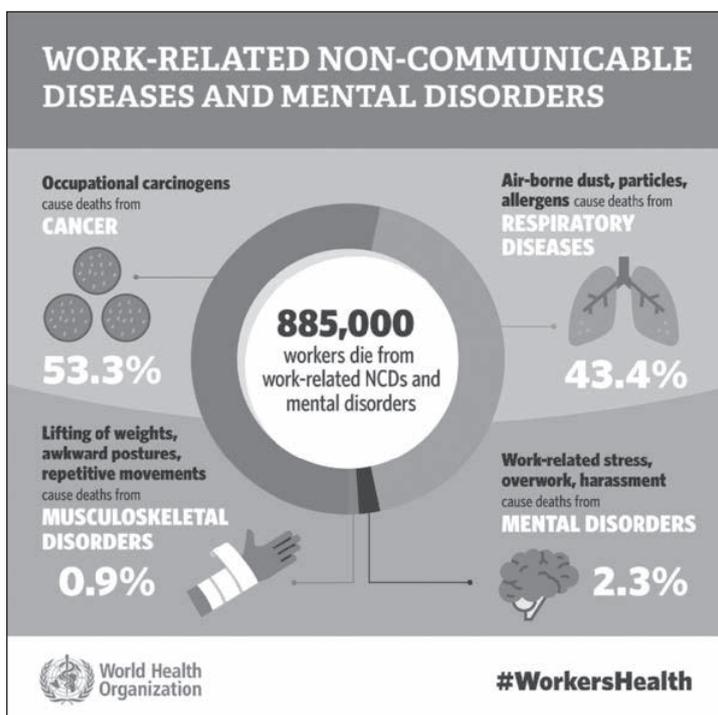
Der vdä wächst ...

Überraschend erfreulich sind die steigenden Mitgliederzahlen des vdä. Dies freut uns umso mehr, als auch die Zahl der aktiven Mitglieder deutlich zunimmt. Auf der anderen Seite folgt daraus ebenfalls, dass die inhaltlichen und organisatorischen Anforderungen an den vdä zunehmen. Auch eine gestiegene Zahl an Presse- und Bündnis Anfragen erhöhen das Arbeitspensum. Wir können diesen Mehranforderungen aktuell nur bedingt gerecht werden. Wertvolle Initiativen von Mitgliedern können nicht im gewünschten Umfang unterstützt werden. Wir können auch unsere Möglichkeiten, in Bündnissen aktiv(er) zu werden, bei weitem nicht nutzen. Der (geschäftsführende) Vorstand diskutiert daher seit längerem, wie dem zu begegnen ist. Als erster Schritt ist geplant, die Geschäftsstelle personell zu entlasten. Dies ist aufgrund des anhaltend erhöhten Arbeitsanfalles dringend geboten. Aktuell planen wir die Einrichtung einer 450 € Minijobstelle. Deren Finanzierung ist bereits durch die Mehreinnahmen aus den Mitgliedsbeiträgen gesichert. Wir planen, schnellstmöglich die Stundenzahl zu erhöhen, und werden deshalb die Mitglieder befragen, ob sie mit einer moderaten Anpassung des Mitgliedsbeitrages einverstanden sind. Zudem werden wir weitere Finanzierungsmöglichkeiten entwickeln und sie in den nächsten Monaten darstellen. Welchen Stundenumfang die Stelle letztlich haben wird, hängt natürlich auch sehr von der weiteren Entwicklung der Mitgliederzahlen ab. Die Erweiterung der Geschäftsstelle soll dabei helfen, die Arbeit der bestehenden Arbeitskreise zu intensivieren, die Gründung neuer Arbeitskreise zu unterstützen; auch die Regionalgruppen und die Redaktion sollen so weiterentwickelt werden können.

Die neu einzustellende Person sollte einerseits die Geschäftsführerin organisatorisch, also bei den Vereinsverwaltungsarbeiten (z.B. Mitgliederverwaltung, Dokumentation, Schriftwechsel) entlasten und andererseits gesundheitspolitisch aktiv mitarbeiten können. D.h. sie müsste bereit sein, an Arbeitskreissitzungen teilzunehmen, selbst Veranstaltungen zu organisieren und durchzuführen und ggf. auch in der Redaktion mitzuarbeiten, sowie den vdä in Bündnissen zu vertreten. Gesundheitspolitische Vorerfahrungen wären sehr erwünscht. Wir gehen davon aus, dass der überwiegende Teil der Arbeit im Homeoffice erledigt werden kann, Reisen – auch am Wochenende – werden im begrenzten Umfang allerdings unvermeidlich sein. Auch wird es uns nicht möglich sein die anfallende Arbeit gleichmäßig über das gesamte Jahr zu verteilen.

Interessierte melden sich bitte bis zum 31.01.2021 in der Geschäftsstelle.

Wir würden uns sehr freuen, wenn wir den Anstoß geben könnten, die weiteren notwendigen Veränderungen im Verein möglichst breit zu diskutieren.



Armut: Nährboden für resistente Erreger

Soziale Determinanten in den Blick nehmen!

In OECD-Ländern sind durchschnittlich etwa 17 % aller auftretenden Infektionen resistent. In Indonesien, Brasilien oder der Russischen Föderation sind es dagegen 40-60%.¹ Verantwortlich für die hohe Bürde in ärmeren Ländern sind nicht zuletzt soziodemografische Faktoren. Claudia Jenkes stellt uns eine Untersuchung der BUKO Pharma-Kampagne mit Fallbeispielen aus Indien, Südafrika und Tansania vor.

Dass Armut und Reichtum immensen Einfluss auf die Gesundheit haben, ist nicht neu. Das Thema *Antibiotika-Resistenzen (ABR)* bestätigt diesen Zusammenhang einmal mehr und wird die Ungleichheit weiter verschärfen. Denn die Behandlung resistenter Krankheitsformen dauert länger, ist weitaus teurer und hat mehr Nebenwirkungen. Auch die Heilungschancen sind schlechter. All das belastet öffentliche Kassen ebenso wie den privaten Geldbeutel. Bis 2030 könnten weltweit 24 Millionen Menschen aufgrund antimikrobieller Resistenzen in extreme Armut fallen, prognostiziert die Weltbank – die meisten in ärmeren Ländern. Denn hier existieren häufig keine

sozialen Sicherungssysteme, die Wenigsten sind krankenversichert und ganze Familien gleiten bei langwierigen Erkrankungen eines Angehörigen in die Armut ab.² Doch Antibiotikaresistenzen vergrößern nicht nur die Armut und schmälern die Aussicht vieler, sich ein gesundes Leben leisten zu können. Der Zusammenhang gilt auch umgekehrt: Elende Lebensbedingungen und mangelnder Zugang zu Gesundheitsversorgung bzw. Bildung fördern massiv die Entstehung von Resistenzen und erhöhen signifikant das Risiko, sich mit resistenten Erregern zu infizieren. Die folgenden Beispiele aus drei Ländern werfen Schlaglichter auf soziodemografische Risikofaktoren von ABR. Ganz im Sinne des One-Health-Paradigmas³ nehmen sie die Bereiche Mensch, Tier und Umwelt in den Blick.

ihre Dienste an und sind für arme Menschen häufig die einzige Chance auf eine medizinische Versorgung.⁴ In Indien praktizieren fünfmal so viele Heiler*innen wie ausgebildete Mediziner*innen. Sie werden massiv von Pharmafirmen umworben, denn die Gewinnspannen beim Verkauf von Antibiotika sind hoch. Umso häufiger sind irrationale Verschreibungen: Eine Auswertung von über 15.000 Rezepten aus solchen Praxen ergab, dass bei Antibiotika-Verschreibungen zu 95% Breitband-Antibiotika verordnet wurden, häufige Indikationen waren Zahnschmerzen, Fieber und Atemwegserkrankungen.⁵ Doch auch ausgebildete Ärzt*innen verordnen zu häufig Reserveantibiotika – nicht zuletzt, weil es an geeigneten Diagnostika und an Labortechnik fehlt, um den Erreger und seine Sensibilität zu bestimmen.

Das Projekt

Von September 2019 bis Februar 2020 hat die BUKO Pharma-Kampagne gemeinsam mit Partnern in Indien, Tansania und Südafrika die Ursachen und Folgen von Antibiotikaresistenzen untersucht. Gemäß dem One Health-Ansatz standen dabei Mensch, Tier und Umwelt im Fokus. Vorhandenes Datenmaterial wurde zusammengetragen und ausgewertet. Um vorherrschende Probleme näher zu beleuchten, wurden Fallbeispiele entwickelt und Interviews mit zahlreichen Akteur*innen geführt. Alle Gespräche wurden aufgezeichnet und zu Kurzfilmen zusammengeschnitten. Sie sind wesentlicher Bestandteil einer Ausstellung zur globalen Resistenzproblematik:
<https://www.bukopharma.de/de/antibiotika>

■ Indien: Guter Rat ist teuer

Indien zählt zu den Ländern mit den höchsten Resistenzraten weltweit. Resistente Erreger verursachen tödliche Infektionen bei Neugeborenen oder erschweren die Behandlung von Tuberkulose und Cholera. Armut, beengte Wohnverhältnisse und Mangelernährung heizen die Problematik an. Sie führen zu hohen Infektionsraten und schüren den massiven Verbrauch sowie Fehlgebrauch von Antibiotika. Deren Verbrauch hat sich in der Humanmedizin zwischen 2010 und 2015 in Indien mehr als verdoppelt. Selbstmedikation oder die Verordnung durch Heiler*innen bzw. informelle Ärzt*innen – vor allem im ländlichen Indien – sind gang und gäbe. Die selbsternannten Doktor*innen bieten kostengünstig

■ Tansania: Mangelnder Zugang zu Versorgung

In Tansania sind Antibiotika verschreibungspflichtig. Doch der Schwarzmarkt floriert und häufig wandern sie ohne Rezept über die Ladentheke. Auch Apotheken geben Antibiotika oft ohne Verschreibung ab, teilweise einzelne Tagesdosen, weil sich die Patient*innen den kompletten Behandlungszyklus nicht leisten können. Eric Alexander Mboya und seine Kolleg*innen untersuchten die Abgabe von Antibiotika in Nord-Tansania. Sie befragten Erwachsene, die ein Antibiotikum in einer Apotheke erstanden hatten. 80% der Verkäufe waren ohne Rezept und etwa ein Viertel der Befragten kaufte lediglich einzelne Tabletten.⁶ Rund die Hälfte erhielt Antibiotika ge-

gen Grippe-symptome oder Husten. Bei Patient*innen ohne Krankenversicherung war der irrationale Gebrauch doppelt so häufig wie bei den Versicherten.

