

AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE

Krankheit und Gesellschaft

Fritz Dross · Nadine Metzger
KRANKHEIT ALS WERTURTEIL.
EINE KLEINE GESCHICHTE
DES UMGANGS MIT
KRANKHEIT UND KRANKEN

Thomas Lampert
SOZIALE UNGLEICHHEIT
DER GESUNDHEITSCHANCEN
UND KRANKHEITSRISIKEN

Vera Regitz-Zagrosek
GESUNDHEIT, KRANKHEIT
UND GESCHLECHT

Thomas Gerlinger
BAUSTELLE GESUNDHEITS-
SYSTEM. AKTUELLE HERAUS-
FORDERUNGEN DER
GESUNDHEITSPOLITIK

Nils B. Heyen
VON DER
KRANKHEITSBEKÄMPFUNG ZUR
GESUNDHEITSOPTIMIERUNG.
AKTUELLE TECHNIKVISIONEN
FÜR MEDIZIN UND
GESUNDHEIT

Sven Stollfuß
ZWISCHEN STIGMATISIERUNG
UND DIFFERENZIERUNG.
KRANKHEIT IN FILMEN
UND FERNSEHSERIEN

Martina Oldhafer
ÜBERGÄNGE MIT
BESONDEREN HÜRDEN.
ERWACHSENWERDEN MIT
CHRONISCHER ERKRANKUNG

APuZ

ZEITSCHRIFT DER BUNDESZENTRALE
FÜR POLITISCHE BILDUNG

Beilage zur Wochenzeitung Das **Parlament**

Krankheit und Gesellschaft

APuZ 24/2018

FRITZ DROSS · NADINE METZGER

**KRANKHEIT ALS WERTURTEIL.
EINE KLEINE GESCHICHTE DES UMGANGS
MIT KRANKHEIT UND KRANKEN**

Bereits durch die Unterscheidung zwischen Gesunden und Kranken werden Normen für die medizinische Praxis gesetzt, die historisch veränderlich sind. In unserem Umgang mit erkrankten Menschen spiegeln sich grundsätzliche Werthaltungen zu Körper und Verhalten.

Seite 04–11

THOMAS LAMPERT

SOZIALE UNGLEICHHEIT DER GESUNDHEITSCHENCEN UND KRANKHEITSRISIKEN

In Deutschland bestehen erhebliche gesundheitliche Ungleichheiten, die sich über die letzten 20 bis 30 Jahre verfestigt und zum Teil noch ausgeweitet haben. Ihre Verringerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und erfordert politikbereichsübergreifende Bemühungen.

Seite 12–18

VERA REGITZ-ZAGROSEK

GESUNDHEIT, KRANKHEIT UND GESCHLECHT

Frauen und Männer werden unterschiedlich krank und auch Medikamente haben unterschiedliche Wirkungen auf Frauen und Männer. Dafür sind biologische, aber auch soziokulturelle Faktoren verantwortlich. Beides steht im Fokus der Gendermedizin.

Seite 19–24

THOMAS GERLINGER

**BAUSTELLE GESUNDHEITSSYSTEM.
AKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN
DER GESUNDHEITSPOLITIK**

Obwohl das deutsche Gesundheitssystem als gut gilt, steht es vor erheblichen Herausforderungen hinsichtlich der Präventionspolitik, der Versorgungsqualität und des Fachkräftemangels. Auch das dual organisierte Versicherungssystem wird oft als problematisch angesehen.

Seite 25–31

NILS B. HEYEN

**VON DER KRANKHEITSBEKÄMPFUNG
ZUR GESUNDHEITSOPTIMIERUNG.
AKTUELLE TECHNIKVISIONEN FÜR MEDIZIN
UND GESUNDHEIT**

Der gesundheitspolitische Diskurs, aber auch aktuelle Technikvisionen, von denen drei vorgestellt werden, weisen in eine Entwicklungsrichtung weg von einer auf Heilung ausgerichteten Medizin hin zu einer präventiven, Gesundheit stärkenden bis optimierenden Perspektive.

Seite 32–35

SVEN STOLLFUß

**ZWISCHEN STIGMATISIERUNG UND
DIFFERENZIERUNG.**

KRANKHEIT IN FILMEN UND FERNSEHSERIEN

Was können uns Spielfilme und Fernsehserien über Krankheiten sagen? Am Beispiel der Inszenierung vor allem psychischer Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen werden stigmatisierende sowie differenzierende Effekte in der Rezeptions- und Wirkungsforschung diskutiert.

Seite 36–40

MARTINA OLDHAFFER

**ÜBERGÄNGE MIT BESONDEREN HÜRDEN.
ERWACHSENWERDEN MIT CHRONISCHER
ERKRANKUNG**

Kinder und Jugendliche mit chronischer Erkrankung stehen beim Erwachsenwerden vor vielen Herausforderungen. Dies betrifft nicht nur medizinische und gesundheitliche Aspekte, sondern gilt auch in finanzieller, psychosozialer und bildungspolitischer Hinsicht.

Seite 41–46

EDITORIAL

Bereits seit den Ursprüngen der modernen Medizin definieren Ärzte und Ärztinnen, was „normal“ ist und was auf welche Weise behandlungsbedürftig. Krankheiten sind somit letztlich immer auch soziale Zuschreibungen, denen der Einzelne mitunter machtlos gegenübersteht, wenn er etwa als „wahnsinnig“ oder „hysterisch“ etikettiert wird. Aber auch für den gesellschaftlichen Umgang mit Krankheit und erkrankten Personen waren und sind ärztliche Entscheidungen oft von enormer Tragweite.

Vor dem Hintergrund dieser Herrschaftsmechanismen der Medizin, die schon Michel Foucault kritisch untersuchte, bietet die fortschreitende Technologisierung des Gesundheitswesens einige Chancen: Apps und andere technische Hilfsmittel, die individuelle Gesundheitsdaten aufzeichnen, können nicht nur dabei helfen, Krankheiten früher zu entdecken, sondern auch dazu führen, dass Patienten ihrem Arzt mündiger und aufgeklärter gegenüberreten. Dennoch bleiben ethische und sicherheitstechnische Einwände: Wem gehören die gesammelten Gesundheitsdaten? Wer sagt den Algorithmen und Geräten, was „normal“ ist?

Darüber hinaus wachsen Verantwortungs- und Leistungsdruck für den Einzelnen, wenn es kein Fachwissen mehr braucht, um den eigenen Gesundheitszustand einzuschätzen, und Gesundheit zu einer vermeintlich vom Individuum zu erbringenden Leistung wird. Gesellschaftliche, wirtschaftliche und Umweltfaktoren, die ebenfalls die Gesundheit beeinflussen – etwa Einkommen, Arbeitsbedingungen oder Luftverschmutzung –, werden darüber oft ausgeblendet, und soziale Ungleichheiten können sich verfestigen. Gesundheit ist mithin eine Querschnittsaufgabe und mit zahlreichen anderen Politikfeldern verflochten, sei es Wirtschafts-, Arbeits- oder Umweltpolitik.

Christina Lotter

KRANKHEIT ALS WERTURTEIL

Eine kleine Geschichte des Umgangs mit Krankheit und Kranken

Fritz Dross · Nadine Metzger

Krankheit ist ein soziales Ereignis. Wir erfahren Krankheit in unserem Alltag als bösartige Einschränkung durch Leid und/oder Schmerzen und sind deswegen bereit, für eine bestimmte Zeit – etwa im Krankenhaus – noch erheblich weiter reichende Einschränkungen und Regulierungen unseres alltäglichen Lebens zu akzeptieren, wenn dies die Heilung und das Ende der krankheitsbedingten Einschränkungen verspricht. Dafür erwarten wir Verständnis von unserer Umgebung und akzeptieren üblicherweise auch Einschränkungen, die uns die Erkrankungen anderer bereiten.

Krankheit ist auch ein Bedürfnis nach Hilfe und Unterstützung. Sucht man nach den verschiedenen historischen Organisationsformen der Unterstützung für Kranke, stößt man bald auf die charakteristische Doppelrolle der Medizin: Medizin leistet nicht nur Hilfe, sondern ist wesentliche Instanz für die Unterscheidung von Gesunden und Kranken; sie veranlasst und begründet somit ihr eigenes Handeln, wie auch das von Individuen und Gemeinschaften. Der historische Blick zeigt zudem, dass Krankheitsbegriffe und Unterscheidungskriterien sich, abhängig von historischen und gesellschaftlichen Umständen, kontinuierlich wandeln und kein überzeitlicher Krankheitsbegriff existiert.

In diesem Sinne gilt es, zu untersuchen, von welchen Krankheitsbegriffen die Menschen jeweils ausgingen. Gerade in der Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit verleiht eine Gesellschaft ihren grundlegenden Norm- und Idealvorstellungen vom Menschen Form; Medizin macht diese im jeweils aktuellen Wissen vom Menschen wie auch in ihrer medizinischen Praxis explizit. Auch als historischer Vorgang medizinischer Begriffsbildung ist Krankheit somit ein soziales Ereignis. Anhand der fünf Beispiele Aussatz, Gesundheitsfürsorge, psychische Krankheit, Geschlecht und Eugenik, die von alttestamenta-

rischer Zeit bis ins 20. Jahrhundert reichen, beleuchten wir im Folgenden verschiedene Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Krankheit in Deutschland, vor allem aber mit den erkrankten Menschen.

AUS-SATZ

Ein frühes und besonderes drastisches Beispiel für den Umgang mit Erkrankten ist die Lepra: Bereits seit dem Mittelalter werden Leprose im Deutschen als „Aussätzige“ bezeichnet, seit dem 16. Jahrhundert bürgerte sich die deutsche Bezeichnung „Aussatz“ als Krankheitsbezeichnung ein. Die rigide Trennungsregel, die eine strikte wohnliche Trennung zwischen Leprakranken und Gesunden fordert, geht vordergründig auf das Alte Testament zurück.⁰¹ Allerdings ist im hebräischen Text von „tsara’at“ die Rede, eine Bezeichnung, die auf eine religiös-rituell verstandene Unreinheit verweist, und nicht allein Menschen, sondern auch Tiere oder Häuser betreffen kann. Als dieser Text noch vorchristlich von gelehrten Juden ins Griechische übersetzt wurde, wählten sie den Terminus „lepra“, der allerdings der antiken medizinischen Fachsprache entstammt.⁰² Bezeichnet wurde damit eine undramatische und schmerzlose, wenig auffällige weißlich-schuppige Veränderung der Haut. In dieser Form und Bedeutung hielt die „lepra“ Einzug in das Neue Testament der Christen. Anschließend änderte indes die Medizin den Bedeutungsrahmen ihres Fachterminus „lepra“. Mit der Ausweitung auf die Erkrankung, die in der Antike als „elephantiasis“ bekannt war, redefinierte die Medizin die „lepra“ zu einer dramatischen, bösartig entstellenden, unheilbaren und tödlichen Erkrankung.

Erst mit der Drucklegung der antiken Texte zu Beginn der Neuzeit wurde die begriffliche Verknotung des Lepra-Begriffes fassbar – und

als erhebliches Problem erkannt. Wenn Ärzten die Aufgabe zukam, die „lepra“ einwandfrei zu identifizieren, bedurfte es eines halbwegs klaren und unstrittigen Begriffs, was denn die „lepra“ war, und wie daran Erkrankte zuverlässig erkannt, und anschließend aus-gesetzt werden könnten. Der biblische Text, die medizinische Überlieferung seit der Antike und die beobachteten Krankheitsphänomene ließen sich nicht widerspruchsfrei unter einen Begriff subsumieren. Schließlich firmierte der Aussatz seit dem frühen 16. Jahrhundert unter den „Unreinigkeiten der Haut“ gemeinsam mit der „Räude“ und der „Krätze“.⁰³

Die Figur des Ausgesetzten als des Ärmsten unter den Armen, denen sich Christus mit besonderer Hingabe widmet, findet sich im Neuen Testament und tauchte in der Folge regelmäßig auch in Heiligenviten auf.⁰⁴ Außerdem gerieten durch die Umdeutung der Hiobsfigur zum Leprosen die von Gott geprüften, auserwählten und damit Gott besonders nahen Leprakranken in den Blick. Die gesellschaftliche Reaktion einer Welt, die sich als christlich begriff, konnte sich nicht auf die rigide Ausgrenzung der Leprosen beschränken. In diesem Sinne wurden – stets außerhalb der Stadtmauern – seit dem Hochmittelalter hunderte von Lepraspitälern angelegt und unterhalten. Das Stigma „Lepra“ führte so gleichzeitig zur Ausgrenzung wie auch zur Berechtigung, in Lepraspitälern versorgt zu werden.⁰⁵ So wurden seit dem 16. Jahrhundert Klagen über die Simulation von Aussatz sowohl in Polizei- und Bettelordnungen als auch in der medizinischen Literatur laut.

Mehr und mehr verloren die Leprosen somit ihren Sonderstatus gegenüber anderen Erkrankten; die Leprosorien gerieten in den Ruf, vorwiegend als Unterschlupf für faules und verbrecherisches Gesindel zu dienen. Höhepunkt war der Prozess gegen die „Große Siechenban-

de“ 1710–1712 in Düsseldorf, auf den die Schließung sämtlicher Leprosorien der niederrheinischen Herzogtümer Jülich und Berg, bald darauf auch in Kurköln folgte.⁰⁶ Ende der 1870er Jahre machte die Entdeckung des Lepra-Erregers im noch jungen bakteriologischen Diskurs Furore.⁰⁷ Leprakranke gab es in dieser Zeit nördlich der Alpen nur noch im Baltikum und in Skandinavien. Die Ausgrenzung Leptosier bleibt allerdings bis heute ein erhebliches Problem: So werden weltweit 77 Gesetze gezählt, die Leprose diskriminieren.

KRANKHEIT UND ARMUT

Annähernd zeitlos scheint auch die Debatte über Armut und Krankheit. Dass mangelhafte Lebensumstände – allen voran Hunger – unmittelbar oder auch mittelbar zu Krankheiten und Tod führen, liegt auf der Hand. Wenn aber umgekehrt Armut definitorisch den Rang einer Krankheit erlangt, wie in der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 1946 („Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“), wird eine Analyse des spezifischen Verhältnisses von Armut und Krankheit unmöglich.

Zusammenhänge zwischen Armut und Krankheit wurden schon im Mittelalter berücksichtigt: So prüften Hospitäler die „Hospitalfähigkeit“ der um Aufnahme Nachsuchenden, wobei Krankheit ein bevorzugter Aufnahmegrund war, und Bettel- und Almosenordnungen des Spätmittelalters unterschieden zwischen den „unwürdigen“, weil „faulen“, und den „würdigen“ Bettlern, wobei erneut Krankheit ein vorrangig akzeptabler Grund für die Bettelerlaubnis wurde.

Vor dem Hintergrund aufklärerischer Vorstellungen von „Nützlichkeit“ wurde Gesundheit gegen Ende des 18. Jahrhunderts zur ersten Bürgerpflicht. In seiner programmatischen Schrift „Von den Vortheilen der Krankenhäuser für den Staat“ (1790) erklärte Adalbert Friedrich Markus, Leibarzt des Fürstbischofs von Würz-

01 Vgl. 3. Buch Mose (Leviticus) 13, 45f.

02 Vgl. Karl-Heinz Leven, *Lepra*, in: ders. (Hrsg.), *Antike Medizin. Ein Lexikon*, München 2005, S. 565ff.

03 Vgl. Lorenz Fries, *Spiegel der Artzney ...*, Straßburg 1518, f. clxxxii (v)–clxxxiii (r).

04 Vgl. Fritz Dross/Marion Maria Ruisinger, *Krisenzeiten. Pest, Lepra und ihre Patrone*, in: Marion Maria Ruisinger (Hrsg.), *Heilige und Heilkunst*, Ingolstadt 2009, S. 23–38.

05 Vgl. Fritz Dross, *Seuchenpolizei und ärztliche Expertise*, in: Carl Christian Wahrmann/Martin Buchsteiner/Antje Strahl (Hrsg.), *Seuche und Mensch*, Berlin 2012, S. 283–301.

06 Vgl. Martin Uhrmacher, *Lepra und Leprosorien im rheinischen Raum vom 12. bis zum 18. Jahrhundert*, Trier 2011, S. 188–196.

07 Vgl. Henrik Eßler, *Die Ärmsten der Armen ... Aspekte einer Sozialgeschichte der Lepra im 20. Jahrhundert*, in: *Die Klapper* 24/2016, S. 2–6.

burg und Bamberg, Armut und Krankheit zu den mächtigsten Feinden der menschlichen Natur, „welche auf Kosten des Staates großes Verderben anrichten“. ⁰⁸ Christoph Wilhelm Hufeland, Leibarzt des preußischen Königs, proklamierte 1809 gar: „Der Kranke allein ist arm. – ein Mensch, der noch gesund ist an Leib und Seele, ist nicht arm [...]. Aber wenn Krankheit zur Dürftigkeit kommt, dann erst tritt die wahre Hilflosigkeit ein, und es wird heilige Pflicht der Mitmenschen und des Staates, dem Verlassenen beizustehen.“ ⁰⁹

Die Bedeutung staatlicher und kommunaler Fürsorge-Institutionen verstärkte sich seit dem 19. Jahrhundert, als in bis dahin nicht gekanntem Maße Menschen in die Zentren der Industrialisierung wanderten. Sobald sie auf dem Weg erkrankten oder, etwa aufgrund von (Arbeits-)Unfällen, nicht weiter arbeiten konnten, fehlten die traditionellen Versorgungsnetzwerke in Familie, Nachbarschaft und dem kirchlichen Umfeld. Die Dienstherrschaften entließen ihre erkrankten Mägde wie die Handwerksmeister ihre erkrankten Knechte, Lehrlinge und Gesellen, die Kommunen organisierten das Verbringen dieser Menschen in „Bettelfuhren“. Vielerorts wurden deshalb im 19. Jahrhundert Krankenhäuser errichtet, die ausdrücklich als Armenkrankenanstalten firmierten. In Verträgen mit den kommunalen Armenkassen wurden fixierte Pflegesätze vereinbart, daneben existierten Verabredungen mit den Dienstherrschaften, Handwerksvereinigungen und Gesellenvereinen, die gegen regelmäßige Abonnementgebühren sicherstellten, dass erkranktes Personal gepflegt wurde. ¹⁰

Die aufblühenden Universitäten und ihre Medizinischen Fakultäten waren ebenfalls stark an der Belegung von Krankenhausbetten interessiert, da die neue Form (natur)wissenschaftlich geprägter medizinischer Forschung auf der Beobachtung von, und mehr und mehr auch auf Ex-

perimenten an erkrankten Armen in Forschung und Lehre beruhte, wie sie in dieser Masse nur in Krankenhäusern gelingen konnte. ¹¹ Als Zahlenreihen darstellbare Parameter zur Beschreibung von Krankheitszuständen (Fieber, Blutdruck) sind Produkte der Krankenhausmedizin der Mitte des 19. Jahrhunderts. Mehr und mehr ersetzten Tabellen und Kurven den Erfahrungsbericht der erkrankten Person. Zugleich geriet die vergleichende Beobachtung der Krankheiten zum Goldstandard klinischer Ausbildung.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen führte die deutsche Reichsregierung unter Kanzler Otto von Bismarck die Sozialversicherung der Fabrikarbeiter ein (Krankenversicherung 1884, Unfallversicherung 1885, Rentenversicherung 1891). Eine Krankenversicherung war ursprünglich nicht vorgesehen, wurde aber notwendig, als der protestantische Sozialreformer Theodor Lohmann im Reichsamt des Innern den Leistungsbezug der Unfallversicherung auf die 14. Woche nach einem Unfall festlegte. ¹² Unauffällig im Windschatten der Debatte um die Unfallversicherung wurde somit die wohl folgenschwerste gesundheitspolitische Entscheidung der letzten 150 Jahre getroffen. Lohmanns Idee folgend trugen die zwangsversicherten Arbeiter zwei Drittel der Beiträge, waren im Gegenzug aber mit der gleichen Quote an deren Selbstverwaltung maßgeblich beteiligt – und wurden so zu entscheidenden Agenten der Gesundheits- und Sozialpolitik. Vorerst stand vor allem Krankentagegeld im Mittelpunkt, bald aber die Gewährung von Medikamenten, Heilmitteln und ärztlicher Behandlung gegebenenfalls im Krankenhaus. Bis zum Ersten Weltkrieg führten verschiedene Reformen zur Versicherungspflicht für Angestellte und weitere Berufsgruppen und ergänzten deren Familienangehörige als Mitversicherte.

Das Hufeland'sche Programm („Der Kranke allein ist arm“) vom Beginn des 19. Jahrhunderts war damit weitgehend eingelöst: Zum einen priorisiert die gesetzliche Sozialversicherung die Arbeit in sozialversicherungspflichtigen Arbeits-

⁰⁸ Adalbert Friedrich Markus, Von den Vortheilen der Krankenhäuser für den Staat, Bamberg–Wirzburg 1790, S. 9.

⁰⁹ Christoph Wilhelm Hufeland, Die Armenkrankenverpflegung zu Berlin, in: Journal der practischen Heilkunde 12/1809, S. 1–25; zum Hintergrund der Debatte vgl. Fritz Dross, „Der Kranke allein ist arm.“ Die Diskussion über den Zusammenhang von Krankheit und Armut um 1800, in: Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 1/2005, S. 1–15.

¹⁰ Vgl. Ole Peter Grell/Andrew Cunningham/Robert Jütte (Hrsg.), Health Care and Poor Relief in 18th and 19th Century Northern Europe, Aldershot 2002.

¹¹ Vgl. Ludwig Quidde, Arme Leute in Krankenhäusern, München 1900; Barbara Elkeles, Der moralische Diskurs über das medizinische Menschenexperiment im 19. Jahrhundert, Stuttgart 1996.

¹² Vgl. Florian Tennstedt/Heidi Winter, „Jeder Tag hat seine eigenen Sorgen, und es ist nicht weise, die Sorgen der Zukunft freiwillig auf die Gegenwart zu übernehmen.“ Die Anfänge des Sozialstaats im Deutschen Reich von 1871, in: Zeitschrift für Sozialreform 41/1995, S. 671–700.

verhältnissen. Das seit dem 19. Jahrhundert proklamierte „Recht auf Arbeit“ umfasste damit in mancherlei Hinsicht ein „Recht auf Gesundheit“ im Sinne der Sozialversicherungspflicht. Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung definierten per Gesetz „Krankheit“ als Arbeitsunfähigkeit, die durch umlagefinanzierte Gesundheitsdienstleistungen zu verhüten und zu beseitigen sei. Zum anderen wurden Form und Umfang dieser Leistungen nunmehr ausschließlich durch ärztliche Entscheidungen über den Gesundheitszustand der Betroffenen bestimmt.

PSYCHISCHE KRANKHEITEN

Sind die Abgrenzung und Definition und demzufolge der Umgang mit körperlichen Krankheiten wie der Lepra bereits historischen Veränderungsprozessen unterworfen, so trifft dies für psychische Krankheiten in besonderem Maße zu. Allein das Konzept „psychische Krankheit“ ist erst wenig mehr als hundert Jahre alt.¹³ Es setzt die Idee einer abgrenzbaren Psyche voraus, die analog zur körperlichen Beeinträchtigung erkranken kann – eine Vorstellung, die stark durch den Psychologen Sigmund Freud mitgeprägt wurde und der Tendenz der modernen Medizin entspricht, Krankheiten nach Ursachen oder befallenen Organen zu kategorisieren.

Ganz anders wurde das Phänomen „Wahnsinn“, oder neutraler ausgedrückt „stark normabweichende Wahrnehmung, Denkfähigkeit und/oder Verhalten“, in der vormodernen Medizin gefasst: Von der Antike bis ins 19. Jahrhundert hinein unterschied die medizinische Lehre nicht zwischen körperlichen und geistigen Krankheiten, sondern ordnete Krankheiten hauptsächlich anhand ihrer typischen Symptome ein.¹⁴ So konnte sich ein spezielles Fieber außer durch die erhöhte Körpertemperatur und typisches Ausscheidungsverhalten auch durch Halluzinationen oder Tobsucht definieren. Krankheiten ohne körperliche Symptome wurden allerdings kaum beschrieben; so zeichnete sich etwa das Krankheitskonzept der Melancholie – deren Begriff im

heutigen Vokabular nur noch für niedergedrückte Stimmung steht – insbesondere auch durch charakteristische Verdauungsbeschwerden, Krampfadern sowie diverse somatische Zeichen wie etwa blasse Haut und starren Blick aus.¹⁵ Störungen der Geistestätigkeit wurden genauso auf materielle Vorgänge im Körper zurückgeführt wie alle anderen Krankheiten auch; gleichzeitig ging man davon aus, dass starke Emotionen und Wahrnehmungseindrücke erheblichen Einfluss auf die Körpersäfte und somit auf die Gesundheit nahmen. Geistestätigkeit und Materie des Körpers waren damit in der vormodernen Medizin sehr eng miteinander verschlungen.

Die Diagnose von „Wahnsinn“ war in der Praxis keinesfalls den Ärzten vorbehalten. „Wahnsinn“ ist und war eine sozial determinierte Kategorie, mit der Menschen normabweichenden Verhaltens aus der Gemeinschaft ausgeschlossen werden: Ihre Stimme muss nicht mehr gehört werden, und sie verlieren ihre Selbstbestimmung. Ihr Leben findet am Rand oder außerhalb der Gesellschaft statt. Ob jemand als wahnsinnig zu gelten habe, schien in historischer Zeit zumeist selbstevident zu sein, auch für das Einsperren zuhause oder in einem Irrenhaus mit entsprechenden Zwangsmaßnahmen. Verwandte, örtliche Autoritäten und besonders die Gerichte konnten aber Ärzte als Spezialisten heranziehen, um bei Bedarf deren Meinung einzuholen oder Therapiemöglichkeiten auszuloten. Man wusste, dass die medizinischen Mittel sehr begrenzt waren.¹⁶

Es gab in der Vormoderne allerdings auch alternative Deutungsmuster; so konnte „Wahnsinn“ insbesondere als moralische Schwäche, mangelnde Charakterfestigkeit oder religiöse Devianz verurteilt werden. Entsprechend sahen sich die Anstaltsleiter der Irrenanstalten des frühen 19. Jahrhunderts als gestrenge Väter ihrer Zöglinge – und Heilung geriet zur Erziehung.¹⁷ Wie in den Armenkrankenhäusern dieser Zeit stand im Zentrum der Bemühungen, die Arbeitskraft in einer standes- und geschlechtsgemäßen Beschäftigung wiederherzustellen, sowie Fleiß, Moral und

13 Vgl. Nadine Metzger, *Railway Spine, Shell Shock and Psychological Trauma*, in: Eve-Marie Becker/Jan Doehorn/Else K. Holdt (Hrsg.), *Trauma and Traumatization in Individual and Collective Dimensions*, Göttingen 2014, S. 43–61, hier S. 56f.

