

Editorial

Zur Umbenennung des Jahrbuchs

Redaktion und Herausgeberkreis des Jahrbuchs für Kritische Medizin haben sich nach langen Diskussionen zu einem konzeptionellen und personellen Neuanfang entschlossen. Hintergrund war eine weit verbreitete Unzufriedenheit in der Redaktion mit der Entwicklung der eigenen Arbeit und mit dem Produkt »Jahrbuch« selbst. In der zurückliegenden Zeit haben wir daher Gespräche mit einer Reihe von langjährigen Begleitern und Freunden des JKM geführt. In diesen Gesprächen kristallisierte sich bei aller Vielfalt von Eindrücken, Meinungen und Ratschlägen heraus, dass ein Organ der Kritik, und zwar der *wirklichen* Kritik an der Gesundheitspolitik, an der gesundheitlichen Versorgung und an der etablierten Wissenschaft, dringend gebraucht wird und dem Jahrbuch dabei eine wichtige Aufgabe zukommt.

Die Ergebnisse dieser Gespräche haben uns ermutigt, das Projekt einer kritischen Zeitschrift in der Tradition des JKM fortzuführen. Das neue Jahrbuch soll also in der Tradition des JKM stehen: Es soll ein Projekt der Linken im Gesundheitswesen sein; es soll ein Projekt der radikalen Analyse und Kritik an der bestehenden Wissenschaft und Praxis sein, das auf strategische Rücksichtnahmen verzichtet; es soll strategisch wichtige Themen gegen den Mainstream bearbeiten und in seinen Analysen den Bezug zur Gesellschaft herstellen.

Zugleich halten wir aber auch diverse Veränderungen im Profil des Jahrbuchs für notwendig. Nach außen sichtbarster Ausdruck der Veränderungen sind der neue Titel der Zeitschrift und die personelle Erneuerung der Redaktion. Die Zeitschrift heißt nun »Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften«. Dabei vollzieht der neue Name die bereits seit vielen Jahren sichtbar gewordene Erweiterung des Themenspektrums der Beiträge nach. Vermutlich wichtiger sind aber die personellen Veränderungen in der Redaktion: Von der alten Redaktion arbeiten einige Personen weiter mit, andere sind ausgeschieden. Dafür wurde die Redaktion um eine beachtliche Zahl neuer Mitglieder erweitert. Die neue Redaktion ist größer, jünger, weiblicher und insgesamt bunter geworden. Wie sie sich nun zusammensetzt, können Sie dem Impressum dieser Ausgabe entnehmen.

Es ist nach wie vor unser Anliegen, unseren Leserinnen und Lesern ein kritisches, hochwertiges und interessantes Produkt anzubieten. Wir sind dankbar für jede Anregung und jede Kritik, die uns dabei behilflich ist.¹

Zum Themenschwerpunkt Health Inequalities des vorliegenden Bandes

Wir beginnen die Neukonzeptionalisierung des Jahrbuchs für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften mit dem Themenschwerpunkt der Analyse sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten, in der anglo-amerikanischen Terminologie als *Health Inequalities* bezeichnet. Die Diskussion über Health Inequalities ist in Deutschland erst sehr zögerlich in Gang gekommen und ist im internationalen Vergleich, insbesondere gegenüber den Diskussionen in Holland, Skandinavien, den USA oder UK noch immer relativ unvollständig. Angesichts vehement gestiegener gesamtgesellschaftlicher sozialer Ungleichheiten in den letzten 15 bis 20 Jahren, ist es wenig überraschend, dass sich auch sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten in Deutschland nachweisen lassen. Allerdings handelt es sich bei Health Inequalities gewissermaßen um die »materialste Dimension« gesamtgesellschaftlicher Ungleichheiten.

