

Kommentar zu »Health Inequalities: Ein Schicksal moderner Industriegesellschaften« – Klaus Hurrelmann im Gespräch mit Ullrich Bauer und Uwe H. Bittlingmayer, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 45, 2009: 13-35.*

Waldemar Streich

Drei Empfehlungen an die Apostel des Selbstmanagements der Gesundheit

1. Im Abschnitt »Gesundheitliche Ungleichheiten und die medizinische Praxis« führt Hurrelmann aus, die Medizin sei zwar »offen und sensibel« für eine Berücksichtigung von Lebensbedingungen »als Verursachung« von Krankheiten, das heiße aber nicht, dass sie »bis heute sensibel ist für soziale Ungleichheit«. Das läge daran, dass der Arzt »Körperfunktionen« sähe, und die seien »nicht sozial unterschiedlich verteilt«. (S. 16) Und später setzt er hinzu: »Alleine kriegt die Medizin bestimmte Sichtweisen nicht hin. (...) Das ist gar keine Kritik, das können sie gar nicht sehen können...« (S. 17).

Hierzu nun meine erste Empfehlung: Einfach noch mal den Black-Report¹ in die Hand nehmen und nachschlagen, wer ihn verfasst hat. Damit hat nach allgemeiner Auffassung die Diskussion über gesundheitliche Ungleichheit in England und vergleichbar entwickelten Staaten neu angefangen. Gerne empfehle ich außerdem den von Abholz – einem Mediziner – herausgegebenen Band »Krankheit und soziale Lage, der 1976 erschien und immerhin einen ersten Versuch darstellte, auf das Thema auch in Deutschland aufmerksam zu machen.² Schließlich möchte ich doch das gängige Stereotyp, Ärzte sähen nur Krankheiten (und den »ganzen Menschen« nicht mehr) an dieser Stelle mit Nachdruck zurückweisen. Das mag eine problematische Tendenz, insbesondere

* Kommentare/Leserbriefe geben nicht die Meinung der Redaktion/Herausgeber/innen wieder.

1 Black, D. et al. (1980): *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*, London: Dept. of Health and Social Security.

2 Abholz, H-H. (Hg.) (1976): *Krankheit und soziale Lage. Befunde der Sozialepidemiologie*, Frankfurt/M.: Campus.

von medizinischen Spezialisten sein, für den Allgemeinmediziner bzw. Hausarzt gilt das bei aller Kritik der gegenwärtigen Versorgungspraxis in dieser Verabsolutierung nicht. Dieser sieht Patienten und kann sehr wohl einen Eindruck von der »unterschiedlichen Verteilung« bestimmter Gesundheitsprobleme unter den von ihm betreuten Patienten gewinnen. Das ändert nur leider nichts an seinen Interventionsmöglichkeiten, da ›das Soziale‹ ihm in der Person des individuellen Patienten eher als Lebensschicksal gegenüber tritt (s. Abholz/Borgers 2001).³ Das »Kann-nicht-können«-Diktum bekommt nach der Lektüre dieses Beitrags eine ganz andere Bedeutung und betrifft grundsätzlich jeden Akteur, der individualtherapeutisch zu intervenieren beabsichtigt.

2. In ihren Ausführungen zu den Ursachen und der Größenordnung der zu beobachtenden gesundheitlichen Ungleichheit geben die drei Plauderer einige bemerkenswerte Statements ab. Zuerst einmal liegt Hurrelmann sehr daran, mit Blick auf den langfristigen Anstieg der allgemeinen Lebenserwartung »ganz stur« darauf hinzuweisen, dass sich die Lage insgesamt verbessert hat (S. 31). Insbesondere sei eine objektive Vergrößerung der Gestaltungsmöglichkeiten festzustellen (S. 27). Offensichtlich seien die Fähigkeiten, die »Freiräume für die eigene Gestaltung des Lebens auszuschöpfen« – »mehr rauszuholen« –, unterschiedlich verteilt (ebenda). So erscheint es ihnen als paradox, dass »wir« mit dem Bildungs- und dem Gesundheitssektor zwei Bereiche haben, »die eigentlich nicht reglementiert oder sanktioniert sind.« (...) »Wir versperren eigentlich Zugangswege fast überhaupt nicht.« (S. 28)