Besonders oft werden Penicilline irrational verkauft und falsch verwendet. Die Mittel sind preiswert, zeigen aber wegen hoher Resistenzraten kaum noch Wirkung. Ein Schlüsselproblem ist das fehlende Bewusstsein, so die Kinderkrankenschwester Pendo Masanja: »Es ist gängige Praxis, ein eigentlich für fünf Tage verschriebenes Antibiotikum abzusetzen, sobald die Symptome nachlassen.«⁷ Die Kombination aus mangelnder Kenntnis und fehlendem Fachpersonal treibt die Resistenzproblematik voran. Ländliche Gebiete sind am schwersten betroffen, denn hier macht sich der Personal-mangel besonders stark bemerkbar. In den Gesundheitseinrichtungen fehlen Ärzt*innen und Pharmazeut*innen und wichtige Medikamente sind oft nicht vorrätig. Die Patient*innen müssen sich die Arzneimittel dann selbst beschaffen, aber es gibt nur wenige Apotheken und häufig Lieferengpässe.

■ Südafrika: Hohe Infektionsraten, hoher Verbrauch

Rund 5.500 Tonnen Antibiotika werden jährlich nach Südafrika importiert. Rund drei Viertel davon werden in der Humanmedizin verbraucht – das ist pro Kopf mehr als in den meisten anderen Ländern der Welt. Armutskrankheiten wie Tuberkulose und HIV/Aids sind weit verbreitet, das trägt zum hohen Verbrauch bei. Das Antibiotikum Cotrimoxazol macht z.B. im öffentlichen Sektor die Hälfte der gesamten Verbrauchsmenge an Antibiotika aus. Es wird gegen eine bei HIV-Patient*innen sehr häufige Form der Lungenentzündung eingesetzt. Die hohe HIV-Rate sorgt für einen riesigen Bedarf. Fast jeder fünfte Erwachsene ist mit dem HI-Virus infiziert.

Fehlverschreibungen sind ebenfalls eine immense Herausforderung. Sie sind gerade dort häufig, wo es an Hygiene, Zugang zu Diagnostika und preiswerten Therapien mangelt, erklärt Dr. Denasha Reddy, Internistin, in einem Krankenhaus in Soweto, Johan-



nesburg: »Ärzte glauben, dass es ihren Patient*innen mit Antibiotika schnell besser geht und sie sind sich nicht wirklich bewusst, welche Folgen der falsche Gebrauch hat. In ressourcenschwachen Gegenden neigen wir ganz besonders zu diesem Handlungsmuster, auch weil der Zugang zu Behandlungsalternativen sehr begrenzt ist. Wir halten Antibiotika für eine sichere Maßnahme, um PatientInnen schnell zu kurieren.«

■ Brennpunkt Tiermedizin

Auf der ganzen Welt steigen seit Jahren die Mengen an Antibiotika, die an Tiere verabreicht werden. Besonders im globalen Süden wächst der Einsatz rasant – mit gravierenden Folgen. Eine Übersichtsstudie von Van Boeckel u.a. wertete die Daten aus über 900 wissenschaftlichen Arbeiten zu diversen resistenten Erregern wie E. coli, Salmonellen oder Staphylococcus aureus in ärmeren Ländern aus.⁸ Dabei zeigten sich besorgniserregende Trends: Von 2000 bis 2018 nahm die Wirksamkeit antibiotischer Wirkstoffe gegen diese Erreger bei Schweinen, Hühnern und Rindern deutlich ab. Hotspots der Resistenzentwicklung sind Regionen, die landwirtschaftlich besonders inten-

siv genutzt werden, z.B. Nordost-Indien, Nordost-China, Nord-Pakistan, die Südküste Brasiliens oder auch das Rote-Fluss-Delta in Vietnam. Vor allem die Geflügelproduktion birgt ein hohes Risiko. Sie ist in ärmeren Ländern weit verbreitet und die kommerzielle Mast ist hochprofitabel – auch weil sie nicht viel Platz braucht. Hühner bekommen aber mehr Antibiotika verabreicht als jedes andere Nutztier.⁹

■ Indien: Abhängig von den Fleischproduzenten

In Indien hat sich die Hühnermast innerhalb weniger Jahrzehnte zu einer gewinnträchtigen Branche entwickelt – mit hohem Einsatz an Antibiotika. Die Geflügelmast ist dabei nicht nur Sache industrieller Großbetriebe. Viele Kleinbauern, die als Haupterwerb Zuckerrohr oder Reis anbauen, nutzen die Geflügelproduktion, um ein zusätzliches Einkommen zu generieren. Große Fleischproduzenten liefern die Eintagsküken und kaufen den Bauern 40 Tage später die schlachtreifen Tiere ab. Die Firmen stellen die Futtermittel und Medikamente, darunter auch Antibiotika. Im Bedarfsfall schicken sie den firmeneigenen Tierarzt. »Wir müssen nur für Licht, Wasser und einen Stall

SOLIDARISCHES GESUNDHEITSWESEN



»Armut und Ausgrenzung machen krank«.

Das muss und soll nicht so bleiben. Der Verein »Solidarisches Gesundheitswesen e.V.« engagiert sich für ein Gesundheitswesen, das allen Menschen einen sicheren Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung sowie Teilhabe an gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht. Wir treten für den Abbau gesundheitsgefährdender Verhältnisse in Gesellschaft und Umwelt ein. Und wir wollen uns besonders dafür einsetzen, dass bisher sozial und ökonomisch benachteiligte gesellschaftliche Gruppen (z.B. Arme, Geflüchtete, Migrant*innen) an der medizinischen Versorgung und Gesundheitsförderung teilhaben können. Wir widersetzen uns deshalb allen Tendenzen, soziale Gruppen von der medizinischen Versorgung auszuschließen oder ihre Gesundheitsressourcen zu beschneiden.

Der Verein gemeinnützig steht allen offen, die seine Ziele teilen. Wir engagieren uns in Kooperation und Vernetzung mit bereits bestehenden Organisationen und Initiativen.

Kontakt:

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.
Falkstraße 34, 60487 Frankfurt/Main
Solid-G.Wesen@gmx.de
<http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/>

Spendenkonto:

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

sorgen«, erklärt ein Landwirt im Interview. Die Tierhalter sind komplett abhängig von den Firmen. Sie wissen kaum etwas über die gelieferten Medikamente, Informationsmaterial in der Landessprache gibt es nicht.

■ Tansania: Kaum Tierärzte und Behandlung nach Gutdünken

Auch in Tansania ist der Tierarzneimittel-Markt kaum reguliert. Zwar dürfen nur Veterinär*innen Antibiotika verkaufen. In der Praxis spielen die gesetzlichen Vorgaben jedoch kaum eine Rolle. Kontrollen sind selten und Tierärzt*innen rar. Nur ca. 250 praktizierende Veterinär*innen sind es landesweit bei einem Bestand von 40 Millionen Nutztieren, Geflügel nicht eingerechnet.¹⁰ Die Tierhalter*innen sind also größtenteils auf sich selbst gestellt und verwenden Antibiotika nach Gutdünken – zur Behandlung von Erkrankungen, prophylaktisch oder auch als Wachstumsförderer. Eine Umfrage bei Landwirt*innen ergab, dass nur 30% schon einmal von Antibiotika-Resistenzen gehört hatten. Gut die Hälfte wusste nicht, bei welchen Krankheiten Antibiotika einzusetzen sind und 40% hatten keine Kenntnis darüber, dass der Gebrauch bei Tieren auch Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit haben kann. »Teilweise werden Medikamente verwendet, ohne dass die Bauern vorher die Gebrauchsanweisung gelesen haben. Sie verlassen sich einfach auf ihre Erfahrung oder auf das, was sie von Kollegen hören«, so ein Tierarzt. Entsprechend hoch sind die Resistenzraten und Antibiotika-Rückstände in Lebensmitteln wie Milch und Fleisch.

Gerade in armen Ländern sind die Lebensbedingungen ein entscheidender Faktor bei der Ausbreitung und Übertragung resistenter Keime. Oft werden Wasserstellen oder Wohnbereiche von Tier und Mensch gemeinsam genutzt. Schlachtabfälle werden aufs Land geworfen oder Kuhdung als Brennmaterial genutzt. Intensiver Viehhandel, häufige Besuche von Viehmärkten oder der Genuss ungekochter Milch sind ebenfalls eng verknüpft mit der Häufigkeit von resistenten Erregern.¹¹

■ Resistente Keime in der Umwelt

Antibiotische Rückstände und resistente Erreger in der Umwelt sind in armen Ländern eine Triebfeder von ABR. Vermutlich spielen sie eine entscheidende Rolle bei der Entstehung extrem resistenter Tuberkulose-Erreger und anderer multiresistenter Keime. Fehlende Abfallentsorgung und Abwassersysteme sind dabei ein zentrales Problem.¹² In Ländern mit niedrigem Pro-Kopf-Einkommen werden lediglich 8% des kommunalen und industriellen Abwassers behandelt. In Ländern mit hohem Pro-Kopf-Einkommen sind es 70%.¹³ In Südafrika wurden beispielsweise Rückstände von Fluorchinolonen und Makroliden sowie Cotrimoxazol, im Oberflächenwasser oder in Sedimenten von Flüssen nachgewiesen. Die Substanzen gelangen mit Abwässern, häuslichen Abfällen oder durch Lecks in der Kanalisation in die Umwelt. Nicht selten werden Reste von Antibiotika direkt in den Abfluss entsorgt oder landen auf Mülldeponien. Gerade in Armenvierteln, wo zahlreiche Haushalte nicht über eine Kanalisation oder sanitäre Einrichtungen verfügen, ist das ein ernstes Problem.

