

Heft 6

Spezielle Sozialmedizin

Autor

Jens-Uwe Niehoff

Vorwort

Die „Spezielle Sozialmedizin“ thematisiert ausgewählte Praxisthemen. Die Auswahl umfasst die Beurteilung von Gesundheitsgefährdungen, spezielle medizinische Versorgungsbedarfe sowie Aspekte der gesundheitlichen Ungleichheit und Benachteiligung. Da sich in diesen Themen die Lebensbedingungen von Bevölkerungen spiegeln, treffen Analysten und Praktiker hier auf die ungleichen Lebenswirklichkeiten von Menschen.

Die sozialmedizinische Expertise muss dabei die Verschiedenheit und ggf. das Benachteiligtsein von Menschen unterscheiden. Hierzu bedarf es normativer Gerüste. Im besten Fall kann auf evidenzbasiertes Wissen zurückgegriffen werden. Im ungünstigsten Fall bleibt der Expertise nur die Berufung auf Erfahrungen, die u.U. nichts anderes als Meinungen und Überzeugungen sind. Das ist ein unbefriedigender Zustand, der nur durch strikte Selbstkontrolle befragter Experten eingegrenzt werden kann. Dies ist aber auch ein permanenter Forderungsdruck, die sozialmedizinische Expertise auf Daten und Fakten, bzw. reproduzierbare Studienergebnisse zu gründen. Hier schließt sich die Verbindung zur allgemeinen Sozialmedizin, also die Verbindung von Theorienbildung und Praxis.

Die Ursachen von gesundheitlicher Ungleichheit werden weltweit sehr verschieden beurteilt. Entsprechend divers sind auch die argumentierten wie die realen Konsequenzen zwischen den Polen sozialer Handlungsverantwortungen und individuellen Schuldzuweisungen. Das heißt dann aber auch, dass Verantwortungen für die Gestaltung der Verhältnisse unter denen Menschen leben müssen, sollten oder dürfen von solchen Interpretationen und Deutungen in erheblichem Ausmaß beeinflusst werden können.

Die praktische Relevanz nachfolgender Übersicht steht unter dem Vorbehalt eines öffentlichen Interesses, die jeweiligen Lebenswirklichkeiten von Bevölkerungen auch gestaltend beeinflussen zu wollen. Fehlt ein solches Interesse an einem aktiven Gesundheitsschutz, gibt es auch keinen Bedarf an einer medizinischen Praxis, die ihre Hilfeangebote als eine solidarische Selbstverständlichkeit knüpft. Jenseits verbaler Bemühungen und programmatischer Verheißungen ist ein solches Selbstverständnis in vielen Regionen unserer Welt keine Realität. Das Interesse an einer praktischen Sozialmedizin ist folglich der Lackmustest für den politischen Willen, die gesundheitlichen Verhältnisse von regionalen Bevölkerungen aktiv bessern zu wollen und im Falle notwendiger medizinischer Versorgung, Gleichbehandlung im Zugang zur Krankenversorgung als Rechtsanspruch zu garantieren.

Das entscheidende Prüfkriterium sind hierfür nicht die global ungleichen Ressourcen. Das Prüfkriterium ist vielmehr der gesellschaftliche Wille, soziale Bedarfe als prioritäre Gesellschafts- und Wirtschaftsziele anzuerkennen. Es kann einer Bevölkerung nicht gut gehen, wenn ihr der Zugang zu existenziellen Ressourcen, wie z.B. Bildung, Nahrung, Kleidung, Wohnen, Selbstbestimmung, soziale Partizipation oder Kran-

kenversorgung verwehrt ist. Gesundheitliche Benachteiligung und Solidaritätsverweigerungen bedürfen deshalb beständiger öffentlicher Wahrnehmung und Auseinandersetzung. Sozialmedizin schafft für diese Auseinandersetzungen Wissen und Argumente.

Das praktische Interesse an den Gesundheitsproblemen formuliert sich weltweit unter variierenden rechtlichen, sozioökonomischen und politischen Rahmenbedingungen. Entsprechend unterschiedlich sind die öffentlichen Wahrnehmungen von dem, was das Fachgebiet praktisch zu leisten hat: Sie ist willkommener Helfer beim gesellschaftlichen Management von Gesundheitsgefährdungen, bei der Zugangssicherung zu notwendigen medizinischen Hilfeleistungen und bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen. Sie ist in anderen Perspektiven aber auch nur Störenfried und Hindernis bei der Durchsetzung von Partikularinteressen.

Die Herausgeber

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung.....	505
2	Sozialmedizinische Expertisen und Assessments.....	509
2.1	<i>Sozialer Wandel und die Ungleichheit von Gefährdungen.....</i>	<i>509</i>
2.2	<i>Der Wandel von Versorgungsbedarfen.....</i>	<i>525</i>
3	Medizinische Versorgung und Ungleichheit	527
4	Soziale Lagen und Gesundheit	535
4.1	<i>Die Ungleichheit der Individualentwicklung.....</i>	<i>537</i>
4.2	<i>Das Kindes- und Jugendalter</i>	<i>539</i>
4.3	<i>Das Erwerbsalter.....</i>	<i>544</i>
4.4	<i>Das „Alter“</i>	<i>548</i>
4.5	<i>Behinderung.....</i>	<i>552</i>
4.5.1	<i>Behinderungsanlässe im Kindesalter</i>	<i>556</i>
4.5.2	<i>Behinderungsanlässe im Erwerbsalter</i>	<i>557</i>
4.5.3	<i>Behinderungsanlässe alter Menschen</i>	<i>559</i>
4.6	<i>Binnenmigration und medizinische Versorgung</i>	<i>561</i>
4.7	<i>Außenmigration und medizinische Versorgung</i>	<i>563</i>
4.7.1	<i>Gesundheitstourismus</i>	<i>566</i>
4.8	<i>Erwerbsarbeit und Sozialmedizin</i>	<i>567</i>
5	Benachteiligung.....	569
5.1	<i>Armut.....</i>	<i>572</i>
5.2	<i>Bildung und Gesundheit.....</i>	<i>575</i>
5.3	<i>Arbeitslosigkeit und Gesundheit</i>	<i>577</i>
5.4	<i>Ernährung</i>	<i>579</i>
5.5	<i>Mobilität</i>	<i>585</i>
5.6	<i>Gewalt.....</i>	<i>586</i>
5.6.1	<i>Gewalt gegen Kinder.....</i>	<i>588</i>
5.6.2	<i>Gewalt gegen Frauen</i>	<i>590</i>
5.6.3	<i>Gewalt gegen Männer.....</i>	<i>591</i>