14 Vgl. Edward Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, Berlin 1999.

15 Vgl. Raymond Klibansky/Erwin Panofsky/Fritz Saxl, *Saturn und Melancholie*, Frankfurt/M. 1990, S. 101–124.

16 Vgl. Doris Kaufmann, *Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland, 1770–1850*, Göttingen 1995, S. 195–282.

17 Vgl. dazu Shorter (Anm. 14), S. 56ff.

Gottesfurcht. Solche oder ähnliche gesellschaftlich determinierte Normvorstellungen bestimmten noch im 20. Jahrhundert die psychiatrische Praxis: Der durch sein abweichendes Verhalten ausgeschlossene Patient sollte in die Lage versetzt werden, wieder Teil der „normalen“ Gesellschaft zu werden.

Im Zuge ihrer Ausrichtung auf naturwissenschaftliche Methoden versuchte die Medizin seit dem späten 19. Jahrhundert mehrfach, sich dieser gesellschaftlich determinierten Dimensionen von Krankheit zu entledigen. Insbesondere zwischen 1910 und 1930 diskutierten Ärzte intensiv darüber, wie „Krankheit“/„Gesundheit“ und „normal“/„anomal“ innerhalb des naturwissenschaftlichen Paradigmas eindeutig voneinander abgegrenzt werden könnten, zum Beispiel mithilfe statistischer Methoden. Zu einer Lösung des Problems fanden sie nicht. Der Psychiater und Philosoph Karl Jaspers schloss deshalb weitsichtig, dass in jeder Verwendung des Begriffs „krank“ „ein Werturteil ausgedrückt wird“.¹⁸ Eine rein medizinische Definition sei nicht möglich.

GESCHLECHT UND DEUTUNGSMACHT DER MEDIZIN

Diese Werturteile unterscheiden sich jedoch nicht nur im historischen Zeitverlauf, sondern auch innerhalb einer Gesellschaft. Sie werden davon beeinflusst, welche Verhaltensnormen für eine gesellschaftliche Gruppe – abhängig von sozialem Stand, Alter und Geschlecht – zutreffen. Was für die eine Gruppe ein gesellschaftlich akzeptiertes Verhalten ist, kann für die andere schon als „Wahnsinn“ gelten. Somit kommt der modernen Medizin eine erhebliche Deutungsmacht über Fragen nach Gesundheit und Krankheit, Körper und Psyche, Verhalten und Identität zu.¹⁹

Ein Beispiel dafür ist die Hysterie, die im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts in aller Munde war.²⁰ Diese auf Frauen beschränkte Geisteskrankheit zeichnete sich durch einen leicht erregbaren Grundcharakter der Patientinnen aus

und konnte sich in unzähligen Symptomen äußern: Krampfanfälle, Phantomschmerzen, geistige und sensorische Ausfälle (etwa Blindheit), Ohnmachten, starke Gefühle, theatralisches Benehmen und vieles mehr. Gerade leichtere Symptome waren eng mit gesellschaftlichen Normvorstellungen verknüpft. Sigmund Freud und Josef Breuer beschrieben etwa bei Patientinnen, die sie in den 1890er Jahren in Wien behandelten, dass diese sich Tagträumereien und ihrer überbordenden Fantasie hingaben, statt sich auf Handarbeiten zu konzentrieren, keine Lust an weiblichen Tätigkeiten entwickeln konnten und stark negative Gefühle gegenüber Familienmitglieder entwickelten.²¹ So wurde als Grund für einen Anstaltsaufenthalt von sogenannten Hysterikerinnen immer wieder die Unfähigkeit oder der Unwillen genannt, den Haushalt zu führen – also ihrer sozialen Rolle nachzukommen. Dabei konnten sowohl Ehemänner oder andere Familienmitglieder die Einweisung betreiben als auch Patientinnen aus eigenem Leidensdruck heraus psychiatrische Hilfe suchen.²² Das zeigt, wie anfällig die oft normenbezogene Definition von Geisteskrankheit für Missbrauch ist – gerade weil die Diagnose von Wahnsinn oder Geisteskrankheit die Patienten zusätzlich ihrer Stimme beraubt und entmündigt. In diesem Sinne wurde die Diagnose auch häufig im öffentlichen Diskurs des späten 19. Jahrhunderts verwendet, um Frauen mit ihren Anliegen zu diffamieren, etwa Forderungen der Frauenbewegung.

Stigmatisierend war die Diagnose mit der Frauenkrankheit „Hysterie“ auch für Männer. Da die Diagnose den Betroffenen einen hysterischen Grundcharakter unterstellte, mussten männliche Hysteriker als „verweiblicht“ oder gar „weibisch“ gelten. Ein solch ehrenrühriges Urteil wurde allerdings hauptsächlich über Patienten der unteren Schichten verhängt und bürgerlichen Männern, also Standesgenossen der behandelnden Ärzte, nicht zugemutet. Für diese wurde in der Folge mit der Neurasthenie eine positiv besetzte Krankheit entwickelt, die ähnliche Symptome abdeckte. Wie später der „Burn-out“ als „Managerkrankheit“ die prinzipielle Leistungsfähigkeit der Erkrankten hervorhob, war auch die Neurasthenie mit dem Druck einer Leitungspo-

¹⁸ Karl Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie für Studierende, Ärzte und Psychologen*, Berlin 1920², S. 4.

¹⁹ Vgl. Alfons Labisch/Reinhard Spree (Hrsg.), *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts*, Bonn 1989.

²⁰ Vgl. Karen Nolte, *Gelebte Hysterie*, Frankfurt/M.–New York 2003, hier S. 112–134.

²¹ Vgl. Sigmund Freud/Josef Breuer, *Studien über Hysterie*, Frankfurt/M. 1991 (1916).

²² Vgl. Nolte (Anm. 20), S. 53 ff.

sition und überdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten verknüpft – Eigenschaften eines Mannes der Oberschicht.

Wie dieses Beispiel und bereits das Beispiel Armut und Krankheit zeigte, haben Ärzte und Medizin seit der frühen Neuzeit nicht nur ihre Aufgaben- und Kompetenzgebiete erfolgreich ausgeweitet, sondern schafften es vor allem auch, ein vernunftgeleitetes Deutungsangebot zu etablieren, das mit wissenschaftlicher Autorität umfassende Handlungsanweisungen und Antworten auf gesellschaftliche Fragen vorbrachte. So suchten Ärzte als Spezialisten für menschliche Biologie zu erklären, weshalb Frauen sowie Angehörige der Unterschichten und anderer „Rassen“ weniger wert seien als der bürgerliche weiße Mann.²³

Die „Frauenkrankheit“ Hysterie ist in diesem Zusammenhang nur ein kleines Rädchen im großen Gefüge medizinischer Ausdeutung, Bewertung und Sanktionierung weiblichen Verhaltens. In einer „weiblichen Sonderanatomie“ wurden nicht zufällig seit dem 18. Jahrhundert (unter Rückgriff auf die Antike) die Mängel und Abweichungen des weiblichen Körpers thematisiert – etwa zur selben Zeit, als die Aufklärung die traditionellen Geschlechterrollen infrage stellte und in der Französischen Revolution die Menschenrechte auch für Frauen gefordert wurden. Die vormals absolute Gewissheit, dass Frauen in der Gesellschaft eine untergeordnete Position zukäme, erhielt dadurch nachhaltige Risse.²⁴ In diesem eigentlich gesellschaftspolitischen Streit traten Ärzte als ausgewiesene Fachmänner für den „weiblichen Geschlechtscharakter“ auf und stellten wie der Anatom und Physiologe Theodor Bischoff 1872 im Namen der wissenschaftlichen Medizin klar: „Denn es hat sich dabei durch die unparteiischste und gründlichste anatomische und physiologische Forschung herausgestellt, dass das Weib entschieden ungleich schwächer ist, in seiner ganzen Organisation einen minder hohen Entwicklungsgrad erreicht hat, und in allen Beziehungen dem Kinde näher steht, als dem Mann.“²⁵ Frauenärzte prophezeiten studierwilligen Frauen noch in den 1890er Jahren diverse

körperliche wie geistige Krankheiten und vor allem Unfruchtbarkeit.²⁶ Erst 1896 (Abitur) beziehungsweise 1900 (Studium im Großherzogtum Baden) erhielten Frauen im Kaiserreich Zugang zu höherer Bildung. So trugen Mediziner mit ihrer wissenschaftlichen Autorität aktiv dazu bei, dass Frauen neben der Studierfähigkeit politische Rechte ebenso verwehrt wurden wie die Bestimmung über ihre Finanzen, Vormundschaft über die eigenen Kinder oder die körperliche Selbstbestimmung in der Ehe.

Ist das historische Beispiel der medizinisch untermauerten Geschlechterrollen besonders eindrücklich, so sollte es nicht darüber hinwegtäuschen, dass dieselbe Denkfigur bis heute verwendet wird, um soziale Zuschreibungen durch wissenschaftliche Autorität im Körper der Betroffenen zu verankern. So, wie die Medizin Armut als medizinisches Problem definierte und die Ordnung der Geschlechter legitimierte, trat bald darauf die Hygiene an, die Umwelt der Menschen und deren Verhalten darin medizinisch zu erörtern, bis Vererbungslehre und Eugenik – im Verbund mit der Psychiatrie – dazu übergingen, Sexualität und Fortpflanzungsverhalten der Menschen nach medizinischen Maßstäben zu bewerten und nach Möglichkeit zu regulieren.

HYGIENE, EUGENIK, KRANKENMORD

Zunächst initiierte in der Mitte des 19. Jahrhunderts die Hygiene städtebauliche Maßnahmen wie die Versorgung europäischer Städte mit „gesundem“ Trinkwasser aus Wasserleitungen und die anschließenden Entwässerung mittels Kanalisation. Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte sich dann die „soziale Hygiene“ als „die Lehre von den Einflüssen der Umwelt auf die Gesundheitsverhältnisse von Bevölkerungsschichten, Gemeinden und Staaten“;²⁷ sie formulierte auf neue, detaillierte Weise das Verhältnis von „Krankheit und sozialer Lage“²⁸ und leg-

23 Vgl. u. a. Londa Schiebinger, *Am Busen der Natur*, Stuttgart 1995.

24 Vgl. Ute Frevert, *Frauen-Geschichte*, Frankfurt/M. 1986.

25 Theodor von Bischoff, *Das Studium und die Ausübung der Medicin durch Frauen*, München 1872, S. 14.

26 Vgl. Arthur Kirchhoff (Hrsg.), *Die akademische Frau. Gutachten hervorragender Universitätsprofessoren, Frauenlehrer und Schriftsteller über die Befähigung der Frau zum wissenschaftlichen Studium und Berufe*, Berlin 1897, S. 126 ff.

27 Alfons Fischer, *Grundriss der Sozialen Hygiene*, Karlsruhe 1925², S. 1.

28 Max Mosse/Gustav Tugendreich (Hrsg.), *Krankheit und soziale Lage*, München 1913.

te in den 1920er Jahren die Grundlage der modernen Gesundheitswissenschaften und Public Health-Forschung.

Mit der breiten Rezeption der darwinschen Evolutionsbiologie und der Vererbungsgesetze von Otto Mendel – und schließlich ihrer unheilvollen Verknüpfung miteinander und mit dem Hygiene-Diskurs – geriet ein neuer Aspekt in die medizinische und öffentliche Debatte. Der Bakteriologe Ferdinand Hueppe befand 1925, „daß das Individuum nicht Selbstzweck, sondern Mittel zur Erhaltung der Art ist“, in welchem Zuge „Humanitätsdusel sogar zu einer Gefahr werden kann, wenn Minderwertige besser betreut werden als die kernhaft Gesunden, von deren Erhaltung, Stärkung und Fortpflanzung die wirtschaftliche und nationale Leistungsfähigkeit eines Volkes und Staates abhängt“.²⁹ Fortan wurde immer häufiger diskutiert: Inwiefern sind bestimmte Erkrankungen, unerwünschte Verhaltensweisen und die Neigung zur Kränklichkeit vererblich? Inwiefern bevorzugt ein ausgebauter Wohlfahrtsstaat solche unerwünschten Eigenschaften und wirkt damit der „natürlichen Selektion“ entgegen? Welche – unter diesen Umständen gar vermeidbaren – Kosten entstehen der Allgemeinheit dabei? Schließlich: Liegt nicht der uralte Menschheitstraum von glücklichen Menschen in einer gesunden Gesellschaft zum Greifen nahe, wenn Krankheiten durch Kontrolle der Fortpflanzung weitestgehend verhindert werden können? Mit diesen Fragen beschäftigte sich wissenschaftlich die Erbgesundheitslehre als Rassenhygiene beziehungsweise Eugenik.³⁰

Eine darauf beruhende Bevölkerungs-, Gesundheits- und Sozialpolitik konnte auf der einen Seite versuchen, die Vererbung besonders erwünschter Eigenschaften zu fördern („positive Eugenik“), gleichzeitig aber auch die Vererbung unerwünschter Eigenschaften durch das Verhindern der Fortpflanzung unter deren (vermeintlichen) Trägerinnen und Trägern zu verhindern („negative Eugenik“). So oder so aber wurde grundlegend, die Bevölkerung nach den Trägern erwünschter und unerwünschter (mut-

maßlich) vererblicher Eigenschaften zu klassifizieren, um anschließend ihr sexuelles Verhalten zu steuern. In diesem Zusammenhang war seit Beginn des 20. Jahrhunderts eine schlüssige Gesetzgebung zur Sterilisation diskutiert und insbesondere von Ärzten zum Teil vehement gefordert worden. Bis zum Ende des Ersten Weltkriegs existierten in 16 Staaten der USA Gesetze zur Unfruchtbarmachung von „Gewohnheitsverbrechern“, „Idioten“ und Sexualstraftätern. Deutschland, so schien es den Eugenikern, hinkte international hinterher, bis im Sommer 1933 die nationalsozialistische Reichsregierung unter Adolf Hitler mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ weltweit erstmals ein Verfahren einführte, das die Unfruchtbarmachung auf Beschluss von „Erbgesundheitsgerichten“ auch gegen den ausdrücklichen Willen der Betroffenen und ihrer Angehörigen vorschrieb. Auf dieser gesetzlichen Grundlage wurden in Deutschland zwischen 1934 und 1945 etwa 400 000 zuvor von ärztlichen Gutachtern als „erbkrank“ befundene Menschen ihrer Fruchtbarkeit beraubt.³¹ Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurde erst 1974 aufgehoben, erst 1988 geächtet. Der größere Teil der Opfer ist nicht entschädigt worden.³²

Aus Kranken wurden „Ballastexistenzen“, wie der Jurist Karl Binding und der Psychiater Alfred Hoche schon 1920 formulierten. Ihre Programmschrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ schließt in der Hoffnung: „Wir werden vielleicht eines Tages zu der Auffassung heranreifen, daß die Beseitigung der Geistig völlig Toten kein Verbrechen, keine unmoralische Handlung, keine gefühlsmäßige Rohheit, sondern einen erlaubten nützlichen Akt darstellt.“³³ Es sollte noch zwei Jahrzehnte dauern, bis dies im nationalsozialistischen Krankenmord massenhaft praktiziert wurde. Vollständig umgedeutet und entstellend wurde die Bezeichnung „Euthanasie“ dafür gängig, Kran-

29 Ferdinand Hueppe, Zur Geschichte der Sozialhygiene, in: Eduard Dietrich (Hrsg.), Grundlagen und Methoden. Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfuersorge, Bd. 1, Berlin 1925, S. 5–70, hier S. 5.

30 Vgl. Peter Weingart/Jürgen Kroll/Kurt Bayertz, Rasse, Blut und Gene, Frankfurt/M. 2017⁵.

31 Vgl. Hans-Walter Schmuhl, Zwangssterilisation, in: Robert Jütte et al. (Hrsg.), Medizin und Nationalsozialismus, Göttingen 2011, S. 201–213.

32 Vgl. Stefanie Westermann, Verschwiegenes Leid, Köln 2010; Henning Tümmers, Anerkennungskämpfe. Die Nachgeschichte der nationalsozialistischen Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik, Göttingen 2011.

33 Karl Binding/Alfred Hoche, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, Leipzig 1922², S. 57.

ke durch Tötung „von ihren Leiden zu befreien“. ³⁴ Im Unterschied zu den Zwangssterilisationen sind die großangelegten Krankenmorde, denen mehr als 300 000 Kranke zum Opfer fielen, nie auch nur unter den Schein der Legalität gestellt worden. Joseph Goebbels sprach in seinem Tagebuch 1941 von der „stillschweigenden Liquidierung von Geisteskranken“. ³⁵ Die organisierte Tötung von Erwachsenen wurde eingestellt, nachdem sich der entschiedene Einspruch dagegen zunehmend öffentlich formulierte; als Wegmarke gilt die Predigt des Münsteraner Bischofs von Galen im August 1941. Fortgeführt wurde die Ermordung Kranker in den Arbeits- und Konzentrationslagern, die sogenannte Kinder-Euthanasie sowie die Tötung durch Vernachlässigung, Nahrungsentzug und die Gabe von Betäubungsmitteln dezentral innerhalb der psychiatrischen Anstalten.

FAZIT

In den meisten entwickelten Industriestaaten der westlichen Welt ist der Gesundheitssektor inzwischen der umsatzstärkste Wirtschaftszweig. ³⁶ Hat also im gesellschaftlichen Umgang mit Krankheit die Barmherzigkeit gesiegt? Keinesfalls. Das Ausatzmuster, wie wir es am Beispiel der Lepra eingeführt haben, ist insbesondere bei ansteckenden Erkrankungen immer wieder neu zu beobachten, so in den 1980er Jahren am Beispiel AIDS/HIV, zuletzt im Zuge der Ebola-Epidemie. Aktuell wird auch das Verhältnis von Krankheit und Armut bleiben. Am Beispiel der Transgender-Debatte erleben wir eine Umbruchsituation in der Frage, was eigentlich „Geschlecht“ definiert;

ebenso geben überwunden geglaubte Spielarten des Rasse-Diskurses ihr Comeback. Die ambivalente Haltung gegenüber psychisch Kranken hat etwa der 2011/12 publik gewordene „Fall Gustl Mollath“ ebenso deutlich gemacht wie die aktuelle Debatte um das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz in Bayern. ³⁷

Zugrunde liegt nicht zuletzt ein medizin- und wissenschaftstheoretisches Problem: Ein überzeitlich gültiger Krankheitsbegriff ist unmöglich, er kann sich auch nicht aus der Summe von einzelnen Krankheitsbezeichnungen ergeben. ³⁸ Innerhalb der Medizin ändern sich die Bezugssysteme fortlaufend schneller: Welchen Krankheitswert etwa hat eine genetische Anomalie, von der (vorerst?) nicht bekannt ist, ob und welche Einschränkungen sie den davon Betroffenen bereitet? Schließlich wird der Grat zwischen besonderer Hinwendung und Fürsorge auf der einen, Abscheu und Segregation auf der anderen Seite systematisch auch deshalb ein schmaler bleiben, weil er auf der Unterscheidung zwischen Gesunden und Kranken beruht. ³⁹ Wir werden auch zukünftig Gesunde von Kranken unterscheiden, uns dabei vorrangig auf die Medizin verlassen, und Kranke anders behandeln als Gesunde.

³⁴ Vgl. Wolfgang Uwe Eckart, *Medizin in der NS-Diktatur*, Wien 2012, S. 133–149.

³⁵ Zit. nach Heinz Faulstich, *Goebbels' Tagebücher und der Abbruch der „Aktion T4“*, in: Christian Gerlach (Hrsg.), *„Durchschnittstäter“*, Berlin 2000, S. 211 f, hier S. 211.

³⁶ Vgl. Irene Papanicolas/Liana R. Woskie/Ashish K. Jha, *Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries*, in: *JAMA – Journal of the American Medical Association* 10/2018, S. 1024–1039.

³⁷ Vgl. Florian Bruns, *Der gefährliche Irre in unseren Köpfen*, 28. 4. 2018, www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-04/psychiatrie-gesetz-bayern-psychkhg-stigmatisierung-psychisch-krank-national-sozialismus.

³⁸ Vgl. z. B. Peter Hucklenbroich (Hrsg.), *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*, Münster 2013.

³⁹ Vgl. Christoph Sachße/Florian Tennstedt (Hrsg.), *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung*, Frankfurt/M. 1986.

FRITZ DROSS

ist Professor für Medizingeschichte am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU). fritz.dross@fau.de

NADINE METZGER

ist promovierte Historikerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der FAU.

nadine.metzger@fau.de

SOZIALE UNGLEICHHEIT DER GESUNDHEITSCHANCEN UND KRANKHEITSRISIKEN

Thomas Lampert

Deutschland gehört zu den reichsten Ländern der Welt und verfügt über umfassende Systeme der sozialen Sicherung und der medizinischen Versorgung. Gleichzeitig sind, wie in vielen anderen Ländern, erhebliche Ungleichheiten der Lebensbedingungen und sozialen Teilhabechancen festzustellen, die in den vergangenen Jahren zum Teil noch zugenommen haben. Zu verweisen ist unter anderem auf das hohe, in bestimmten Bevölkerungsgruppen und Regionen steigende Armutsrisiko, die fortschreitende Konzentration des Privatvermögens und die Zunahme überschuldeter Haushalte. Ebenso zu beachten ist der nach wie vor stark ausgeprägte Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft und den Bildungschancen sowie die verstärkte Zuwanderung von Menschen aus ökonomisch benachteiligten Ländern, durch die sich in jüngster Zeit zusätzliche Herausforderungen für den Sozialstaat ergeben haben.⁰¹

Diese sozialen Ungleichheiten spiegeln sich auch in der Gesundheit und Lebenserwartung der Bevölkerung wider. Mittlerweile zeigt eine große Zahl an Studien, dass Menschen mit niedrigem sozialen Status, gemessen zumeist über Einkommen, Bildungsniveau und berufliche Stellung,⁰² vermehrt von chronischen Krankheiten und Beschwerden betroffen sind, ihre eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter einschätzen und ein erhöhtes vorzeitiges Sterberisiko haben. Diese gesundheitlichen Ungleichheiten sind nicht nur für Deutschland, sondern für alle Länder, für die aussagekräftige Daten vorliegen, belegt.⁰³

Welche politische Bedeutung den sozialen Unterschieden in der Gesundheit und Lebenserwartung beigemessen wird, lässt sich daran ersehen, dass sowohl die Europäische Kommission⁰⁴ als auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Verringerung der gesundheitlichen Ungleich-

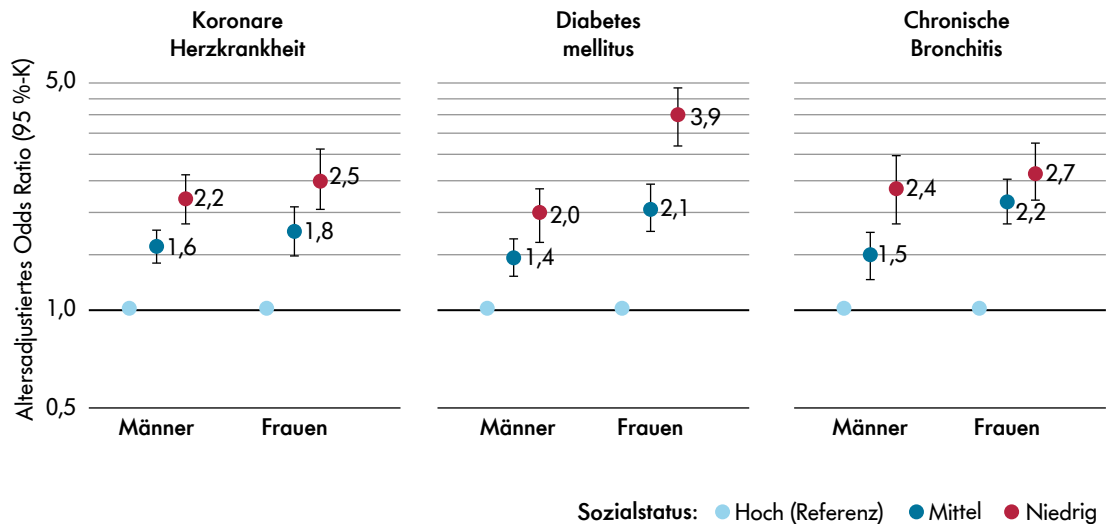
heiten, und zwar sowohl zwischen den Ländern als auch innerhalb der einzelnen Länder, als ein vorrangiges Ziel definiert. In einem Bericht der WHO-Expertenkommission „Social Determinants of Health“ hieß es dazu bereits im Jahr 2006: „Die Entwicklung einer Gesellschaft kann an der Gesundheit ihrer Bevölkerung gemessen werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, wie gerecht die Gesundheitschancen verteilt sind und welche Vorkehrungen zum Schutz vor Nachteilen, die aus einem schlechten Gesundheitszustand resultieren, getroffen werden.“⁰⁵

Im Folgenden wird zunächst für Deutschland das Ausmaß und Erscheinungsbild der sozialen Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung beschrieben. Anschließend werden verschiedene Erklärungsansätze dargestellt und auf die Ausprägung der gesundheitlichen Ungleichheiten über den Lebensverlauf sowie auf zeitliche Entwicklungen und Trends der vergangenen 20 bis 30 Jahre eingegangen. Zum Abschluss wird unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Erfahrungen diskutiert, wie gesundheitliche Ungleichheiten verringert werden können.

SOZIALE UNTERSCHIEDE IM KRANKHEITS- UND STERBERISIKO

Zu den Krankheiten, die bei Personen mit niedrigem sozialen Status häufiger auftreten als bei Personen mit mittlerem und hohem sozialen Status, zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall und Stoffwechselstörungen wie Diabetes mellitus (*Abbildung 1*). Gleiches trifft auf Atemwegserkrankungen wie chronische Bronchitis und Erkrankungen am Haltungs- und Bewegungsapparat wie Arthrose oder Osteoporose zu. Auch viele Krebserkrankungen kommen in der niedrigen Statusgruppe vermehrt vor. Dies gilt etwa für Lungen-, Magen- und Darm-

Abbildung 1: Risiko ausgewählter chronischer Erkrankungen nach sozialem Status bei 45-jährigen und älteren Männern und Frauen



Lesbeispiel: Männer mit niedrigem sozialen Status haben im Vergleich zu Männern mit hohem sozialen Status ein 2,2-fach höheres Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu erkranken.

Quelle: Eigene Darstellung; Datenbasis: Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2009–2012).

krebs. Mit Blick auf psychische Erkrankungen ist auf ein erhöhtes Risiko für Depressionen zu verweisen. Aber auch von Angststörungen, somatoformen Störungen und Substanzstörungen sind Personen mit niedrigem sozialen Status überproportional häufig betroffen.⁰⁶

01 Vgl. Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.), Datenreport 2016, Bonn 2016; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Lebenslagen in Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2017.

02 Der soziale Status wird mit einem Index gemessen, der aus allen drei Variablen berechnet wird. Siehe auch Thomas Lampert/Lars E. Kroll, Messung des sozioökonomischen Status in sozial-epidemiologischen Studien, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit, Wiesbaden 2009², S. 309–334.