■ Antibiotikaproduktion in Indien

In Indien tragen internationale Pharmafirmen, die hier günstig Antibiotika produzieren lassen, Schuld am massiven Eintrag in die Umwelt. Die Stadt Hyderabad gilt mit über 30 Fabriken als Hochburg der Pharmaproduktion. Rund um die Produktionsanlagen ist das Wasser mit Antibiotika und hochresistenten Keimen verseucht. Ein Forscherteam des NDR entnahm Proben aus Abwasserkanälen, Bächen, Flüssen, Teichen und auch von Trinkwasser. In fast allen Proben fanden sich resistente Bakterien. Nur zwei waren unbelastet – sie stammten aus den Wasserhähnen eines Vier-Sterne-Hotels. Dagegen war das Trinkwasser aus zwei Siedlungen und das Grundwasser aus einem Bohrloch mit multiresistenten Erregern verunreinigt.¹⁴ Wie sich der massive Eintrag von Antibiotika in die Umwelt langfristig auswirkt, ist bislang kaum untersucht. Die Schät-

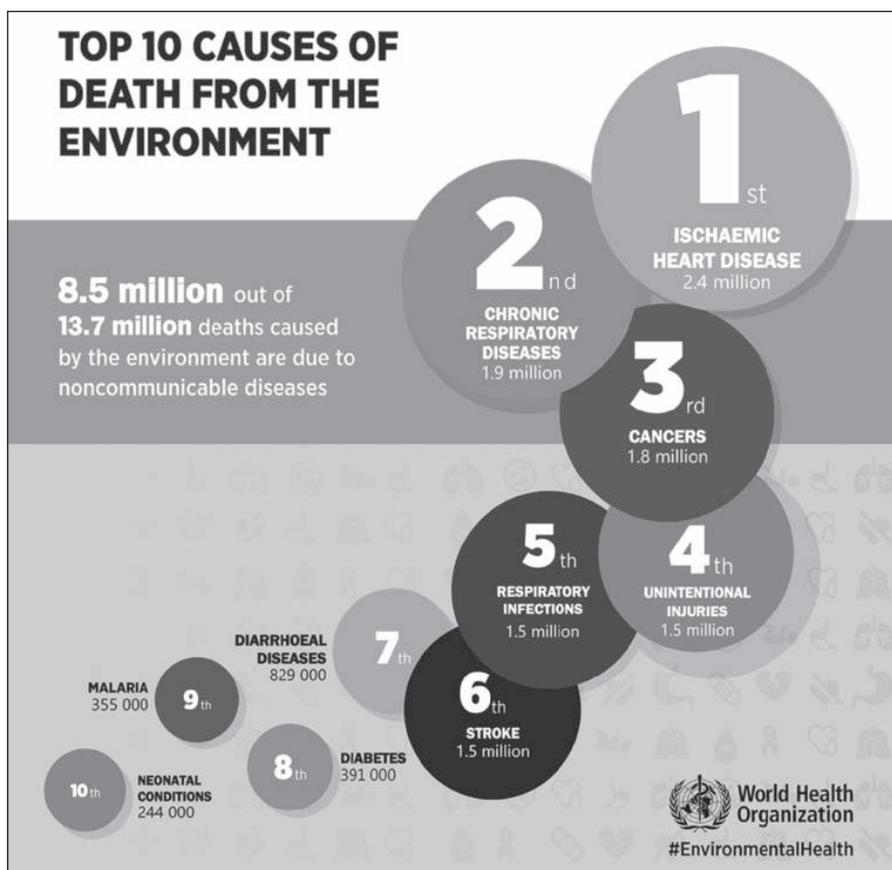
zungen und Richtlinien, die für Industrieländer gelten, sind jedenfalls von der Realität in armen Ländern meilenweit entfernt.

■ Kaum belastbare Daten

Menschen in ressourcenschwachen Settings erwerben resistente Keime mit höherer Wahrscheinlichkeit ambulant bzw. im häuslichen und sozialen Umfeld. Eine brisante Rolle spielen Resistenzmechanismen und Resistenzgene wie NDM-1 (New Delhi Metallo-beta-lactamase-1), die sich in armen Ländern entwickelt haben und weltweit ausbreiten. Doch die Datenlage ist spärlich. Armut und fehlende staatliche Gesundheitsversorgung führen zu großen Lücken bei der Datenerhebung und behindern ein effektives Resistenz-Monitoring.¹⁵ Denn Berichts- und Überwachungssysteme benötigen gut ausgestattete Labors und geschultes Personal. Arme haben außerdem kein Geld für kostenpflichtige diagnostische Tests. Es werden also vorrangig Resistenzen bei reichen Patient*innen erfasst, was die existierenden Daten erheblich verzerrt. Soziale Determinanten von ABR weltweit in den Blick zu nehmen und weiter zu erforschen ist also bitter nötig. Armutsbekämpfung und Universal Health Coverage – der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung – sind indes die beste Medizin gegen die Entstehung und Ausbreitung von Resistenzen weltweit.

Claudia Jenkes ist von Beruf Journalistin. Sie arbeitet als Geschäftsführerin und Projektkoordinatorin bei der BUKO Pharma-Kampagne. Interessenkonflikte: Ihr oblag die Koordination des oben beschriebenen Projektes zu ABR.

1. OECD: Stemming the Superbug tide, 2018, in: www.oecd.org/health/stemming-the-superbug-tide-9789264307599-en.htm – Zugriff 2.12.20
2. Siehe dazu: <https://bukopharma.de/themen/armut-und-gesundheit>
3. Das One-Health-Konzept nimmt die komplexen Zusammenhänge der Resistenzbildung zwischen Mensch, Tier und Umwelt in den Blick. Es strebt die enge Zusammenarbeit aller Akteure an, um Lösungsansätze zu entwickeln – und zwar weltweit. Denn Resistenzen bleiben nicht auf einzelne Regionen und Populationen beschränkt. Internationaler



Warenverkehr und wachsende Mobilität tragen dazu bei, dass resistente Bakterien geographische Grenzen in kürzester Zeit überwinden.

4. Fischer C et al.: Um jeden Preis? Untersuchung des Geschäftsverhaltens von Boehringer Ingelheim, Bayer und Baxter in Indien, BUKO Pharma-Kampagne, Bielefeld 2011, in: www.buko-pharma.de/images/pharmabriefspezial/2011/2011_01_Spezial_Indien.PDF -Zugriff 15.1.2020
5. Khare S et al.: Antibiotic Prescribing by Informal Healthcare Providers for Common Illnesses: A Repeated Cross-Sectional Study in Rural India, *Antibiotics* Basel 2019; 8(3), p 139 doi:10.3390/antibiotics8030139
6. Mboya E. A. et al.: Irrational use of antibiotics in the Moshi Municipality Northern Tanzania: a cross sectional study, *The Pan African Medical Journal* 2018; 31(165), in: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6492205/ – Zugriff 25.3.2020
7. Pendo Masanja, Kinderkrankenschwester, im Interview mit der RBA-Initiative im Dezember 2019
8. van Boeckel TP et al.: Global trends in antimicrobial resistance in animals in low- and middle-income countries, *Science* 2019; 365(6459), p 1266 doi: 10.1126/science.aaw1944
9. Rousham EK et al.: Human, animal and environmental contributors to antibiotic resistance in low-resource settings: integrating behavioural, epidemiological and One Health approaches, *Proceedings of the Royal Society* 2018;

285(1876), p 1-9 doi:10.1098/rspb.2018.0332

10. Angaben der Welttierschutzorganisation. Background Tanzania <https://welttierschutz.org/en/vetsa-united-tanzania/> – Zugriff 18.3.2020
11. Murugan Subbiah et al: Antimicrobial resistant enteric bacteria are widely distributed amongst people, animals and the environment in Tanzania, *Nature Communications* 2020, volume 11, Article number: 228, in: www.nature.com/articles/s41467-019-13995-5 – Zugriff 18.3.2020
12. WHO, FAO, OIE: Technical brief on water, sanitation, hygiene and wastewater management to prevent infections and reduce the spread of AMR, 2020
13. Weltwasserbericht der Vereinten Nationen. Zusammenfassung, Colombella 2017
14. Lübbert C et al.: Environmental pollution with antimicrobial agents from bulk drug manufacturing industries in Hyderabad, South India, is associated with dissemination of extended-spectrum beta lactamase and carbapenemase-producing pathogens, *Infection* 2017; 45(4), p 479-491 doi:10.1007/s15010-017-1007-2
15. IACG: No time to wait. Securing the future from drug-resistant infections. Report to the Secretary General of the United Nations, 2019, in: https://www.who.int/antimicrobial-resistance/interagency-coordination-group/IACG_final_report_EN.pdf?ua=1 – Zugriff 27.1.2020

Wissenschaft mit Konsequenzen

Interview mit Ben Wachtler zu den Thesen von Wilkinson und Pickett

Unter dem kryptischen Titel »Gleichheit ist Glück« erschien 2010 ein wichtiges Buch von Richard Wilkinson und Kate Pickett auf Deutsch, das die These vertritt, dass gerechte Gesellschaften nicht nur für die einzelnen Individuen, sondern warum sie für alle besser sind. Felix Ahls und Cevher Sat interviewten Ben Wachtler zu den Thesen, Begründungen und zur Wirkung dieses Buchs auf die Debatte und die praktische Politik.