5.7	<i>Sexuelle Gewalt und sexueller Missbrauch</i>	592
5.8	<i>Süchte</i>	593

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Mittlere Lebensdauer in Relation zum bedarfsgewichteten Haushaltseinkommen, Deutschland, nach den Daten des sozialökonomischen Panels 1996-2005. (modif. nach Lampert T. und Mielck, A.).....	537
Tab. 2:	Geschichtlich überlieferte Hungerkatastrophen. (zusammengestellt aus unterschiedlichen Quellen).....	580
Tab. 3:	Ernährung und Krankheit.	582
Tab. 4:	Durchschnittliche Tagesrationen von Industriearbeiterfamilien um 1890 (zitiert nach Wurm 1892).	584
Tab. 5:	Wandel der Körpergewichtsnormen für Männer in Abhängigkeit von der Körperhöhe, verkürzte Darstellung aus verschiedenen Quellen.	584
Tab. 6:	Gesundheitsrelevante Formen von Gewalt.	588
Tab. 7:	Gewalt gegen Kinder.	590
Tab. 8:	Systematik der Arzneimittel- und Rauschgiftabhängigkeit nach Stoffklassen (modif. nach WHO).	599
Tab. 9:	Beispiele für Designerdrogen.	600

1 Einführung

Systeme der Krankenversorgung bedürfen einer wissensbasierten Ausgestaltung und Regulation unabhängig davon, ob sie eine allgemeine oder nur eine privatvertragliche Zugänglichkeit garantieren.

Kommentar:

Die Vereinbarung von Versorgungszielen ist in jedem Krankenversorgungssystem ein entscheidendes Handlungsfeld. Diese Vereinbarung muss von den relevanten Interessengruppen, also mindestens den Versicherten, den Anbietern und den Dienstleistenden sowie den die Kosten tragenden Parteien getragen werden. In dieser vielschichtigen Entscheidungswelt bedarf es auch der medizinischen Sach- und Fachkunde eines „evidence based decision making“. Diese Kompetenzen betreffen die Expertise zu einzelnen Leistungsfällen, Gutachten zu Grundsatz- und Zukunftsfragen der Krankenversorgung, zu Konzepten der Prävention und zu den medizinischen Aspekten der Krankheitsfolgenbewältigung, zu Zusammenhangsfragen im Falle von Haftungsansprüchen, zu prioritären bevölkerungsbezogenen Gesundheitsproblemen, zu Versorgungs- und auch zu besonderen Schutzbedarfen Kranker oder zu besonderen medizinischen Hilfebedarfen.

Ein erster Schritt ist die Feststellung der notwendigen Versorgungsbedarfe und hiervon jener Teile, die öffentlich-rechtlich garantiert werden oder nur ein privatvertraglicher Anspruch sind. Es macht dabei einen Unterschied, ob die Bedarfsfeststellung in der Verantwortung des Anbieters, in der des Käufers oder in der des beide Akteure übergreifenden legalen Regulierers liegt. Wer in den jeweiligen versorgungssystemischen Konstruktionen (siehe Heft 9) auch immer die Bedarfsentscheidung trägt, wird der vorrangigen oder mitwirkenden medizinischen Fachkompetenz bedürfen. Soweit es sich um Beratungen von Entscheidungen zu konkreten individuellen Bedarfen einzelner Patienten handelt, sind die Entscheidungssituationen gut überschaubar und in der Regel durch die Diagnosestellung begründet. Sehr viel komplexer ist die Situation, wenn zu regeln ist, wer unter welchen Rahmenbedingungen über individuelle Versorgungsbedarfe oder über die Zulassung von Methoden, die Allokationen von personalen und materiellen Ressourcen, über prioritäre Ziele oder im Interesse der Bürger über infrastrukturelle Lösungen entscheiden kann, soll oder darf.

Beispiel:

Im medizinischen Notfall ist die Bedarfsentscheidung in der Regel eine ärztliche oder zumindest eine Entscheidung, die durch eine Person erfolgt, die hierzu durch eine Ausbildung legitimiert ist. Entscheidungen zur Nutzung knapper Ressourcen werden hingegen möglichst immer kollektive, ggf. fachübergreifende Entscheidungen sein. Allokationsentscheidungen verlangen sachverhaltsklärende gutachtliche

Darstellungen und Empfehlungen. Die Vorbereitung prioritärer Ziele und ihnen gemäßer Infrastrukturen der Prävention, der Krankenversorgung, der Rehabilitation und der Pflege werden also immer auch eines spezifisch medizinischen Sachverständnisses bedürfen. Das gilt analog für die Sicherung von Gleichheitsrechten wie für Leistungen zum Nachteilsausgleich und zur gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Benachteiligungen. Ein spezielles Leistungsfeld ist in diesem Zusammenhang die Politikfolgenforschung soweit sie gesundheitliche Folgen hat oder haben kann.

Die Gestaltung und fortwährende Erneuerung von Systemen der Krankenversorgung bedarf, sofern diese ein konsentiertes gesellschaftliches Ziel ist, des Mehrheitswillens der Bevölkerung, die einen solchen Risikoschutz trägt. Das Zentrum einer solchen Entscheidung betrifft die Vereinbarung über eine Krankenversorgung, die unabhängig von der individuellen Kaufkraft Leistungen gewährt. Ein solches System kann nur funktionieren, wenn es die wirtschaftlichen Wettbewerbsinteressen der Akteure begrenzt und eine Regulationspraxis implementiert, die Versorgungsbedarfe und Versorgungswünsche trennt. Hierzu muss sie sich an vereinbarten Zielen, Wirkprinzipien und Leistungskatalogen orientieren.

Medizinische Versorgungsbedarfe sind gegenüber den Patienten zu begründende Indikationsempfehlungen mit bindender Wirkung gegenüber der finanzierenden Partei. Allerdings muss diese das Recht/die Pflicht haben zu prüfen, ob eine Indikation innerhalb ihrer Leistungspflichten liegt. Durch die für die globalen Krankenversorgungssysteme jeweils geltenden Rechtsnormen kann für bestimmte Indikationen auch der Vorbehalt einer Prüfung durch die kostenübernehmende Partei vorgesehen werden. Das gilt analog für die Veränderung von Leistungsnormen infolge von Innovationen. Krankenversorgungssysteme, die diese Leistungsbedingungen geregelt haben, werden sich hierbei zumeist auf medizinisch-sachverständig begründete gutachtliche Empfehlungen stützen wollen und ggf. auch stützen müssen. Unabhängigkeit, Überprüfbarkeit und Einspruchsrechte sollten dann als Standard gelten.