Es ist problematisch genug, dass in Deutschland (wie in den anderen entwickelten Industriestaaten) die soziale Herkunft so deutlich auf den Bildungserfolg Heranwachsender Einfluss nehmen kann. Noch problematischer erscheint aber, dass sich an die sozialen Ungleichheiten in den Bereichen Bildung, Einkommen, Vermögen usw. Ungleichheiten der Erkrankungswahrscheinlichkeit und des Sterberisikos anschließen. Wir scheinen es hier also mit einem Ursachengeflecht zu tun zu haben, das Ungleichheiten nicht nur in einem Lebensbereich bedingt. Vielmehr bedeuten soziale Benachteiligungen, die früh erfahren werden, eine lebenslange Belastung. Der gegenwärtige Diskussionsstand zu gesundheitlichen Ungleichheiten beinhaltet noch überwiegend sozial-epidemiologische Arbeiten und Studien, die schicht-, geschlechts- oder migrationsabhängige Varianzen von Morbiditäts- und Mortalitätsraten herausstellen. Insofern ist die Datenlage in den letzten zehn Jahren deutlich besser geworden. Unterbelichtet ist aber nach wie vor eine stärker theoretisch orientierte Analyse von Health Inequalities entlang der verschiedenen sozialstrukturellen Dimensionen von Klasse/Schicht/Milieu, Ethnizität/Migration und Geschlecht. Die vorliegenden Beiträge widmen sich in erster Linie dieser theoretischen Herausforderung der Analyse von Health Inequalities. Um den Stand der internationalen Debatte abzubilden, haben wir zwei Texte von David Blane et al. und Mel Bartley übersetzt, die zu den bekanntesten AutorInnen in der internationalen Diskussion gehören.

Zunächst wird ausführlicher in die Problemstellung Health Inequalities mit einem *Interview mit Klaus Hurrelmann* eingeleitet, in dem das

Verhältnis zwischen der medizinischen Profession und den Gesundheitswissenschaften eingehender diskutiert wird. Hurrelmann bescheinigt den Gesundheitswissenschaften, eine präzisere theoretische Perspektive bei der Erklärung von Health Inequalities einnehmen zu können, als es die medizinische Profession jemals zu können vermag. Im weiteren Verlauf des Interviews werden gesundheitliche Ungleichheiten sowohl als grundlagentheoretisches als auch als ganz praktisches Problem ausführlicher erörtert. Dabei wird zum einen der Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Ungleichheit und Bildungsungleichheit genauer analysiert und zum anderen die provokante Frage diskutiert, ob die WHO-Programmatik eines Gesundheitsbegriffs, der auf Autonomie zielt, vor dem Hintergrund aktueller kapitalistischer Bedingungen überhaupt noch aktuell ist.

Nach diesem einleitenden Interview liefert der Beitrag *Milieuspezifische Lebensführung und Gesundheit* von Michael Vester eine klassenmilieutheoretische Deutung gesundheitlicher Ungleichheiten. Vester geht davon aus, dass sich milieuspezifische Differenzen in der Lebensführung von Menschen nachzeichnen lassen und auf diese Weise Gesundheit und Krankheit sozialer Akteure ebenfalls milieuspezifischen Differenzen folgt. Entlang seiner in der Tradition von Pierre Bourdieu stehenden Ungleichheitsforschung skizziert Vester zentrale milieuspezifische Unterschiede in der methodischen Lebensführung der sozialen Milieus. Diese Milieudifferenzen liefern eine Erklärungsfolie für die systematischen gesamtgesellschaftlichen sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten. In diesem Sinne kann Vester zum Beispiel zeigen, dass in den unterprivilegierten Volksmilieus der »gesundheitliche Preis für die Strategien, der sozialen Ausgrenzung durch hochflexible Selbstverleugnung und Selbstaussbeutung zu entrinnen, [...] außerordentlich hoch [ist].« Auf der anderen Seite betont Vester, dass Health Inequalities eben nicht dadurch zu überwinden wären, dass nun die Lebensführung der herrschenden Milieus auf diejenigen unterprivilegierten Milieus aufgefropft würde. Wenn Health Inequalities nachhaltig reduziert werden sollen, dann müssen nach Vester die milieuspezifischen Differenzen ernst genommen werden und Veränderungsvorschläge mit den Praktiken und Attributen der jeweiligen milieuspezifischen Lebensführung kompatibel sein.

Der Zusammenhang zwischen Health Inequalities und Geschlecht wird im Beitrag *Gender als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit* von Petra Kolip genauer untersucht. Kolip zeichnet die speziellen Beiträge der Genderforschung zur Diskussion um gesundheitliche Ungleichheiten anhand verschiedener Dimensionen nach. Die Unterscheidung

von sex und gender liefert zunächst eine grundsätzliche Kritik an einem biologistischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Wenn etwa die erhöhte Unfallwahrscheinlichkeit von männlichen Jugendlichen unmittelbar mit einem erhöhten Testosteronspiegel erklärt und die sozialen Rollenzumutungen und geschlechtsdifferenten Körpersozialisierungen außer Acht gelassen werden, dann ist Kolip zufolge ein biologistischer Kurzschluss kaum vermeidbar. Auf dieser Grundlage lässt sich dann durch eine prinzipielle Kritik am Gender Bias der Bogen zu einer geschlechtsspezifischen Versorgungsungleichheit schlagen. Schließlich argumentiert Kolip, dass die Berücksichtigung einer geschlechtlichen Strukturvariable in der Regel als singuläre Größe konzeptionalisiert wird. Die ungleichheitsbezogene Genderforschung hingegen verweist eher auf die Berücksichtigung eines Bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses, das insbesondere das Zusammenspiel der unterschiedlichen Strukturvariablen Klasse und Geschlecht besser abzubilden vermag.