Cevher/ Felix: Die Kernthese von Richard Wilkinson und Kate Pickett¹ ist, dass sozioökonomisch ungleichere Gesellschaften kränker sind als gleichere Gesellschaften. Wir haben das so verstanden, dass nicht nur die Folgen der sozioökonomischen Ungleichheit, wie schlechtere Bildung und Ähnliches krank machen, sondern auch die Ungleichheit selbst. Wie erklären die beiden das? Fallen Dir dazu Beispiele aus den in den Büchern analysierten Studien ein?

Ben Wachtler: Richard Wilkinson und Kate Pickett weichen in diesen beiden vielbeachteten Büchern ab von einem wichtigen anderen Gesetz über die Beeinflussung von Gesundheit, nämlich der Beobachtung, dass die Gesundheit bzw. die Lebenserwartung von Gesellschaften mit dem Pro-Kopf-Einkommen bzw. mit dem Bruttoinlandsprodukt zunehmen. Ausgedrückt wird das in der so genannten Preston Curve. Da sieht man, dass Länder, die eine hohe Wirtschaftsleistung aufweisen, auch eine bessere Lebenserwartung haben. Das geht aber nur bis zu einem gewissen Punkt und dann flacht diese Kurve ab und hat ein Plateau. Das heißt, dass wir in einem Bereich von hohen Bruttoinlandsprodukten bzw. hohen Pro-Kopf-Einkommen keine Zunahme der Lebenserwartung bei zunehmenden Pro-Kopf-Einkommen in einer Gesellschaft mehr erkennen können. Die Ökonomen nennen dies das sogenannte Gesetz der »diminishing marginal returns«, das heißt in dem Bereich wird das »Delta«, was man erzeugen kann, also die Zunahmen an Lebenserwartung pro Zunahme an

wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Gesellschaft, immer kleiner. Und in diesem Bereich der Hoch-Einkommensländer oder der Ländern mit entwickelten Ökonomien betrachten nun Wilkinson und Pickett andere Faktoren, die die dramatischen Unterschiede in der Lebenserwartung von bis zu über 10 Jahren zwischen den Ländern erklären können

Zwischenfrage: Sie vergleichen Länder, die auf einem ähnlich hohen Produktivitätsstand sind?

Ben: Ja, es sind die OECD-Länder², für die diese Korrelation gilt. Bei den Ländern mit sich entwickelnden Ökonomien sieht man ja häufig noch eine Zunahme der Lebenserwartung mit zunehmender Wirtschaftsleistung. Das sieht man in den OECD-Ländern nicht mehr, sondern da sind die Gesetzmäßigkeiten, die eine Rolle spielen, andere. Wilkinson und Pickett kommen zu dem Schluss, dass in deren Fall die Einkommensungleichheit das ausschlaggebende Argument für verschiedene Gesundheitsoutcomes ist. Und zwar für die Lebenserwartung, die allgemeine Krankheitslast, Adipositas, Teenager-Schwangerschaften, aber auch soziale Phänomene wie die Rate an Mord und Totschlag, die Anzahl von Inhaftierten und schulische Leistungen. Was sie dabei vor allem leisten, ist, die empirische Evidenz aus verschiedenen Datensätzen und der internationalen wissenschaftlichen Literatur zusammenzustellen und in diesem Buch sehr populärwissenschaftlich, allgemein verständlich mit ihren eigenen Analysen zusammenzuführen.

Kannst Du erklären, warum sie mit diesem Buch so bekannt geworden sind? Sind die Thesen neu oder liegt es am populärwissenschaftlichen Rahmen ihrer Arbeit?

Wilkinson und Pickett waren auch vor diesen Büchern schon bekannte Sozialepidemiologen, sie haben also eine lange Geschichte in der britischen Sozialepidemiologie. Diese erste große Untersuchung der britischen Regierung beschäftigten sich mit den Klassenunterschieden in der Sterblichkeit. Aber sie sind sicherlich am bekanntesten, weil sie ihre These so pointiert hervorgebracht haben. Die Literatur zu Einkommensungleichheit und Gesundheit hat dabei vor allem mit der Zunahme der Einkommensungleichheit zugenommen und das war vor allem seit den 80er Jahren der Fall. Es ist also nicht so, dass es etwas ist, was sich Wilkinson und Pickett alleine ausgedacht haben. Sie präsentieren bereits 2006 eine erste Übersichtsarbeit, wo sie auf knapp 200 Artikel zum Thema Bezug nehmen können.

Was sie aber getan haben, ist, die wirklich vorhandene empirische Evidenz in ihrem Buch »The Spirit Level« zusammenzufassen und mit eigenen Analysen pointiert darzustellen. Die Erklärungsmuster dafür haben sie dann in ihrem Buch »The Inner Level« erläutert. Es ist sicherlich ihr Verdienst, dass sie dieses Argument dadurch sehr stark gemacht haben, dass sie die Evidenz gebündelt und sich dabei nicht nur auf theoretische Modelle verlassen, sondern auch die Empirie in den Vordergrund gestellt haben. Wichtig ist natürlich auch, dass sie »The

Spirit Level« 2009, also in der Finanzkrise veröffentlicht haben, wo Einkommensungleichheit ein großes Thema war. Sicher ist ihr Buch deshalb auch so stark rezipiert worden. Die ganze andere Literatur aus dem sozialegpidemiologischen Bereich ist ausschließlich in englischer Sprache verfügbar. Das Buch »The Spirit Level« war aber so ein Erfolg – wahrscheinlich auch aufgrund der besonderen historischen Situation –, dass es auch ins Deutsche übersetzt wurde und international ganz stark rezipiert wurde. Ergänzen möchte ich noch, dass Wilkinson und Pickett diese Korrelation, die vorher beobachtet wurde, zuspitzen bis hin zur Behauptung einer Kausalität: Sie halten wirklich Ungleichheit dafür verantwortlich, dass es zu schlechten Gesundheitsoutcomes kommt. Damit sind sie sicherlich die Protagonist*innen.

Wenn ihre Arbeiten so stark rezipiert wurden, gab es dann auch politische Reaktionen darauf? 2009 ist ja nun schon 11 Jahre her.

Ich glaube, dass jeder, der politisch aktiv ist, weiß, dass sich seither nicht viel getan hat Richtung egalitärer Umverteilung. Umverteilung findet zwar dauernd statt, aber durchgehend in die falsche Richtung. Die politische Wirksamkeit davon richtig abzuschätzen, ist extrem schwer. Man muss sagen, dass Wilkinson und Pickett das sehr stark machen. Sie haben extrem viele Vorträge auch jenseits des wissenschaftlichen Bereichs gehalten – auch mit Informationen der in Frage kommenden politischen Parteien. Sie haben einen Thinktank und eine Advocacy Group³, wo es vor allem um eine Umverteilungspolitik geht, die sie versuchen zu promoten. Wir wissen aber alle, dass sich in den letzten Jahren in Europa diesbezüglich nicht viel getan hat.

Ich fand sehr spannend, dass sie die gängigen Erzählungen davon, wie die sozialen Determinanten auf den Körper wirken, ergänzt haben, indem sie sagen: Nicht gesundheits-schädliches Verhalten alleine führt zu z.B. Übergewicht und so weiter, sondern die Stresssituation infolge dieser Ungleichheit, infolge von Statusangst hat auch schon eine Auswirkung auf die Gesundheit. Hast Du das auch so interpretiert und kannst Du das bitte näher erläutern?

Ja, damit sind Wilkinson und Pickett nicht alleine, aber sie sind sicherlich mit die bekanntesten Befürworter des psychosozialen Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Dieses hat unterschiedliche zugrundeliegende Theorien, aber sagt im Wesentlichen, dass die selbst wahrgenommene relative Deprivation, also die Wahrnehmung der eigenen Benachteiligung bzw. die Angst, den eigenen Status in ungleichen Gesellschaften zu verlieren bzw. diesen aufrecht erhalten zu müssen, nicht nur die Menschen in den niedrigen sozioökonomischen Gruppen betrifft – das ist das eigentliche Argument bei Wilkinson und Pickett –, sondern auch die Menschen mit dem höheren sozioökonomischen Status. Nicht nur der wahrgenommene niedrige sozioökonomische Status löst also Stress aus, sondern auch die Angst, den Status, den man hat, zu verlieren und ihn aufrechtzuerhalten zu müssen. Diese Situationen führen dazu, dass alte Steuerungssysteme der Physiologie ausgeregelt werden. Dabei bauen Wilkinson

WE ALL HAVE A PART TO PLAY IN PROTECTING CHILDREN FROM DIRTY AIR

Air pollution can be fought on many fronts

HOUSES
Use of clean cook stoves for cooking

CLINICS

MUNICIPALITIES

NATIONAL GOVERNMENT

GLOBAL COMMUNITY

SCHOOLS

INSTITUTIONS

HEALTH PROFESSIONALS ARE UNIQUELY PLACED TO TAKE ACTION ON AIR POLLUTION

- Be informed**
- Recognize exposure and related health conditions**
- Prescribe solutions, and educate families, communities, colleagues and students**
- Advocate solutions to other sectors, policy- and decision-makers**
- Research, publish and disseminate knowledge**

The broader health sector must become more engaged

CLEAN AIR FOR CHILDREN'S HEALTH #AirPollution

World Health Organization

und Pickett auf neuere Modelle der Stresstheorie und der Stressphysiologie und verbinden Modelle der anthropologischen Forschung, der Primatenforschung, der sozialpsychologischen Forschung mit der Psycho-Neuroendokrinologie.