03 Vgl. Johan Mackenbach, Health Inequalities: Europe in Profile. An Independent Expert Report Commissioned by the UK Presidency of the EU, London 2006; Europäische Kommission (KOM) (Hrsg.), Health Inequalities in the EU. Final Report of a Consortium, Luxemburg 2013.

04 Vgl. KOM, Reducing Health Inequalities in the European Union, Luxemburg 2010.

05 WHO-Expertenkommission „Social Determinants of Health“, Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes, Genf 2007, S. 1; eigene Übersetzung.

06 Vgl. Siegfried Geyer, Social Inequalities in the Incidence and Case Fatality of Cancers of the Lung, the Stomach, the Bowels, and the Breast, in: Cancer Causes Control 9/2008, S. 965–974.

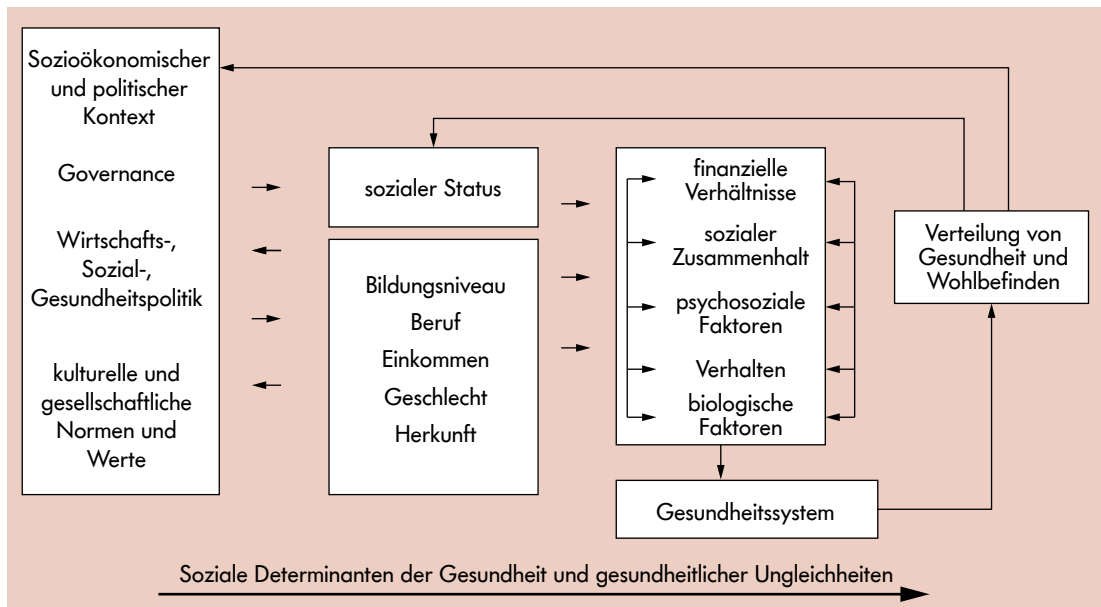
Wie stark die sozialen Unterschiede ausgeprägt sind, hängt von den betrachteten Erkrankungen und Beschwerden ab. Häufig ist das Risiko in der niedrigen im Vergleich zur hohen Statusgruppe um das Zwei- bis Dreifache erhöht. Zu berücksichtigen ist dabei, dass sich auch im Vergleich der niedrigen zur mittleren und im Vergleich der mittleren zur hohen Statusgruppe Unterschiede zeigen. Entsprechend wird oftmals von einem sozialen Gradienten gesprochen, also einer graduellen Abstufung des Krankheitsrisikos über die gesamte Statushierarchie.⁰⁷ Darüber hinaus weisen die vorliegenden Studien darauf hin, dass die sozialen Unterschiede nicht nur bei der Entstehung von Erkrankungen und Beschwerden zum Tragen kommen, sondern auch bei deren Verlauf und den Krankheitsfolgen. Dies lässt sich unter anderem an einem höheren Risiko für Funktionseinschränkungen und Behinderungen und damit verbundenen funktionellen Einschränkungen in der Alltagsbewältigung festmachen.⁰⁸

Die sozialen Unterschiede in Bezug auf Erkrankungen, Beschwerden und Funktionsein-

07 Vgl. Michael Marmot, The Status Syndrome. How Social Standing Affects Our Health and Longevity, New York 2004.

08 Vgl. Thomas Lampert et al., Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen, Berlin 2017.

Abbildung 2: Framework der WHO-Kommission „Social Determinants of Health“ zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten



Quelle: basiert auf WHO-Expertenkommission, A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, Discussion Paper 2/2007.

schränkungen kumulieren letztlich in einem erhöhten vorzeitigen Sterberisiko in der niedrigen Statusgruppe. Mit Blick auf das Einkommen sprechen die vorliegenden Studien für eine um fünf bis zehn Jahre verringerte mittlere Lebenserwartung bei Geburt, wenn Personen mit niedrigen und hohen Einkommen verglichen werden. Auch bei der im Alter von 65 Lebensjahren verbleibenden Lebenszeit lässt sich noch eine Differenz von etwa drei bis fünf Jahren feststellen.⁰⁹

ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Wie können diese Unterschiede erklärt werden? Die meisten Forschenden stimmen darin überein, dass die beobachteten gesundheitlichen Ungleichheiten durch ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren zustande kommen. Der Public Health-Professor Johan Mackenbach hat ein Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten vorgeschlagen, nach dem zwischen materiellen, psychosozialen und verhaltensbezogenen Faktoren differenziert werden sollte, die sich ge-

genseitig beeinflussen. Hervorgehoben wird unter anderem der Einfluss der materiellen Lebensbedingungen auf psychosoziale Belastungen und Ressourcen und in diesem Zusammenhang besonders die Bedeutung von Einkommensarmut, materieller Deprivation sowie nachteiligen Arbeits- und Wohnbedingungen. Eine weitere zentrale Annahme des Modells ist die Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens durch materielle und psychosoziale Faktoren. Als Beispiele hierfür werden Zusammenhänge zwischen einem geringen Einkommen und einem ungünstigen Ernährungsverhalten sowie zwischen psychosozialen Arbeitsbelastungen und dem Tabak- und Alkoholkonsum angeführt.¹⁰

Andere Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit beziehen stärker makrosoziologische Einflüsse ein. Dies trifft zum Beispiel auf das Modell der WHO-Expertenkommission Social Determinants of Health zu (Abbildung 2). Dieses Modell identifiziert auf der Makroebene neben Globalisierungsprozessen, denen eine große Bedeutung beigemessen wird, unter anderem die makroökonomische Politik, die Sozialpolitik sowie das öffentliche Bildungs-, Ge-

⁰⁹ Vgl. Thomas Lampert/Lars E. Kroll, Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, GBE kompakt 2/2014.

¹⁰ Vgl. Mackenbach (Anm. 3).

sundheits- und Sozialversicherungssystem als strukturelle Determinanten gesundheitlicher Ungleichheiten. Das Modell legt auch nahe, dass die nationalen Gesundheitssysteme zu einer Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen können, indem sie zum Beispiel die intersektorale Zusammenarbeit intensivieren und dabei soziale Beteiligung und Empowerment auf Bürger- und Institutionenebene nutzen, um die alltäglichen Lebensbedingungen zu verbessern und einer ungerechten Verteilung von Ressourcen entgegenzuwirken.¹¹

Frühe Weichenstellungen

Die aktuelle Diskussion über die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten ist darüber hinaus durch eine stärkere Einbeziehung der zeitlichen Dimension, also des Lebensverlaufs, charakterisiert. Für das Verständnis gesundheitlicher Ungleichheiten sind insbesondere drei Erklärungsmodelle aufschlussreich:¹² *Erstens* wird davon ausgegangen, dass negative Einflüsse in Entwicklungsphasen, die mit einer erhöhten organischen Vulnerabilität einhergehen – wie Schwangerschaft oder Pubertät – zu organischen Schädigungen führen und das Krankheitsrisiko langfristig erhöhen können („Modell kritischer Perioden“). Ein häufig genanntes Beispiel ist Rauchen während der Schwangerschaft, das nachweislich verschiedene Organe des Fötus schädigt und unter anderem das Risiko für Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen im späteren Leben erhöht. *Zweitens* gilt für die meisten Risiken und Belastungen, dass ihre Auswirkungen auf die Gesundheit mit der Dauer und der Intensität der Exposition zunehmen („Modell der Risikoakkumulation“). Neben dem Rauchen oder dem Alkoholkonsum trifft dies auch auf andere Verhaltensaspekte wie eine ungesunde Ernährung und geringe körperliche Aktivität zu, aber ebenso auf gesundheitliche Auswirkungen von Arbeits-, Wohn- und Umweltbedingungen. *Drittens* ist zu berücksichtigen, dass länger andauernde Krankheiten und Funktionseinschränkungen die berufliche Entwicklung

und damit auch die soziale Positionierung negativ beeinflussen können, etwa weil bestimmte Tätigkeiten nicht mehr ausgeübt werden können oder sogar der Arbeitsplatz verloren geht. Zudem haben Kinder, die gesundheitlich stark beeinträchtigt sind, schlechtere Bildungs- und Ausbildungschancen und später schlechtere Aussichten auf dem Arbeitsmarkt („Modell gesundheitsbedingter sozialer Mobilität“).

Die vorliegenden Studien machen deutlich, wie früh die Weichen für die Gesundheit gestellt werden. Gerade in Bezug auf das Rauchen in der Schwangerschaft sind die sozialen Unterschiede eklatant. Aber auch hinsichtlich des Stillens, das sowohl für das Kind als auch die Mutter mit gesundheitlichen Vorteilen verbunden ist, und die Teilnahme an den sogenannten U-Untersuchungen beim Kinderarzt, die zur Früherkennung von Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen dienen, sind erhebliche Unterschiede zuungunsten von Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status zu beobachten (*Abbildung 3*).¹³

Auch in der weiteren gesundheitlichen Entwicklung sind zum Teil erhebliche soziale Unterschiede auszumachen. So werden bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus im Alter von fünf bis sechs Jahren, also kurz vor der Einschulung, deutlich häufiger Sehstörungen, Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen sowie Wahrnehmungs- und psychomotorische Störungen festgestellt. Für intellektuelle Entwicklungsverzögerungen, emotionale und soziale Störungen sowie psychiatrische Auffälligkeiten gilt ebenfalls, dass sie bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus vermehrt auftreten.¹⁴

Bei Kindern und Jugendlichen auf Grund- und weiterführenden Schulen sind ebenfalls deutliche soziale Unterschiede festzustellen, und zwar insbesondere in Bezug auf die psychosoziale Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Beispielsweise ist das Risiko für psychische Auffälligkeiten wie emotionale Probleme, Verhaltensprobleme und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus etwa vier- bis

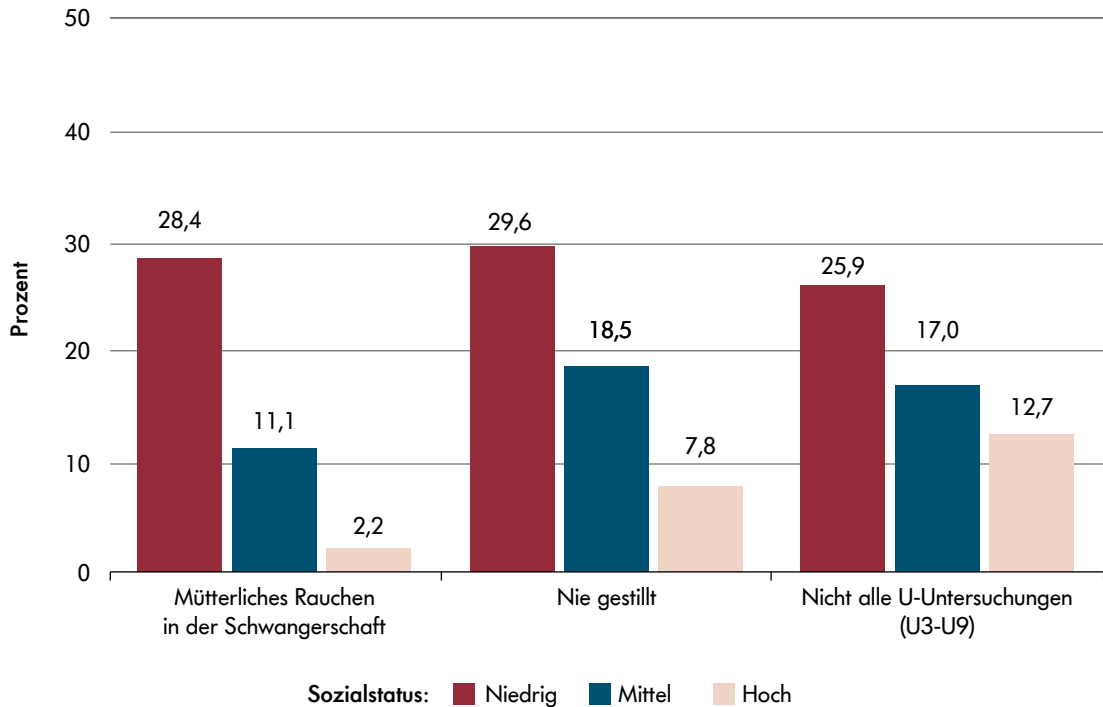
11 Vgl. WHO-Expertenkommission, A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, Discussion Paper 2/2007.

12 Vgl. Chris Power/Diana Kuh, Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf, in: Johannes Siegrist/Michael Marmot (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern 2008, S. 45–76.

13 Vgl. Thomas Lampert/Benjamin Kuntz, Gesund aufwachsen. Welche Rolle spielt der soziale Status? Gesundheitsberichterstattung des Bundes, GBE kompakt 1/2015.

14 Vgl. Gabriele Ellsäßer/Karin Lüdecker/Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zum Zusammenhang von Sozialstatus und Gesundheit, Potsdam 2016.

Abbildung 3: Frühkindliche Einflussfaktoren der Gesundheit nach sozialem Status



Quelle: Eigene Darstellung; Datenbasis: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS, Welle 1, 2009–2012).

fünffach erhöht. Zudem weisen sie ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts- und Essstörungen auf. Ähnlich große Unterschiede sind im Gesundheitsverhalten auszumachen, was unter anderem darin zum Ausdruck kommt, dass Kinder aus der niedrigen Statusgruppe deutlich seltener frisches Obst- und Gemüse essen, dafür aber häufiger Süßigkeiten und zuckerhaltige Getränke konsumieren. Zudem treiben sie weniger Sport, sie lernen später schwimmen und sie fangen häufiger mit dem Rauchen an. Das ungünstigere Ernährungs- und Bewegungsverhalten schlägt sich in einem mehr als dreimal höherem Risiko für Adipositas im Kindes- und Jugendalter nieder, mit erheblichen Konsequenzen für die weitere gesundheitliche Entwicklung.¹⁵

Zeitliche Entwicklungen

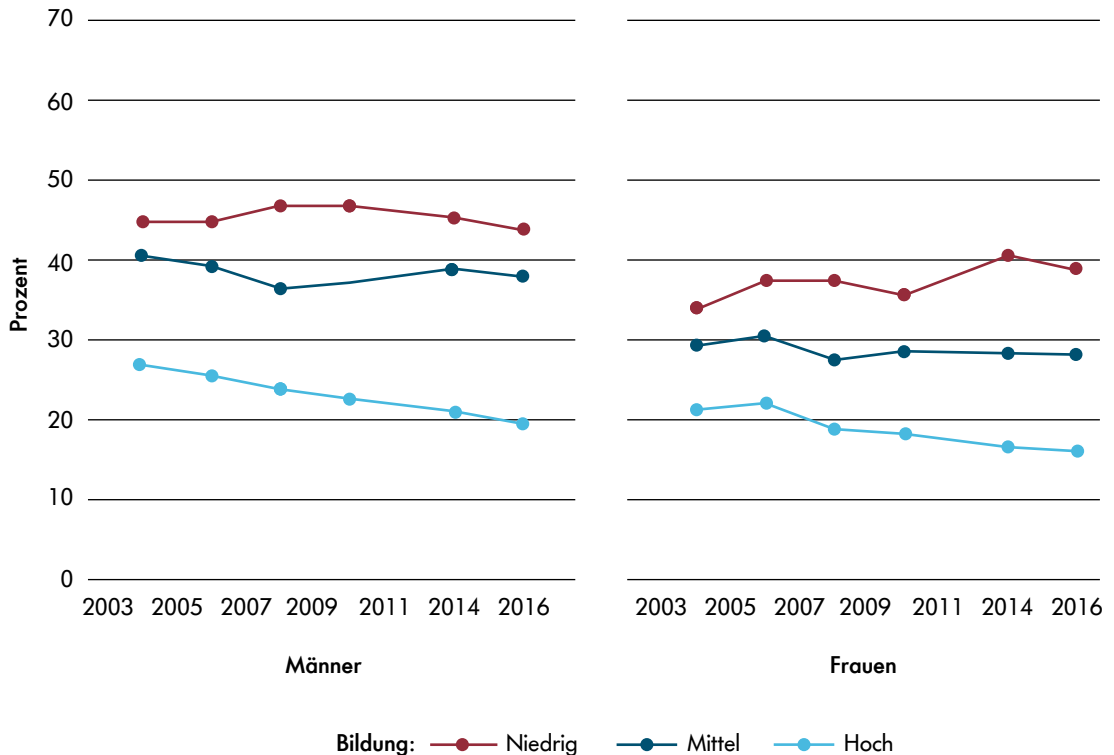
Bei der Erklärung der sozialen Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung ist darüber hinaus die gesellschaftliche Entwicklung zu be-

rücksichtigen, also zum Beispiel Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt, das Ausmaß der Armutsbetroffenheit, der demografische Wandel oder der Zuzug von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Um die Frage zu beantworten, wie sich diese Entwicklungen auf die gesundheitliche Ungleichheiten auswirken, kann in Deutschland inzwischen auf eine deutlich verbesserte Datenlage zurückgegriffen werden. Mit Blick auf die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes konnte etwa für die 25- bis 69-jährige Bevölkerung gezeigt werden, dass die sozialen Unterschiede im Vergleich der Zeiträume 1994–1999 und 2009–2014 zugenommen haben.

Interessant sind darüber hinaus die Ergebnisse zur Entwicklung von sozialen Unterschieden im Gesundheitsverhalten. Für den Tabakkonsum lässt sich feststellen, dass der seit etwa 2003 zu beobachtende Rückgang vor allem darauf zurückzuführen ist, dass Personen mit hoher Bildung weniger rauchen (Abbildung 4). In den anderen Bildungsgruppen sind keine bedeutsamen Unterschiede festzustellen, bei Frauen mit niedriger Bildung hat der Anteil der Raucherinnen sogar eher zugenommen – das gilt zumindest für die

¹⁵ Vgl. Lampert/Kuntz (Anm. 13).

Abbildung 4: Zeitliche Entwicklung des Rauchens bei 30- bis 64-jährigen Männern und Frauen nach Bildung



Quelle: Eigene Darstellung; Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel (SOEP 2003–2016).

hier betrachtete Gruppe der 30- bis 64-Jährigen. Eine ähnliche Entwicklung ist auch für die sportliche Aktivität zu verzeichnen. Für den Zeitraum von 2003 bis 2012 konnte für die 25- bis 69-jährige Bevölkerung gezeigt werden, dass der Anteil der Personen, die überhaupt keinen Sport treiben, in der hohen Statusgruppe deutlich abgenommen hat, und zwar auf unter 20 Prozent, während er in der niedrigen Statusgruppe mit etwa 50 Prozent unverändert hoch blieb.¹⁶

ZUSAMMENFASSUNG

Eine ständig zunehmende Zahl an Studien belegt, dass in Deutschland erhebliche soziale Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung bestehen. Diese Unterschiede sind nicht nur zwischen der niedrigen und hohen Statusgruppe, sondern über die gesamte Statushierarchie zu beobachten. Zudem weisen die Studien darauf hin, dass der so-

ziale Status bereits die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beeinflusst, mit entsprechenden Konsequenzen im weiteren Lebensverlauf. Bislang finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die sozialen Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung über die Zeit verringert haben könnten. Auf die zurückliegenden 20 bis 30 Jahre bezogen ist vielmehr von relativ stabilen gesundheitlichen Ungleichheiten auszugehen. In einigen Bereichen haben sich die sozialen Unterschiede sogar ausgeweitet, da an sich positive Entwicklungen wie der Rückgang des Tabakkonsums oder die Zunahme der Sportbeteiligung nur oder überwiegend in der mittleren und hohen Statusgruppe festzustellen sind. Dies weist darauf hin, dass auch erfolgreiche Maßnahmen, wie sie zuletzt im Bereich der Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik sowie der Bewegungs- und Sportförderung umgesetzt wurden, die Bevölkerungsgruppen, die eigentlich den größten Förderbedarf haben, nicht gleichermaßen erreichen.

Diese Ergebnisse entsprechen weitgehend dem internationalen Forschungsstand. Als Referenz können insbesondere Studien aus den Ver-

¹⁶ Vgl. Jens Hoebel et al., Changing Educational Inequalities in Sporting Inactivity Among Adults in Germany: a Trend Study from 2003–2012, in: BMC Public Health 17/2017, S. 547–556.

einigen Staaten, Großbritannien und den skandinavischen Ländern dienen. Die Datenlage ist dort deutlich besser als hierzulande und die Entwicklung der gesundheitlichen Ungleichheiten kann über lange Zeiträume analysiert werden. In diesen Ländern gibt es ebenfalls erhebliche gesundheitliche Ungleichheiten, die sich in der Verbreitung von Krankheiten, Beschwerden, Risikofaktoren sowie vorzeitigen Sterbefällen zeigen. Ebenso lässt sich für diese Länder feststellen, dass sich die gesundheitlichen Ungleichheiten im Verlauf der letzten Jahrzehnte nicht verringert, sondern eher verfestigt und zum Teil noch ausgeweitet haben.¹⁷

Die Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheiten bleibt somit auch in den kommenden Jahren ein wichtiges politisches Handlungsziel. Da davon auszugehen ist, dass die gesundheitlichen Ungleichheiten infolge eines komplexen Zusammenspiels materieller, psychosozialer und verhaltensbezogener Faktoren zustande kommen, müssen auch die Interventionen an mehreren Stellen ansetzen. Von Bedeutung sind unter anderem Maßnahmen, die auf die eigentlichen Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheiten zielen und in verschiedenen Politikbereichen zu verorten sind. Neben der Bekämpfung von Armut geht es dabei um die Verringerung ungleicher Bildungschancen, eine Verbesserung der Arbeitsmarktchancen von Geringqualifizierten, die Unterstützung und Stärkung von sozial benachteiligten Familien sowie die Eindämmung von sozialräumlich ungleich verteilten Umweltbelastungen und -risiken.

Daneben ist die Gesundheitspolitik gefragt: Im Zusammenhang mit der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist zu berücksichtigen, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen aufgrund des erhöhten Risikos für chronische

Erkrankungen, Beschwerden und Funktionseinschränkungen einen größeren Versorgungsbedarf haben. Außerdem bestehen häufiger spezifische Versorgungsbedarfe, etwa aufgrund von Mehrfacherkrankung, psychischen Begleiterkrankungen oder einer Suchtproblematik.¹⁸ Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung müssen auch und insbesondere die sozial Benachteiligten erreichen und so früh wie möglich ansetzen. Bewährt haben sich in dieser Hinsicht vor allem Interventionen, die auf eindeutig definierte Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sind, die Lebensbedingungen und Problemlagen der angesprochenen Gruppen berücksichtigen sowie die Zielgruppen und beteiligten Einrichtungen und Akteure in die Planung, Durchführung und auch Bewertung der Maßnahmen einbeziehen.¹⁹

Die Erfahrungen aus anderen Ländern wie Schweden oder Großbritannien zeigen, dass die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und politikbereichsübergreifende Anstrengungen erfordert, zum einen in Bezug auf die Bekämpfung der Ursachen, die sich zu einem Großteil an benachteiligten Lebensverhältnissen und verminderten Teilhabechancen festmachen lassen, zum anderen in der Anforderung, Prävention und Gesundheitsförderung in allen Politikfeldern zu verankern („Health in all Policies“). Zugleich machen sie deutlich, dass die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten eine langfristige Aufgabe ist und die ergriffenen Maßnahmen stabile strukturelle und gesetzliche Rahmenbedingungen sowie eine sichere Finanzierung benötigen.²⁰

¹⁷ Vgl. Mackenbach (Anm. 3); KOM (Anm. 3).

¹⁸ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 2008.

¹⁹ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Köln 2013.

²⁰ Vgl. Johan Mackenbach, Can We Reduce Health Inequalities? An Analysis of the English Strategy (1997–2010), in: *Journal of Epidemiology and Community Health* 7/2011, S. 568–575; The National Institute of Public Health, Sweden's New Public Health Policy, Stockholm 2003; Department of Health, Tackling Health Inequalities: 10 Years On, London 2009.

THOMAS LAMPERT

ist habilitierter Soziologe und Gesundheitswissenschaftler und Leiter des Fachgebiets Soziale Determinanten der Gesundheit am Robert Koch-Institut in Berlin.

lampertt@rki.de

GESUNDHEIT, KRANKHEIT UND GESCHLECHT

Vera Regitz-Zagrosek

Frauen und Männer werden unterschiedlich krank. An Rheuma, Depression, Schilddrüsenerkrankungen und Osteoporose leiden vor allem Frauen. Am Herzinfarkt vor 60 Jahren sterben überwiegend Männer, und auch der plötzliche Herztod bei Sportlern trifft fast immer die Männer. Weniger bekannt ist, dass stressinduzierte Herzerkrankungen ebenso tödlich wie ein Herzinfarkt sein können und zu 90 Prozent die Frauen treffen. Mit diesen Unterschieden beschäftigen sich Gendermediziner:⁰¹ Wir wollen herausfinden, welche biologischen und psychosozialen Mechanismen Frauen und Männer schützen oder ihnen schaden. Wir untersuchen, wieso Frauen und Männer auf Medikamente und Umweltfaktoren unterschiedlich reagieren und krank werden, worin die Unterschiede bestehen und was das für ihre Erkrankungen und die Behandlung bedeutet. Nur dann kann man für beide Geschlechter die bestmögliche Diagnose und Therapie finden und dazu beitragen, dass beide gesund älter werden können. Welche Aspekte Gendermediziner und -medizinerinnen dabei untersuchen, wird in diesem Artikel am Beispiel koronarer Herzerkrankungen (KHE) und insbesondere des Projekts „Gender-Specific Mechanisms in Coronary Artery Disease in Europe“ (GenCAD)⁰² vorgestellt.