Allgemein legal gültige Wirkprinzipien begrenzen so die Entscheidungsautonomie von Patienten und von Ärzten. Solche Wirkprinzipien werden als „Freiheitseingrenzung“ und alternativ als unvermeidliche Instrumente gegen vermutete unberechtigte Interessen von Patienten und Ärzten an fachlich nicht begründeten Leistungsausweitungen kontrovers argumentiert. Im Besonderen solidarische Krankenversorgungssysteme stehen unter dem Druck ihrer Gegner, sich beständig mit Argumenten einer besonderen systemisch bedingten moralischen Verletzlichkeit auseinandersetzen zu müssen. Diese soll die Folge einer durch die individuelle Kostenträgerschaft nicht regulierbaren Begehrlichkeit nach beständiger und medizinisch nicht begründeter Leistungsausweitung zu Lasten der Allgemeinheit sein (Pauly, M.V., *The Economics of Moral Hazard: Comment. The American Economic Review*, Vol. 58, No. 3, 1968, pp 531-537). Eine dem Menschen biologisch eigene Unfähigkeit zum gemeinnützigen Handeln würde nach dem Theorem des Moral Hazard solidarisches Handeln grund-

sätzlich ausschließen und moralisch auch verwerflich machen. Solidarität sei gleichsam dem Homo Sapiens wesensfremd. Solche Argumentationen betreffen die gerechtfertigte ebenso wie die ungerechtfertigte Inanspruchnahme von sozialen Sicherungssystemen durch Nutzer und Leistungserbringer und sind Teil der vielfältigen politischen Debatten über „Verteilungsgerechtigkeit“.

Ein weiteres grundlegendes Problem führt in vielen der globalen Krankenversorgungssysteme zu der Frage, ob diese vorrangig auf „Leistungsnachfragen“ reagieren, oder ob Leistungen aktiv angeboten werden sollten. Diese Debatte wird im Kontext von konzeptionellen Konstruktionen zur Verschiedenheit von „Anbieter- und Käufermärkten“ geführt. Aus medizinischer Sicht sind allerdings aktive Leistungsangebote zumindest unter besonderen Rahmenbedingungen unverzichtbar. Das gilt mindestens für den aktiven sozialen Nachteilsausgleich, für Notfälle und besondere Versorgungsbedarfe und präventiv-medizinische Leistungen. Aus diesem Grund gelten hoheitliche Institutionen des Public Health als unverzichtbare Säulen der entsprechenden Infrastrukturen.

In diesem Kontext erstellt die Sozialmedizin Expertisen

- zum Wandel und zur Ungleichheit der Gesundheitsgefährdungen und der Versorgungsbedarfe
- zu wissenschaftlich gerechtfertigten und ungerechtfertigten medizinischen Versorgungsangeboten und ihrer Nutzung
- zum Einfluss der sozialen Wirklichkeiten auf die ungleichen Entfaltungschancen der den Menschen eigenen Potentiale
- zu den krankheitsspezifischen Bedarfen an Prävention, Krankenversorgung und an Leistungen zur Krankheitsfolgenbewältigung

Die Themen der „Speziellen Sozialmedizin“ sind so maßgeblich von den Reibungsflächen zwischen den länderspezifischen gesellschaftlichen Realitäten und den Handlungszielen der Akteure bestimmt. Sozialmedizin nimmt damit in einer besonderen Weise am gesellschaftlichen Diskurs zu den Zielen, Aufgaben und Perspektiven der Krankenversorgung teil, vorausgesetzt, diese Teilnahme wird ihr nicht verwehrt.

Beispiel:

Zu den Erfahrungen des Fachgebiets gehören politische Aufgabenbegrenzungen, Arbeitsverbote, Verfolgung und Vertreibung ihrer Repräsentanten ebenso wie eine aktive Förderung durch die gesellschaftliche Nachfrage von Wissen zu öffentlichen Regelungsbedarfen und -pflichten beim Schutz der Gesundheit von Bevölkerungen und bei der Zugangssicherung zu notwendiger medizinischer Hilfe. Die der Sozialmedizin zugewiesene Stellung ist eher dann hoch, wenn die kritische Auseinandersetzung mit sozialen Entwicklungen, also auch mit Fehlentwicklungen, in

einer Gesellschaft Teil ihres demokratischen Selbstverständnisses ist. Sozialmedizin spielt dort keine Rolle, wo die gesundheitlichen Folgen gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse vorherrschende Interessen nicht berühren sollen, solche Folgen verleugnet werden oder die öffentliche Auseinandersetzung nicht erreichen dürfen.

Die „klassischen“ Themen des Fachgebiets sind soziale Gefahren für die Gesundheit sowie ungleiche Bedarfe und Benachteiligungen beim Zugang zu Prävention, Krankenversorgung und Pflegeleistungen. Wo Sozialmedizin „praktisch“ wirkt, also für bevölkerungsbezogene Handlungsorientierungen steht, befindet sie sich im Konflikt mit vorfindlichen Interessen und wird selbst Akteur in gesellschaftlichen Auseinandersetzungen. Ist hingegen z.B. der Sozialausgleich eine legale Norm, bleibt erwartete sozialmedizinische Expertise zwangsläufig auch auf diese legalen Normen begrenzt. Will sie die Fesseln dieser Begrenzungen sprengen, wird sie sich mit Gruppeninteressen verbinden oder zu diesen in Konflikt treten müssen. Sie wird dann Partei, ein Zustand, der ihr nur begrenzt auch Anerkennung einbringt.

2 Sozialmedizinische Expertisen und Assessments

In sozialkompensatorischen gesundheitlichen Sicherungssystemen ist es eine der Aufgaben der Sozialmedizin, Leistungsbedarfe mittels unabhängiger Expertisen zu prüfen (Gutachten) und Versorgungsergebnisse zu bewerten (Assessment).

Expertise kann als fachliches Angebot nur wirksam werden, wenn deren Unabhängigkeit legal und systemisch gesichert ist. Diese Unabhängigkeit ist die Voraussetzung einer sozialmedizinischen Praxis, die die Funktionsfähigkeit öffentlich-rechtlich verfasster sozialer Sicherungssysteme an der Schnittstelle von medizinischer und sozialrechtlicher Kompetenz für den einzelnen Leistungsfall wie durch grundsätzliche Stellungnahmen sichern soll. Solche Stellungnahmen sind notwendig, wenn die Funktionen des Sozialausgleichs öffentlich-rechtlichen und sich selbstverwaltenden Institutionen übertragen sind. Die sozialmedizinische Praxis übernimmt dann die Funktion eines „medizinischen Sachverständigen“ der Gesamtinteressen der Versicherten. Es ist das Ziel, deren Interessen vor sozialkompensatorischer Überforderung aber auch an der Sicherung der medizinisch und gesetzlich berechtigten Hilfe für die Versicherten, wenn diese Patienten sind, zu schützen. Dies ist zweifellos eine herausfordernde Aufgabe, weil sie beständig im Spannungsfeld der Interessen der einzelnen Patienten, der Versichertengemeinschaft und ihrer institutionellen Akteure und der Leistungserbringer steht.