Sie beziehen sich dabei auf ganze Forschungsfelder. Prinzipiell gehen sie davon aus, dass ein erhöhtes Stresslevel dazu führt, dass es zu einer sogenannten allostatistischen Belastungsreaktion kommt, wie das Bruce S. McEwen und Eliot Stellar 1993⁴ beschrieben haben. Dies weicht ab von der Vorstellung von der Homöostase, also der Vorstellung, dass immer alle Systeme des Körpers auf einem gleichen Niveau sind und aufrechterhalten werden müssen in ihrer Homöostase. Die Allostase geht dagegen davon aus, dass zum Erreichen dieser Homöostase eine Ausregelung von Systemen erfolgen muss. Es muss eine Aktivierung des Sympathikus erfolgen, damit man eine Fluchtreaktion durchführen kann und dann wieder in den Status der Ruhe zurückkehrt. Und die allostatistische Belastungsreaktion sagt nun, dass durch chronische Stressreaktionen dieses System ausgeregelt wird und in einem Bereich der erhöhten Konzentration von Stresshormonen, vor allem von Cortisol und Adrenalin, verbleibt. Dies führt zu neuroimmunologischen Modulationen, also zu Modulationen des Immunsystems, aber auch zu hirnorganischen Veränderungen, zu fehlender Ansprechbarkeit auf Cortisol und zu einer erhöhten Ausschüttung von Akute-Phase-Proteinen der Leber wie dem C-reaktivem Protein, Fibrinogen oder IL-6, die im Endeffekt so etwas wie Entzündungsreaktionen im Körper darstellen und Vorstufen von Krankheiten, vor allen von Herz-Kreislaufkrankungen begünstigen können⁵.

Bruce S. McEwen beschreibt das als das Phänomen der täglichen Abnutzungsreaktion am Körper, das »daily wear and tear« durch die wahrgenommene gesellschaftliche Benachteiligung bzw. die Angst um den gesellschaftlichen Statusverlust. Das ist kurz gesagt der Kerngedanke der psycho-

sozialen Erklärungsmodelle. Mit dieser Erklärung legen sie natürlich ein biologisch plausibles Modell für die beobachteten sozialen Gradienten von Krankheitslast und Mortalität vor und können die Ungleichheitsverkörperung erklären: Also wie kommt die gesellschaftliche Ungleichheit in den Körper? Und damit sind sie sehr wirkmächtig mit ihrer Theorie.

Das heißt, in einer guten Gesellschaft wie der brave new world haben die Leute keine Angst, den Status zu verlieren und sind auch nicht unzufrieden mit ihrer Deprivation, sondern alle sind zufrieden und machen Yoga und haben deswegen keinen Stress, ja?

Ob das zu erreichen ist, ist natürlich eine andere Frage. Und ob wirklich nur die Ungleichheit Stress verursacht, ist natürlich etwas, was man auch nicht vorhersagen kann. Ob wir alle 150 Jahre alt werden können, wenn wir keinen Stress mehr haben und ob das nur durch gleiche Gesellschaften zu erreichen ist, wissen wir nicht. Es ist eher unwahrscheinlich, denn es gibt noch andere Faktoren, die eine Rolle spielen. Das ist vielleicht auch als einer der Kritikpunkte an den Erklärungsansätzen von Wilkinson und Pickett zu nennen. Sie fokussieren sehr auf ein monokausales Erklärungsmodell, wo es wahrscheinlich noch andere Einflussfaktoren gibt, wie Institutionen, die auf Menschen wirken und intersektionale Vorstellungsweisen von Benachteiligung. Das ist jetzt auch stark vereinfacht von mir, aber man sieht bei Wilkinson und Pickett eine Zuspitzung, die dem Phänomen nicht gerecht wird.

Gibt es noch weitere Punkte der Kritik, die öffentlich diskutiert werden?

Es gab nach der Veröffentlichung des Buches »The Spirit Level« eine sehr starke Auseinandersetzung. Man muss dabei aber zwischen berechtigter und unberechtigter Kritik unterscheiden. Die unberechtigte Kritik würde ich in den Bereich des Wegwischens der Thesen verorten: Es gab fundamentale Kritikpunkte, die erkennbar das Ziel hatten, diese Forschung zu diskreditieren, die aus politischen Kreisen der

Liberalen und aus liberalen Thinktanks kamen. Und es gibt die Kritik an einzelnen statistischen und methodischen Vorgehensweisen, die zum Teil berechtigt ist, und so ist auch bis heute die Rezeption von »The Spirit Level« unter Sozialepidemiolog*innen. Man hat Bedenken, das Verhältnis von Ungleichheit und Gesundheit monokausal darzustellen, und es gibt Kritikpunkte an der Auswahl der Länder und der Verwendung von linearen Regressionsmodellen zur Darstellung des Zusammenhangs. Aber im Großen und Ganzen bezweifeln die meisten Sozialepidemiolog*innen nicht, dass es diesen Zusammenhang gibt und dass dieser auch sehr bedeutsam ist.

Inwieweit der Zusammenhang aber kausal ist, ist auch eine Frage. 2015 sind Wilkinson und Pickett in einem vielbeachteten Artikel noch mal nach vorne geprescht⁶, in dem sie sagen, die Korrelation, die beobachtet werde, erfülle die Kriterien für eine Kausalität. In der Epidemiologie gibt es die Bradford-Hill-Kriterien, nach denen man versucht, so etwas zu beurteilen. Davon sehen sie vier mindestens als erfüllt an. Hier gibt es sicherlich Diskussionsbedarf, ob das wirklich so ist. Aber im großen Ganzen gab es verschiedene methodische Kritikpunkte, die berechtigt waren. Da haben Wilkinson und Pickett zum Teil dann sogenannte Sensitivitätsanalysen durchgeführt, also ergänzend statische Modelle berechnet, die andere Voraussetzungen hatten, um diese Kritik zu entkräften. Sie haben also darauf reagiert und so gab es dann eine wissenschaftliche Auseinandersetzung.

Ich persönlich kritisiere an Wilkinson und Pickett, dass sie zu sehr auf die monokausale Betrachtungsweise fokussieren. Denn ich glaube, dass es da noch andere Faktoren gibt, die eine Rolle spielen, im Sinne z.B. von intersektionaler Benachteiligung. Zum anderen teile ich die Kritik aus den eher linken Zusammenhängen, dass die psychosozialen Erklärungsmodelle die wesentlichen gesellschaftlichen und politischen Machtverhältnisse nicht benennen oder ignorieren und damit auch die politisch-ökonomischen Bedingungen, die für die Entstehung dieser Ungleichheit verantwortlich sind, nicht in den Blick nehmen. Daraus re-

sultiert meines Erachtens auch eine sehr eingeschränkte politische Idee der Veränderung in diesen Arbeiten. Wilkinson und Pickett kommen schon zu dem Punkt, dass man Umverteilungspolitik braucht, um gleichere Gesellschaften zu schaffen, aber sie haben eigentlich keine politische Theorie der Veränderung. Damit bleibt das Argument im appellativen Bereich. Sie gehen davon aus, dass man nur gute Argumente dafür schaffen muss, dass gerechte Gesellschaften gesünder sind und dass man damit schon gesellschaftliche Veränderung erzeugen könnte. Das ist aus einer politischen Betrachtungsweise naiv.

Wir hatten beim Lesen den Eindruck, dass hier Folgen kapitalistischer Produktion beschrieben, diese aber nicht als solche benannt und auch nicht als solche kritisiert werden. Dementsprechend werden auch die gesellschaftlichen Verhältnisse, die hinter dieser Ungleichheit stehen, unzureichend beleuchtet. Gibt es andere Ansätze in der Sozialepidemiologie, wo diese Verhältnisse stärker eine Rolle spielen? Oder müsste die Analyse dann auch ganz anders sein?

Mir ist beim Lesen von »The Inner Level« aufgefallen, dass Wilkinson und Pickett an keiner Stelle die Ursache der Ungleichheiten benennen und da fragt man sich schon, wann denn nun mal etwas dazu kommt. Ich glaube nicht, dass das aus fehlendem Wissen darum passiert. Ich denke, es geht hier um das Vorbringen einer gewissen Idee und der Hoffnung, dass diese Einfluss hat, und dadurch argumentativ benutzt werden kann, ohne direkt in die linksradikale Ecke gestellt zu werden. Aus einer wissenschaftlich-epidemiologischen und auch aus einer aktivistischen Sicht muss man aber diese grundlegenden politischen ökonomischen Verhältnisse und Zusammenhänge mehr in sein Denken einbeziehen. Das prominenteste Beispiel dafür ist die Harvard Professorin Nancy Krieger, die eine ökosoziale Theorie der gesellschaftlichen Verteilung von Gesundheit und Krankheit vorgelegt hat, in der sie sehr stark die psycho-sozialen Aspekte mitberücksichtigt und integriert, und unterschiedliche Ebenen

der Betrachtungsweise anmahnt. Also eine biologische, gesellschaftliche, soziale und politische Ebene unter der Einbeziehung von gesellschaftlichen Machtverhältnissen und ihren historischen Bedingungen – auch mit ganz bewusster Fokussierung auf Diskriminierung aufgrund von Ethnie, Geschlecht und Klasse. Das ist meines Erachtens extrem wichtig, um auf die zugrundeliegenden Fragestellungen und gesellschaftlichen Probleme, die zur Produktion von Gesundheit und Krankheit führen, fokussieren zu können. Also sie gibt damit der epidemiologischen Forschung neue Ansatzpunkte. Das ist sicherlich heute das umfangreichste und politischste Modell von der Entstehung von Gesundheit und Krankheit und der Verteilung dieser in der Gesellschaft.

Welche konkreten politischen Konsequenzen ergeben sich aus diesen Forschungsergebnissen für uns und welche leiten Wilkinson und Pickett ab?

Das Hauptargument bei Wilkinson und Pickett ist es – weil sie die ungleiche Gesellschaft als Ursache für die ungleiche Verteilung von Krankheit und Gesundheit ausgemacht haben – die Ungleichheit zu bekämpfen. Dabei schlagen sie die Umverteilungspolitik also Steuerpolitik vor und neue korporatistische Modelle der Arbeiterkontrolle. Wer sich genauer informieren möchte, kann dies gut auf den Seiten von The Equality Trust⁷ tun. Da sind auch viele Grafiken aus den beiden Büchern und viele andere Materialien zu finden.