GESCHLECHTERUNTERSCHIEDE BEI HERZERKRANKUNGEN

Herzinfarkt ist nicht gleich Herzinfarkt – es gibt deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Ich erinnere mich an eine junge Frau, knapp 40 Jahre alt, der es bei ihrer Arbeit am Freitagnachmittag plötzlich nicht mehr gut ging; sie hatte Übelkeit, Schwäche, auch Bauch- und Brustschmerzen. Sie rief nicht um Hilfe, sondern zog sich auf die Toilette zurück. Sie versuchte, weiter zu arbeiten, es ging nicht, sie erntete Ärger mit Chef und Kolleginnen und ging schließlich nach Hause. In der folgenden Woche ging sie

zum Hausarzt. Der äußerte den Verdacht auf eine Magenverstimmung und verschrieb ihr Medikamente. Sie versuchte, in der Woche darauf wieder zu arbeiten, aber es wurde nicht besser. Sie ging in die Notaufnahme eines Krankenhauses, wurde von dort aber als gesund nach Hause geschickt. Sie versuchte trotz starker Müdigkeit, Übelkeit und Schwäche, in den nachfolgenden Wochen wieder zu arbeiten. Als es ihr nach einigen Wochen akut wieder sehr schlecht ging, suchte sie Hilfe in der nächsten Apotheke. Dort wurde ein extrem erhöhter Blutdruck gemessen und sie wurde in ein anderes Krankenhaus geschickt. Nach einigen Tagen wurde ein abgelauener Herzinfarkt diagnostiziert.

Was ist hier anders als bei einem Mann? Zum einen waren die Beschwerden etwas anders, als sie in den männerbasierten Lehrbüchern stehen. Im Vordergrund standen für die Frau Schwäche und Übelkeit, erst danach kamen Bauch- und die bekannten Brustschmerzen. Zum anderen reagierte ihr Umfeld und auch sie selbst anders: Bei einem Mann im Alter von 60 Jahren wäre sofort der Verdacht auf einen Herzinfarkt entstanden. Auch sie selbst dachte daran nicht, auch nicht der Hausarzt oder die Notfallmediziner*innen im ersten Krankenhaus.

Im Rahmen des von der Europäischen Kommission geförderten GenCAD-Projektes hatten wir kürzlich die Gelegenheit, das Wissen über Geschlechterunterschiede bei Herzerkrankungen systematisch zu untersuchen. Dabei sollten Herzerkrankungen und insbesondere KHE als ein Beispiel für zahlreiche Erkrankungen dienen, bei denen es Geschlechterunterschiede gibt.

Wir haben zu diesem Zweck mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung eine Datenbank angelegt, die vom Institut für Gender in der Medizin an der Charité Berlin weiterbetrieben wird.⁰³ Sie enthält mittlerweile dank automatischer Aktualisierungen fast 300 000 Literaturstellen zu Geschlechterun-

terschieden bei wichtigen Erkrankungen und ist damit die erste existierende komplette Sammlung. Sie beschleunigt die Suche nach Literatur zu Geschlechterunterschieden sehr, da alle in ihr enthaltenen Referenzen bereits in Bezug auf das Forschungsziel Geschlechterunterschiede validiert wurden.

Wissen

Insgesamt wurden zu KHE über 1000 Artikel ausgewertet, die sich in den Bereichen Epidemiologie, Risikofaktoren, Prävention, Krankheitsmechanismen, klinische Symptome, Diagnose, Management und Verlauf mit Geschlechterunterschieden beschäftigen.⁰⁴ Wir fanden enorme Geschlechterunterschiede in der Krankheitsmanifestation – zehn Jahre früher bei Männern als bei Frauen – und bei den Risikofaktoren. So zeigte sich, dass Diabetes ein schwerwiegenderer Risikofaktor bei Frauen als bei Männern ist. Ebenfalls tauchten neue Risikofaktoren auf, etwa rheumatische und Autoimmunerkrankungen. Ein unterschätzter und wenig bekannter Risikofaktor bei Männern ist erektile Dysfunktion, Schwangerschaftskomplikationen sind es bei Frauen. Herzkrankungen beginnen schon im Uterus, verursacht unter anderem durch Fehlernährung in der Schwangerschaft, durch Stress, Fehlverhalten und schädliche Umwelteinflüsse und beeinflussen männliche und weibliche Feten unterschiedlich. Periphere Gefäßerkrankungen werden bei Frauen und Männern unterschätzt und spielen vor allem bei Frauen eine große Rolle in der Beeinträchtigung der Lebensqualität. Ziele in der Sekundärprävention werden bei Frauen seltener erreicht als bei Männern. Sozioökonomische Faktoren spielen eine zunehmend größere Rolle.

Auch Krankheitsmechanismen unterscheiden sich bei Männern und Frauen: Die klassische KHE mit der Arteriosklerose der großen Gefäße ist ein typisches Bild bei Männern, das bei ihnen zehn Jahre früher als bei Frauen auftritt. Herzinfarkte ohne schwerwiegende Veränderungen der großen Herzkranzgefäße treten häufiger bei

Frauen als bei Männern auf. Vor allem bei jungen Frauen finden sich häufig ungewöhnliche Befunde wie Verkrampfungen der Gefäße, Längseinrisse oder stressinduzierte Herzerkrankungen. Diesen unterschiedlichen Mechanismen entsprechen wohl auch unterschiedliche Symptome. Die Interpretation diagnostischer Befunde müsste bei Frauen und Männern unterschiedlich sein, obwohl sich diesbezüglich in den ärztlichen Leitlinien keine klaren Richtlinien finden. Es ist bekannt, dass Frauen bei Herzinfarkt später in die Klinik kommen und häufig über andere Symptome klagen als Männer. Das typische Bild beider Geschlechter muss den Aufnahmeärzt*innen bekannt sein, damit sie optimal handeln können.⁰⁵ Insgesamt müssen die typisch weiblichen Mechanismen der Herzerkrankungen jedoch noch besser beschrieben und erforscht werden, damit Frauen und Männer gleich gut behandelt werden können.

Schließlich ist effektive Rehabilitation ein Thema. Frauen sind in der Regel älter beim Infarkt und bekommen weniger häufig eine effektive Rehabilitation. Dies führt zu einer chronischen Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität, gepaart mit hoher Belastung für ihr Umfeld, und nicht zuletzt zu hohen Behandlungskosten.

Repräsentanz in Datenbanken

Wir führten im Rahmen von GenCAD eine Suche in europäischen soziodemografischen und medizinischen Datenbanken durch, um zu testen, ob sie geeignet sind für die Analyse von Geschlechterunterschieden bei Herzerkrankungen.⁰⁶ GenCAD analysierte daher diese Datenbanken im Hinblick auf Morbidität und Mortalität an Herzerkrankungen, verknüpfte die Daten mit Risikofaktoren wie Rauchen, Diabetes, Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Alkoholkonsum und sozioökonomischen Parametern und testete die Daten auf Geschlechterunterschiede. Leider waren die meisten Datenbanken für die Analyse nicht ausreichend ausgestattet. Entweder hatten sie einen relativ niedrigen Grenzwert für das Einschlussal-

01 Für weitere Informationen siehe Deutsche Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e.V., www.dgesgm.de.

02 Vgl. Europäische Kommission, Pilot Projects Funded by the European Parliament, https://ec.europa.eu/health/social_determinants/projects/ep_funded_projects_en#fragment3.

03 Siehe <http://gendermedb.charite.de/>.

04 Vgl. Europäische Kommission (Anm. 2). Die Ergebnisse sind dort in Factsheets dargestellt.

05 Vgl. The EUGenMed Cardiovascular Clinical Study Group, Gender in Cardiovascular Diseases: Impact on Clinical Manifestations, Management, and Outcomes, in: *European Heart Journal* 1/2016, S. 24–34.

06 Vgl. Sabine Oertelt-Prigione et al., GenderMedDB: an Interactive Database of Sex and Gender-Specific Medical Literature, in: *Biology of Sex Differences* 1/2014, S. 5 ff.

ter (65–70 Jahre), oder die Variablen waren nicht geschlechtsspezifisch dargestellt. Geschlechtsassoziierte Kovariablen wie Schwangerschaftskomplikationen, Hormonstatus, hormonell bedingte Erkrankungen, Zahl der Kinder oder Sexualfunktion waren zumeist nicht eingeschlossen. Die Forscher waren sich offensichtlich nur zum Teil bewusst, wie groß die Bedeutung von geschlechtsspezifischen Faktoren ist und hatten in der Regel nicht die Ressourcen, alle erforderlichen Daten für eine solche Analyse zu erheben. Daher müsste das Bewusstsein der Forscher, aber auch die Ressourcenbereitstellung für den Einschluss von geschlechtsspezifischen Aspekten in Studien und Datenbanken verbessert werden.

Politische Vorgaben

Weiter analysierte GenCAD die politischen Vorgaben für eine geschlechtsspezifische Forschung, und zwar auf drei Ebenen: Auf Dokumentenebene suchten wir nach Dokumenten, die spezifisch Bezug zwischen kardiovaskulären Erkrankungen und geschlechtsspezifischen Aspekten herstellen. Dies zeigte, dass es ein wachsendes Bewusstsein für die Bedeutung von biologischem und soziokulturellem Geschlecht (Sex und Gender) für Herzerkrankungen in einigen Ländern gibt, insbesondere in Deutschland, Österreich, Dänemark, Frankreich, Irland, Italien, den Niederlanden und Spanien, dass aber andere Länder diese Aspekte vernachlässigen.

Auf der politischen Ebene versuchten wir anhand von Stellungnahmen und Veröffentlichungen zu bestimmen, in welchem Ausmaß die europäischen Mitgliedsstaaten bereit waren, eine Berücksichtigung von Geschlecht beim Umgang mit kardiovaskulären Erkrankungen zu ermöglichen. Dies geschah durch eine erweiterte Analyse von Positionspapieren zur Gleichstellung in Bezug auf diese Erkrankungen innerhalb der Länder.

Schließlich erweiterten wir unsere Untersuchungen auf die Analyse des globalen politischen Umfeldes in den Ländern und schlossen alle politischen Aussagen und Dokumente ein, die spezifisch Bezug zu Geschlecht und Gesundheit hatten. Dies zeigte, dass es doch deutliche Anstrengungen innerhalb der Mitgliedsstaaten gab, Geschlecht als bedeutenden Faktor im Gesundheitssystem anzuerkennen.

Insgesamt zeigte die Analyse, dass es in den Mitgliedsstaaten eine Bereitschaft gibt, Gleichstellung voranzutreiben und Diskriminierung zu

unterbinden, was häufig von führenden Gesundheitsorganisationen oder Nichtregierungsorganisationen unterstützt wird. Allerdings fehlt oft noch die direkte Umsetzung dieser politischen Leitlinien in gesundheitspolitische Aktivitäten und Dokumente.

Fehlendes Bewusstsein

Wichtig ist auch die Frage, wie stark Geschlechterunterschiede bei Herzerkrankungen im Bewusstsein von Patient*innen und Ärzt*innen verankert sind. Daher führte GenCAD zwei Befragungen durch: Zum einen wurden zufällig ausgewählte medizinische Laien in sechs Ländern, die insgesamt aufgrund ihrer Bevölkerungszusammensetzung, ihrer regionalen Lage und der Einkommensverhältnisse repräsentativ für die Europäische Union sind (Schweden, Bulgarien, Kroatien, Tschechien, Deutschland, Spanien), telefonisch befragt. Die Umfrage zeigte, dass die Patient*innen von ihren Ärzt*innen nicht sehr gut über Risikofaktoren und Geschlechterunterschiede bei Herzerkrankungen informiert worden sind. Es gab sehr große Unterschiede zwischen den Ländern, insgesamt jedoch ein sehr großes Nichtwissen. Zum Beispiel identifizierten nur 7–29 Prozent der Befragten in den unterschiedlichen Ländern KHE richtig als die häufigste Todesursache bei Frauen. Insbesondere Frauen unterschätzten ihr Risiko, an Herzerkrankungen zu sterben, massiv. Als häufigster Risikofaktor wurde Stress erwähnt. Bewusstsein und Wissen über andere Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel und Diabetes müssen dringend verbessert werden. Weniger als die Hälfte der Befragten war gut über kardiovaskuläre Erkrankungen und ihre Risikofaktoren informiert. Massenmedien und das Internet waren die wichtigsten Informationsquellen, nicht die Informationen durch die Ärzte.

Zum anderen zeigte auch eine Befragung der Ärzt*innen ungenügendes Wissen über Geschlechterunterschiede bei Herzerkrankungen. Frauenspezifische Risikofaktoren oder spezielle diagnostische Strategien bei Frauen bei KHE waren weitgehend nicht bekannt. Die Mediziner*innen wussten sehr wohl, dass Aufklärungskampagnen wie zum Beispiel Nichtraucher-Kampagnen Frauen und Männer nicht gleich gut erreichen. Und sie waren sich auch im Klaren darüber, dass die Prävention von Herzerkrankungen bei beiden Geschlechtern große Unterschiede aufweist. Aufgrund der großen Be-

deutung der Herzerkrankungen als Todes- und Invaliditätsursache Nummer eins bei Frauen und bei Männern sollte dieses Bewusstsein aber dringend weiter verbreitet werden, damit eine effektive Behandlung und Gesundheitsvorsorge in der gesamten Bevölkerung möglich wird.

MEDIKAMENTE

Wie ging es mit eingangs erwähnten Infarktpatientin weiter? Unter anderem wird man ihr Medikamente verschrieben haben. Wenn sie ein etabliertes Medikament gegen Herzschwäche bekommt, nämlich Digoxin, könnte sie in Gefahr sein. Der Wirkstoff, der aus dem Woll-Fingerhut gewonnen wird, wurde als eines der ältesten Medikamente gegen Herzschwäche jahrzehntelang bei Frauen und Männern gleichermaßen eingesetzt; bei vielen gegen das sogenannte Altersherz benutzt. Eine große Studie zu seiner Wirksamkeit in den 1990er Jahren wurde als Empfehlung für seinen Einsatz bei beiden Geschlechtern interpretiert, allerdings ohne, dass eine geschlechtsspezifische Analyse stattgefunden hätte. Diese erfolgte erst 2002: Man sah zur großen Überraschung, dass Digoxin bei Männern gut wirkte, während es bei Frauen die Sterblichkeit sehr deutlich erhöhte. Dies ist sicher ein extremes Beispiel für unterschiedliche Medikamentenwirkung bei beiden Geschlechtern; es gibt jedoch mehr solcher Fälle.⁰⁷ Manche Mittel wirken bei Frauen nicht gegen Herzrhythmusstörungen, sondern lösen sie eher aus. Medikamente gegen Bluthochdruck haben bei Frauen oft mehr Nebenwirkungen. Aspirin wirkt zur Verhinderung eines ersten Herzinfarktes vor allem bei Männern unter 65, nicht bei Frauen dieses Alters. Gängige Schlafmittel wirken bei Frauen länger und stärker und führen deswegen oft zu Unfällen am nächsten Morgen.

Die Gründe für unterschiedliche Medikamentenwirkungen sind vielfältig. Zum Beispiel werden Arzneimittel bei Frauen und Männern vom Körper anders aufgenommen, umgebaut, haben Wechselwirkungen mit Geschlechtshormonen

und werden anders ausgeschieden. Die Nierenfunktion ist beispielsweise bei kleinen alten Frauen sehr viel schlechter als bei gleichaltrigen Männern. Weiter unterscheiden sich die Organe von Frauen und Männern in ihrer Feinbauweise und Funktion ihrer Zellen.

Obwohl viele dieser Unterschiede bekannt sind, werden Arzneimittel oft nur an jungen männlichen Tieren entwickelt – meist acht Wochen alten Mäusen. Die Frage, ob die an männlichen Tieren gefundenen Substanzen auch bei weiblichen Tieren oder Frauen wirksam sind, interessiert wenig bis gar nicht. Wir haben in einer eigenen Studie ein gentechnisches Medikament an 400 Mäusen geprüft – es verbesserte das Überleben bei den männlichen Tieren hervorragend, bei den weiblichen gar nicht.⁰⁸ Probleme, die nur bei weiblichen Tieren entstehen, wie etwa eine Interaktion mit dem Zyklus, werden in den Studien an ausschließlich männlichen Tieren gar nicht entdeckt. Und: Mit diesem Vorgehen kann man Substanzen, die vor allem bei weiblichen Tieren oder Frauen wirksam wären, gar nicht finden. Auch klinische Studien – also Studien an Patient*innen – wurden lange vorzugsweise an Männern durchgeführt und waren häufig nicht darauf ausgelegt, Wirkungen bei Frauen zu erfassen. Erst seit kurzem sollen neue Arzneimittel gleichermaßen an Männern und Frauen getestet werden. Aber die vorhandenen fast 100 000 alten Substanzen in unseren Apotheken sind nicht an Männern und Frauen getestet.⁰⁹

Hinzu kommt, dass Frauen und Männer Arzneimittel anders einnehmen. Ihre Compliance ist unterschiedlich, sie nehmen unterschiedlich viele, möglicherweise interagierende, freiverkäufliche Substanzen zu den verschriebenen Arzneimitteln ein. Weiter ist bekannt, dass Ärzt*innen Frauen und Männer unterschiedlich intensiv behandeln.

Noch ist die Arzneimitteltherapie also nicht für beide Geschlechter optimiert. Aber es besteht ein immer größeres Bewusstsein dafür, welche Unterschiede zwischen Frauen und Männern beachtet werden müssen, um für beide Geschlechter optimale Arzneimittel in optimalen Dosen bereitzustellen.

07 Vgl. Vera Regitz-Zagrosek, Sex and Gender Differences in Pharmacology, Handbook of Experimental Pharmacology 214, Berlin–Heidelberg 2012, S. 214–600; dies., Geschlechterunterschiede in der Pharmakotherapie, in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 9/2014, S. 1067–1073.

08 Vgl. Vera Regitz-Zagrosek/Georgios Kararigas, Mechanistic Pathways of Sex Differences in Cardiovascular Disease, in: Physiological Reviews 1/2017, S. 1–37.

09 Vgl. Regitz-Zagrosek 2012 (Anm. 7).

BIOLOGISCHE UND SOZIOKULTURELLE UNTERSCHIEDE

Geschlechterunterschiede entstehen bei der Zeugung. Aus der Verschmelzung der Eizelle, die zwei X-Chromosome, die weiblichen Geschlechtschromosomen, enthält, mit einem Spermium, das ein X- und ein männliches Y-Chromosom enthält, und den nachfolgenden Zellteilungen können weibliche Zellen mit zwei X-Chromosomen oder männliche Zellen mit je einem X- und einem Y-Chromosom entstehen. Aus einer Keimzelle mit zwei X-Chromosomen entwickelt sich ein weiblicher Organismus. Enthält die Keimzelle ein X- und ein Y-Chromosom, so entsteht ein männlicher Organismus. Diese Geschlechtschromosomen werden bei allen Zellteilungen weitergegeben, mit dem Effekt, dass jede weibliche Körperzelle am Ende zwei X-Chromosomen hat und jede männliche ein X- und Y-Chromosom.

Die beiden Geschlechtschromosomen unterscheiden sich sehr. Während das X-Chromosom über 1500 Gene trägt, die Herz, Hirn und Immunsystem beeinflussen, hat das menschliche Y-Chromosom im Lauf der Evolution Gene verloren und trägt nur noch weniger als 100 Gene, mit dem Schwerpunkt Geschlechtsentwicklung und Sexualfunktion. Eigentlich sollte bei weiblichen Zellen eines der beiden X-Chromosomen in allen Zellen inaktiviert werden – möglicherweise eine Strategie der Natur, um Frauen und Männer anzugleichen. Dies geschieht jedoch nur unvollständig, sodass etwa 15 Prozent der Gene des zweiten X-Chromosoms in allen weiblichen Zellen erhalten werden. Dies bedeutet einen biologischen Vorteil für die Frauen – sie haben Reservegene, zum Teil mit Schutzfunktion. Das schützt sie zum Beispiel bei X-chromosomal vererbten Erkrankungen.¹⁰

Die Gene auf den Geschlechtschromosomen steuern die Produktion der Sexualhormone – Testosteron treibt bereits beim männlichen Embryo die Hodenentwicklung an und stimuliert vor allem Wachstum, zum Beispiel der Muskeln. Sexualhormone bestimmen bereits beim Ungeborenen im Mutterleib die Verpackung zahlreicher Gene. Östrogene haben eher regenerative Wirkungen

und schützen bei der Frau. Auch Verhaltensmuster, wie etwa Aggressivität, werden durch Sexualhormone mit beeinflusst.¹¹

Schließlich spielt für die Entwicklung zur Frau oder zum Mann auch „Gender“ eine Rolle. Gender beschreibt die soziokulturelle Dimension des Frau- oder Mann-Seins oder -Werdens in einer Gesellschaft. Gender wird von Gender-Normen, Gender-Identität, Gender-Konstrukten in Beziehungen und in Institutionen bestimmt. Es bestimmt Grundhaltungen und Handlungen im sozialen Umfeld und wirkt sich im Gesundheitsbereich auf Lebensstil, Ernährung, Bewegung, Prävention, etc. aus. Daher ist Gender eng damit verknüpft, wie stark man welchen Umweltfaktoren (Rauch, Feinstaub, Pestizide) ausgesetzt ist, sowie mit Stress und der Freisetzung von Stresshormonen und körperlichen Belastungen und Reaktionen. Ernährung, Stress, Rauchen, Staub und sogar Waschmittel beeinflussen die Verpackung unserer Gene, sodass sie mehr oder weniger aktiv sind. Dies geschieht unter dem Einfluss der Sexualhormone bei Männern und Frauen unterschiedlich. Das mag der Grund dafür sein, dass stressinduzierte Erkrankungen, im Herzen, Magen, in der Leber und anderswo, sich bei Männern und Frauen deutlich unterscheiden. Insgesamt ist die Trennung von Sex und Gender bei der Erforschung menschlicher Erkrankungen schwierig. Bei vielen von ihnen spielen beide eine Rolle. Daher befasst sich die Gendermedizin mit beiden.

FORSCHUNGSPRAXIS DER GENDERMEDIZIN

Wir untersuchen in unserem Labor männliche und weibliche Herz-, Gefäß- oder Immunzellen und prüfen, wie sie mit Stress, Hitze, Kälte, Sauerstoffmangel fertigwerden.¹² In der Regel überleben die weiblichen Zellen besser. Wir untersuchen, welche Mechanismen die weiblichen Zellen schützen. Stickstoffmonoxid zum Beispiel gehört dazu – ein wichtiger Schutzfaktor, der bei Frauen mehr genutzt wird als bei Männern, und der durch Rauchen zerstört wird. Daher ist Rauchen für Frauen noch ungünstiger als für Männer.

¹¹ Vgl. ebd.

¹² Vgl. Renée Ventura-Clapier et al., Sex in Basic Research: Concepts in the Cardiovascular Field, in: Cardiovascular Research 7/2017, S. 711–724.

¹⁰ Vgl. dies., Sex and Gender Differences in Health. Science & Society Series on Sex and Science, in: EMBO Reports 7/2012, S. 596–603.

Dann analysieren wir, wie weibliche und männliche Tiere auf Herzschwäche oder Bluthochdruck oder Herzrhythmusstörungen reagieren. Auch hier untersuchen wir, ob die Weibchen eingebaute Schutzmechanismen haben und welche Medikamente sie besser schützen. Bestimmte Formen von Arrhythmien und plötzlichem Herztod kommen vor allem bei männlichen Tieren und Männern vor. Weibliche Tiere bilden unter Östrogeneinfluss eine schützende Substanz – und die bietet jetzt die Grundlage für die Entwicklung eines Antiarrhythmikums für alle.

Schließlich führen wir Studien an Menschen durch. Wir verfolgen unter anderem, wie Frauen und Männer Bypassoperationen oder Herzklappenoperationen überstehen, welche Parameter bei ihnen das Überleben bestimmen und ob man bei weiblichen und männlichen Patienten auf unterschiedliche Dinge achten muss.¹³ Dies schließt biologische Variablen – Herz- und Gefäßgröße, Nieren- und Lungenfunktion – ebenso ein wie psychosoziale Variablen wie Stress und Depression. So konnten wir zeigen, dass psychosoziale Variablen einen großen Einfluss auf den Verlauf haben, und dies bei Männern und Frauen unterschiedlich ist.¹⁴

Und wir untersuchen die Bevölkerung. So befragten wir zum Beispiel 1000 gesunde Frauen, wie sie ihr Risiko, an Herz-Kreislauf-Problemen zu erkranken, selbst einschätzen, und berechnen, wie dies mit dem objektiv messbaren Risiko korreliert.¹⁵ Wir fanden heraus, dass vor allem alte Frauen, Frauen mit einem hohen biologischen Risiko, und Frauen aus bildungsfernen Schichten ihr Herzinfarktrisiko stark unterschätzen. Gerade diejenigen, die Vorsorge am nötigsten brauchen, nehmen sie am seltensten wahr.

FAZIT

Geschlechtsspezifische Ansätze in der Medizin werden gebraucht, um die speziellen Risikofaktoren von Frauen und Männern zu identifizie-

ren und eine optimale Prävention und Behandlung zu ermöglichen. Die Rolle soziokultureller Faktoren wird für beide Geschlechter noch unterschätzt. Obwohl die Literatur zu Geschlechterunterschieden relativ umfangreich ist, ist sie häufig nicht ausreichend bekannt und zugänglich. Darüber hinaus ist die Qualität der Studien oft nicht sehr gut; es handelt sich häufig um retrospektive, nicht randomisierte, nicht verblindete Studien mit kleinen Teilnehmerzahlen. Im Herzkreislaufbereich reicht die Zahl der eingeschlossenen Frauen häufig nicht aus, um für sie eigene Schlussfolgerungen zu ziehen. Arzneimittel wirken bei Männern und Frauen unterschiedlich und werden häufig nur an Tieren eines Geschlechts entwickelt. Daher muss das Bewusstsein für die Bedeutung geschlechtssensitiver Studien und ihre finanzielle Förderung dringend unterstützt werden, zugleich aber auch das Wissen um ihre Bedeutung.

Universitäten sollten dafür sorgen, dass geschlechtsspezifische Aspekte in die medizinischen Curricula aufgenommen werden. Ein Curriculum für Gendermedizin wurde an der Charité entwickelt und in den vergangenen Jahren erfolgreich getestet. Es könnte leicht auch an anderen Fakultäten umgesetzt werden. Wichtig ist es auch, Gendermedizin so zu organisieren, dass sie Hypothesen, Methoden und Nachwuchs für andere Fächer entwickeln kann, das heißt, als eigenständige Disziplin.

Ärzteverbände sollten ihre Mitglieder systematisch anhalten, sich über Geschlechterunterschiede zu informieren und entsprechende Fort- und Weiterbildungen anbieten. Und schließlich sollten die deutschen Gesundheits- und forschungsorientierten Ministerien, ihre Planungseinheiten sowie die Forschungsförderer darauf achten, dass Sex und Gender in Forschungsaufträge und Planungen von Gesundheitsdatenbanken eingeschlossen werden.

Die Forschungsarbeit wurde mit Unterstützung des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung, Standort Berlin, durchgeführt.

VERA REGITZ-ZAGROSEK

ist Kardiologin und Professorin am Institut für Geschlechterforschung in der Medizin und am Center for Cardiovascular Research der Charité Berlin.
vera.regitz-zagrosek@charite.de

¹³ Vgl. Vera Regitz-Zagrosek et al., Gender as a Risk Factor in Young, Not in Old, Women Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting, in: *Journal of the American College of Cardiology* 12/2004, S. 2413f.