Sozialmediziner wirken in der medizinischen Praxis als Sachverständige. Sie stellen Tatsachen fest, bewerten deren Relevanz und empfehlen Entscheidungen. Sie wirken also für die die medizinischen Leistungen finanziell tragenden Versicherten und im Rechtsstreit im Auftrag der sozialen Gerichtsbarkeit. Unter diesen Voraussetzungen ist die gutachtliche Tätigkeit von Ärzten eine medizinisch professionelle Pflicht, die sichert, dass Leistungsentscheidungen fachlich begründet sind.

2.1 Sozialer Wandel und die Ungleichheit von Gefährdungen

Die Beurteilung der sozialen Ursachen und Folgen von Gefährdungsänderungen für die gesundheitliche Verhältnisse einer Bevölkerung, deren ungleiche Betroffenheit von Hilfebedarfen und die Empfehlung von Konsequenzen sind originäre Aufgaben der Sozialmedizin.

Gefährdungsänderungen kennen nur zwei Richtungen: Zunahmen und Regressionen. Sie sind mit wenigen Ausnahmen direkte und indirekte, gewollte und nicht gewollte, durch die Allgemeinheit zu kompensierende oder nicht zu kompensierende Folgen gesellschaftlicher Wandlungen. Sie können Bevölkerungen in Intensität und Richtung

ungleich betreffen und so Ursachen und Begleiter des sozialen Wandels wie der Zunahme und der Abnahme gesundheitlicher Benachteiligungen sein. Sie sind ein eigenes, wenngleich in der Regel auch sehr komplexes soziales Konfliktfeld. Folglich bedarf es auch ständiger Analyse und Bewertung.

Entsprechende Analysen bewerten, ob messbare Phänomene (wie etwa die Dynamik von Prävalenzen Kranker) auf epochale oder zeitweilige Gefährdungsänderungen oder auf Änderungen der sozialen Varianzen zurückgehen oder ob diese durch andere Ursachen zu erklären sind. Wandel betrifft Bevölkerungen immer selektiv und hat Struktureffekte bezüglich des Alters und des Geschlechts sowie der sozialen Zugehörigkeiten der Menschen.

Beispiel:

In der epidemiologischen Literatur wird oft auf den Untergang der Titanic verwiesen. Die Kosten der Schiffspassage variierten erheblich nach dem gebuchten Deck. Je tiefer das Deck lag desto geringer war der Preis für die Passage. Nach dem Untergang der Titanic zeigten Analysen, dass die Lage des Decks der Überlebenswahrscheinlichkeit direkt proportional war. Da der Preis der Passage von der Lage des Decks bestimmt war und deren Kauf ein Indikator der sozialen Schichtzugehörigkeit sein dürfte, wurde gefolgert, dass dies ein Beispiel für den Zusammenhang von sozialer Lage und Überlebenschancen selbst bei großen Katastrophen sei.

Durch Gefährdungsunterschiede bewirkte Struktureffekte vergrößern oder verringern soziale Disparitäten in der Verteilung von Gesundheitsindikatoren. Nachvollziehbar gibt es ein erhebliches öffentliches Interesse an der Bewertung solcher Veränderungen und Disparitäten als „positiv“ oder „negativ“, als „Fortschritt“ oder als „Bedrohung“, als „Chance“ oder „Benachteiligung“, als „Gewinn“ oder als „Verlust“. Jeweils im einen, wie im anderen Fall gibt es dann ein Interesse an der Klärung der jeweiligen Verursachung und an deren Bewertung. In der öffentlichen Diskussion sind Eingrenzungen von Gefährdungen immer ein politischer Erfolg, die Zunahmen von Gefährdungen und neu entstehenden Risiken sind hingegen Bedrohungen mit massiven Bewertungskonflikten zwischen den Polen eines individuellen Selbst- und eines Fremdverschuldens. Im Besonderen gefühlte oder tatsächliche soziale Benachteiligungen, die assoziierbaren Einkommensverteilungen, die Bedingungen der Erwerbsarbeit sowie lebensumweltliche Gefährdungen beanspruchen dann das öffentliche Interesse.

Es ist die Erwartung an unabhängige wissenschaftliche Expertise, Ursachen für Gefährdungsänderungen zu benennen und zu verifizieren. Wissenschaft wird so, falls politisch gewollt, sachverständig in den Auseinandersetzungen um Verantwortlichkeiten befragt. Nachvollziehbar sind entsprechende Diskurse konflikt- und emotionsbesetzt und in der öffentlichen Debatte nur schwer auf analytische Sachverhaltsprüfungen einzugrenzen. Die urteilenden Bewertungen sind ggf. von Überzeugungen

eher bestimmt als von Fakten und erfolgen in der Öffentlichkeit häufig lange vor einer analytischen Prüfung, oft auch unabhängig von deren Ergebnissen. Es ist eine Grunderfahrung der praktischen Sozialmedizin, dass Fakten gegen Meinungen das schwächere Argument sind. Die Themen Ungleichheit und Benachteiligung sowie die Benennung von Gewinnern und Verlierern des sozialen und des ökologischen Wandels sind so „Dauerbrenner“ auch der speziellen Sozialmedizin.

Die praktischen Fragen der sozialmedizinischen Analytik sind stets die Gleichen: Sind Prävalenzänderungen und sozialspezifische Prävalenzunterschiede gefährdungsbedingt und wenn dies angenommen werden muss, sind sie Folgen des gesellschaftlichen Wandels oder sind sie individuell verhaltensbedingt oder gar individuell verschuldet? Sind sie die Konsequenz bedrohlicher oder positiver gesellschaftlicher Wandlungsprozesse? Resultieren sie aus Handlungen im Interesse der Mehrheit einer Bevölkerung oder aus Interessenlagen Einzelner? Waren diese Handlungen durch das Recht geschützt oder illegal? Die Antworten auf solche Fragen gehen über die Verantwortung einer fachlichen Expertise oft hinaus. Das Spannungsfeld ist immer wieder neu die Polarität von wissenschaftlicher Expertise, Interessen und Meinungen. Die Rechtsordnungen verlangen aber ein übergeordnetes Interesse an der Feststellung von Tatsachen und von „Rationalitätskonzepten“, wenn Sachverhalte bewertet und Handlungsperspektiven benannt werden sollen. Im Falle der Risikobewertung betreffen diese Sachverhalte dann regelhaft nicht nur individuelle, sondern oft nationale, globale und ökologische Perspektiven.