Zwischenfrage: Was ist equality trust? Kannst du das kurz erklären?

Das ist eine Nichtregierungsorganisation, die sich stark auf die Arbeit von Richard Wilkinson und Kate Pickett beziehen, auch mit ihnen zusammenarbeiten und versuchen, politische Lobbyarbeit zu machen. Für uns ist dieses Argument auch ein ganz wichtiges, denn das gesundheitliche Argument ist den meisten Menschen deutlich zugänglicher und verursacht ein stärkeres Empörungspotential: Es wird von den meisten Menschen als ungerecht wahrgenommen, dass ungleiche soziale Ressourcenverteilung auch zu verkürzter Lebenserwartung für die Benachteiligten führt. Die ungleiche Verteilung von Reichtum alleine wird dagegen häufig nicht als ungerecht angesehen. Das ist ein wichtiger Punkt, an dem wir als Ärzt*innen auch eine gewisse politische Interventionsmacht haben. Ich würde mir wünschen, dass wir diese auch weiter ausbauen und sehe eine gewisse Verantwortung im Bereich der Gesundheitsberufe. Auch wenn man davon ausgehen kann, dass ein Großteil der gesundheitlichen Verteilung in einer Gesellschaft und der Last von Krankheit wenig mit der medizinischen Versorgung zu tun hat, weil das vielmehr von Arbeits- und Lebensverhältnissen abhängt, die ja per se nicht durch medizinische Behandlung verändert werden können, so muss doch unser Argument sein, dass wir uns für soziale Gerechtigkeit und damit auch für die Gesunderhaltung großer Bevölkerungsgruppen und die Verbesserung der Gesundheit von allen einsetzen. Dafür bringen Wilkinson und Pickett schon starke Argumente durch ihre Beschreibung der Zusammenhänge zwischen Einkommensungleichheit und Gesundheit vor. Ich würde diese persönlich noch ergänzen um

PROTECTING CHILDREN FROM THE ENVIRONMENT

Environmental risks include air pollution, chemicals, poor water, sanitation and hygiene.

CHILDREN ARE AFFECTED BY:

- Air pollution
- Inadequate water, sanitation and hygiene
- Built environment
- Second-hand smoke
- Climate change
- Hazardous wastes
- UV radiation
- Hazardous chemicals

CHILDREN ARE ALSO AFFECTED BY EMERGING THREATS SUCH AS:

- Persistent organic pollutants / endocrine-disrupting chemicals
- e-Waste

Minimising these risks are key to protecting children and achieving the Sustainable Development Goals.

World Health Organization

eine Analyse der grundlegenden politisch-ökonomischen Verhältnisse: Was sorgt dafür, dass Menschen mehr oder weniger Einkommen haben und mehr oder weniger Reichtum und Ressourcen zur Verfügung stehen, die dann noch dazu führen, dass sie besser oder schlechter gestellt sind hinsichtlich ihrer Gesundheit. In Großbritannien beispielsweise wird das stärker bis hinein in die offiziellen Standesverbände diskutiert. Generell wäre es für die Gesundheitsberufe in Deutschland sicherlich schon ein Fortschritt, sich gegenüber der Politik überhaupt zu äußern und Druck aufzubauen. Da sehe ich eine Aufgabe für den vdä.

Ben Wachtler ist Arzt und Public Health Wissenschaftler und lebt in Berlin. Cevher Sat und Felix Ahls sind Mitglieder der GbP-Redaktion.

- 1 Richard Wilkinson / Kate Pickett: The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone, London 2009; auf Deutsch: Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind, Berlin 2010; Richard Wilkinson / Kate Pickett: The Inner Level. How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Well-being, London 2019
- 2 OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) ist eine internationale Organisation mit 37 Mitgliedstaaten, die ein hohes Pro-Kopf-Einkommen haben und als entwickelte Länder gelten.
- 3 Siehe: <https://www.equalitytrust.org.uk/>
- 4 McEwen, B. S., & Stellar, E.: Stress and the individual: Mechanisms leading to disease, Archives of Internal Medicine 1993, 153(18), 2093-2101. doi:10.1001/archinte.1993.00410180039004
- 5 McEwen, B. S.: Protective and Damaging Effects of Stress Mediators, New England Journal of Medicine 1998, 338(3), 171-179. doi:10.1056/NEJM199801153380307
- 6 Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G.: Income inequality and health: A causal review, Social Science & Medicine 2015, 128, 316-326. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>
- 7 <https://www.equalitytrust.org.uk/>

Soziale Determinanten in Zeiten der Krise

Bericht über die diesjährige JHV – von Luca Baetz und Nadja Rakowitz

Die diesjährige Jahreshauptversammlung bzw. das Gesundheitspolitische Forum von vdää und Solidarischem Gesundheitswesen hatte das Thema: »Soziale Determinanten von Gesundheit in Zeiten der Krise«. Nachdem wir letztes Jahr so freundlich und professionell von der Basisgruppe Medizin in Göttingen empfangen und versorgt wurden, wollte dieses Jahr die Berliner vdää-Gruppe uns bei der Organisation der JHV in Berlin behilflich sein. Ein cooler Ort für die Tagung Anfang November war auch gefunden, aber im Spätsommer musste der Vorstand entscheiden, die Veranstaltung nicht als Präsenzveranstaltung zu machen, sondern ins Internet zu verlegen. Die Entscheidung war nicht leicht gefallen, denn alle hatten sich sehr gefreut auf ein echtes Treffen in Berlin, auf den echten Schnack beim Kaffee auf dem Flur, auf neue Gesichter und Geschichten von Leuten, die man noch nicht kennt, mit denen man aber ein gemeinsames Anliegen teilt, auf gemeinsames Mittag- oder Abendessen – und auf die Party am Samstagabend.

■ Was lernen wir aus der Covid 19-Pandemie

Die Entwicklung der Pandemie ließ es leider nicht zu und die Zahlen Anfang November gaben uns Recht. Die JHV fand komplett im Netz statt. Die Berliner vdää-Gruppe hat für Freitagabend das Thema »Was lernen wir aus der Covid 19-Pandemie« gesetzt und mit fünf selbstgemachten Videos vorbereitet, die man sich in der Woche vor der JHV auf youtube anschauen konnte. Die Themen der Videos waren: Bildung, Prekäre Beschäftigung, Schwangerschaftsabbrüche, Häusliche Gewalt und medizinische Versorgung in Haftanstalten.

Bei der Diskussion am Freitagabend, an der ca. 65 Menschen teilnahmen, zeigte sich, welchen Nerv diese Videos getroffen hatten. Während die Kommunikation sonst in Onlinekonferenzen zu Beginn oft etwas holprig ist, weil niemand den Raum einnehmen möchte und es als Moderation gilt, die Stille zu durchbrechen, war es hier anders. Es gab einen regen Austausch darüber, welche eigene Erfahrungen die einzelnen TN in der Pandemie auch in Bezug auf die Themen der Videos bisher gemacht haben, wie sich ihre Patient*innen verändert haben, welche Schicksale es zu begleiten galt und gilt, aber auch, wie sich das Arbeits- und Lernumfeld Gesundheitssystem für alle dort Tätigen verändert hat. Für die langjährigen vdää-Mitglieder war es besonders schön zu sehen, dass sich neue, junge Menschen zu Wort meldeten und es so einen bunten Mix aus altbekannten Gesichtern als auch neuen Vorstellungen gab. Ein online Raum kann zwar die Vor-Ort-Interaktion nicht adäquat ersetzen und doch hat es die Berline Ortsgruppe durch ihre Vorarbeit und Moderation geschafft, dass es außerordentlich nah am echten Leben war: Die einzelnen Personen bezogen sich in ihren Redebeiträgen aufeinander, es wurden Witze gemacht und der Austausch hatte eine lockere Atmosphäre trotz des ernsten Themas.

Und auch wenn wir alle hoffen, dass es nächstes Jahr die JHV wieder in Präsenz gibt, muss auch festgehalten werden, dass das Onlineformat einigen Menschen die Möglichkeit bot, teilzunehmen, denen es sonst nicht möglich gewesen wäre und ohne die der Freitagabend und ganz sicher auch der lockere, virtuelle Kneipenabend am Samstag nicht derselbe gewesen wären.

■ Gesundheitspolitisches Forum

Das Gesundheitspolitische Forum am Samstag bestand aus zwei Panels am Vormittag und am Nachmittag einer Workshop-Phase mit vier parallelen Workshops und danach einer Plenumsveranstaltung zur »Aktuellen Gesundheitspolitik«. Den Auftakt machten im ersten Panel Martin Kronauer, Professor für Gesellschaftswissenschaften aus Berlin, der über Armut in Deutschland sprach, und Tobias Hofmann, Arzt, Privatdozent und Mitglied im vdää-Vorstand aus Berlin zum Thema: Wie verändert der Neoliberalismus unsere Patient*innen? Beide Vorträge sind hier abgedruckt. An der Veranstaltung nahmen, soweit wir das technisch feststellen konnten, 100 Rechner mit mindestens so vielen Menschen teil.

Das zweite Panel bestritten Leonie Sundmacher, Professorin für Health Services Management an der Uni München mit dem Thema: »Planung bedarfsgerechter ambulanter Strukturen unter Berücksichtigung sozialer Determinanten von Gesundheit«, Lukas Waidhas, der als Community Health Nurse für die Poliklinik Hamburg arbeitet mit dem Thema: »Medizinische Versorgung unter Berücksichtigung sozialer Determinanten der Gesundheit« und Ben Wachtler, Arzt, Public Health Wissenschaftler und Mitglied im vdää-Vorstand zum Thema: »Soziale Determinanten in der angelsächsischen Public Health-Debatte«. Bens Vortrag ist ebenfalls in diesem Heft veröffentlicht.