¹⁴ Vgl. dies. et al., Sex and Sex Hormone-Dependent Cardiovascular Stress Responses, in: *Hypertension* 2/2013, S. 270–277.

¹⁵ Vgl. Sabine Oertelt-Prigione et al., Cardiovascular Risk Factor Distribution and Subjective Risk Estimation in Urban Women – The BEFRI Study: a Randomized Cross-Sectional Study, in: *BMC Medicine* 1/2015, S. 1–9.

ESSAY

BAUSTELLE GESUNDHEITSSYSTEM

Aktuelle Herausforderungen in der Gesundheitspolitik

Thomas Gerlinger

Dem deutschen Gesundheitswesen wird gemeinhin ein sehr guter Zustand attestiert. Die Arzt-, Krankenhaus- und Bettendichte ist hoch, die Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten findet weltweit kaum ihresgleichen, (fast) die ganze Bevölkerung genießt einen Krankenversicherungsschutz, der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist so umfassend wie in kaum einem anderen Land. Außerdem bescheren Beschäftigungszuwachs und Lohnerhöhungen den Krankenkassen hohe Einnahmen, sodass selbst der sonst allgegenwärtige Ruf nach Kostendämpfung zuletzt nur noch gelegentlich, und dann auch nicht sonderlich stark, zu vernehmen war.

Zugleich steht das deutsche Gesundheitswesen auf unterschiedlichen Feldern vor zahlreichen, großen Herausforderungen. In diesem Beitrag werden drei zentrale in den Mittelpunkt gerückt: die Aufwertung von Prävention und Gesundheitsförderung bei gleichzeitiger Reduzierung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen; die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung bei einem gleichzeitig wachsenden Bedarf an Fachkräften; die erforderliche Überwindung der traditionellen Trennung von gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV).

PRÄVENTION, GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND SOZIALE UNGLEICHHEIT

Prävention und Gesundheitsförderung haben in den vergangenen Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Dabei wird zwischen Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention unterschieden. Primärprävention versucht, die Ursachen von Krankheiten zu bekämpfen, bevor sie ausbrechen, wohingegen Sekundärprävention darauf zielt, Krankheiten möglichst früh zu erkennen und ihr Fortschreiten zu vermeiden

beziehungsweise so lange wie möglich hinauszuschieben. Tertiärprävention versucht, Folgeschäden zu verhindern.

Die Ursachen für diesen Bedeutungszuwachs sind unterschiedlich.⁰¹ Von besonderer Bedeutung ist die Einsicht, dass die Interventionsmöglichkeiten der modernen Medizin zwar wachsen, aber nach eingetretenen chronischen Erkrankungen in vielen Fällen begrenzt und zudem recht kostspielig sind. Mit einer Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung will die Gesundheitspolitik aber nicht nur Beitragszahler – nicht zuletzt auch die Arbeitgeber – und öffentliche Haushalte von Kosten entlasten. Es geht ihr auch darum, Gesundheit als Produktivitätsressource angesichts einer alternden Bevölkerung und eines sich in vielen Bereichen abzeichnenden oder schon eingetretenen Fachkräftemangels zu stärken. Prävention und Gesundheitsförderung sollen dazu beitragen, die wachsende Gefahr von Fehlzeiten wegen Arbeitsunfähigkeit einzudämmen und Arbeitnehmer dazu zu befähigen, auch bis zur Rentenaltersgrenze von 67 und möglicherweise darüber hinaus noch arbeiten und nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ehrenamtlich tätig werden zu können, etwa um Aufgaben in der Altenpflege zu übernehmen.⁰² Prävention und Gesundheitsförderung liegt also ein starkes ökonomisches Motiv zugrunde, auch wenn sie sich nicht darauf beschränken lassen.

Ungeachtet der gestiegenen Aufmerksamkeit ist die Präventionspolitik in Deutschland aber durch gravierende Mängel gekennzeichnet. Insgesamt haben Primärprävention und Gesundheitsförderung, gemessen an ihren Potenzialen, ein viel zu geringes Gewicht. Stattdessen dominieren wenig effektive Versuche der Verhaltensprävention, die nur das individuelle Verhalten beeinflussen, während komplexe lebensweltbezogene und partizipativ gestaltete Projekte, die eine gesundheitsgerechte Gestaltung von Lebens-

verhältnissen und Arbeitsbedingungen verfolgen und dabei insbesondere die Lebenssituation benachteiligter Gruppen verbessern und ihre Handlungsressourcen stärken wollen, nur eine geringe Rolle spielen.

Kampagnen zur Verhaltensprävention mit den Schwerpunkten Rauchen, Ernährung und Bewegung haben in den zurückliegenden Jahren einen erheblichen Bedeutungszuwachs erfahren. Zahlreiche der mit der Erwerbsarbeit einhergehenden Gesundheitsgefahren, wie prekäre Beschäftigung (Leiharbeit, befristete Beschäftigung etc.), die Dauer und Lage der Arbeitszeiten, die deutlich voranschreitende Arbeitsverdichtung mit ihren vielfältigen psychischen und somatischen Folgen (zum Beispiel Stress, Burn-out und damit assoziierte psychische und psychosomatische Erkrankungen) finden hingegen nicht die erforderliche Aufmerksamkeit. Auch die Nachlässigkeit, mit der politische Entscheidungsträger auf die verkehrsinduzierte Feinstaubbelastung reagieren, ist ein Hinweis darauf, dass die Bereitschaft zur Schaffung gesundheitsgerechter Lebensverhältnisse bei Weitem nicht so groß ist, wie es die Gefährdung der Gesundheit durch diese Belastungen verlangen würde. Auch bleibt die Aufmerksamkeit für die soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen nach wie vor deutlich hinter der gesellschaftlichen Bedeutung des Problems zurück.⁰³

Die Gründe für diese Mängel sind vielschichtig. Von besonderer Bedeutung ist, dass in Entscheidungen staatlicher und betrieblicher Politik ökonomische Interessen über gesundheitliche Gesichtspunkte dominieren. Die gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen, die partizipative Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten oder die Reduktion von Umweltbelastungen ist oftmals kostspielig, während ihr Nutzen hingegen nur schwer in Geld auszudrücken ist oder außerhalb des Interessenbereichs der Akteure oder jenseits ihrer meist kurzfristigen Planungshorizonte liegt.⁰⁴ Ferner sind pri-

märpräventive, kontextbezogene Interventionen schwierig zu evaluieren, was ihren Nutzen schlecht nachweisbar macht und so zu Legitimationsproblemen für die Projekte führt. Darüber hinaus ist die Komplexität von Handlungsanforderungen und der Koordinierungsbedarf zwischen den Akteuren sehr groß. Eine häufige Konsequenz besteht darin, die Komplexität der Handlungsbedingungen zu reduzieren und sich auf das „Machbare“ zu beschränken. Somit setzen sich zumeist die Konzepte durch, die den geringsten gesellschaftlichen Veränderungsbedarf mit sich bringen.⁰⁵ Dieser Mechanismus begünstigt die weit verbreitete gesundheitspolitische Präferenz für verhaltenspräventive Maßnahmen. Schließlich ist auch die Fragmentierung der Zuständigkeiten von Bedeutung: An der Prävention und Gesundheitsförderung sind neben dem Bund, den Ländern und den Kommunen auch die verschiedenen Sozialversicherungsträger und eine Vielzahl freier Träger beteiligt. Die damit einhergehende Interessenheterogenität erschwert eine effektive Handlungskoordination und verhindert sie unter Umständen ganz.⁰⁶

Das 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz will Antworten auf einige dieser Herausforderungen formulieren.⁰⁷ Im Mittelpunkt steht das Ziel, das Handeln der beteiligten Akteure besser zu koordinieren sowie die Präventionspolitik stärker an gemeinsamen Zielen auszurichten und damit ihre Wirksamkeit zu erhöhen. Hauptadressaten des Präventionsgesetzes sind die Krankenkassen. Das Gesetz sieht eine gewisse Stärkung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten gegenüber der reinen Verhaltensprävention vor, unter anderem durch die Festsetzung eines Mindestbetrags von zwei Euro, den die Krankenkassen pro Versichertem und Jahr für derartige Projekte aufwenden

01 Vgl. Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger, *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*, Bern 2014³, S. 83 ff.

02 Vgl. z. B. Stephan Lessenich/Silke van Dyk, *Ambivalenzen der (De-)Aktivierung: Altwerden im flexiblen Kapitalismus*, in: Hans-Böckler-Stiftung, *WSI-Mitteilungen* 10/2009, S. 540–546, hier S. 541.

03 Vgl. Joseph Kuhn, *Prävention in Deutschland – eine Sisyphosgeschichte*, in: *Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft* 3/2013, S. 22–30, hier S. 25. Siehe auch den Beitrag von Thomas Lampert in dieser Ausgabe (*Anm. d. Red.*).

04 Vgl. Rosenbrock/Gerlinger (*Anm. 1*), S. 110 ff.

05 Vgl. Rolf Rosenbrock/Hagen Kühn/Barbara Maria Köhler (Hrsg.), *Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*, Berlin 1994, S. 39 ff.

06 Vgl. Katharina Böhm, *Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. Elemente, Potentiale und Hemmnisse einer präventiven und gesundheitsförderlichen kommunalen Gesundheitspolitik*, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 2/2017, S. 275–299.

07 Vgl. Raimund Geene/Michael Reese, *Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung*, Frankfurt/M. 2017; siehe auch Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention vom 17. Juli 2015, www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D_1526481126921.

sollen.⁰⁸ In Form von bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen soll von den Krankenkassen zusammen mit den Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie formuliert werden. Eine nationale Präventionskonferenz ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung dieser Strategie. Zu ihrer Umsetzung sind auf der Landesebene Rahmenvereinbarungen mit den im Land zuständigen Akteuren geschlossen worden. Diese Rahmenvereinbarungen sollen sich unter anderem auf die Definition von Handlungsfeldern, die Koordination der Leistungen und die Klärung von Zuständigkeiten beziehen. Außerdem schreibt das Präventionsgesetz den Krankenkassen vor, die Mittel für Primärprävention und Gesundheitsförderung deutlich zu erhöhen. Seit 2016 stehen dafür mehr als 500 statt wie zuvor rund 317 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung.

Das Präventionsgesetz eröffnet Möglichkeiten zur Verbesserung der Präventionspraxis und stellt insofern auch einen Fortschritt gegenüber dem vorherigen Rechtszustand dar. Allerdings weist es auch eine Reihe von Mängeln auf. Vor allem werden Prävention und Gesundheitsförderung nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gefasst. Es wird daher dem von der Weltgesundheitsorganisation propagierten Leitbild „Health in all Policies“, das fordert, Gesundheitsaspekte in allen Politikbereichen zu berücksichtigen, nicht gerecht.⁰⁹

Dass das Präventionsgesetz den Krankenkassen eine Schlüsselrolle zuweist, ist problematisch, weil sie aus Wettbewerbsgründen ein starkes Interesse an Maßnahmen der verhaltensbezogenen Prävention primär für Gesunde oder Gesundheitsbewusste haben. Daher sind sie an einer Prävention durch Gestaltung von Lebenswelten nur begrenzt interessiert. Ihre Eignung für ein wirksames Handeln auf diesem Politikfeld kann bezweifelt werden. Ungeachtet dessen lässt das Präventionsgesetz erhebliche Spielräume für im Allgemeinen nicht sonderlich wirksame Projekte einer reinen Verhaltensprävention. Schließlich ist auch darauf hinzuweisen, dass – trotz einer

deutlichen relativen Anhebung – der Umfang der Mittel für Primärprävention und Gesundheitsförderung gering bleibt. Auch nach der Erhöhung belaufen sich die Mittel auf lediglich etwa zwei Promille der Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Nur ein kleiner Teil der Gesamtbevölkerung beziehungsweise der Risikogruppen wird damit erreicht werden können. Ob die zur Etablierung einer nationalen Präventionsstrategie (einschließlich der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene) geschaffenen Strukturen zu einer besseren Zielorientierung und Handlungskoordination in der Präventionspolitik führen, bleibt abzuwarten.

Zentrale Probleme der Prävention sind in Deutschland somit nach wie vor ungelöst. Für substanzielle Fortschritte bedarf es vor allem einer systematischen Berücksichtigung des Prinzips „Health in all Policies“, also etwa in der Arbeitsmarkt- und der Umweltpolitik, aber auch der Wirtschaftspolitik. Im Zentrum der Präventionspolitik sollte stehen, die soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen deutlich zu verringern. Um die Nachhaltigkeit von Primärprävention und Gesundheitsförderung zu stärken, müssen insbesondere komplexe, partizipativ orientierte Veränderungen von Lebenswelten gefördert werden, die dem Zusammenhang zwischen der Veränderung von Kontextbedingungen einerseits und der Stärkung individueller Ressourcen andererseits Rechnung tragen.

VERSORGUNGSQUALITÄT UND -ZUGANG

Zwar gilt die Gesundheitsversorgung in Deutschland im Allgemeinen als gut, aber es ist immer wieder auch auf Mängel in der Versorgung hingewiesen worden. Dazu zählen vor allem die Abschottung der verschiedenen Versorgungssektoren voneinander (ambulante hausärztliche und fachärztliche Versorgung, Krankenhausversorgung, Rehabilitation, Pflege) und der damit einhergehende geringe Integrationsgrad der Versorgung, die insbesondere zu Mängeln bei der Versorgung von chronisch Kranken führen. Daneben haben sich weitere Probleme in den Vordergrund geschoben, die dringend bearbeitet werden müssen: die Gefahren für die Versorgungsqualität, die mit der Anwendung pauschaler Vergütungsformen einhergehen, insbesondere in der Krankenhausversorgung; der bereits eingetre-

⁰⁸ Vgl. Thomas Gerlinger, Präventionsgesetz, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Ergänzungsband 2016, Graffing 2016, S. 135–142.

⁰⁹ Vgl. Kimmo Leppo et al., Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf?ua=1.

tene oder sich abzeichnende Fachkräftemangel in der Krankenpflege und in der hausärztlichen Versorgung; sowie die regionalen Disparitäten in der Verteilung von Ärzten, insbesondere von Hausärzten und -ärztinnen, die in einigen Regionen bereits zu einer Unterversorgung geführt hat.

Vielen Problemen zugrunde liegt die Vergütung von Krankenhausleistungen, die 2010 auf diagnosebezogene Fallpauschalen umgestellt wurde. Krankenhäuser erhalten nun für jeden Patienten ein Pauschalentgelt, dessen Höhe abhängig ist von der Diagnose und bestimmten medizinischen Leistungen. Der Gewinn eines Krankenhauses ergibt sich nun also aus einem – vereinfacht gesagt – prospektiv festgesetzten Entgelt und den Kosten, die dem Krankenhaus bei der Krankheitsbehandlung entstehen. Damit erhalten sie einen starken Anreiz zur Senkung der Behandlungskosten. Dieses Anreizsystem birgt erhebliche Gefahren für die Qualität der Versorgung. Der Kostendruck veranlasst die Krankenhausträger zur Einsparung von Personal, wobei die Rationalisierungsmaßnahmen sich häufig auf die Qualität der Behandlung auswirken. Insbesondere die persönliche Zuwendung und die Ganzheitlichkeit der Versorgung leiden darunter.¹⁰ Auch gibt es Hinweise darauf, dass in der Versorgung tatsächlich Rationierung anzutreffen ist, also den Patienten und Patientinnen notwendige Leistungen vorenthalten werden. In einer Befragung gaben nur neun Prozent der Ärzte an, dass in ihrem Verantwortungsbereich keine Rationierung stattfindet.¹¹

Darüber hinaus wachsen auch die Belastungen für Patienten. Sie entstehen zum Beispiel durch die frühzeitige oder verfrühte Entlassung vor allem von chronisch kranken, multimorbiden und alten Menschen, weil dann in vielen Fällen das familiäre und häusliche Umfeld einspringen muss oder die Patienten auf sich allein gestellt sind. Zudem entsteht ein erhöhter Bedarf an nachstationären Hilfen in den Bereichen Rehabilitation und Physiotherapie.¹² So sehen sich Rehabilitationseinrichtungen häufig mit dem Problem konfrontiert, dass aus dem Akutkrankenhaus entlassene Patienten für die Frührehabilitation noch nicht mobilisierbar sind oder noch akutmedizinisch

versorgt werden müssen.¹³ Ärzte und Krankenhäuser geraten somit in das Spannungsfeld medizinisch-professioneller und ökonomischer Handlungslogiken.¹⁴

Die Arbeitsmarktsituation in der Krankenpflege – und stärker noch der Altenpflege – ist durch einen erheblichen Fachkräftemangel gekennzeichnet. Hintergrund sind die schlechten Arbeitsbedingungen (hohe Arbeitsanforderungen, hohe körperliche und psychische Belastungen, ungünstige Arbeitszeiten), unangemessen niedrige Arbeitseinkommen und eine geringe gesellschaftliche Anerkennung von Pflegeberufen. Dies führt zu einer hohen Fluktuation. Außerdem verstärkt sich für die Kranken- und Altenpflege angesichts der guten wirtschaftlichen Gesamtlage und der sinkenden Arbeitslosigkeit die Konkurrenz um Arbeitskräfte. Die Zahl der Pflegekräfte hat sich trotz stark steigender Behandlungsfallzahlen seit Beginn der 1990er Jahre nur geringfügig erhöht, ganz im Unterschied zur Zahl der Ärztinnen und Ärzte.¹⁵ Die unzureichende Personalausstattung und die damit verbundene Erhöhung der Arbeitsdichte haben dazu beigetragen, dass der Pflegeberuf weiter an Attraktivität verliert. Eine durchgreifende Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege ist eine zentrale Voraussetzung für eine Umkehrung dieses Trends.

Auch hierfür spielt die Konstruktion der erwähnten Fallpauschalen eine wichtige Rolle, orientieren sich diese doch vorrangig an ärztlichen Leistungen und berücksichtigen den pflegerischen Aufwand der Krankenhäuser nur unzureichend. Der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD sieht vor, die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser bei der Berechnung der Leistungsvergütung künftig stärker zu berücksichtigen.¹⁶ Darüber hinaus verständigten sich das Bundesgesundheitsministerium, die Koalitionsfraktionen und die Länder 2017 darauf, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV-Spitzenverband auf die Festlegung von Personaluntergrenzen für solche

10 Vgl. Bernard Braun et al., Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern 2010.

11 Vgl. ebd., S. 180 ff.

12 Vgl. ebd., S. 199 ff., 214 ff.

13 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Auswertung des BMG-Fragenkatalogs zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung, Berlin 2009, S. 30 f.

14 Vgl. Ingo Bode, Die Malaise der Krankenhäuser, in: Leviathan 2/2010, S. 189–211.

15 Vgl. Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2016, Fachserie 12, Reihe 6.1.1: Wiesbaden 2017, S. 8 ff.

16 Vgl. CDU/CSU/SPD, Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, Berlin 2018, S. 99.

Bereiche zu verpflichten, in denen dies für die Patientensicherheit besonders wichtig ist. Wie sich diese Vorhaben auf die Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegekräften auswirken werden, lässt sich noch nicht abschätzen.

Neben diese Mängel tritt ein weiteres Problem: Obwohl die Arztdichte in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch ist, gibt es eine Reihe von Regionen, in denen eine Unterversorgung herrscht, der Zugang zur ärztlichen Versorgung unbefriedigend ist oder sich eine Unterversorgung abzeichnet, wenn massive Gegensteuerungen unterbleiben. Dies betrifft insbesondere die hausärztliche Versorgung in benachteiligten Regionen – vor allem im ländlichen Raum, aber auch in Großstädten beziehungsweise Agglomerationsräumen, in denen Armut und Arbeitslosigkeit besonders häufig anzutreffen sind,¹⁷ Dies betrifft zum Beispiel Teile Mecklenburg-Vorpommerns und Sachsen-Anhalts oder den Berliner Bezirk Neukölln. Gleichzeitig existiert in einer großen Zahl von Zulassungsbezirken, insbesondere in den großstädtischen Zentren, eine zum Teil erhebliche Überversorgung mit Ärzten.¹⁸

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz (2011) und dem Versorgungsstärkungsgesetz (2015) wurden zuletzt zahlreiche Maßnahmen auf den Weg gebracht, die der Abkehr von benachteiligten Regionen entgegenwirken sollen. Im Mittelpunkt stehen eine Reform der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, darunter eine Verkleinerung der Planungsbezirke für die hausärztliche Versorgung und eine Erweiterung von Möglichkeiten zur regionalen Abweichung von bundesweiten Vorgaben, sowie diverse (vor allem finanzielle) Anreize für Ärzte und Ärztinnen, sich in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen niederzulassen. Zudem beschlossen der Bundestag, die Bundesministerien für Gesundheit und Forschung und die Gesundheits- und Kultusministerkonferenzen der Bundesländer 2017 mit dem „Masterplan 2020“, die Allgemeinmedizin im Medizinstudium zu stärken und den Ländern das Recht einzuräumen, bis zu zehn Prozent der Medizinstudienplätze an Studierende zu vergeben, die bereit sind, sich in unterversorgten Regionen niederzulassen.

17 Vgl. Bertelsmann Stiftung, Faktencheck Gesundheit, Regionale Verteilung von Arztsitzen, Gütersloh 2014.

18 Vgl. Joachim Klose/Isabel Rehbein, Ärzteatlas 2017. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Berlin 2017.

Bisher gibt es aber keine Anzeichen dafür, dass diese Maßnahmen dazu geführt hätten, den skizzierten Trend zu stoppen oder gar umzukehren. Ein wichtiger Grund dafür, dass Ärzte sich selten in benachteiligten Regionen niederlassen, ist sicher auch, dass dort die Zahl beziehungsweise der Anteil von Privatversicherten unterdurchschnittlich ist, und es sich somit für die Ärzte schlichtweg nicht lohnt: Denn für privatärztliche Leistungen erhalten sie erheblich höhere Honorare als für Leistungen, die sie für GKV-Patienten erbringen. Eine Lösung dieses Problems wird ohne eine Aufhebung der Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung kaum möglich sein.

VERSICHERUNGSSYSTEM

Schließlich zählt zu den großen Herausforderungen der Gesundheitspolitik die notwendige und überfällige Neuordnung des Krankenversicherungssystems selbst im Sinne einer Aufhebung der Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Das Nebeneinander der beiden Systeme gehört zu den traditionellen Merkmalen des deutschen Gesundheitssystems¹⁹ und ist Gegenstand vielfältiger Kritik.

Diese Kritik bezieht sich auf unterschiedliche Aspekte: Zum einen beteiligen sich Privatversicherte nicht am Solidarausgleich der gesetzlich Krankenversicherten, obwohl ihr Durchschnittseinkommen deutlich höher ist.²⁰ Zum anderen gehen mit dem Status des Privatversicherten Privilegien bei der Krankenversorgung einher. So sind insbesondere die Wartezeiten für Termine bei Fachärzten häufig deutlich kürzer als jene für GKV-Patienten, weil die Honorare für die Behandlung von PKV-Patienten erheblich höher liegen.²¹ Diese Unterschiede in der Vergütung von Leistungen sind auch ein wichtiger Grund für die

19 Vgl. Roman Böckmann, Quo vadis PKV?, Wiesbaden 2011, S. 45 ff.

20 Vgl. Heinz Rothgang/Dominik Domhoff, Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“, Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Die Linke und der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Bremen 2017, www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/Studien/Solidarische_Gesundheits-_und_Pflegeversicherung__Mai_2017.pdf.

21 Vgl. Markus Lungen et al., Waiting Times for Elective Treatments According to Insurance Status: A Randomized Empirical Study in Germany, in: International Journal for Equity in Health 1/2008, S. 1–7.

erwähnte Ungleichverteilung von Ärzten zulasten ökonomisch und infrastrukturell benachteiligter Regionen. Ferner haben Privatversicherte auch einen direkten Zugang zur ambulanten Versorgung am Krankenhaus und zu medizinischen Innovationen. Darüber hinaus findet zwischen beiden Systemen auch eine Risikoselektion zulasten der GKV statt. Personen, die nicht in der GKV pflichtversichert sind, können sich zwischen einem der beiden Systeme entscheiden. Dabei entscheiden sich in aller Regel diejenigen Personen mit „hohen“ Risiken für die GKV, also diejenigen mit Vorerkrankungen oder Risikofaktoren für chronische Erkrankungen (etwa Übergewichtige oder Raucher) oder solche mit nicht-erwerbstätigem Ehepartner und (mehreren) Kindern, denn in der PKV müssten sie – im Unterschied zur GKV – einen Risikoaufschlag auf die Versicherungsprämie zahlen (Vorerkrankungen, Risikofaktoren) beziehungsweise jedes Familienmitglied individuell versichern.

Zugleich wirkt sich das Nebeneinander der beiden Systeme auch negativ auf das Solidarsystem *innerhalb* der GKV aus, weil es dort die Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze begründet. Die Beitragsbemessungsgrenze beschreibt jenes Bruttoeinkommen, bis zu dem die absoluten Beiträge zur GKV berechnet werden. Darüber hinaus gehende Einkommen werden nicht berücksichtigt. Dies hat zur Folge, dass Besserverdienende mit einem Einkommen oberhalb dieser Grenze einen geringeren Anteil ihres Einkommens an die Krankenversicherung entrichten als weniger gut Verdienende. Für die Besserverdienenden sinkt somit die relative Belastung durch Krankenversicherungsbeiträge in dem Maße, wie ihr Einkommen steigt. Die Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze hängt eng mit dem Nebeneinander von GKV und PKV zusammen: Sie stellt für die Personen mit Wahlfreiheit zwischen den Systemen einen finanziellen Anreiz zur Entscheidung für die GKV dar, denn ohne eine Beitragsbemessungsgrenze würden deren Beiträge zum Teil deutlich höher ausfallen. Insofern hat auch die GKV ein Interesse an der Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze, weil sie die Chancen erhöht, dass Besserverdienende sich auch dann für die GKV entscheiden, wenn sie nicht zu denjenigen mit „hohen“ Risiken zählen. Der Preis dafür ist allerdings eine Ungleichbehandlung von GKV-Versicherten bei der Berechnung der Versicherungsbeiträge.