Auch bei der Durchsetzung von Verteilungsinteressen spielen solche Argumente weltweit eine große Rolle. Die „Opfer“ von Gesundheitsgefährdungen werden, wenn diese vorgeblich selbstverschuldet sind, oft auch als Täter gesehen bis hin zu Forderungen, sie aus solidarischen oder fiskalischen Risikoausgleichen auszuschließen. Solche Forderungen gründen gern auf Argumenten „zunehmender“ individueller oder alternativ gesellschaftlicher Verantwortungslosigkeit. Umgangssprachlich wird in diesem Kontext zwar oft von der Zu- oder der Abnahme von Krankheiten gesprochen, doch nehmen nicht Krankheiten zu oder ab, sondern die Menge der von ihnen Betroffenen. Folglich „bedrohen“ in dieser Argumentationspraxis dann nicht Krankheiten die Zukunft, sondern die Kranken. Bei solchen Urteilen liegen dann Wahrnehmung und Realität oft weit auseinander.

Beispiel:

Weltweit gibt es intensive Diskussionen um allgemeine Gefährdung durch die „Volkskrankheiten“ Alzheimer und Demenz. Die epidemiologische Studienlage hierzu kann hingegen wie folgt zusammengefasst werden:

- *Ein Vergleich der Häufigkeit schwerer kognitiver Leistungseinschränkungen zeigte in den USA für die Jahre 1982 und 1999 eine Abnahme der Prävalenz bei über 65-Jährigen von 5,7% auf 2,9%.*

- Ein ähnlicher Vergleich der Prävalenz bei über 70-Jährigen in den USA zeigte in den Jahren 1993 und 2002 eine Abnahme von 12,2% auf 8,7%.
- In der sogenannten Rotterdam-Studie sank die Inzidenz von Demenz bei 55+-Personen in den Vergleichsjahren 1990 und 2000 von 6,56 Fällen pro 1.000 Personen auf 4,92 pro 1.000 Personen.
- In Schweden zeigten zwei Querschnittsanalysen bei 75+-Personen in den Jahren 1987-1989 und 2001-2004 eine sinkende Inzidenz aber auch eine alters- und geschlechterstandardisiert steigende Prävalenz der Demenz von 17,5% in den Jahren 1987-89 auf 17,9% in den Jahren 2001-2004.

Der Vergleich zweier Jahrgangs-Kohorten in drei Regionen Englands in der "Cognitive Function and Ageing Study (CAFS I und II)" fand bei über 65-Jährigen eine Abnahme der Demenz-Prävalenz von 8,3% in den Jahren 1989-94 auf 6,5% in den Jahren 2008-2011. (siehe <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=2315>, Zugriff 29.12.2017). In der öffentlichen Debatte spielen diese Befunde, obgleich allgemein verfügbar, keine Rolle

Die individuelle Erfahrung von Demenz ist für die Betroffenen und ihre Familien dramatisch. Das berechtigt noch nicht, hieraus Vermutungen über den quantitativen Wandel der Bedrohung einer Bevölkerung abzuleiten, an einer Demenz auch zu erkranken. Was ist also ein „zunehmendes“ Problem? Für die Bewertung der Gefährdung an Demenz zu erkranken stimmt (bezüglich der obigen Beispiele) diese Bewertung offenkundig nicht. Bezüglich der wachsenden demografisch bedingten medizinischen und pflegerischen Versorgungsaufgaben ist diese Wertung jedoch offenbar richtig.

Die populären Laienwahrnehmungen folgenden Argumentationen vermuten bei der Demenz eine der wichtigsten „Zivilisations- und Volkskrankheiten“ der Gegenwart. Der Versuch, solchen Wertungen ein wissenschaftliches Gerüst zu geben, verlangt zunächst die Charakterisierung dessen, was zu solchen Wertungen jeweils berechtigt. Bereits vor einer wissenschaftlichen Expertise existiert dann der Konflikt um populäre Vermutungen und wissenschaftsgeleitete Hypothesen. Der plausible Hinweis, eine Vielzahl von Krankheiten würden im Ablauf der epochalen Zeit ihre Relevanz verändern, bezieht sich in der sozialmedizinischen Perspektive oft auf Kriterien, die, wie etwa demografische Wirkungen oder solche der medizinischen und pflegerischen Versorgung, außerhalb der individuellen Wahrnehmung liegen. Sie betreffen bezüglich der Gefährdungsbewertung und der Abschätzung von Versorgungsvolumina zudem völlig unterschiedliche Sachverhalte.

Quantitative Veränderungen sind dann unter der Frage zu prüfen, ob Prävalenzänderungen aus Gefährdungsänderungen, aus demografischen oder aus medizinischen Wirkungen zu erklären sind. Ohne diese Kenntnisse sind Urteile über die Ursachen von Inzidenz- und Prävalenzveränderungen schlichte Spekulationen. Expertisen müs-

sen jedoch Spekulationen grundsätzlich ausschließen. In der alltäglichen Auseinandersetzung um Verteilungsinteressen spielt das Bedrohungsargument durch „Volks- und Zivilisationskrankheiten“ jedoch eine Schlüsselrolle.