Auch wenn Diskussionen in Videokonferenzen immer etwas zäh sind, wurde doch lebhaft diskutiert und in der Evaluation der Veranstaltung wurde sogar von einigen hervorgeho-

ben, dass die Diskussion so disziplinierter abläuft und dass bestimmte, bei manchen unbeliebte Phänomene wie das des Vielredens so nicht auftreten. Die Mehrheit der Teilnehmer*innen bevorzugt aber – auch wenn alles technisch sehr gut vorbereitet war und entsprechend gut geklappt hat – die Diskussion vor Ort bei Präsenzveranstaltungen.

Bei der Wahl der Technik können wir allerdings auch noch manches besser machen: So wurde z.B. in der Evaluation kritisiert, dass wir bei den Panels mit der »Webinar«-Funktion von Zoom gearbeitet haben, bei der die Teilnehmer*innen nur die Referent*innen und Moderator*innen sehen, nicht aber die anderen Teilnehmer*innen. Da es sich bei der JHV aber auch um ein Treffen mit langjährigen Genoss*innen, die man manchmal nur einmal im Jahr, nämlich bei dieser Gelegenheit, sieht, hätten wir auf diese für wissenschaftliche Veranstaltungen bisweilen sinnvolle Funktion eher verzichten sollen und ein großes virtuelles Meeting machen sollen. Besser hätten wir die Funktion der so genannten »Breakout Rooms« nutzen sollen, bei der man eine große Gruppe für einen bestimmte Zeit virtuell in Kleingruppen zerlegt, in denen dann wenige Menschen miteinander reden können. Dieses Format kommt einer live-Gesprächssituation am nächsten.

Für den Nachmittag hatten wir fünf parallele Workshops geplant:

1. »Prekäre Beschäftigungsverhältnisse und medizinische Versorgung« mit Prof. Dr. Nico Dragano vom Institut für Medizinische Soziologie der Uni Düsseldorf
2. Wohnungslosigkeit und medizinische Versorgung mit Navina Sarma, Public Health Wissenschaftlerin aus Berlin
3. Diskussion der vdää-Arbeitskreise zur Ambulanten und Stationären Versorgung: bedarfsgerecht und demokratisch – Alternativen zum bestehenden Gesundheitssystem
4. Medizinische Versorgung im Knast – der vdää-AK stellt sein Positionspapier zu Diskussion
5. Der ebenfalls angekündigte und sehr gut nachgefragte Workshop

»To hell with poverty – Überlegungen zur Psychiatrisierung von Armut« mit Dipl. Psych. Christian Küpper vom Weglaufhaus »villa stöckle« in Berlin fiel wegen Krankheit leider aus. Wir planen aber, ihn im neuen Jahr als Abendveranstaltung nachzuholen.

Trotz des Ausfalls eines der Workshops waren die anderen mit insgesamt noch fast 90 Teilnehmer*innen gut besucht. Zum Thema Wohnungslosigkeit gibt es Interessierte, die im Anschluss an den Workshop überlegen, einen Arbeitszusammenhang zu gründen (siehe auch den Text von Jakob Zschiesche in diesem Heft). Der AK Knast konnte sein Positionspapier produktiv weiterdiskutieren und es haben sich auch dort Interessierte gefunden, die zumindest an Teilbereichen mitarbeiten werden. Ebenso bei den AK Ambulante und Stationäre Versorgung.

Für den nun schon traditionellen Input am Ende der JHV zur aktuellen Gesundheitspolitik (auch hier immer noch ca. 65 TN) konnten wir zur Lage der Pflege Agnes Kolbeck, Krankenschwester, Vizepräsidentin der Vereinigung der Pflegenden in Bayern und Aktive in ver.di gewinnen. Nadja Rakowitz berichtete zum Stand der Auseinandersetzung um die DRG und die Krankenhausfinanzierung, Wulf Dietrich über die Digitalisierung des Gesundheitswesens und Andreas Wulf über Globale Gesundheit in Zeiten von Corona.

Die Mitgliederversammlung am Sonntag war mit fast 60 Mitgliedern sehr gut besucht. Ein Protokoll davon findet Ihr in der Vereins-Beilage zu diesem Heft.

In vielen Texten über dieses Jahr und auch unserem ist häufig zu lesen, dass »alles anders als sonst« ist. Und obwohl sich viele Dinge verändert haben und wir uns anpassen mussten, lässt sich durch die Erlebnisse auf der JHV auch sagen: Wir sind als Verein kämpferisch wie eh und je; die Themen, an denen wir vor Corona gearbeitet haben, sind auch jetzt politisch aktuell und wir führen diese Arbeit hochmotiviert fort; wir platzieren weiterhin unsere Kritik, unsere Forderungen und Alternativen öffentlich und sind bereit, uns neue politischen Dis-

kussionen und Auseinandersetzungen zu stellen. Es ist eben nicht alles anders als sonst, denn es gilt für uns alle Verein immer noch das Motto dieser Zeitschrift: Gesundheit braucht Politik.



Leseempfehlung:

medinfo »...wir sitzen eben nicht alle im selben Boot«

Die Basisgruppe Göttingen, eine Gruppe Kritischer Mediziner*innen, hat sich dieses Wintersemester in der medinfo »...wir sitzen eben nicht alle im selben Boot« ebenfalls mit sozialen Determinanten von Gesundheit auseinandergesetzt. Die Beiträge sind auch für Nicht-Göttinger*innen sehr lehrreich und spannend, weshalb wir Euch die Ausgabe sehr ans Herz legen wollen. Unter anderem geht es um den Rechtsruck und globale Gesundheit sowie Themen wie Rassismus, Behinderung und Gender. Lest mal rein!

<http://bgmed.org/2020/12/01/medinfo/>



»Roter Wedding – vorwärts Genossen ...«

Zum Wirken des kommunistischen Arztes Georg Benjamin in dem proletarischen Berliner Stadtteil – Rezension von Bernhard Winter

»Am Tag nach dem formellen Abschluss der Promotion übernahm er seine Stelle in der Säuglingsfürsorgestelle des Stadtbezirks Wedding für zwei Jahre. Neben dieser Tätigkeit erwarb er in einem Kursprogramm der Sozialhygienischen Akademie Charlottenburg die Fachausbildung für Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzte sowie weitere Qualifikationen. Sie kamen seiner Bewerbung um eine freie Schularztstelle im Bezirk Wedding entgegen, auf der er zunächst aushilfsweise im September 1924 angestellt wurde.« So beschreibt Bernd-Peter Lange etwas trocken den Beginn der Tätigkeit Georg Benjamins im Öffentlichen Gesundheitswesen 1923. Dieser hatte sich auf seine Aufgabe sorgfältig vorbereitet und entsprechend qualifiziert.

Vorausgegangen war bei Georg Benjamin eine innerliche Distanzierung von seiner bürgerlichen Umgebung. Der 1895 Geborene nahm mit einer gewissen anfänglichen Begeisterung am 1. Weltkrieg als Kriegsfreiwilliger teil. Unter dem Eindruck der Kriegsgeschehnisse näherte er sich politisch linken Positionen an und trat 1916 in die USPD, einer linken SPD-Abspaltung, ein. Nach Kriegsende nahm er das Medizinstudium auf und zog aus dem großbürgerlichen Berliner Stadtteil Grunewald zunächst in den Arbeiterbezirk Gesundbrunnen und schließlich in den Wedding. Georg Benjamin wandte sich von den bürgerlichen Privilegien ab und den elenden Verhältnissen in diesem Stadtteil mit Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot und Gesundheitsdefiziten zu. Hier hatte »sozialistische Politik massenwirksam Gestalt« angenommen – in ihrer revolutionären wie auch reformerischen Variante.

1921 zog er in das Wohnheim für ledige Männer am Wedding Brunnenplatz ein. Dies war einerseits eine preiswerte Unterkunft, bot ihm aber zugleich die Gelegenheit, als »teilnehmender Beobachter« seine medizinische Dissertation über die sozialhygienische Funktion solcher Einrichtungen zu schreiben. Betreut wurde die Arbeit von Alfred Grotjahn, dem einzigen sozialistischen Professor für Sozialhygiene. Grotjahn sollte später ein Gegner von Benjamins Position in der Debatte um den § 218 werden. Während dieser Zeit im Ledigenheim vollzog Benjamin den für ihn politisch prägenden Übertritt von der USPD in die KPD. Zeitgleich beteiligte er sich auch an der Gründung des »Proletarischen Gesundheitsdienstes«. In ihm arbeiteten Mitglieder unterschiedlicher linker Organisationen zusammen, um die medizinische Versorgung auf Veranstaltungen der Arbeiterbewegung sicherzustellen.

Schwerpunkt von Benjamins beruflicher Tätigkeit als Schularzt im öffentlichen Gesundheitswesen blieb bis zu seiner Entlassung 1931 die Sozialpädiatrie. Hier war er jeden Tag mit den prekären und gesundheitsschädlichen Lebensverhältnissen der Arbeiterkinder konfrontiert. In seinem Verantwortungsbereich, der 12 Schulen umfasste, bemühte er sich um eine bestmögliche medizinische Betreuung.