Hier empfehle ich, die Funktionen der beiden Systeme etwas genauer zu betrachten. Das Bildungssystem »produziert« Bildung und trägt in seiner vielfach kritisierten, selektiven Ausrichtung ganz wesentlich zur Reproduktion sozialer Ungleichheit bei. Wer das ignoriert, sollte seine Aufklärungsbemühungen darüber, »was Distinktion, was Selbstexklusion, was soziale Scham« ist (S. 34), sofort einstellen. Das Gesundheitssystem ist demgegenüber weniger als Produzent denn als Reparaturbetrieb von Gesundheit zu begreifen, was den Fähigkeiten zur Beseitigung sozialer Ungleichheiten auf gesundheitlichem Gebiet erkennbar Grenzen setzt (weshalb Abholz/Borgers wohlweislich von kompensatorischen Funktionen sprechen, s. o.). Gleichwohl kann man

3 Abholz, H-H.; Borgers, D. (2001): Soziale Ungleichheit: welche Rolle kann die Arztpraxis kompensatorisch einnehmen? In: A. Mielck, K. Bloomfield (Hg.): Sozial-Epidemiologie: eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten, Weinheim, München: Juventa: 286-291.

getrost davon ausgehen, dass die kompensatorischen Effekte der gegenwärtigen Versorgungspraxis bisher Schlimmeres verhindert haben. Ein Blick über den Atlantik sollte genügen, um sich davon eine Vorstellung zu machen.⁴

3. Das Rezept der drei zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit lautet »wieder leicht provokativ und angreifbar«: Empowerment. Man könne alles Mögliche tun, aber »dieser Faktor muss getroffen werden«, formuliert Hurrelmann gleich zweimal. Man könne zwar auch an (!) der Makroebene ansetzen »und dafür sorgen, dass die ökonomischen Verhältnisse gleich werden.« Das dauere aber.

Hier empfehle ich die (nochmalige) Lektüre von Wilkinson (1996).⁵ Der sah eine allgemeine Tendenz, die Folgen sozialer Ungleichheit mit immer neuen sozialen Diensten, etwa mit mehr Sozialarbeitern, Gesundheitsdiensten, Beratern und Therapeuten zu behandeln, und hielt dagegen: Selbst wenn ganze Armeen von solchen Spezialisten aufgeboten werden, gibt es keinen Grund für die Annahme, man könne damit die sozialen Symptome von ihren strukturellen Ursachen abtrennen und Letztere unangetastet lassen (Wilkinson 1996: 230).

Und zum guten Schluss noch einmal der Rat eines praktizierenden Arztes im britischen National Health Service, der ein m. E. außerordentlich kluges Buch über Sinn und Unsinn der lebensstilorientierten Gesundheitsförderung geschrieben hat. Er richtete ihn an seine Kollegen, wohingegen ich ihn, leicht abgewandelt, an alle Apostel des gesundheitsfördernden Selbstmanagements richten möchte: Bitte maßt euch nicht an, Probleme der Lebensbewältigung eurer Klienten lösen zu können, von Männern und Frauen, die oftmals reifere Personen sind, als ihr es selbst seid.⁶

4 Während ich dies schreibe, zitieren die Medien die x-te Neuauflage der Appelle von Gesundheitsökonominnen (Beske, Wasem und Co.), endlich mit einer expliziten Rationierung von Versorgungsleistungen anzufangen, um die Finanzierung des Gesundheitssystems zu sichern.

5 Wilkinson, R. G. (1996): *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, London, New York: Routledge (dt.: *Kranke Gesellschaften: Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*, Wien, New York 2001).

6 Fitzpatrick, M. (2001): *The Tyranny of Health – Doctors and the Regulation of Lifestyle*, London, New York: Routledge.