Der anschließende Beitrag *Healthy Migrants oder besondere Risiko-gruppe?* von *Diana Sahrai* diskutiert das komplexe Verhältnis von sozialstruktureller und migrationsbedingter gesundheitlicher Ungleichheit. Auf der Grundlage des Zusammenhangs sozialstruktureller und gesundheitlicher Ungleichheiten weist Sahrai zunächst auf ein bedeutsames Defizit in der ungleichheitsbezogenen Gesundheitsforschung hin: In der Regel wird Migration und ethnische Zugehörigkeit nicht oder nur sehr unterkomplex berücksichtigt. Sahrai beschreibt einen folgenschweren Dualismus: Aus der Perspektive der Ungleichheitsforschung wird der Gesundheitszustand von Migranten bzw. ethnischen Minderheiten in der Regel aus ihrer sozialstrukturellen Position abgeleitet. Auf der anderen Seite existieren einflussreiche Modelle, die den Gesundheitszustand von Migranten und ethnischen Minderheiten primär aus diagnostizierten bzw. unterstellten kulturellen Differenzen oder direkten Migrationseffekten ableiten. Sahrai plädiert abschließend für eine integrative Analyse, die auf der Grundlage besonders erklärungskräftiger Ungleichheitstheorien (Pierre Bourdieu, Michael Vester) anhebt und gleichzeitig sensibel ist für solche migrations- und ethnisch/kulturell bedingte Ungleichheiten, die eine Sozialstrukturanalyse zu häufig ausblendet.

Bereits im Beitrag von Sahrai werden die methodischen Fallstricke einer Erforschung von Health Inequalities deutlich. Der Beitrag *Die Entwicklung der lebenslauforientierten Epidemiologie* von *David Blane*, *Gopal Netuveli* und *Juliet Stone* liefert ein Plädoyer für eine methodisch anspruchsvolle Perspektive. Vorgestellt wird in dem Beitrag der in den letzten Jahren in der Sozialepidemiologie populär gewordene Ansatz

einer lebenslauforientierten Epidemiologie. Ausgangsüberlegung dieses Ansatzes ist, dass die frühen Lebens- und Sozialisationsbedingungen von Menschen sich im gesamten Lebenslauf in Form unterschiedlicher Erkrankungswahrscheinlichkeiten und Mortalitätsraten niederschlagen. Aus diesem Grund sind Längsschnittsuntersuchungen, die über einen sehr langen Zeitraum Individuen beobachten in ihrer Erklärungskraft viel genauer als bloße sozialepidemiologische Momentaufnahmen. Insbesondere der Einfluss sozialer Ungleichheit lässt sich in lebenslauforientierten Studien präziser erfassen. In dem Beitrag werden unterschiedliche Methoden vorgestellt, Längsschnittsdaten zu erzeugen, und schließlich verschiedene Theorien, die als Interpretationsmöglichkeiten gesundheitsbezogene Lebenslaufansätze dienen.

Der letzte Beitrag des Themenschwerpunktes *Health Inequalities* befasst sich mit den gesundheitspolitischen Konsequenzen. Der Beitrag *Gesundheitliche Ungleichheit und Sozialpolitik* stammt von Mel Bartley und ist aus ihrem sehr einflussreichen, im Jahre 2004 erschienenen Buch *Health Inequalities* entnommen. Bartleys zentraler Ausgangspunkt ist dabei zunächst, dass Health Inequalities nicht getrennt von gesamtgesellschaftlichen Ungleichheiten betrachtet werden dürfen. Deshalb lassen sich ebenso wenig gesundheitspolitische von sozialpolitischen Maßnahmen und Konzepten trennen. Diese Position steht sicher konträr zur aktuellen politischen Praxis in Deutschland und wird hier von den Füßen auf den Kopf gestellt. Im Bildungsministerium werden Forschungsgelder für Projekte ausgelobt, die sich mit der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten beschäftigen, im Gesundheitsministerium wird die Eigenverantwortung und Individualprävention beschworen und in der Sozialpolitik liefert die Hartz-IV-Gesetzgebung die Grundlage für eine kaum benennbare Anzahl gesundheitlicher Belastungen und Stressfaktoren im Leben von erwerbslosen Menschen. Bartley zeigt, dass eine Reihe von populären Forderungen an eine Sozialpolitik zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten in der Praxis nicht einzulösen sind, so etwa die Forderung einer »evidenz-basierten« Politik in den Feldern Gesundheit und Soziales. Ihr Blick zielt immer wieder auf die gesamtgesellschaftlichen Strukturen, in die Health Inequalities notwendig eingebettet sind. Deshalb ist eine der zentralen Einsichten Bartleys, dass auch gute sozial- und gesundheitspolitische Programme und Maßnahmen »nichts an den Gesundheitsrisiken ändern [können], die sich aus der relativen gesellschaftlichen Position oder Einkommenshöhe ergeben. Wenn eine gute Vorschulbildung eine Gruppe von Kindern in die Lage versetzt, erfolgreich um gute Jobs zu konkurrieren, dann verschiebt das das Problem nur, weil dann eben andere junge Menschen scheitern.«