Die zahlreichen Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre haben weder die Trennung von GKV und PKV aufgehoben noch an den Eigenschaften der jeweiligen Systeme Grundlegendes geändert. Befürworter einer Trennung von GKV und PKV argumentieren bisweilen sehr grundsätzlich, dass eine private Krankenversicherung und die mit ihnen verbundenen Wahlmöglichkeiten Merkmale einer freiheitlichen Gesellschaft seien und der Wettbewerb der Kassen die medizinische Qualität erhöhe. Im Mittelpunkt stehen aber pragmatische Argumente. So wird unter anderem darauf verwiesen, dass das in der PKV praktizierte Kapitaldeckungsverfahren die Krankenversicherung zukunftssicher und vom demografischen Wandel unabhängiger mache. Zudem, so ein häufig verwendetes Argument, dienten die höheren Honorare für die ambulante Behandlung von PKV-Patienten auch der Querfinanzierung der vertragsärztlichen Versorgung und trage zu deren Finanzierbarkeit bei. Schließlich weist der Verband der Privaten Krankenversicherung auch darauf hin, dass viele GKV-Versicherte in die PKV wechseln würden, ihnen dies als Pflichtversicherte in der GKV aber nicht möglich sei.²²

Als Alternative zum gegenwärtigen Dualismus der Versicherungssysteme wird seit vielen Jahren die Forderung nach Einführung einer Bürgerversicherung erhoben. Konzepte für eine Bürgerversicherung werden von den Parteien Die Linke, Bündnis 90/Die Grünen und der SPD unterstützt sowie vom DGB und einigen Sozialverbänden. Kernelement ist die Forderung, dass die gesamte Wohnbevölkerung zu denselben Bedingungen in einer gemeinsamen Krankenversicherung zusammengefasst wird. Die Versicherungspflichtgrenze für besserverdienende Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und die Sonderzugangsrechte zur PKV für Beamte und Selbstständige sollen entfallen. Ferner sollen neben den Einkünften aus abhängiger Arbeit künftig auch andere Quellen zur Finanzierung der Krankenversicherung herangezogen werden, gleich ob dies über die individuelle Erhebung von Beiträgen auf entsprechende Einnah-

²² Vgl. als knappen Überblick über die Argumente für die Existenz einer PKV bzw. die Koexistenz von GKV und PKV: Verband der Privaten Krankenversicherung, Fakten, die für die PKV sprechen, www.pkv.de/service/broschueren/auf-einen-blick/. Vgl. zur Kritik: Hartmut Reiners, Privat oder Kasse? Politische Ökonomie des Gesundheitswesens, Hamburg 2017.

men, zum Beispiel auf Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, auf Zins- und Kapitaleinkünfte oder Werkverträge (Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke) oder über die dauerhafte Einrichtung eines steuerfinanzierten Bundeszuschusses erfolgen soll (SPD). Darüber hinaus unterscheiden sich bisher vorgelegte Modellvarianten in der Ausgestaltung des Versicherungs- und Finanzierungssystems.²³ Die Einführung einer Bürgerversicherung würde existierende Ungerechtigkeiten bei der Finanzierung und beim Leistungszugang verringern oder vielleicht sogar aufheben. Insbesondere in Verbindung mit einer Anhebung oder gar Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde sie auch zu einer erheblichen Senkung der Beiträge in der Krankenversicherung führen. Allerdings ist insbesondere wegen des Widerstandes von CDU und CSU die Einführung einer Bürgerversicherung derzeit nicht in Sicht.

FAZIT

Das deutsche Gesundheitssystem gilt im Allgemeinen als gut, insbesondere im Hinblick auf den Zugang zur medizinischen Versorgung. Dennoch sieht es sich einer Reihe von großen Herausforderungen gegenüber. Auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung bedarf es vor allem einer stärkeren und systematischen Berücksichtigung des Ziels „Gesundheit“ in anderen Politikfeldern. Um die Nachhaltigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, sind insbesondere Veränderungen von Lebenswelten notwendig, die den Zusammenhang zwischen der Veränderung von Kontextbedingungen und einer Stärkung individueller Ressourcen berücksichtigen. Dabei sollte das Ziel einer Verringerung sozialer Ungleichheiten von Gesundheitschancen im Mittelpunkt stehen.

Auf dem Gebiet der Krankenversorgungs- und Krankenversicherungspolitik stellen die aus dem Dualismus von GKV und PKV erwachsenden Steuerungsprobleme und Gerechtigkeitsdefizite eine zentrale Herausforderung dar. Darüber hinaus – und teilweise in engem Zusammenhang damit – existieren im Hinblick auf die Qualität der Krankenversorgung und dem Zugang zu Leistungen zahlreiche ungelöste Probleme. Im Mittelpunkt stehen hier die Bekämpfung heraufziehender oder bereits eingetretener Versorgungs-

mängel in benachteiligten Räumen, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, insbesondere für Krankenpfleger und -pflegerinnen, sowie eine wirksame Bekämpfung der aus der Vergütungsreform im Krankenhaus erwachsenden Gefahren für die Versorgungsqualität.

In den zurückliegenden Jahren hat die Gesundheitspolitik auf einer Reihe von Feldern Maßnahmen ergriffen, die Antworten auf diese Herausforderungen formulieren. Bei vielen von ihnen lässt sich eine Wirkung noch nicht wirklich erkennen oder messen. Bei manchen Maßnahmen ist Skepsis angezeigt, ob sie für eine Lösung der Probleme ausreichen. Die strukturell wichtigste Reform wiederum – nämlich die Überwindung der Trennung von GKV und PKV durch die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung – ist nicht in Sicht.

THOMAS GERLINGER

ist Politikwissenschaftler und Soziologe und Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

²³ Vgl. Rosenbrock/Gerlinger (Anm. 1), S. 430 ff.

VON DER KRANKHEITSBEKÄMPFUNG ZUR GESUNDHEITSOPTIMIERUNG

Aktuelle Technikvisionen für Medizin und Gesundheit

Nils B. Heyen

Akute Krankheiten zu behandeln ist gut. Zu verhindern, dass Krankheiten überhaupt auftreten, erscheint allerdings noch besser. Diese Einsicht ist nicht neu, sondern bestimmte bereits den Kampf gegen Infektionskrankheiten im 19. und 20. Jahrhundert, der in den Industrieländern sehr erfolgreich verlaufen ist. Krankheiten werden also schon seit längerer Zeit sowohl mit behandelnden als auch mit präventiven Maßnahmen bekämpft. Für den Fortschritt auf beiden Gebieten haben technische Innovationen in der Vergangenheit eine zentrale Rolle gespielt, seien es nun Antibiotika oder Impfstoffe, um nur zwei Beispiele aus der Pharmazie zu nennen. Das hat sich bis heute nicht geändert, medizinischer Fortschritt meint in der Regel (medizin)technischen Fortschritt.

Mit dem Erfolg im Kampf gegen Infektionskrankheiten rückten im Verlauf des 20. Jahrhunderts immer mehr die sogenannten Volks- oder Zivilisationskrankheiten ins Zentrum der medizinischen und gesundheitspolitischen Aufmerksamkeit. Zu ihnen zählen insbesondere chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes sowie Krebs, degenerative und zunehmend auch psychische Erkrankungen. Diese Krankheiten mit (medizin)technischen Innovationen in den Griff zu kriegen, erwies sich trotz durchaus vorhandener Fortschritte als deutlich schwieriger, sodass sie bis heute das Krankheitsgeschehen in Industrieländern wie Deutschland bestimmen. Durch ihre multifaktoriellen Ursachen scheinen sie schlicht zu komplex für einfache technische Lösungen. Da sie zudem sozial sehr ungleich verteilt sind, wurde früh deutlich, dass die Lebensumstände und Verhaltensweisen eine zentrale Rolle bei Entstehung und Verlauf der Krankheiten spielen.

Im Kontext dieser Herausforderungen und Einsichten kam es schon bald zu einer bedeutsamen Innovation, allerdings keiner technischen,

sondern einer sozialen: die Entwicklung und Anwendung des Konzepts der Gesundheitsförderung. Im Jahr 1986 programmatisch von der Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa-Charta formuliert,⁰¹ hat es seitdem eine bemerkenswerte Karriere hingelegt und zusammen mit Ansätzen der Krankheitsprävention auch in Deutschland einen regelrechten Boom erfahren. Es steht in engem Zusammenhang mit der sogenannten salutogenetischen Wende, nach der nicht mehr (nur) Krankheit und die pathogenetische Frage nach körper-, verhaltens- und umweltbedingten Risikofaktoren („Was macht krank?“) im Fokus des Interesses steht, sondern Gesundheit und die salutogenetische Frage nach Gesundheitsressourcen („Was hält gesund?“).⁰² Zu diesen Gesundheitsressourcen – auch Schutzfaktoren genannt – gehören einerseits personale Faktoren wie die Widerstandsfähigkeit, Gesundheitskompetenzen oder Möglichkeiten zur Selbstbestimmung, andererseits Kontext- oder Setting-Faktoren wie die sozioökonomische Lage, soziale Unterstützung oder Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe. Das Konzept der Salutogenese setzt also eindeutig einen psychosozialen Schwerpunkt. Auch das der Gesundheitsförderung ist ganzheitlich aufgestellt und will erreichen, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“.⁰³

Mit diesen Konzepten und der daran anknüpfenden jahrzehntelangen gesundheitswissenschaftlichen Forschung und Praxis verfestigt sich eine Entwicklung weg von einer kurativen, zunehmend als reaktiv wahrgenommenen „Reparatur“-Medizin hin zu einem ganzheitlicheren, Krankheit vermeidenden und Gesundheit stärkenden Versorgungsansatz. 2015 wurde vom Deutschen Bundestag – nach einigen vergeblichen Anläufen – sogar ein Präventionsgesetz verabschiedet,

das diese Entwicklung bestätigt und verstärkt.⁰⁴ Gleichwohl wäre der Eindruck falsch, die Behandlung akuter Krankheiten würde gegenüber präventiven Ansätzen nun in den Hintergrund treten. Zumindest in der medizinischen Versorgung wird nach wie vor mehr behandelt als vorgesorgt, mit entsprechend ungleicher Verteilung der Kosten. Und trotzdem ist auffällig und interessant zu sehen, dass auch die aktuell verbreiteten, durch medizin- oder gesundheitstechnologische Innovationen realisierbar erscheinenden Visionen eher auf Prävention und Gesundheit setzen als auf Heilung von Krankheiten.⁰⁵ Drei solcher Technikvisionen sollen im Folgenden skizziert und mit Blick auf ausgewählte gesellschaftliche Implikationen diskutiert werden: P4-Medizin, digitale Gesundheit sowie Enhancement.

P4-MEDIZIN

Die Vertreter dieser Vision sprechen explizit von einer „Revolution in der Medizin, die aus einer reaktiven eine proaktive Disziplin macht, deren Ziel es nicht mehr ist, einfach nur Krankheiten zu behandeln, sondern das Wohlbefinden jedes Einzelnen zu maximieren“.⁰⁶ P4 steht dabei für vier Merkmale, die für diese neue Medizin als zentral erachtet werden: prädiktiv, präventiv, personalisiert und partizipativ. *Prädiktiv* meint voraussagend und bezieht sich auf die Vorstellung, man müsse die genetische und biomolekulare Konstitution eines Menschen nur gut genug kennen, um die Wahrscheinlichkeit für das zukünftige Auftreten von Krankheiten angeben zu können. Übersteigen solche Wahrscheinlichkeiten bestimmte Grenzwerte, können *präventive* Maßnahmen erwogen werden, die diese Wahrscheinlichkeit minimieren und einen Krankheitsausbruch verhindern oder verzögern helfen.

Auch *personalisiert* bezieht sich im Grunde auf die individuelle genetische und biomolekulare Konstitution eines Menschen, die mit darüber entscheiden soll, welches Medikament in welcher Dosierung zu welchem Zeitpunkt verabreicht wird oder welche Behandlungsmaßnahme – etwa bei Tumorerkrankungen – einen höheren klinischen Nutzen verspricht. Hier agiert die P4-Medizin also weniger präventiv als vielmehr therapeutisch. Im Kern verkörpert sie jedenfalls einen systembiologisch-biomedizinischen Ansatz, der „auf der Erfassung individueller biochemischer Reaktionsmuster und/oder genetischer Profile, und damit auf einem biomechanistischen Paradigma basiert“.⁰⁷ Das vierte P – für *partizipativ* – deutet dann auch eher auf eine Anforderung an die zukünftige Entwicklung dieses Ansatzes hin, die nämlich davon abhängig ist, dass möglichst viele Menschen ihre molekularbiologischen Daten und am besten darüber hinaus auch Daten zu weiteren Vitalparametern und ihrem Gesundheitsverhalten zur Verfügung stellen.⁰⁸

In Deutschland wird die P4-Medizin vor allem unter den Begriffen „personalisierte“ oder „individualisierte“ Medizin diskutiert. Diese Adjektive sind jedoch irreführend, weil es eben nicht um eine Behandlung geht, die auch die individuelle psychosoziale Situation von Patienten und Patientinnen in den Blick nimmt, sondern allein um deren molekularbiologische Verfasstheit.⁰⁹ Einige Ansätze finden in der Praxis durchaus schon Anwendung, etwa im Bereich der prädiktiven Genodiagnostik, der Pharmakogenetik oder der Onkologie. Insgesamt stehen die erhofften großen Durchbrüche für die medizinische Versorgung aber noch aus.

Mit Blick auf die bereits realisierten Aspekte erscheint die P4-Medizin weniger revolutionär als versprochen. Sie bekämpft Krankheiten, indem sie sie behandelt oder durch Früherkennung und daran anschließende Maßnahmen zu verhindern

01 Vgl. Weltgesundheitsorganisation (WHO), Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, in: Ilona Kickbusch, Die Gesundheitsgesellschaft, Gamburg 2006, S. 167–172.

02 Vgl. Aaron Antonovsky, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997.

03 WHO (Anm. 1), S. 167.

04 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), in: Bundesgesetzblatt Jg. 2015 Teil I Nr. 31, S. 1368–1379.

05 Einschränkend sei angemerkt, dass auch im klassischen kurativen Bereich nach wie vor im großen Stil geforscht wird und das Innovationstempo hoch bleibt.

06 Leroy Hood/Stephen H. Friend, Predictive, Personalized, Preventive, Participatory (P4) Cancer Medicine, in: Nature Reviews Clinical Oncology 8/2011, S. 184–187, hier S. 184; eigene Übersetzung.

07 Regine Kollek, Individualisierung der Medizin: medizintheoretische und gesellschaftliche Implikationen eines mehrdeutigen Leitbilds, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 1/2012, S. 40–45, hier S. 42.

08 Vgl. Mauricio Flores et al., P4 Medicine: How Systems Medicine Will Transform the Healthcare Sector and Society, in: Personalized Medicine 6/2013, S. 565–576.

09 Vgl. Bärbel Hüsing et al., Individualisierte Medizin und Gesundheitssystem, Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB), TAB-Arbeitsbericht 126/2008; Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Personalisierte Medizin – der Patient als Nutznießer oder Opfer?, Berlin 2013.

sucht. Sie tut also das, was die Medizin schon immer getan hat, nur eben mit gen- und biotechnologischen Mitteln. Wie sehr diese Technologien die medizinisch-ärztliche Praxis verändern, wird stark davon abhängen, inwiefern die medizinische Profession an ihrer Aufgabe festhält, hilfs- und beratungsbedürftigen Menschen bei der Bewältigung ihrer gesundheitsbezogenen lebenspraktischen Probleme zu helfen. Bei der prädiktiven Gendiagnostik scheint dies bisher der Fall zu sein.¹⁰

Weitergedacht impliziert die Vision der P4-Medizin allerdings auch die Vorstellung, dass alle Menschen, sobald sie über ihre individuellen molekularbiologischen Veranlagungen und Risiken Bescheid wissen, auch Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen und ihre alltäglichen Verhaltensweisen entsprechend anpassen (sollten). Hier scheint die Vision der P4-Medizin das eigentliche präventive Potenzial zu vermuten, das allerdings allein auf dem Ansatz der Verhaltensprävention basiert und eine Veränderung von Lebensbedingungen (Verhältnisprävention) unberücksichtigt lässt. Kritik entzündet sich vor allem daran: Auf diese Weise werde dem Einzelnen alle Verantwortung aufgebürdet und er im Krankheitsfall tendenziell für schuldig gehalten, weil er doch offensichtlich nicht genügend präventiv aktiv gewesen sei. Darüber hinaus wird eine Biomedikalisierung befürchtet, durch die nicht nur die Gesundheit, sondern alle Aspekte des Lebens eine biomedizinische Redefinition erfahren.¹¹

DIGITALE GESUNDHEIT

Wenn von der „digitalen Revolution“ im Gesundheitswesen gesprochen wird,¹² kommen verschiedene Dinge zusammen: *Erstens* geht es um die neuen technischen Möglichkeiten, den Menschen und seine Gesundheit zu digitalisieren. Das betrifft nicht nur Daten zur oben erwähnten genetischen und biomolekularen Konstitution, die auch ohne den Umweg über einen Arzt direkt bei Privatfirmen wie 23andMe (eine US-amerikanische Firma, die Genanalysen anbietet) bestellt werden

können, sondern auch Daten zu Vitalparametern wie Herzfrequenz, Atmung oder Blutdruck sowie zum individuellen Bewegungs-, Schlaf- und Ernährungsverhalten, die im Zuge digitaler Selbstvermessung per Smartphone oder Wearables generiert werden. Unter Begriffen wie „Medizin 2.0“ oder „Gesundheit 2.0“ geht es *zweitens* um neue Formen der Kommunikation und Kollaboration zwischen Menschen über das Internet, seien es Ärzt/innen, Patient/innen oder allgemein an Gesundheitsthemen Interessierte. Dazu zählen etwa Health Social Networks wie PatientsLikeMe, wo Krankheitssymptome und Erfahrungen mit bestimmten Medikamenten und Behandlungen gesammelt, ausgetauscht und ausgewertet werden. Beispiele wie dieses oder auch das digitale Self-Tracking befördern die Idee eines Empowerments, also die Vorstellung, die Gesundheit selbst in die Hand nehmen zu können, ohne professionelle Hilfe. Daher gehört auch eine Demokratisierung der Medizin zu den Versprechungen dieser Vision. Schließlich bezieht sich die Vision *drittens* auf Big Data in Medizin und Gesundheitswesen, also auf die Zusammenführung und Analyse all der zuvor genannten Datenarten mit Daten aus der medizinischen Versorgung und Forschung, von Gesundheitsämtern und Krankenversicherungen.¹³

Während Big Data eher unbestimmt Fortschritte sowohl im Bereich der Therapie als auch der Prävention verspricht, scheinen die beiden anderen Aspekte deutlich anschlussfähiger an das Konzept der Gesundheitsförderung als die Vision der P4-Medizin. Das liegt daran, dass sie die professionelle Medizin oft nur am Rande behandeln und stattdessen am Empowerment, an den Gesundheitskompetenzen und am alltäglichen Gesundheitsverhalten des Einzelnen ansetzen. Tatsächlich können Aktivitäten der Selbstvermessung so gestaltet sein, dass sie selbstbezogenes Gesundheitswissen produzieren und insofern zu einer Selbstexpertisierung führen. Empirisch ist das allerdings eher die Ausnahme.¹⁴ Massenhaft praktiziert werden Aktivitäten zum Monitoring von Vitalparametern oder zur Optimierung, zum Beispiel der Fitness oder der Ernährung.

¹⁰ Vgl. Nils B. Heyen, Auf dem Weg zu einer technokratischen Biomedizin?, in: Soziale Welt 4/2016, S. 389–406.

¹¹ Vgl. Henrik Vogt/Bjørn Hofmann/Linn Getz, The New Holism: P4 Systems Medicine and the Medicalization of Health and Life Itself, in: Medicine, Health Care and Philosophy 2/2016, S. 307–323.

¹² Vgl. z. B. Eric Topol, The Creative Destruction of Medicine, New York 2012.

¹³ Vgl. Peter Langkafel, Auf dem Weg zum Dr. Algorithmus? Potenziale von Big Data in der Medizin, in: APuZ 11–12/2015, S. 27–32.

¹⁴ Vgl. Nils B. Heyen, Von der Selbstvermessung zur Selbstexpertisierung, in: ders. et al. (Hrsg.), Personal Health Science. Persönliches Gesundheitswissen zwischen Selbstsorge und Bürgerforschung, Wiesbaden 2018 (i. E.).

An solchen Praktiken und Technikangeboten wird kritisiert, dass sie den Druck auf den Einzelnen, sich vorgegebenen Normen zu unterwerfen, stark erhöhen und einer weiteren Ökonomisierung des Sozialen Vorschub leisten, die aus jedem Menschen einen Manager oder Unternehmer seiner selbst macht.¹⁵ Diese Kritik freilich lässt auch das Konzept der Gesundheitsförderung und die allgemeine Idee des Empowerments nicht unberührt. Davon abgesehen impliziert die Vision nicht zu unterschätzende Risiken im Hinblick auf den Datenschutz, einen denkbaren Datenreduktionismus sowie die Nutzung der Daten durch Versicherungen oder Arbeitgeber mit entsprechenden Überwachungs- und Diskriminierungspotenzialen.

ENHANCEMENT

Enhancement meint die technisch induzierte Verbesserung oder Optimierung der Gesundheit oder des menschlichen Körpers; und zwar über das normale, als gesund oder natürlich empfundene Maß hinaus. Dies unterscheidet Enhancement von Therapie, die die Wiederherstellung der Gesundheit zum Ziel hat. Mehr noch als die beiden zuvor diskutierten Technikvisionen ist Enhancement ein Oberbegriff, unter dem sich diverse Visionen, aber auch Utopien versammeln. Bereits praktisch angewendet werden Techniken aus dem Bereich des Neuro-Enhancements, wie etwa das Arzneimittel Ritalin, das einerseits in der Therapie von ADHS eingesetzt, andererseits aber von einigen Studierenden zur (vorübergehenden) kognitiven Leistungssteigerung genutzt und daher auch „Gehirn-Doping“ genannt wird. Noch weiter gehen Visionen, die den menschlichen Alterungsprozess verlangsamen oder gleich ganz „abschaffen“ wollen. In den Bereich des Utopischen fallen schließlich Zukunftsideen der Transhumanisten, wie beispielsweise den Menschen über Prothesen und Implantate in einen Cyborg (ein Hybridwesen aus Mensch und Maschine mit entsprechend übermenschlichen Fähigkeiten)

zu verwandeln oder sein Bewusstsein zu digitalisieren, um seine Intelligenz über Upgrades künstlich zu steigern.¹⁶

Es ist offensichtlich, dass die angedeuteten Praktiken und Ideen weit über das hinausgehen, was eingangs unter Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung beschrieben worden ist. Auch scheint das Ziel unbestimmter, weil es sich eben nicht in „normaler“ Gesundheit erschöpft. Gleichwohl ist zu erwarten, dass sich viele Enhancement-Technologien in ihrer Wirkungsweise an medizinischen Techniken orientieren und sich künftig notwendige Regulierungsmaßnahmen eng an die bestehenden Strukturen im Gesundheitswesen anlehnen werden.¹⁷ Inwiefern solche Praktiken gesellschaftlich überhaupt akzeptiert und sich durchsetzen werden, scheint derzeit weitgehend offen.

FAZIT

Nicht nur der gesundheitspolitische Diskurs, auch aktuelle technische Visionen für Medizin und Gesundheit weisen weg von einer kurativen, auf Heilung fokussierten Medizin hin zu einer präventiven Perspektive, die Gesundheit stärkt bis optimiert – ohne dass dies die Behandlung akuter Krankheiten obsolet machen würde. Während die P4-Medizin zwar neue biotechnologische Mittel einsetzt, aber trotzdem weitgehend Therapie und Prävention gleichermaßen in Betracht zieht, um die modernen Zivilisationskrankheiten zu bekämpfen, bedient die Vision der digitalen Gesundheit weitaus stärker die Idee eines über das klassische Medizinsystem hinausgehenden Gesundheitswesens mit gesundheitskompetenten und sich gesundheitsbewusst verhaltenden Menschen. Noch weiter von der medizinischen Heilkunde entfernt haben sich Enhancement-Visionen, in denen es allerdings im Kern weniger um Gesundheitsoptimierung als um die Steigerung menschlicher Fähigkeiten über das Normalmaß hinaus geht. Welche Technikvision auch immer in Zukunft wirkmächtiger wird, die gesellschaftlichen Implikationen gilt es in jedem Fall zu reflektieren und bei der Gestaltung der Entwicklung zu berücksichtigen.

¹⁵ Vgl. Ulrich Bröckling, *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*, Frankfurt/M. 2007.

¹⁶ Vgl. Sascha Dickel, *Der Neue Mensch – ein (technik)utopisches Upgrade*, in: APuZ 37–38/2016, S. 16–21.

¹⁷ Vgl. Peter Wehling/Willy Viehöver, *Einleitungskapitel*, in: dies. (Hrsg.), *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?*, Bielefeld 2011, S. 7–47, hier S. 24.

NILS B. HEYEN

ist Soziologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung in Karlsruhe.

nils.heyen@isi.fraunhofer.de

ZWISCHEN STIGMATISIERUNG UND DIFFERENZIERUNG

Krankheit in Filmen und Fernsehserien

Sven Stollfuß

Die Darstellung von Krankheiten in Spielfilmen und Fernsehserien kann auf vielfältige Art und Weise erfolgen,⁰¹ zum Beispiel in Form einer mit HIV infizierten Figur in Filmen wie „Philadelphia“ (USA 1993) und „Dallas Buyers Club“ (USA 2013) oder eines an Krebs erkrankten Patienten in Krankenhausserien wie „Grey’s Anatomy“ (USA 2005–) und „Club der roten Bänder“ (Deutschland 2015–2017). Krankheit kann aber auch in Form des psychopathischen Gewalttäters und Mörders in Filmen wie „Psycho“ (USA 1960) oder Fernsehserien wie „Bates Motel“ (USA 2013–2017) dargestellt werden und sogar in Gestalt von durch Viren veränderten Untoten in Filmen wie „28 Days Later“ (Großbritannien 2002) oder Serien wie „The Walking Dead“ (USA 2010–). Dabei steht, anders als bei Dokumentationen, eine realitätsnahe Darstellung eher selten unmittelbar im Vordergrund. Spielfilme und Fernsehserien bieten vielmehr metaphorische Symbolisierungen, die bisweilen auch höchst problematische Implikationen aufweisen.

Im Filmlexikon der Universität Kiel etwa heißt es, dass „die Inszenierung der Krankheit immer davon abhängig [ist], wie tabuisiert der Diskurs über Krankheit(en) – insbesondere deren visuelle Darstellung – zur Produktionszeit eines jeweiligen Films ist“.⁰² Nicht selten führe dies zu stereotypisierten Überzeichnungen, für die Krankheiten als Basis klischeebeladener Zuschreibungen verwendet werden. So diene zum Beispiel die Inszenierung von sexuell übertragbaren Krankheiten wie HIV/Aids oft „zu schlüpfrigen oder klischeebeladenen Thematisierungen von (Homo-)Sexualität [oder] zur Vermittlung bürgerlicher Sexualmoral und Hygienevorstellungen“.⁰³

Die Frage nach der Rolle fiktionaler audiovisueller Erzählungen ist dabei insofern interessant, als Filme und Fernsehserien durch die Bilder von Kranken und ihr Erzählverläufe die öffentliche

Diskussion beeinflussen. Daran anschließend ist nicht zu Unrecht eine oft negative, zu simplifizierende Darstellung kritisiert worden.