Beispiel:

*Der Begriff „Volkskrankheit“ geht vermutlich auf das 18. Jahrhundert zurück, als Demografen und Ärzte erste quantitative Beschreibungen über das Vorkommen und zur Verteilung von Krankheiten in unterschiedlichen Bevölkerungen vorlegten, so z.B. J.P. Süßmilch (1707-1767) und J. Hecker (1763–1811), später dann A. Hirsch (1817-1894), M. Askanazy (1865-1940) oder F. Henschen (1881-1977). Ihnen wird auch die Schaffung einer „historisch-geografischen Pathologie“ zugeschrieben. Bereits 1843 hatte sich der Arzt und Epidemiologe C. H. F. Marx (1796-1877) in einer Rede vor der Königlichen Akademie der Wissenschaften zu Göttingen kritisch mit einer solchen Interpretation des Wandels der Morbidität auseinandergesetzt. Ein besonders eindrucksvolles Beispiel für diese Entwicklungen in den medizinischen Wissenschaften gibt auch Hoffmann, F.L. (1915): *The mortality from cancer throuhht the world*. New York, New Jersey.*

Die Bezeichnung „Volkskrankheit“ bezieht sich (aus der Perspektive der Sozialmedizin) nicht auf ein analytisches Urteil. Die Bezeichnung kann bestenfalls deskriptiv genutzt werden und beschreibt dann die Tatsache, dass in einer Bevölkerung, unter besonderen Voraussetzungen auch in einem „Volk“, die Anzahl der Kranken „groß“ und einzelne der vorkommenden Krankheiten „häufig“ sind. Weder die Beschreibung „groß“ noch die Beschreibung „häufig“ hat einen Bewertungen rechtfertigenden Bezug. Beide Begriffe sind inhaltsleer. Bestenfalls gründen dann Urteile auf vergleichenden Maßstäben: In einem anderen „Volk“ ist die Prävalenz der an der jeweils benannten Krankheit Leidenden größer oder sie ist kleiner. Entsprechend bezeichnen „Zu- und Abnahmen“ eine „Richtung“ des Wandels. Eine Wertung bezüglich möglicher Gefährdungsänderungen kann hieraus jedoch zumeist nicht abgeleitet werden. Es gibt keine Festlegungen, ab wann eine Prävalenzrate, eine Todesursachenziffer, ein Symptom, ein Symptomkomplex oder bestimmte Krankheitsfolgen auch gesundheitliche „Volksprobleme“ sind. Prävalenzen begründen zuallererst nur Allokationsbedarfe für die medizinische Versorgung. Nur im Falle kurzdauernder Krankheiten kann für kurze Beobachtungsperioden aus dem Prävalenzwandel auf Gefährdungsänderungen vermutend geschlossen werden.

Gegen den Begriff „Volkskrankheit“ ist der Begriff der „Zivilisationskrankheit“ abzugrenzen.

Beispiel:

Zu den Legendenbildungen über die gesundheitlichen Vorteile des Mangels an Wohlstand, im Besondern an ausreichender Ernährung, haben maßgeblich zwei Berichte beigetragen. Das sind einmal Befragungen von Bulgaren und Rumänen nach der Erlangung der Unabhängigkeit von der türkischen Kolonialmacht nach dem 1. Weltkrieg. Die Befragungen führten zu außergewöhnlich (zum Teil absurd) hohen Altersangaben. Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten führten diese hohen Alter dann ursächlich auf die Nahrungsmittel Kefir und Knoblauch zurück. Die fundierte methodenkritische Auseinandersetzung mit diesen Studien durch den deutschen Sozialmediziner K. Freudenberg (1892-1966) blieb ohne Wirkung. Die zweite sehr wirksame Quelle sind britische Militärärzte, die nach der Entdeckung des Königreichs Hunza in den Hochgebirgen nahe der Seidenstraße, glaubten, hier viele sehr alte Menschen vorgefunden zu haben. Dieses Urteil dürfte aus ähnlichen Gründen falsch gewesen sein, wie im Falle der Zählungen von Bulgaren und Rumänen im Auftrag des Völkerbundes. Auch die unterstellten Ursachen waren ähnlich. Die vielen „Alten“ wurden als die Folge eines ständigen Nahrungsmittelmangels und einer angeblich bevorzugten vegetarischen Ernährung vermutet. (Eine Behauptung, die später auch erfolgreich vermarktet wurde. Hunger wurde so als Ursache einer sehr hohen mittleren Lebensdauer apostrophiert und wurde so zu einem präventiven Konzept, an das sich die betreffenden Militärs kaum gehalten haben dürften. So entstand die Legende, das Volk der Hunza kenne keine Krankheiten (Bircher, R. Hunsa, Das Volk, das keine Krankheit kennt. Huber, Bern, 1952 ASIN: B0032U57VW).

Zu den wichtigsten Grunderfahrungen der speziellen Sozialmedizin gehört, dass neues/besseres Wissen (Innovationen) zur Penetration in die medizinische Praxis Zeit brauchen. Im Besonderen dauert es oft lange, bis überholtes Wissen überwunden ist. Während „Volkskrankheit“ nur eine unbestimmte Bezeichnung ist, verbindet sich mit „Zivilisationskrankheit“ eine ursächliche Wertung von Phänomenen der epidemiologischen und der demografischen Transition. Sie unterstellt, dass die Dynamik von Inzidenz- und Prävalenzraten, ggf. auch die relativen Häufigkeiten von Todesursachen sowie jeweils deren Häufigkeitsdynamik durch die „Zivilisation“ verursacht seien. Die Unklarheit des Begriffs wird durch die Interpretation von Zivilisation als Wohlstand und von Krankheiten dann als Wohlstandskrankheiten verstärkt. Zivilisation wird so als Wohlstand und Krankheit als deren Folge gedeutet: Wohlstand macht krank, Mangel macht gesund.

Beispiel:

Nach dem 2. Weltkrieg wurde ein deutlicher Rückgang der Diabetikerprävalenz beobachtet. Es standen sich in massivem Konflikt zwei alternative Erklärungen gegenüber: die eine Gruppe führte dies auf den Nahrungsmittelmangel zurück und folgerte, die Ernährung während des 2. Weltkriegs und in der Nachkriegszeit sei

für die Gesundheit nahezu ideal (z.B. Opitz, H., Bennholdt-Thomsen, C., de Rud-
der, B. (1957): Pädiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Pädiater, Berlin, Springer); Dörner, G., Mohnike, A.: Zur möglichen Bedeutung der prä- und/oder frühpostnatalen Ernährung für die Pathogenese des Diabetes mellitus. Acta biol. med. germ. 31, K7-K10 (1973). Eine gegensätzlich andere und zu ihrer Zeit heftig bekämpfte Erklärung war, der Rückgang sei auf den Zusammenbruch der medizinischen Versorgung, sowohl seitens der Diagnostik wie auch der Therapie zurückzuführen gewesen. Im Ergebnis seien Diabetiker nicht mehr erkannt und dokumentiert worden und deren mittlere Überlebensdauer habe sich durch den Mangel an Therapeutika zudem erheblich verringert. Im Ergebnis sei die Nachkriegsentwicklung der Diabetikerprävalenzen vor allen die Folge einer Besserung einer der Lebensbedingungen und der medizinischen Versorgung gewesen (Kreuz, B. et al. Epidemiologische Analyse der Bewegung des Diabetes mellitus in der DDR von 1959-1966. Ztschr. Ärztl. Fortbildung 64, (1979) 9, 438 ff; Niehoff, J.-U. Frühpostnatale Ernährung, Diabetes mellitus und Arteriosklerose. Ztschr. Ärztl. Fortbildung 75 (1981) 1128-1135).