Die im Schwerpunktheft versammelten Beiträge verdeutlichen in einer zusammenfassenden und generalisierten Sicht:

- Es existieren in Deutschland, aber auch in anderen »entwickelten« Industriestaaten gravierende sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten, die sich in den letzten zwei Jahrzehnten verstärkt haben.
- Gesundheitliche Ungleichheiten sind in strengem Sinne *vermittelt* mit sozialstrukturellen, geschlechtsspezifischen und ethnischen/migrationspezifischen Ungleichheiten vermittelt.
- Gesundheitliche Ungleichheiten materialisieren sich entlang unterschiedlicher Ebenen und Handlungskontexte (in Klassenstrukturen, in der Versorgungsnutzung, im Gesundheitsverhalten, als Form der symbolischen Ausgrenzung usw.).
- Eine theoretische Konzeptionalisierung muss so komplex sein wie die Vermittlungen und unterschiedlichen Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit in der Praxis (Klasse/Milieu/Schicht, Geschlecht/Gender, Ethnizität/Migration, Lebenslaufperspektive).
- Politische Versuche einer Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten müssen, vorausgesetzt, sie sind mehr als symbolische Politik und sie wollen nachhaltig sein, die hier angedeutete Komplexität berücksichtigen; also stets auch – im Sinne einer *Upstream-Orientierung* – auf die Reduktion gesamtgesellschaftlicher Ungleichheiten abzielen.

Der letzte freie Beitrag dieses Bandes beschäftigt sich mit der Frage *Arbeiten Männer gesundheitsriskanter als Frauen?* Ausgehend von den bekannten Differenzen einer geschlechtsspezifischen Lebenserwartung diskutiert der Autor, *Wolfgang Hien*, inwieweit neben strukturellen Merkmalen der modernen Arbeits- und Arbeitsmarktbedingungen das leistungsorientierte und auf Gesundheit wenig Rücksicht nehmende Arbeitsverhalten der Männer teilursächlich für diese Differenz ist. In dem Aufsatz wird zunächst der epidemiologische Forschungsstand zu arbeitsbedingten Erkrankungen und diesbezüglichen Geschlechterdifferenzen referiert. In einem weiteren empirischen Teil werden gender-relevante Forschungsergebnisse aus eigenen qualitativen Studien mit Werftarbeitern, IT-Beschäftigten und Pflegekräften dargestellt. Hierauf aufbauend wird in einem abschließenden Teil die These des gesundheitsriskanten Männlichkeitsmusters entwickelt, das nicht als biologisches, sondern als soziales Muster zu verstehen ist.

Alle Beiträge sind durch Redaktionsmitglieder und Außenstehende *peer-reviewed* worden. Auch das ist ein neues Merkmal des JKMG. Das Peer-Reviewing wird nun bestätigt ausgebaut und wir werden eine Vielzahl unser KollegInnen in den unterschiedlichen Fachdisziplinen künftig bitten, Beiträge, die als Manuskript in der Redaktion eingehen, zu prüfen,

zu begutachten und mit guten fachlichen Hinweisen auszustatten. Wir erhoffen uns damit, die hohe Qualität unserer Beiträge zu erhalten.

Die neue Redaktion wünscht eine interessante und anregungsreiche Lektüre!

Anmerkung

- 1 Rückmeldungen können per E-Mail an JKMG.Redaktion@googlemail.com oder postalisch an Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Institut für Medizinische Soziologie, Goethe-Universität Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a.M. geschickt werden.