Spielfilme und Fernsehserien sind als Teil eines kollektiven kulturellen Kommunikationsprozesses vorrangig emotional und unterhaltend. Sie vermögen bei ihrem Publikum bestimmte affektiv-kognitive Zustände (wie etwa Vergnügen oder Trauer) hervorzurufen sowie gerade bei komplexen Unterhaltungsangeboten jenseits hedonistischer Aspekte auch eine emotional-bewegende, nachdenklichere Medienrezeption zu zeitigen.⁰⁴ In diesem Sinne können sie aufseiten der Zuschauenden ein (populär)kulturelles Wissen über ein Thema schaffen beziehungsweise eine gewisse Haltung zu einem Thema beeinflussen.⁰⁵

Um dies genauer auszuführen, wird im Folgenden zunächst der kulturelle Bedeutungsrahmen reflektiert, in dem Spielfilme und Fernsehserien Krankheiten verhandeln. Daran anschließend werden innerhalb der Rezeptions- und Wirkungsdiskurse die damit verbundenen Medieneffekte wie vor allem Stigmatisierung und Diskriminierung, aber auch Komplexität und Differenzierung diskutiert. Als Beispiel dienen dabei vornehmlich die populärkulturellen Repräsentationen von psychischen Krankheiten.

KRANKHEIT UND POPULÄRKULTUR

Der Inszenierung psychischer Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen wird seit der Erfindung des Kinos kontinuierlich eine große Aufmerksamkeit zuteil. Im Fokus stehen Depressionen, Panikattacken, Angst- und Wahnzustände, Halluzinationen, Störung der Wahrnehmung, der Erinnerung, des Gefühls- und Gemütszustandes.⁰⁶ Frühe Filme wie „Das Cabinet des Dr. Caligari“ (Deutschland 1920), vor allem aber jüngere

Erzählungen wie „Adaption“ („Adaption – Der Orchideen-Dieb“, USA 2002), „Hedi Schneider steckt fest“ (Deutschland 2015), „Donnie Darko“ (USA 2001) oder „Requiem for a Dream“ (USA 2000), aber auch TV-Serien wie „The Sopranos“ (USA 1999–2007) oder die crossmediale Fernsehproduktion „About:Kate“ (Deutschland/Frankreich 2013) widmen sich den Konflikten und Differenzen im Spannungsverhältnis zwischen individueller Situation und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, zwischen Subjekt (Körper, Geist, Persönlichkeit) und Sozialem, zwischen Ursachen und Bewältigungsstrategien, zwischen Selbsttechnologien, aber auch Formen der Fremdführung.

Spielfilme und TV-Serien entfalten ihr Bedeutungspotenzial in der Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Fragen und Herausforderungen, ihre ästhetische Inszenierungsweise bleibt dabei jedoch unterhaltungsspezifisch. Ausprägungen symbolischer Ordnungen, unterschiedliche Handlungen und Aussagen (von Akteuren), in denen sich bestimmte Selbst-, Welt- und Menschenbilder sowie individuelle als auch kollektive Wahrnehmungsweisen widerspiegeln, werden narrativ verfasst und sind auf diese Weise Teil eines populärkulturellen Interpretations- und Aushandlungsprozesses.⁰⁷ Mit ihren präsentierten Figuren, erzählten Welten, zentralen Konflikten etc. bieten Spielfilme und TV-Serien somit un-

terschiedliche Erklärungsansätze (und möglicherweise auch Bewältigungsformen) mit Blick auf verschiedene gesellschaftliche Themenbereiche an, die nun von Zuschauenden unterschiedlich wahrgenommen, inhaltlich dekodiert und angenommen werden können.⁰⁸ Bisweilen können bestimmte Filmreihen, vor allem aber Fernsehserien für ihre Fans auch Anteil an der Beeinflussung des individuellen Denkens und Handelns nach den populärkulturell verfertigten Werte- und Normensystemen haben;⁰⁹ hier sind parasoziale Interaktionen und Beziehungsgeflechte zwischen medialen Figuren und Zuschauenden in der Regel besonders stark ausgeprägt.¹⁰

Audiovisuelle Erzählungen befördern infolge der medialen Inszenierung zumeist einen „externalisierte[n] Blick“ auf Krankheiten und leisten somit auch einer vornehmlich von außen nachvollziehbaren „Interpretation dessen [Vorschub], was mit einem Individuum, einer Gesellschaft und beiderlei Interaktionen im Krankheitsfalle geschieht“.¹¹ Allerdings hat der Medienwissenschaftler Jens Eder – unter anderem zur Untersuchung von Depression in Spielfilmen – herausgestellt, dass audiovisuelle Erzählungen auf unterschiedliche Art die Gefühle von Zuschauenden durch subjektivierende Verfahren beeinflussen. Diesbezüglich versteht Eder Spielfilme wie auch TV-Serien als „Qualia-Maschinen“,¹² insofern sie „Zuschauer dazu bringen [können], die dargestellte Welt teilweise aus

01 Für einen ersten Eindruck vgl. etwa den Themenindex in Jens Eder/Ludger Kaczmarek/Hans J. Wulff, Medienwissenschaft: Berichte und Papiere, 2.2.2018, <http://berichte.derwulff.de/index.pdf>.

02 Philipp Brunner/Caroline Amann, Krankheit im Film, 30.12.2011, <http://filmlexikon.uni-kiel.de/index.php?action=lexikon&tag=det&id=7256>.

03 Ebd.

04 Vgl. u. a. Peter Vorderer/Christoph Klimmt/Ute Ritterfeld, Enjoyment. At the Heart of Media Entertainment, in: *Communication Theory* 4/2004, S. 388–408; Dohyun Ahn/Seung-A Annie Jin/Ute Ritterfeld, „Sad Movies Don't Always Make Me Cry“. The Cognitive and Affective Processes Underpinning Enjoyment of Tragedy, in: *Journal of Media Psychology* 1/2012, S. 9–18; Mary Beth Oliver/Anne Bartsch, Appreciation as Audience Response. Exploring Entertainment Gratifications Beyond Hedonism, in: *Human Communication Research* 1/2010, S. 53–81.

05 An anderer Stelle (und anhand eines anderen Beispiels) habe ich dies auch als politisierendes Potenzial fiktionaler Erzählungen beschrieben. Vgl. Sven Stollfuß, *Cyborg-TV. Genetik und Kybernetik in Fernsehserien*, Wiesbaden 2017, hier S. 109 ff.

06 Vgl. Markus Fellner, *Psycho Movie. Zur Konstruktion psychischer Störung im Spielfilm*, Bielefeld 2006.

07 Vgl. Jens Eder/Joseph Imorde/Maike Sarah Reinert, *Zur Einleitung. Medialität und Menschenbild*, in: dies. (Hrsg.), *Medialität und Menschenbild*, Berlin 2013, S. 1–42; Marcus S. Kleiner, Die

Methodendebatte als blinder Fleck der Populär- und Popkulturfor- schungen, in: ders./Michael Rappe (Hrsg.), *Methoden der Populärkulturfor- schung*, Berlin-Münster 2012, S. 11–42, hier S. 21 f.

08 Vgl. u. a. Stuart Hall, *Encoding/Decoding*, in: ders. et al. (Hrsg.), *Culture, Media, Language. Working Papers in Cultural Studies*, London 1980, S. 128–138.

09 Vgl. John Fiske, *The Cultural Economy of Fandom*, in: Lisa A. Lewis (Hrsg.), *The Adoring Audience. Fan Culture and Popular Media*, London 1992, S. 30–49; Henry Jenkins, *Textual Poachers. Television Fans and Participatory Culture*, New York 1992.

10 Zum Modell parasozialer Interaktionen und Beziehungen vgl. Christoph Klimmt/Tilo Hartmann/Holger Schramm, *Parasocial Interactions and Relationships*, in: Jennings Bryant/Peter Vorderer (Hrsg.), *Psychology of Entertainment*, Mahwah 2006, S. 291–314.

11 Arno Görgen, *Funktionale Störungen der Normalität. Krankheit in der Populärkultur*, in: Sascha Bechmann (Hrsg.), *Sprache und Medizin. Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation*, Berlin 2017, S. 215–238, hier S. 220.

12 „Qualia“ ist ein philosophischer Fachbegriff, der das phä- nomenale Bewusstsein beschreibt, also die besondere Qualität des bewussten subjektiven Erlebens mentaler Zustände.

einer Figurenperspektive mitzuerleben“.¹³ Darüber hinaus bewirkt die emotional-kognitive Verarbeitung des Gezeigten und Erzählten, dass sich Zuschauer und Zuschauerinnen nachhaltig mit den Medieninhalten beschäftigten, sie beurteilen und wertschätzen.¹⁴

So betrachtet, stellen Spielfilme und Fernsehserien kulturelle Wissensressourcen dar, indem sie das Erkennen und Verstehen auch von Krankheiten beeinflussen können. Ihnen ist „eine Verfremdung spezialdiskursiver Komponenten [das heißt aus dem Diskursbereich der Wissenschaft] sowie deren Anbindung an alltagsnahe, mediale oder cineastisch relevante Diskurse aus ästhetischen Gründen bereits inhärent“.¹⁵ Dabei operieren populärkulturelle Erzählungen im Zuge symbolischer Aufladungen jedoch in der Regel mit „normativen“ Wertungszuschreibungen, die sowohl stigmatisierende wie auch differenzierende Effekte, das heißt ein Spektrum an Kommunikations- und Interpretationsweisen in der öffentlichen Auseinandersetzung, hervorrufen.

MEDIENEFFEKTE

Das Sprichwort „madness is as madness looks“ (deutsch „Wahnsinn ist, was nach Wahnsinn aussieht“) legt, wie der Medien- und Kulturwissenschaftler Simon Cross schreibt, in der kulturellen Auslegung von psychischer Krankheit nicht selten eine angsteinflößende Distanzhaltung nahe.¹⁶ In medialen Darstellungen wird dies vielfach stereotyp aufgegriffen und populärkulturell verfestigt – insbesondere dadurch, dass psychische Krankheit und gewalttätiger, zerstörerischer Wahnsinn miteinander verknüpft werden. Dies ist im Motiv des psychisch gestörten Mörders in Filmen wie „Psycho“ (USA 1960) oder „The Silence of the Lambs“ („Das Schweigen der Lämmer“, USA 1991) der Fall, aber auch in „Profiler“-Fernsehserien wie „Criminal Minds“ (USA 2005–) oder „Mindhunter“ (USA 2017–).

Dagegen finden sich ebenso fiktionale Erzählungen, die psychische Erkrankungen jenseits solch bedrohlicher und vor allem angstbe-

setzter Inszenierungsmuster verhandeln. Filme wie „Still Alice“ („Still Alice – Mein Leben ohne Gestern“, USA 2014), der den Umgang einer Linguistin mit ihrer Alzheimererkrankung erzählt, oder auch „Angel Baby“ (Australien 1995), der die Geschichte zweier an Schizophrenie erkrankter Personen präsentiert, widmen sich dem Thema auf komplexere Art und Weise. Auch Serien wie „ER“ („Emergency Room“, USA 1994–2009), „Grey’s Anatomy“ und auch „Club der roten Bänder“ verfolgen auf jeweils eigene Art eine differenziertere Auseinandersetzung mit unterschiedlichen, auch psychischen Krankheiten. Neben dem Kriterium der „Genauigkeit“ in der Darstellung gilt es jedoch, noch weitere Aspekte hinsichtlich Komplexität und Differenzierung zu reflektieren.

Stigmatisierung und Diskriminierung

Inszenierungen, die Wahnsinn und Gewalttätigkeit beziehungsweise Gefährlichkeit miteinander verknüpfen, zeichnen sich durch eine jahrzehntelange populärkulturelle Beständigkeit aus. Trotzdem sollte man sich auch ihren Entwicklungs- und Veränderungsprozess gegenwärtigen, um zeitgenössische Darstellungen in einem medialen und gesellschaftlichen Referenzrahmen betrachten zu können.¹⁷ Das gilt besonders für die Auseinandersetzung mit entsprechenden Rezeptions- und Wirkungsdiskursen bezüglich stigmatisierender Medieneffekte. Für psychische Krankheiten etwa gibt es eine ganze Reihe negativer medialer Darstellungsmuster: Psychisch Kranke werden in großer Häufigkeit als gefährlich, unberechenbar, unsozial, aggressiv und beruflich wenig erfolgreich dargestellt.¹⁸ In der medialen Inszenierung wird ein Erkrankter dabei in erster Linie über ein Krankheitsbild definiert und erst anschließend als Individuum. Diese Inszenierungen sind übertrieben in ihrer Simplifizierung und somit ungeeignet für eine umfänglichere Beschreibung psychischer Erkrankungen.¹⁹ Gesundheitswissenschaftler verweisen in diesem Zusammenhang auf potenzielle Beein-

¹³ Vgl. Jens Eder, Depressionsdarstellung und Zuschauererfahrungen im Film, in: Sandra Poppe (Hrsg.), Emotionen in Literatur und Film, Würzburg 2012, S. 219–245, S. 224.

¹⁴ Vgl. Oliver/Bartsch (Anm. 4).

¹⁵ Fellner (Anm. 6), S. 29.

¹⁶ Simon Cross, Mediating Madness. Mental Distress and Cultural Representation, New York 2010, S. 129.

¹⁷ Vgl. ebd., S. 34.

¹⁸ Elaine M. Sieff, Media Frames of Mental Illnesses. The Potential Impact of Negative Frames, in: Journal of Mental Health 3/2003, S. 259–269, hier S. 260 ff.

¹⁹ Vgl. ebd.

trüchtigungen des Selbstwertgefühls, des Umgangs mit Medikamenten und der Genesung insgesamt von Erkrankten.²⁰

Auf der anderen Seite wirft der Medienwissenschaftler Stephen Harper dem medienkritischen Diskurs vor, die stigmatisierenden Effekte populärkultureller Erzählungen zu negativ-generalisierend zu betrachten. Er plädiert stattdessen für eine differenziertere Analyse medialer Texte unter Beachtung der spezifischen Komplexität medialer Formen, den genrespezifischen Eigenschaften und somit auch den unterschiedlichen Bedeutungsebenen gerade fiktionaler Erzählmuster.²¹ So verwendet er „madness“ beispielsweise als funktionalen Begriff, dem nicht nur ausschließlich im Sinne medizinisch-psychiatrischer Dimensionen Bedeutung zukommt, sondern auch in diversen metaphorisch aufgeladenen Zusammenhängen eine Wertung, etwa als Symbol für soziale Entfremdung und politischen Widerstand, zugeschrieben werden kann. In Filmen wie „Donnie Darko“ zeige sich „Wahnsinn“ so gesehen als symbolische Chiffre für eine gesellschaftliche Zurichtung von anti-sozialem Verhalten, die eine psychiatrische Klassifizierung übersteige.²²

Komplexität und Differenzierung

In ihrer vielfach beachteten Publikation „Movies and Mental Illness“ verweisen auch Danny Wedding und Ryan M. Niemiec auf den kritischen Diskurs zu Filmen, die eindimensionale stereotype und dabei zumeist negativ besetzte Bilder entwerfen und so zu einer Stigmatisierung beitragen.²³ Daneben aber gebe es ebenfalls eine große Anzahl an Filmen, die differenziertere Geschichten erzählen, komplexe Handlungen entwerfen und auf diese Weise produktive, erkenntnisreiche Kulturerzeugnisse darstellten wie zum Beispiel die Filme „Silver Linings Playbook“ („Silver Li-

nings“, USA 2012) rund um eine Hauptfigur mit bipolarer Störung oder „Michael Clayton“ (USA 2007).²⁴

Trotzdem muss eine ausgewogene Darstellung eben nicht immer auch einer Stigmatisierung entgegenwirken. So wurde der Film „Angel Baby“ dafür gelobt, im Sinne einer kulturellen Wissensvermittlung eine weitestgehend akkurate und differenzierte Inszenierung der Krankheitsschübe von an Schizophrenie erkrankten Personen darzustellen.²⁵ Gleichzeitig aber hat eine Rezeptions- und Wirkungsstudie zu diesem Film gezeigt, dass er gerade aus diesem Grund Irritationen bei den Testpersonen hervorgerufen habe und somit infolge einer möglichst akkuraten Darstellung stigmatisierend wirken kann. Folglich ist für eine kulturelle Wissensvermittlung durch Spielfilme jenseits stigmatisierender Effekte eine Genauigkeit von Krankheitsdarstellungen mit dem erzählerischen Bedeutungspotenzial fiktionaler Erzählungen auszubalancieren, um den Zuschauenden ein differenzierteres Bild nahezubringen.²⁶

Ein ähnlich komplexes Bild ergibt sich für das Wissen und die Einschätzungen von Testpersonen bezüglich Schizophrenie, Zwangsstörungen und Depressionen. In einer Untersuchung, in der Testpersonen beurteilen sollten, ob Erkrankte stärker zu Gewalttätigkeit neigen, zeigte sich, dass es keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Medienkonsum der Testpersonen und ihren Beurteilungen gab.²⁷ Zugleich zeigt die Studie, dass bei einer differenzierten Inszenierung – sowohl in dokumentarischen wie auch in fiktionalen Erzählungen – Zuschauende Wissen aus audiovisuellen Erzählungen ziehen können. Der „Lernerfolg“ hängt dabei vor allem von der Bereitschaft der Testpersonen ab, sich intensiver mit dem Gesehenen zu befassen, das heißt sich auf eine höhere kognitive Anstrengung ein-

20 Vgl. Heather Stuart, *Media Portrayal of Mental Illness and its Treatments*, in: *CNS Drugs* 2/2006, S. 99–106; Greg Philo et al., *The Impact of the Mass Media on Public Images of Mental Illness. Media Content and Audience Belief*, in: *Health Education Journal* 3/1994, S. 271–281.

21 Vgl. Stephen Harper, *Media, Madness and Misrepresentation. Critical Reflections on Anti-Stigma Discourse*, in: *European Journal of Communication* 4/2005, S. 460–483.

22 Vgl. ebd., S. 479.

23 Vgl. Danny Wedding/Ryan M. Niemiec, *Movies and Mental Illness. Using Films to Understand Psychopathology*, Boston 2014.

24 Vgl. ebd., S. 2f.; Sieff (Anm. 18), S. 262.

25 Vgl. Ute Ritterfeld/Seung-A Jing, *Addressing Media Stigma for People Experiencing Mental Illness Using an Entertainment-Education Strategy*, in: *Journal of Health Psychology* 2/2006, S. 247–267.

26 Vgl. auch Ute Ritterfeld/Matthias R. Hastall/Alexander Röhm, *Menschen mit Krankheit oder Behinderung in Film und Fernsehen. Stigmatisierung oder Sensibilisierung?*, in: *Zeitschrift für Inklusion* 4/2014, www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/248/239.

27 Vgl. Joachim Kimmerle/Ulrike Cress, *The Effects of TV and Film Exposure on Knowledge About and Attitudes Towards Mental Disorders*, in: *Journal of Community Psychology* 8/2013, S. 931–943, hier S. 940.

zulassen.²⁸ Differenziertere Inszenierungen von Krankheiten können also auch in fiktionalen Medien kulturelles Wissen vermitteln, sofern das Material eine gesteigerte kognitive Auseinandersetzung auf Seiten der Zuschauenden zu bewirken vermag.

Im Bereich der Serienerzählungen des Fernsehens sind in den vergangenen knapp drei Jahrzehnten vergleichbar differenziertere Geschichten auch über Krankheiten und die damit verbundenen individuellen und gesellschaftlichen Herausforderungen entstanden. Im Zuge dessen, was als sogenanntes Qualitätsfernsehen diskutiert und in der Forschung mittlerweile fundierter als „komplexes Erzählen“ konzeptualisiert wird,²⁹ sind narrativ stärker verdichtete und diegetisch herausfordernde Erzählungen entstanden, die das Vergnügen aufseiten der Zuschauenden mit einem „kognitiven Workout“ verbinden.³⁰ Die US-amerikanische Serie „ER“ beispielsweise ist in diesem Zusammenhang für ihre mehr oder weniger realistische Art der Darstellung gelobt worden,³¹ da sie sich zumindest von tradierten Klischeebildern einer Krankenhausserie abgrenze. „ER“ setzte sich aber nicht nur mit einer Reihe auch kontroverser Themen wie HIV/Aids und Organhandel auseinander, sondern thematisierte auch psychische Erkrankungen wie beispielsweise bipolare affektive Störungen, ohne aber die Krankheit als prinzipiell destruktiv zu stigmatisieren.

Auch Serien wie „Grey’s Anatomy“ und „Club der roten Bänder“ setzen auf eine differenziertere Erzähl- und Darstellungsweise. Gerade letztere zeigt jugendliche Figuren, denen infolge einer Krebserkrankung Gliedmaßen amputiert werden müssen, die Rückschläge durch erneut gestreuten Krebs auszuhalten haben, die an Magersucht erkrankt sind, mit Ängsten zu kämp-

fen haben oder Merkmale autistischer Störungen aufweisen. Dennoch werden sie als lebensbejahend dargestellt, die trotz ihrer schweren und zum Teil auch unheilbaren Erkrankungen soziale und intime Beziehungen eingehen wollen; das heißt Krankheiten – hier im Spannungsfeld von physischen wie psychischen Leiden, Formen der Bewältigung und der sozialen Einbindung in Strukturen von Gemeinschaftlichkeit – werden nicht grundlegend als bedrückend oder desillusionierend dargestellt. Stattdessen stehen die individuellen als auch und gerade die sozialen, gemeinschaftlichen Herausforderungen im Umgang damit im Vordergrund. Zuschauende wiederum sind hier mit Geschichten konfrontiert, die keine eindimensionale Rezeption provozieren, sondern kognitiv-emotional nachhaltig herausfordern. Solcherart Krankenhausserien wird in diesem Zusammenhang ein „ethnografischer Wert“ zugeschrieben, da sie eine kulturelle Übersetzungsleistung vollziehen zwischen Alltagskultur und medialer Inszenierung in Hinblick auf die Darstellung und Aushandlung von Gesundheit, Krankheit und Behandlung.³²

FAZIT

Populärkulturelle Inszenierungen von Krankheit können durch ihre Darstellungs- und Erzählmuster zu einer differenzierteren Auseinandersetzung mit dem Themenfeld Krankheit beitragen. Rezeptions- und Wirkungsstudien haben jedoch gezeigt, dass eine vermeintlich stärker realitätsorientierte Darstellung nicht immer ausreichend ist, um eine Stigmatisierung durch die mediale Inszenierung zu verhindern.³³ Stattdessen müssen die Zuschauenden während ihres Rezeptionsprozesses von einem „Unterhaltungsmodus“ zu einem „Lernmodus“ wechseln. Eine solche intensivere kognitive Verarbeitung beinhaltet bei komplexen Darstellungsformen, wie es Filme und Fernsehserien sind, auch erzählerische, kontextualisierende und differenzierende Aspekte eben auch unter Rückgriff auf und Berücksichtigung von dramaturgischen und Genre-Mustern.³⁴

SVEN STOLLFUß

ist Junior-Professor für Digitale Medienkultur am Institut für Kommunikations- und Medienwissenschaft der Universität Leipzig.
sven.stollfuss@uni-leipzig.de

28 Vgl. ebd.

29 Jason Mittell, *Complex TV. The Poetics of Contemporary Television*, New York 2015.

30 Steven Johnson, *Everything Bad Is Good for You: How Today's Popular Culture is Actually Making Us Smarter*, New York 2005, S. 14.

31 Ritterfeld/Hastall/Röhm (Anm. 26); Josep M. Comelles/Serena Brigidi, *Fictional Encounters and Real Engagements. The Representation of Medical Practice and Institutions in Medical TV Shows*, in: *Nova època* 7/2014, S. 17–34; Robert J. Thompson, *Television's Second Golden Age. From Hill Street Blues to ER*, Syracuse 1997, S. 188f.

32 Vgl. Comelles/Brigidi (Anm. 31), S. 28f.

33 Vgl. Kimmerle/Cress (Anm. 27); Ritterfeld/Jing (Anm. 25).

34 Vgl. hierzu auch die Argumentation von Harper (Anm. 21).

ÜBERGÄNGE MIT BESONDEREN HÜRDEN

Erwachsenwerden mit chronischer Erkrankung

Martina Oldhafer

In den vergangenen Jahrzehnten treten immer häufiger chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter auf, die sowohl aus medizinischer als auch aus psychosozialer Sicht größeren Handlungsbedarf nach sich ziehen. Insgesamt ist davon auszugehen, dass rund zehn Prozent aller vier- bis siebzehnjährigen Kinder chronisch krank sind, wobei Kinder mit Asthma, Allergien und in jüngster Zeit Adipositas die mit Abstand größten Krankheitsgruppen ausmachen. Mit einer chronischen Erkrankung aufzuwachsen und erwachsen zu werden ist für die Betroffenen, ihre Eltern und die gesamte Familie eine besondere Herausforderung. Wichtig ist, dabei nicht alle Erkrankungen über einen Kamm zu scheren. Es gibt chronische Erkrankungen, mit denen Kinder und Jugendliche beinahe unbeschwert leben können, da sie dank der Weiterentwicklung der Medizin gut therapierbar geworden sind. Auf der anderen Seite gibt es Erkrankungen, bei denen der Betroffene nie Eigenständigkeit erreichen wird und dauerhaft auf fremde Hilfe angewiesen ist. Die Transitionsmedizin beschäftigt sich mit der Fragestellung, wie eine gute Begleitung von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin für all diese Patienten aussehen kann, damit eine kontinuierliche medizinische Betreuung gewährleistet ist. Es wird dabei zwischen Transfer und Transition unterschieden. Der Transfer ist der begrenzte Zeitraum des Übergangs von der Kinder- und Jugendsprechstunde zur Erwachsenensprechstunde. Die Transition bezeichnet den gesamten Prozess der Vorbereitung des Transfers, den Transfer selbst und die regelmäßige Anschlussbetreuung.

Die Patienten und Patientinnen mit chronischen Erkrankungen, die von Transitionsaktivitäten profitieren, lassen sich in drei Gruppen gliedern: *erstens* Patienten mit Erkrankungen, die in der Erwachsenenmedizin bekannt sind, wie Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Epilepsie,

von Hypothalamus und Hypophyse ausgehende Hormonstörungen, angeborene Herzfehler, neuromuskuläre Erkrankungen (Myasthenia gravis, Polyneuropathien). Dann gibt es *zweitens* Erkrankungen, die in der Erwachsenenmedizin wenig bekannt sind, weil die Betroffenen bis vor einigen Jahren das Erwachsenenalter nicht erreicht haben. Dazu gehören zystische Fibrose sowie seltene Stoffwechselerkrankungen und neuromuskuläre Erkrankungen (kongenitale Myasthenien, kongenitale Muskeldystrophien). *Drittens* gibt es Patienten mit psychomotorischen Retardierungen, geistigen und Mehrfachbehinderungen, die auch im Erwachsenenalter keine oder nur begrenzte Autonomie gewinnen können.

Hieraus wird bereits ersichtlich, dass es schwer sein wird, eine einheitliche Vorgehensweise zu propagieren. Aber die Herausforderungen, vor denen Betroffene und ihre Familien stehen, gehen noch weit über die medizinische Versorgung hinaus: Psychosoziale, finanzielle und bildungspolitische Faktoren müssen ebenso berücksichtigt werden. Diese Aspekte werden in ihrem Zusammenspiel im Folgenden vorgestellt.