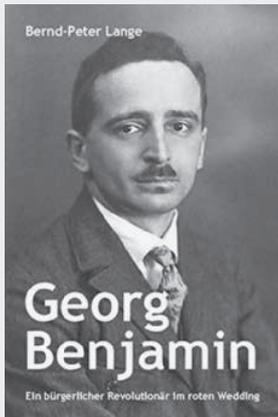
Neben seiner ärztlichen Tätigkeit intervenierte er ständig für auf kommunal- und gesundheitspolitischer Ebene. Als Vertreter der KPD, die im Wedding die größte Partei war, saß er seit 1925 im Bezirksparlament. Um seine Forderungen zu entwickeln, nutzte er partizipative Elemente. So übernahm er die Forderungen einer Schulleiternversammlung bezüglich Mindestanforderungen auf dem Gebiet der Schulgesundheitspflege für seine Öffentlichkeitsarbeit. Der Schwerpunkt der Forderungen lag dabei auf der Notwendigkeit der Behandlung solcher Kinder, die weder kranken- noch familienversichert waren. Er motivierte Schüler*innen zu Aufsätzen über schulärztliche Reihenuntersuchungen und leitete aus der Auswertung von 112 eingereichten Arbeiten ab, dass die ärztlichen Untersuchungen mit einer Unterrichtung in grundlegenden Gesundheitsfragen verbunden werden sollten.

■ Praxis zwischen Reform und Revolution

Systematisch nutzte Benjamin seine genauen Kenntnisse der lokalen sozialen Verhältnisse zu gesundheitspolitischen Analysen. So stellte er dar, wie die Betriebskrankenkassen der im Wedding ansässigen Firmen Osram und AEG sich ständig bemühten, die billigstmöglichen Heilverfahren durchzusetzen oder wie sich in der Jugendfürsorge der Trend durchsetzte, »hygienische Leistungen mit wirtschaftlicher Rentabilität in Einklang zu bringen.« Unstrittig war für ihn, dass ein Gesundheitswesen im Interesse der Bevölkerung nur im Sozialismus aufgebaut werden kann. Dies hielt ihn allerdings nicht davon ab, auf kommunalpolitischer Ebene konstruktive Vorschläge einzubringen. Er engagierte sich für eine stärkere Reglementierung der Kinderarbeit und einen Ausbau des vernachlässigten öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere des Schularztwesens. Letzteres verstand er ausdrücklich als Gegengewicht zu den privatwirtschaftlich organisierten praktischen Ärzten.

In den innerparteilichen Auseinandersetzungen beispielsweise zwischen sogenannten »Versöhnlern« und »Ultralinken« hielt er sich eher im Hintergrund und konzentrierte sich

Bernd-Peter Lange: »Georg Benjamin – Ein bürgerlicher Revolutionär im roten Wedding«, Verlag Walter Frey, Berlin 2019, 197 Seiten, 15 €



auf seine gesundheitspolitischen Themen. In der Auseinandersetzung mit der SPD vertrat er Ende der 1920er Jahre allerdings öffentlich die verhängnisvolle Sozialfaschismusthese. Der Buchautor Bernd-Peter Lange verweist in diesem Kontext auf den Legitimationsdruck, unter dem bürgerliche Intellektuelle in einer kommunistisch-proletarisch geprägten Umgebung standen.

Viefältig war Georg Benjamin publizistisch aktiv. Unter seinen Publikationen sticht die 1925 publizierte Broschüre »Tod den Schwachen? – Neue Tendenzen der Klassenmedizin« hervor. Er kritisiert hierin die zunehmend aufkommende Eugenik und Rassenhygiene und resümiert: »Unter den Gebieten medizinischer Forschung verdient die moderne Rassenhygiene ganz besondere Beachtung der Arbeiterschaft, weil sie in immer stärkeren Maße politische Bedeutung gewinnt. Ist schon der Begriff Rasse selbst bestimmt von den politischen Verhältnissen im bürgerlichen Staat – man denke nur an die wechselnde Rolle des Antisemitismus, der ›Negerfrage‹ usw. in Ländern wie Polen, Deutschland, Vereinigten Staaten von Amerika – so gewinnt das praktische Ziel der ›Reinhaltung‹ der Rasse und der Gesunderhaltung des ›Volkes‹ erst recht ein politisches Gewicht.« (zitiert in Lange, S. 142f.) Es ist zwar nicht richtig, wie Lange behauptet, dass dies der einzig nennenswerte Beitrag auf Seiten der

Linken zu diesem Thema war – so sei an die Kritik von Max Levien erinnert –, aber sicherlich ein bedeutsamer.

Georg Benjamins politisches Engagement blieb für ihn nicht ohne persönliche Folgen. Ein jäher Einschnitt im Berufsleben bedeutete die Entlassung als Stadtschularzt 1931. Vorausgegangen waren jahrelange politische Auseinandersetzungen innerhalb des Gesundheitsamtes, die Lang im Kern auf das zunehmend feindliche und verhärtete Verhältnis zwischen KPD und SPD zurückführt. Die KPD war zwar im Wedding die stärkste Partei, sah sich aber einer Mehrheit von SPD und bürgerlichen Parteien gegenüber, die Benjamins Entlassung durchsetzte. Deren konkreter Anlass lässt sich nicht mehr rekonstruieren. Benjamins sozialdemokratischer Gegenspieler innerhalb der Gesundheitsverwaltung war der Arzt Salo Drucker. Dieser war Assistent von Benjamins Doktorvater Alfred Grotjahn. Wie Benjamin war er Mitglied des *Vereins sozialistischer Ärzte*, wenn man so will eine Vorläuferorganisation des vdää. Drucker wurde als Sozialdemokrat und Jude 1933 von den Nazis seines Postens enthoben und kam 1940 im KZ Sachsenhausen zu Tode.

Nach seiner Entlassung als Stadtschularzt eröffnete Georg Benjamin eine Kassenarztpraxis. Schwerpunkt blieb auch hier die Versorgung proletarischer Kinder und Jugendlicher. Aus seiner ärztlichen Tätigkeit im Wedding kannte er aber auch das Leid der Frauen, die angesichts der Strafandrohungen durch den § 218 illegal durch Unprofessionelle abtreiben lassen mussten, sehr genau. Politisch hatte er sich in der Vergangenheit bereits an Kampagnen zur Streichung dieses Paragraphen aus dem Strafgesetzbuch und für die Freilassung des Arztes und Dramatikers Friedrich Wolf, der wegen seines gegen den § 218 gerichteten Theaterstückes »Cyankali« zu einer Gefängnisstrafe verurteilt worden war beteiligt. In seiner Praxis nahm er jetzt selbst unter medizinischen Kautelen Abtreibungen insbesondere bei vergewaltigten und armen Frauen gebührenfrei vor, was strafrechtlich äußerst riskant war.

Ausführlich schildert Bernd-Peter

Lange die verschiedenen Wohnungen von Georg Benjamin und seiner Frau Hilde, der späteren DDR-Justizministerin, im Wedding. Diese Darstellungen sind zeitweise ermüdend, verweisen aber auf die auch heute noch gelegentlich unter linken bürgerlichen Intellektuellen diskutierte Frage, ob man sich in der Lebensweise den Menschen, mit denen man arbeiten will, anpassen sollte. Georg Benjamin beantwortete dies eher pragmatisch. Eine gute Ausstattung der Wohnung und Urlaubsreisen waren für ihn selbstverständlich.

Nach der Machtübernahme der Nazis ging Georg Benjamin sofort in den Widerstand, zunächst öffentlich, später illegal. Noch anlässlich der Reichstagswahlen am 05.03.1933 hängte er eine große rote Fahne aus seinem Praxisfenster. Die bereits verbotene KPD blieb im Wedding stärkste Partei. Dennoch deutet diese mutige Tat aus heutiger Sicht auf eine vollständige Unterschätzung des Naziterrors hin, der folgen sollte. Seine nebenberufliche Tätigkeit als Säuglingsarzt in Neukölln verlor er bereits im März 1933, da die NS-Behörden ihn als Juden klassifizierten. Nach illegaler Tätigkeit für den Informationsdienst der KPD wurde er zweimal zu Haftstrafen verurteilt. Nachdem er seine zweite sechsjährige Haftstrafe wegen der »Vorbereitung zum Hochverrat« in Brandenburg-Görden verbüßt hatte, wurde er nicht entlassen, sondern in das KZ Mauthausen überstellt, in dem er im August 1942 ermordet wurde.

Das Buch von Bernd-Peter Lange fokussiert zwar auf Georg Benjamins Wirken im roten Wedding, schließt aber andere Aspekte seines Lebens wie beispielsweise sein Verhältnis zu seinem bekannten älteren Bruder Walter nicht aus. Es überwindet die bisher vorherrschende offiziöse DDR-Geschichtsschreibung (u.a. eine Biografie seiner Ehefrau Hilde), in dem der Autor gerade auch die Widersprüche im persönlichen und politischen Handeln von Georg Benjamin darstellt. Bei allen Mängeln – ein Lektorat hätte dem Buch gutgetan – kann es »im Vergangenen den Funken Hoffnung anfauchen« (Walter Benjamin).

Gute Medizin braucht Politik

Wider die Kommerzialisierung der Medizin

Junge Ärzt*innen im vdää

Freust Du Dich, dass es bald losgeht, als »richtige*r« Ärzt*in zu arbeiten? Und sieht der Tag nach den ersten Monaten im Beruf auf einmal ganz anders aus als Du es Dir vorgestellt hast? Die Stationsarbeit wird zum Getriebe: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit und wenig Kontakt zum Patienten.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Dienstplan ist. Leere Stellen werden insbesondere in der Pflege nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Aber auch wenn der Mangel und das gegenseitige Aushelfen die Berufsgruppen zeitweilig verbindet, bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich und die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft, fehlt nachher den anderen...

Warum in den vdää?

Auch wir im vdää fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme für die Beschäftigten befriedigende Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patient*innenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärzt*innen aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, wir begleiten die Entwicklung im Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen – auch gegen die offiziellen Standesvertreter*innen – kritischen Positionen Gehör verschaffen. Und wir wollen etwas zum Positiven ändern. Tendenzen der Ökonomisierung und Privatisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder PID diskutieren wir kritisch und oft auch mit kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen bei bestimmten Themen.

Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und mehr Solidarität nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen. Wir müssen uns engagieren statt zu resignieren!

Es ist Zeit, sich einzumischen

www.vdaee.de | www.facebook.com/vdaee