Beispiel:

Die Zunahme der Prävalenz von Personen, die an einer Mukoviszidose leiden folgt zwingend aus den erheblichen Gewinnen an mittlerer Lebensdauer der Betroffenen. Dieser Gewinn ist das Ergebnis von zugänglichen medizinischen Innovationen und kann auch als positive „Wohlfstandsfolge“ gedeutet werden. In der Argumentationslinie der „Expansion of Morbidity“ ist dies jedoch ein „Failure of Success“, der nur durch die Vermeidung eines Zugangs zu diesen Innovationen verhindert werden könne. Bei Krankheiten, die als erworben gedeutet werden, folgt dann reflexartig die ergänzende Deutung als selbstverschuldet. (Gruenberg, E. (1977) The failure of success. Milbank Mem Fund Q Health Soc 55:3–24)

Beide Deutungen der Beispiele haben weitreichende Folgen für die sozialmedizinische Beurteilung von „Häufigkeitsunterschieden und -veränderungen“: Sie warnen vor den sozialen Folgen einer allgemein zugänglichen medizinischen Versorgung und argumentieren gegen einen kollektiv getragenen Ausgleich von ungleichen Gefährdungen in einer Bevölkerung.

Die Zunahmen der mittleren Lebensdauern von Bevölkerungen sind allerdings zweifelsfrei Folgen von Wohlstandsgewinnen, wenn man so will, von Zivilisation. Der mit dieser Zunahme unvermeidlich verbundene Strukturwandel der Krankheiten, der Krankheitsfolgen und der Todesursachen und deren Deutung als „lifestyle diseases“ führt hingegen zu einer anderen Deutung. Sie führt in einen Diskurs über die eher positiven oder eher negativen Folgen von gesellschaftlichem Wandel. Da von diesem vor allem und zuerst die sozialen Oberschichten profitieren, erscheinen diese dann als die „Opfer“ des Strukturwandels.

Beispiel:

Frei von empirischer Evidenz aber dennoch schier unausrottbar ist die Bezeichnung des Myokardinfarkts als Manager- oder auch als Unternehmerkrankheit. Heute in Deutschland eher selten argumentiert, haben sich die Beispiele auf Stress, Burnout, Depression u.a. Krankheiten verlagert. Weltweit bleibt dieser Begriff jedoch ein Topargument gegen sozialkompensatorische Krankenversicherungen. Während Angehörige oberer sozialer Schichten unbestreitbar die „Gewinner“ des Morbiditätswandels, der Zunahme der mittleren Lebensdauer und des damit verbundenen Wandels der Todesursachen sind, erzeugt der Begriff „Managerkrankheit“ wirkungsmächtig den Eindruck, die für die wirtschaftliche Zukunft einer Bevölkerung unablässig hart arbeitenden Manager und sozialen Eliten würden hierfür ihre Gesundheit opfern, während die unteren sozialen Schichten die Nutznießer ihrer Anstrengungen seien. (Siehe hierzu auch Kury, P.: Der überforderte Mensch: Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout. Campus Verlag, 2012, ISBN 978-3-593-397-9.)

Analoge kulturpessimistische und geschichts- und gegenwartsvergessene Ausflüsse finden ihren unmittelbaren Spiegel in der scharfen Kontroverse gegen das Theorem der „Compression of Morbidity“. Sie richten sich also gegen die heute empirisch gut gesicherte Tatsache, dass Menschen, so sie hieran Anteil haben können, vom sozialen Fortschritt profitieren: Es können nicht nur mehr Menschen ihr biologisches Lebensdauerpotential besser ausschöpfen, auch ihre altersassoziierten Gesundheitsprobleme „wandern“ in höhere Lebensalter.

Die Diskussion um die Bewertungen des geschichtlichen Morbiditätswandels ist alt und lässt sich als wissenschaftlich geführter Streit z.B. in Deutschland mindestens 200 Jahre zurückverfolgen. Variationen der pessimistischen Argumentation spiegeln sich in analog genutzten Begriffen wie „Entartung des Menschen“ (z.B. E. Reich: *Ueber die Entartung des Menschen. Ihre Ursachen und Verhütung. Erlangen 1868*) oder in der Vermutung „negativer genetischer Selektionen“ als Folge des sozialen Wandels (siehe hierzu z.B. Weingart, P., Kroll, J., Bayertz, J.: *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1992, ISBN 3-518-28622-6*). Die Überlebensfähigkeit solcher Surrogate ist immer wieder verblüffend.

Der Begriff der Zivilisationskrankheit führt in die Nähe des Sozialdarwinismus und seiner Folgen in Gestalt der eugenischen und rassenhygienischen Präventionsverbrechen sowie kruder anthroposophischer, die sich wirkmächtig gegen eine evidenzbasierte Medizin positionieren. Hierbei handelt es sich um Ausflüsse in der Tradition von R. Steiner (1861–1925), deren Überlebensfähigkeit z.B. während der Corona-Pandemie offenbar wurde und offenbar nicht nur von Wissenschafts- und Medizinleuten für zukunftsfähig gehalten wird. Der deutsche Sozialmediziner und Epidemiologe M. Pflanz (1923–1980) hat die Diskussion um die Zivilisationskrankheiten deshalb knapp und präzise als „Kulturpessimismus Spengler’scher Prägung“ (O. Spengler, 1880–1936) ohne wissenschaftliche Substanz bezeichnet. Entsprechend beliebig sind die

zugerechneten Krankheiten, so etwa AIDS, Demenz, Bluthochdruck, Brustkrebs, Diabetes mellitus, Depression, koronare Herzkrankheit, Neurodermitis, Migräne, Osteoporose, Allergien, Rückenschmerz oder Schlaganfall, Alzheimer, Adipositas etc.

Unbestreitbar ist der gesellschaftliche Wandel auch mit einem Wandel von Gesundheitsgefährdungen verbunden. Dabei ist vor dem Hintergrund des Wandels der gesamten Lebensbedingungen und der Veränderungen der Lebensdauer auch auf neue Gefährdungen zu verweisen. Diese betreffen nicht allein die identifizierbaren Risiken, sondern nachdrücklich auch deren soziale Verteilung.