MEDIZINISCHE ASPEKTE

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. gibt an, dass über 1,3 Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland chronisch erkrankt sind.⁹¹ Dabei handelt es sich um eine Vielzahl von Erkrankungen unterschiedlicher Genese und Organsysteme. In der Inneren Medizin zählen zum Beispiel Erkrankungen aus den Bereichen Diabetologie, Rheumatologie, Nephrologie, Pneumologie, Gastroenterologie dazu. In der Neurologie sind Epilepsie, Spina bifida, Multiple Sklerose, Muskelerkrankungen zu nennen, ebenso Krankheitsbilder aus der Chirurgie (angeborene Herzfehler und Fehlbildungen) sowie Psychiatrie (ADHS, Schizophrenie). Die Liste ist nicht

vollständig, da einige chronische Erkrankungen sich auch durch Infektionen und Traumata entwickeln können. Darüber hinaus zählen Tumorerkrankungen dazu, wie zum Beispiel die Leukämie, und ebenso alle „Seltene Erkrankungen“. Zunehmend handelt es sich auch um Erkrankungen, die durch den Lebensstil der jungen Generation geprägt sind, wie etwa Adipositas. In Deutschland allein stieg der Anteil übergewichtiger Kinder von etwa drei Prozent 1975 auf sieben Prozent der Mädchen und elf Prozent der Jungen 2016.⁰²

Während Adipositas zu den Zivilisationskrankheiten gehört – also stark durch Lebensumstände und Verhalten beeinflusst wird –, ist dies bei kindlichem Diabetes (Typ-1-Diabetes), der eine Stoffwechselerkrankung ist, ganz anders. In Deutschland sind davon etwa 31 000 Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren betroffen, die mit einer lebenslangen Insulinsubstitution behandelt werden. Hauptschwerpunkt und Ziel der medizinischen Behandlung ist die Förderung der normalen körperlichen und psychosozialen Entwicklung und das Vermeiden von Komplikationen. Beinahe genauso viele Kinder und Jugendliche leiden unter einer chronisch-entzündlichen rheumatischen Erkrankung. Hier stehen die Entzündungsunterdrückung, das Vermeiden von bleibenden Schäden und der Erhalt einer bestmöglichen Lebensqualität durch ein optimales Schmerzmanagement im Vordergrund.

Wie diese Beispiele zeigen, sind ganz unterschiedliche Therapien nötig. Neben Erkrankungen, die dauerhaft mit Medikamenten und Ernährungsumstellungen begleitet werden, gibt es auch Erkrankungen, die einer chirurgischen Therapie bedürfen, wie angeborene Herzerkrankungen, Fehlbildungen des Magen- und Darmtraktes sowie Erkrankungen, die eine Organtransplantation notwendig machen.

PSYCHOSOZIALE ASPEKTE

Ein chronisch krankes Kind bis zum Erwachsenwerden zu begleiten, ist eine besondere Herausforderung für die Eltern, die Familie und das

direkte soziale Umfeld. Wie bei allen Erkrankungen ist ausschlaggebend, wie einschneidend sie das tägliche Leben beeinflusst und wie sie sich auf die Lebensqualität, die Mobilität des Kindes und der Eltern sowie die gesellschaftliche Reaktion auf die Erkrankung auswirkt. Eine deutlich sichtbare Erkrankung/Behinderung stellt die Familien sicher vor andere Herausforderungen als ein Kind mit einem Typ-1-Diabetes.

Von besonderer Bedeutung ist die Rolle der Eltern, meist der Mutter, die sich in der Regel im Laufe der Zeit zur „Co-Therapeutin“ entwickelt und mit mehr oder weniger ausgeprägten Zukunftsängsten und Sorgen belastet ist. Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen loszulassen und ihnen Verantwortung zu übergeben, kann dadurch besonders erschwert sein. Ebenso leiden Geschwisterkinder unter der andauernden Präsenz von Krankheit, die sie oft zu Rücksichtnahme und Verzicht verpflichtet und ihre kindliche Entwicklung dadurch, häufig unbemerkt, belastet und beeinflusst. Bei schweren und/oder zeitintensiven Erkrankungen reduzieren sich die sozialen Kontakte, und auch der Anteil der Ehen, die diese Belastung nicht schultern können, steigt.

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen, die mit einer chronischen Erkrankung heranwachsen, verarbeiten dies ganz unterschiedlich und in Abhängigkeit vom Grad der Einschränkung und Belastung durch die Erkrankung. Regelmäßige Arztbesuche, medikamentöse Therapien, Diätvorschriften und Bewegungseinschränkungen spielen eine große Rolle bei der Freizeitgestaltung und Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen (Peers). Kommen dann noch häufige Krankenhausaufenthalte hinzu oder ein Wechsel der Klassenstufen in der Schule, dann leben diese Kinder und Jugendlichen recht „isoliert“ in ihrer Kernfamilie und in ihrem zweiten „Zuhause“, dem Krankenhaus. Der Wunsch nach Normalität und Teilhabe ist durch die Erkrankung ja nicht reduziert, die Erkrankung wird zunehmend als Einschränkung erlebt, auf die mit Wut und Groll reagiert wird. Dabei stehen besonders folgende Problembereiche im Fokus:⁰³ Zum einen sind es die krankheits- und therapiebedingten Abwei-

01 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V., Viele chronisch kranke Jugendliche verlieren mit dem Erwachsenwerden ihre dringend benötigte medizinische Versorgung, Pressemitteilung Juli 2014, www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-pressemittelungen-kampagne-1-2014.pdf.

02 Vgl. Mehr als 120 Millionen fettleibige Kinder, 11. 10. 2017, www.welt.de/article169520574.

03 Vgl. Gerald Ullrich, Transition aus entwicklungspsychologischer Sicht, in: Martina Oldhafer (Hrsg.), *Transitionsmedizin: Multiprofessionelle Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit*, Stuttgart 2016, S. 10–21.

TRANSITION EINER JUNGEN RHEUMAPATIENTIN

„Endlich die Schule hinter mir gelassen und mit vielen Ideen wollte ich nun weiter mein Leben in die eigenen Hände nehmen. Aber mich beschäftigten auch viele Fragen wie ‚Was mache ich jetzt?‘ oder ‚Wie weit weg traue ich mich von zu Hause?‘. Nur ein Thema hatte ich völlig verdrängt: den Wechsel vom Kinder- zum Erwachsenenrheumatologen. Die genaue Diagnose ‚Juvenile idiopathische Polyarthriti‘ bekam ich mit 15, das hat mich damals erst mal ganz schön umgehauen. Zwei Jahre später hatte ich mich dann aber mit der Krankheit, den Medikamenten und den regelmäßigen Besuchen bei meinem Kinderrheumatologen abgefunden. Der hatte das Thema [Transition] fest im Blick und sprach mit mir über den Wechsel zu einem Erwachsenenrheumatologen und Übergangssprechstunden, was mich anfangs etwas verwirrte, denn ich hatte doch das Gefühl, dass alles gut läuft. Aber er hatte Recht und in der Übergangssprechstunde erfuhr ich alles, was ich brauchte, um auch hier meinen Abschluss zu machen. Der Wechsel war dann ganz leicht und unproblematisch.“

TRANSITIONSBEGLEITUNG EINES JUNGEN NACH NIERENTRANSPANTATION

Der junge Patient ist seit seiner Geburt nierenkrank und wurde zuerst mit der Bauchfelldialyse, einer Form der Nierenersatztherapie, behandelt. Mit sieben Jahren erhält er eine Spenderniere, die sein Leben maßgeblich veränderte. Er erlebt

dies als großen Schritt in die Freiheit, wenn da nicht die vielen Medikamente gewesen wären, die seine Niere schützen und eine Abstoßung verhindern sollten. Seine Mutter kümmert sich um die regelmäßige Einnahme, er selbst fühlt sich befreit von der bisherigen Therapie: Endlich richtig Fußball spielen, auf den Kindergeburtstagen seiner Klassenkameraden alles essen und trinken dürfen und weniger auf alles achten müssen.

Mit fünfzehn empfindet er die stete Sorge seiner Mutter zunehmend nervig. Die Ambulanztermine mit seiner Mutter gefallen ihm ebenso wenig und so ist er fast erleichtert, als die Ärztin ihn auffordert, das nächste Mal alleine zu kommen. Behandelt zu werden wie ein normaler Jugendlicher findet er großartig; er konnte endlich seine Fragen loswerden ohne schief angesehen zu werden. Beim nächsten Termin berichtet er stolz: „Und dann kam das Beste, ich konnte mit anderen Transplantierten in ein Jugendcamp fahren und da haben alle ganz viel über ihre Erkrankung gelernt.“ Er glaubt jetzt, fit zu sein für einen Übergang zur Erwachsenenmedizin. Im nächsten Schritt wurde der wohnortnahe Erwachsenenmediziner für Nierenerkrankung dazu eingeladen und zu dritt das weitere Vorgehen besprochen.

Den Wechsel in die neue Praxis empfand er als halb so schlimm. Zum einen war der Arzt bekannt und zum anderen war er gut vorbereitet. Heute begleitet der Patient nierenkranke Jugendliche im Camp, an dem er selbst teilgenommen hat, und arbeitet als Mechatroniker.

chungen von Gleichaltrigen in Zeiten eines gesteigerten Bedürfnisses nach Übereinstimmung mit den Peers, zum anderen kollidiert die vermehrte und verlängerte Abhängigkeit mit dem Bedürfnis nach Unabhängigkeit und Abgrenzung. Ebenfalls problematisch kann eine Verpflichtung zu Therapiedisziplin und -treue in einer Entwicklungsphase sein, die durch Impulsivität und Sprunghaftigkeit gekennzeichnet ist. Der Wunsch, sich auszuprobieren und Risiken einzugehen, spielt in dieser Phase eine besondere Rolle im Rahmen der Identitätsentwicklung. Die Fallbeispiele im Kasten zeigen, wie die Transition von Kinder- und Jugendlichenmedizin zur Erwachsenenmedizin ablaufen kann.

FINANZIELLE ASPEKTE

Die medizinische Versorgung ist regelhaft über die Krankenkassen finanziert. Dennoch kommen auf Eltern mit einem chronisch kranken Kind häufig Zusatzkosten hinzu, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden, etwa für Zusatztherapien, Hilfsmittel, barrierefreies Wohnen oder spezielle Nahrung. Besonders betroffen sind Familien mit geringem Einkommen und Alleinerziehende, die durch die krankheitsbedingten Mehrkosten schnell in eine finanzielle Schieflage geraten. Wenn Kinder chronisch erkrankt sind, sind Krankenhausaufenthalte in Spezialkliniken in anderen Städten oft unumgänglich. In solchen Fällen zahlt

die Krankenkasse zwar die Behandlung, doch die Kosten der Eltern wie Fahrt, Übernachtung und Verpflegung werden nicht übernommen. Wenn dann auch noch Geschwisterkinder am Heimatort betreut werden müssen und die Großeltern nicht aushelfen können, wird es umso schwerer. Je nach Schwere der Erkrankung kümmert sich meistens ein Elternteil vollständig um das betroffene Kind, während der andere Elternteil alleine für das Familieneinkommen sorgen muss.

Kostenintensiv kann auch eine nicht gelungene Transition oder Übergangsbegleitung werden. Gerade, wenn Jugendliche ihre Therapie aussetzen oder verweigern und die Symptome für eine Verschlechterung ihrer Gesundheit nicht rechtzeitig erkennen, können dadurch erhöhte Therapiekosten entstehen, um den Gesundheitszustand wieder zu stabilisieren. Manchmal lässt sich aber auch nichts mehr stabilisieren wie etwa bei nicht eingenommenen Medikamenten nach einer Organtransplantation. Wenn das Organ vom Körper abgestoßen wird, muss entweder eine Ersatztherapie wie die kostenintensive Dialysebehandlung bei Verlust der Nierenfunktion erfolgen oder eine erneute Organtransplantation in Betracht gezogen werden. Leider ist es keine Seltenheit, dass junge Erwachsene Risiken und Folgen einer Nichteinhaltung der ärztlichen Anweisungen völlig unterschätzen und es zu einer verspäteten medizinischen Behandlung kommt.

BILDUNGSPOLITISCHE ASPEKTE

Trotz vermehrter Inklusionsbemühungen haben es Kinder mit einer chronischen Erkrankung schwer in der Regelbeschulung. Häufiges Fehlen wegen Krankenhausaufenthalten und eine verminderte körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit sind nur Teilaspekte, die die Teilhabe an einem normalen Schulleben be- oder verhindern. Schülerinnen und Schüler mit Handicap in der Klasse zu haben, stellt auch Lehrkräfte mitunter vor Herausforderungen, die Mitschüler müssen sich in Rücksichtnahme üben, und Klassenfahrten werden für Eltern und Lehrer zu einer Vertrauensprobe, wenn zum Beispiel Lehrer jüngerer Kinder den Umgang mit Insulin lernen müssen. Im schlimmsten Fall müssen Eltern als medizinische Betreuung an den Klassenfahrten teilnehmen oder ihren Kindern die Teilnahme verweigern, wenn eine medizinische Betreuung nicht gewährleistet ist.

Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen besuchen Schulen aller Schularten und Klassenstufen. Aufgrund ihrer Krankheit und der daraus resultierenden Belastungen benötigen diese Kinder und Jugendliche vermehrte Rücksichtnahme, Unterstützung und Förderung in der Schule. Dies gehört vielerorts bereits zum pädagogischen Selbstverständnis und zur alltäglichen Praxis der Lehrkräfte. Ein offener, kontinuierlicher Austausch zwischen Eltern, Lehrern und auch dem Kinder- und Jugendarzt sind hier sehr hilfreich und zielfördernd im Sinne des betroffenen chronisch kranken Kindes und Jugendlichen. Das ist nicht immer ganz einfach, weil betroffene Eltern häufig divergente Vorstellungen von der Beschulung ihrer Kinder haben und zu hohe Ziele und Erwartungen haben.

Mit dem Eintritt in das Erwachsenenalter, der Wahl des Berufes, der Frage nach Ausbildung oder Studium bleiben die Herausforderungen bestehen und neue kommen hinzu. Mitarbeiter der Berufsberatung haben selten ein differenziertes Wissen über Erkrankungen und die damit verbundenen Möglichkeiten der Berufswahl. Arbeitgeber haben Angst vor hohem krankheitsbedingtem Ausfall und die Jugendlichen und ihre Eltern häufig Vorstellungen, die nicht immer der Realität entsprechen. Andererseits müssen die Jugendlichen berufliche Wünsche und Ziele mitunter so anpassen, dass sie nicht mit der medizinischen Behandlung kollidieren, dass etwa Arbeitszeiten flexibel genug sind, um Arztbesuche und Therapien zu ermöglichen.

Haben die Jugendlichen und jungen Erwachsenen einen hohen Bildungsabschluss und können studieren, finden sie sich in allen Studiengängen wieder. Das Deutsche Studentenwerk erhebt regelmäßig die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Studienschwernisse.⁰⁴ In der letzten Erhebung gaben 11 % aller Studierenden eine oder mehrere studienrelevante Beeinträchtigung/en an – ein Anstieg um 57 % gegenüber 2012, als der Anteil noch bei 7 % lag. Die absoluten Zahlen haben sich fast verdoppelt (2016: 264 000 Studierende, 2012: 137 000 Studierende). 6 % aller Studierenden geben an, dass sich ihre Beeinträchtigungen stark oder sehr stark studienerschwerend auswirken. Die größte Gruppe unter den stu-

⁰⁴ Siehe Deutsches Studentenwerk, Neue Zahlen 2017: Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Studienschwernisse, Pressemitteilung, Juli 2017, www.studentenwerke.de/de/content/neue-zahlen-2017-gesundheitliche.

dienrelevant Beeinträchtigten bilden Studierende mit psychischen Erkrankungen. Ihr Anteil lag 2016 bei 55 %. Gleichzeitig wirken sich psychische Erkrankungen überdurchschnittlich häufig besonders stark auf das Studium aus: So gaben 2016 63 % der psychisch Erkrankten an, dass sich ihre Erkrankung (sehr) stark studienerschwerend auswirkt. Auch der Studienverlauf ist davon beeinflusst: Studierende mit Beeinträchtigungen unterbrechen deutlich häufiger (und länger) ihr Studium als ihre nicht-beeinträchtigten Kommilitonen und Kommilitoninnen, wechseln öfter die Hochschule oder den Studiengang und studieren länger. Auch sehen Studierende mit Beeinträchtigungen die Finanzierung ihres Lebensunterhalts im Vergleich zu Studierenden ohne Beeinträchtigung deutlich seltener als gesichert an.

ÜBERGANG IN DIE ERWACHSENENMEDIZIN

Aus dem bereits Geschilderten wird deutlich, welchen Stellenwert eine gute medizinische Begleitung des Übergangs in die Erwachsenenmedizin hat. Sie ist der Garant dafür, dass der Gesundheitszustand stabil bleibt. Mit zunehmendem Alter haben die Jugendlichen, so wie alle anderen Jugendlichen, den Wunsch nach Normalität, nach Zugehörigkeit und Ähnlichkeit zu den Peers, nach vermehrter Teilhabe und Lösung vom Elternhaus. Viele Studien haben gezeigt, dass betroffene Jugendliche ihre eigene Lebenssituation besser einschätzen als ihre Eltern und damit der Wunsch nach entwicklungsbedingter Veränderung für sie eine logische Konsequenz ist.

Dieser Ablösungsprozess ist für die Eltern besonders schwierig, waren sie doch lange für den reibungslosen Ablauf jeglicher medizinischer Intervention verantwortlich. Jugendliche müssen auf diese Phase gut und frühzeitig vorbereitet werden, ein gewisses Maß an Gesundheitskompetenz entwickeln und Verantwortung übernehmen. Die medizinische Begleitung verändert sich von der kinderärztlichen Betreuung zur Betreuung bei Ärzten, die Erwachsene behandeln. Die Praxisabläufe in der Erwachsenenmedizin entsprechen eher einer patienten- beziehungsweise symptomorientierten Betreuung, die Verantwortlichkeit liegt beim Patienten und die Betreuungsintensität ist eher kurz. Im Gegensatz dazu sind die Jugendlichen eine familienorientierte Teambetreuung gewohnt, bei der die Verantwortlich-

keit bei den Eltern liegt und die Betreuung sehr intensiv ist. So wird zum Beispiel bei einem nicht eingehaltenen Termin von der Praxis aus angerufen und nachgefragt. Eine lange Bindung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich geben Sicherheit und Vertrauen und führen zu einer deutlichen Entlastung. Ändert sich dies, muss Vertrauen auf allen Seiten (Patient/Arzt/Eltern) neu aufgebaut werden, Verlässlichkeit und Eigenverantwortung neu definiert werden. Die Erwartungshaltungen verschieben sich.

Gefahren und Risiken gibt es einerseits in medizinischer Hinsicht, wenn der Jugendliche die Therapieempfehlungen nicht einhält und/oder damit experimentiert. Zum anderen geht es um die gleichzeitig stattfindenden körperlichen und entwicklungsbedingten Veränderungen, die schon für gesunde Jugendliche eine Herausforderung im Rahmen der Identitätsentwicklung darstellen. Ein weiteres Hindernis stellt das Finden eines Arztes in der Erwachsenenmedizin dar, der sich mit dem Krankheitsbild des chronisch kranken Jugendlichen auskennt und bereit ist, dessen Behandlung zu übernehmen. Meist bedeutet dies für den Erwachsenenmediziner, dass mehr zeitliche Ressourcen für diese Patienten aufgebracht werden müssen, Vertrauen aufgebaut werden muss und nicht selten für eine intensive Begleitung die Zeit fehlt.

Eine gute Begleitung in der Phase des Übergangs hat durchaus nachgewiesene positive Effekte auf die Zufriedenheit der Patienten, Eltern und Versorgenden, den Abbau von Hürden bei der Transition, die Gesundheit und Lebensqualität von Betroffenen sowie das Krankheitswissen von Patienten und Eltern.⁰⁵ Ebenso positiv wirkt sich Transition auf Selbstmanagement-Fähigkeiten, die Vorbereitung auf den Berufseinstieg, Organisation und Qualität in der Versorgung sowie das Follow-up zum Beispiel in der Erwachsenenrheumatologie aus.⁰⁶ Diese positiven Effekte sind nicht nur in der Rheumatologie zu beobachten, sondern auch bei anderen chronischen Erkrankungen.

05 Vgl. z.B. Janet E. McDonagh/Taunton R. Southwood/Kerry L. Shaw, The Impact of a Coordinated Transitional Care Programme on Adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis, in: *Rheumatology* 1/2007, S. 161–168.

06 Vgl. z.B. Jane M. Cramm/Mathilde M.H. Strating/Anna P. Nieboer, The Role of Team Climate in Improving the Quality of Chronic Care Delivery: a Longitudinal Study among Professionals Working with Chronically Ill Adolescents in Transitional Care Programmes, in: *BMJ Open* 2014/4, S. 1–6.

Als einziges regional und medizinisch übergreifendes Unterstützungsangebot ist das Berliner Transitionsprogramm (BTP) zu nennen.⁰⁷ Neben einem ausgezeichneten Fallmanagement und einem umfassenden Angebot von Schulungsmaßnahmen wird im BTP eine strukturierte Vorgehensweise propagiert und unterstützt. Besonders das Fallmanagement hat für die Transition eine herausragende Bedeutung. Als unabhängiges Beratungs- und Begleitungsangebot ist es den Berlinern gelungen, das Vertrauen vieler chronisch kranker Jugendlicher und ihrer Eltern zu gewinnen.⁰⁸ Darüber hinaus gibt es auch einige Angebote, die auf einzelne Krankheiten spezialisiert sind, wie etwa zum Beispiel Rheuma-Camps der Rheumaliga oder das Programm „endlich erwachsen“ für nierenkranke Jugendliche.

AUSBLICK

Was braucht es in der Zukunft für Jugendliche und junge Erwachsene mit chronischer Krankheit? Es braucht einen geregelten Prozess nach dem Muster der Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt. Es braucht eine gesundheitspolitische Initiative, die Gesundheitskompetenz ab dem Kindergartenalter fördert. Dies ist nicht nur für chronisch kranke Kinder und Jugendliche wichtig, sondern für alle. Es braucht keine Gesundheitserziehung im Sinne eines Befolgens starrer Vorgaben, sondern einen bewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit und das Zurechtfinden im Gesundheitssystem. Es geht darum, Verantwortung für seinen Körper zu übernehmen sowie die Rolle und den Nutzen von Prävention zu erkennen. Für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die nicht autonom leben können, werden alternative Wohnprojekte entwickelt werden müssen, da es keine anderen Alternativen außer der häuslichen Betreuung gibt. Als ambulantes interdisziplinäres Betreuungsangebot für Über-18-Jährige mit schweren Entwicklungsstörungen müssen Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung gefördert werden (MZEB). Zusammenfassend kann gesagt

werden, dass Transition bei chronisch kranken Jugendlichen immer dem Bedarf entsprechend erfolgen muss.

Die unterschiedlichen Professionen in der Medizin müssen darüber hinaus erkennen, dass Spezialisierung einerseits wichtig ist, andererseits die Behandlung immer im Team erfolgt und eine gemeinsame Behandlung in der Transition entscheidend für den erfolgreichen Übergang ist. Es braucht Fort- und Weiterbildung sowohl für Ärzte als auch für alle anderen medizinischen Berufe, die sich um diese Patienten kümmern. Die medizinischen Fachgesellschaften müssen aufgefordert werden, den spezifischen Informationstransfer zu gestalten und Fort- und Weiterbildungsangebote zu unterstützen. Die Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V. kann dabei den Austausch und die Entwicklung von Leitlinien unterstützen und koordinieren. Auch Patientenorganisationen müssen stärker akzeptiert und einbezogen werden. Ihr Netzwerk und Wissen sollte nicht als Konkurrenz, sondern als Unterstützung verstanden werden.

All diese Ziele tragen dazu bei, der Forderung, Transitionsleistungen in die Regelversorgung aufzunehmen, Nachdruck zu verleihen. Diese Forderung ist primär wichtig für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, damit eine optimale Betreuung erfolgt und Versorgungslücken vermieden werden. Sie ist aber auch gesundheitsökonomisch wichtig, weil jeder Patient, der in eine Versorgungslücke gerät, anschließend einen noch höheren Versorgungsbedarf hat. Somit haben Transitionsbemühungen auch einen hohen präventiven Charakter.

Die unterschiedlichen Professionen in der Medizin müssen erkennen, dass Spezialisierung einerseits wichtig ist, andererseits die Behandlung immer im Team erfolgt und eine gemeinsame Behandlung in der Transition entscheidend für den erfolgreichen Übergang ist. Es braucht Fort- und Weiterbildung sowohl für Ärzte als auch für alle anderen medizinischen Berufe, die sich um diese Patienten kümmern.

MARTINA OLDHAFER

ist Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V. und Leiterin des Change Managements am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH).

martina.oldhafer@uksh.de

07 Vgl. Berliner Transitionsprogramm, Teilnahmevoraussetzungen, www.drk-kliniken-berlin.de/westend/krankenhaus-westend/berliner-transitionsprogramm/spezielle-informationen/.

08 Vgl. Silvia Mütter/Jana Findorff, Berliner Transitionsprogramm, in: Oldhafer (Anm. 2), S. 213–219.

Herausgegeben von der
Bundeszentrale für politische Bildung
Adenauerallee 86, 53113 Bonn
Telefon: (0228) 9 95 15-0



Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 1. Juni 2018

REDAKTION

Lorenz Abu Ayyash (verantwortlich für diese Ausgabe)
Robin Bein (Praktikant)
Anne-Sophie Friedel
Christina Lotter (Volontärin)
Johannes Piepenbrink
Anne Seibring
apuz@bpb.de
www.bpb.de/apuz
twitter.com/APuZ_bpb

APuZ
Nächste Ausgabe
25–26/2018, 18. Juni 2018

WOHNUNGS- LOSIGKEIT

Newsletter abonnieren: www.bpb.de/apuz-aktuell
Einzelausgaben bestellen: www.bpb.de/shop/apuz

GRAFISCHES KONZEPT

Charlotte Cassel/Meiré und Meiré, Köln

SATZ

le-tex publishing services GmbH, Leipzig

DRUCK

Frankfurter Societäts-Druckerei GmbH, Mörfelden-Walldorf

ABONNEMENT

Aus Politik und Zeitgeschichte wird mit der Wochenzeitung
Das **Parlament** ausgeliefert.
Jahresabonnement 25,80 Euro; ermäßigt 13,80 Euro.
Im Ausland zzgl. Versandkosten.
FAZIT Communication GmbH
c/o InTime Media Services GmbH
fazit-com@intime-media-services.de

Die Veröffentlichungen in Aus Politik und Zeitgeschichte
stellen keine Meinungsäußerung der Herausgeberin dar;
sie dienen der Unterrichtung und Urteilsbildung.

ISSN 0479-611 X



Die Texte dieser Ausgabe stehen unter
einer Creative Commons Lizenz vom Typ
Namensnennung-Nicht Kommerziell-Keine
Bearbeitung 3.0 Deutschland.



APuZ

AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE

www.bpb.de/apuz