

Editorial

Der Titel des vorliegenden Bandes »Das Risiko, zu erkranken« läßt sich in zweifacher Hinsicht verstehen: Zum einen ist damit – auf der Ebene des Individuums – die Bedeutung von Krankheit in der jeweils besonderen biografischen Situation eines Menschen angesprochen. Dieser Aspekt von Krankheit und Gesundheit war bereits in früheren Heften der Reihe »Kritische Medizin« Thema (siehe z.B. die Argument-Sonderbände AS 162, Der ganze Mensch und die Medizin, 1989, und AS 182, Chronische Krankheiten: ohne Rezepte, 1990) und wird es weiterhin bleiben. Dazu erhoffen wir uns Exposés, Manuskripte, auch kürzere Texte und Anmerkungen etc. aus unserer Leserschaft.

Zum zweiten ist »Das Risiko, zu erkranken« aber zu verstehen als die sozialepidemiologische Fragestellung, wie die Erkrankungsrisiken und die Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung auf die sozialen Gruppen einer Gesellschaft oder auch auf unterschiedliche Gesellschaften verteilt sind. Diese Sichtweise spielt in der jüngeren gesundheitspolitischen Diskussion in der BRD kaum eine Rolle.

So wurde beispielsweise die im Zuge des DDR-Anschlusses vielerorten verkündete Überlegenheit der (alt-)bundesdeutschen Verhältnisse auch in bezug auf Gesundheit und Krankheit behauptet. Als Beleg wurde auf die in den siebziger Jahren – zuungunsten der DDR – divergierende Entwicklung der Lebenserwartung in beiden deutschen Staaten verwiesen. Stolz wurde resümiert, »daß die vergangenen 40 Jahre einen großen und kontinuierlichen Zuwachs an Gesundheit für die bundesdeutsche Bevölkerung gebracht haben« (H. Hoffmeister, Die Gesundheit der Bundesbürger – 40 Jahre Fortschritt? in: Das Wissenschaftsjournal Forschung und Praxis der Ärzte Zeitung, Nr. 91 vom 15.11.89).

Ohne die in den letzten Jahrzehnten tatsächlich gestiegene Lebenserwartung in der BRD in Abrede zu stellen, wird bei dieser Argumentation doch übersehen, daß z.B. die ausgewiesene Lebenserwartung sich als statistischer Durchschnittswert bei durchaus unterschiedlicher gesundheitlicher Lage und daraus resultierend auch differenter Lebenserwartung einzelner sozialer Gruppen in der Bevölkerung ergibt.

Auch in der BRD sind sowohl das Risiko zu erkranken als auch die Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung sozial sehr ungleich verteilt. Das Wort »Weil Du arm bist, mußt Du früher sterben« ist keineswegs überlebten politischen und sozialen Verhältnissen des

19. Jahrhunderts zuzurechnen, sondern beschreibt durchaus gegenwärtige Realität.

Besondere Bedeutung erhalten die Ergebnisse der Sozialepidemiologie, die die großen Unterschiede in der Lebenserwartung von verschiedenen sozialen Gruppen beschreiben, wenn man sie mit den sich daneben eher gering darstellenden Effekten einer Lebensverlängerung durch rein kurativ-medizinische Interventionen vergleicht.

Weitere gesundheitspolitische Relevanz erhalten die Ergebnisse der Sozialepidemiologie, die die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod belegen, durch die in der BRD stattfindenden Bemühungen um den Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung. Nur wenn die soziale Differenzierung der Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit und ihrer Bewältigungsmöglichkeiten bei der Gesundheitsberichterstattung angemessen berücksichtigt wird, ist es möglich, eine erfolgversprechende praktisch-politische Ausrichtung von gesellschaftlicher Prävention und medizinischer Versorgung zu organisieren (siehe D. Borgers in diesem Band).

A. Mielck dokumentiert den sehr unentwickelten Stand bundesdeutscher sozialepidemiologischer Forschung. Besonders deutlich wird dies im Vergleich mit den Verhältnissen in Großbritannien. Hier besteht – das zeigt der Aufsatz von R. Pawson – eine lange Tradition sozialepidemiologischer Forschung, wobei deren Ergebnisse zudem in der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion – auch innerhalb der Ärzteschaft – sehr wohl zur Kenntnis genommen werden.

J.-U. Niehoff und F. Schneider beschreiben Entwicklung und Ergebnisse der Sozialepidemiologie in der Ex-DDR. Sie verdeutlichen den Zusammenhang zwischen der Förderung oder Einschränkung sozialepidemiologischer Forschung und der Bereitschaft, ihre Ergebnisse zum Ausgangspunkt gesundheits- und sozialpolitischer Maßnahmen zu machen.

W. Bichman et al. stellen die Entwicklung von Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung in der 3. Welt am Beispiel Afrikas als eine dar, die kaum Hoffnung auf Verbesserung durch Hilfe von außen zuläßt. Diese Länder müssen selbst und in Abgrenzung von den Ländern der 1. Welt ihre Systeme der Gesundheitssicherung aufbauen. Nur punktuelle Hilfe aus der 1. Welt erscheint dabei noch sinnvoll.

In einem weiteren Schwerpunkt dieses Heftes wird die Diskussion um den Einfluß der modernen Informationstechnik auf die Entwicklung von medizinischer Tätigkeit und Krankenpflege wieder aufgenommen (vgl. Jahrbuch für Kritische Medizin 13, 1988).