Es bleibt richtig, dass es zwischen der gesundheitlichen Lage und der Lebensweise sowie im Besonderen den Bedingungen der Arbeitswelt, der Einkommensverteilung und der Bildung sowie den Gesundheitsgefährdungen einen engen Zusammenhang gibt. Dieser ist allgemein dahingehend zu charakterisieren, dass Nachteile im Zugang zu den Chancen der „Zivilisation“ (im Durchschnitt) auch einen Nachteil für die Gesundheit bedeuten. „Zivilisation“ ist in diesem Zusammenhang nicht die von wirtschaftlichen Wachstumszwängen bestimmte Zerstörung menschlicher Existenzgrundlagen, sondern der Abbau sozialer Unterschiede und die Öffnung von Chancen für die Entfaltung der Potentiale von Homo Sapiens.

Beispiel:

Der Klimawandel ist derzeit eine der wichtigsten potenziellen Ursachen für künftig neu entstehende und langfristige Gesundheitsgefährdungen. Er ist Folge des Verbrauchs der natürlichen Ressourcen des Planeten Erde. Dieser Vorgang ist durch den Menschen verursacht. Seine negativen Folgen treffen allerdings vor allem jene, die an dieser Verursachung nicht oder kaum beteiligt sind. Die „Rechnung“ zahlen also nicht die, die das Bankett genossen. Soweit es um die gesundheitlichen Folgen geht, sind neue Gefährdungen zweifelsfrei als „sozial“ bedingt zu bewerten. Diese Wertung hat Aspekte, die über die Verursachung durch den „Ge- und Verbrauch“ der Lebensumwelt hinausgehen. Der eine besteht darin, dass die Ursachen des Klimawandels nicht nur allgemein vom Menschen verursacht sind. Sie sind vielmehr die Folge des Luxuskonsums eines Teils der Menschheit und einer Warenproduktion, die von einer durch die menschlichen Lebensbedarfe nicht zu rechtfertigen Mengenausweitung von Produkten begleitet ist. Diesen Produkten fehlt oft der Nutzwert oder ist in einer „Wegwerfgesellschaft“ zeitlich eng begrenzt (siehe auch Reuß, J., Dannoritzer, C.: Kaufen für die Müllhalde: Das Prinzip der geplanten Obsoleszenz. Orange Press, Freiburg im Breisgau 2013, ISBN 978-3-936086-66-9). Ein anderer Aspekt betrifft den fehlenden Handlungswillen oder die fehlende Handlungsfähigkeit, die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels und dessen geschichtliche Dimensionen zu verhindern oder sich zumindest auf dessen Folgen vorzubereiten.

Dies ist eine allgemeine Erfahrung der sozialmedizinischen Praxis: Die Schwierigkeit ist nicht, die Probleme zu benennen. Es ist jedoch schwierig, gemeinsame Gestaltungsziele für das Leben von Menschen auf der Erde zu vereinbaren. Dies gelingt offenbar auch nicht für solche Lebensbedingungen, die nicht nur für die Gegenwart, sondern auch für die Zukunft relevant sind. Dabei gilt als Erfahrung, dass mit der Zunahme komplexer und gemeinsamer Probleme, die globale gemeinsame Handlungsfähigkeit eher abnimmt. Das gilt auch für solidarische Konzepte des Gesundheitsschutzes und einer sozial nicht diskriminierten Krankenversorgung.

Sich ändernde Gefährdungen für die Gesundheit folgen den unterschiedlichen sozialstrukturellen Dynamiken zwischen und innerhalb von Bevölkerungen. Diese bewirken so auch neue gesundheitliche Disparitäten.

Beispiel:

Es ist gesichertes Wissen, dass die Adipositasprävalenz (auch bei Kindern) den sozialen Schichten invers korreliert ist. Wenn Studien zeigen, dass die Prävalenz der Adipositas unter Kindern zunimmt, handelt es sich um eine zu vermutende Gefährdungszunahme. Diese Feststellung ist nur dann aber auch von handlungsleitendem Gewicht, wenn geklärt werden kann, wie sich diese Beobachtung den jeweiligen sozialen Strukturen zuordnen lässt, wenn also z.B. geklärt werden kann, auf welche der sozialen Schichten diese Beobachtung (mehr oder weniger oder gar nicht) zutrifft. Es ist zumindest die Hypothese zu prüfen, ob die Prävalenzzunahme ursächlich auf negative Veränderungen der Sozialstruktur zurückgeht oder z.B. ein positiver und sozial selektiver Indikator für auf das Ernährungsverhalten abzielende Marketingkonzepte von Fastfoodketten ist. Sofern deren Interessen als politisch schützenswert gelten, ist dann die Zunahme der Prävalenz von Personen mit einer Adipositas zweifelsfrei ein Erfolg.

Gefährdungsbewertungen haben mindestens zwei maßgebende Aspekte. Das ist einmal die Bewertung der Intensität oder „Kraft“ einer Gefährdung (Force of Morbidity) und zum anderen deren Verbreitung oder Durchdringung in einer Bevölkerung. Gefährdungen von großer Intensität betreffen in der Regel wenige Personen und solche mit eher geringer Intensität eher große Gruppen einer Bevölkerung. Folglich können Gefährdungen geringer Intensität u.U. mehr inzidente Fälle bewirken als solche mit hoher Intensität. Da im Falle übertragbarer Krankheiten epidemische Verläufe in der Regel mit nur wenigen Erkrankungen beginnen, sind immer auch Fehlbewertungen möglich.

Beispiel:

“Es war Anfang September 1664, als ich bei einem Aufenthalt unter meinen Nachbarn im alltäglichen Gespräch hörte, daß die Pest wieder in Holland ausgebrochen sei, denn sie war dort heftig gewesen und besonders im Jahre 1663 in Amsterdam und Rotterdam, wohin sie, wie die einen sagten, aus Italien und, wie die anderen meinten, aus der Levante mit einigen Waren eingeschleppt worden war, die durch ihre türkische Flotte eingeführt wurden; andere behaupteten, sie sei aus Candia mitgebracht worden, und wieder andere, aus Cypern. Es blieb sich gleich, woher sie kam; aber alle stimmten darin überein, sie sei wieder nach Holland gekommen.

Wir hatten in diesen Tagen keine gedruckten Zeitungen oder dergleichen, um Gerüchte oder Berichte über Ereignisse zu verbreiten und sie durch menschliche Erfindung aufzubauschen, wie ich es seitdem habe erfahren müssen... Es scheint aber, daß die Regierung einen genauen Bericht über sie hatte und daß verschiedene Beratungen über Mittel und Wege stattfanden, ihrem Herüberkommen vorzubeugen; aber sie wurden alle streng geheim gehalten. So kam es, daß dieses Gerücht wieder erstarb, und die Leute anfangen, es als etwas zu vergessen, was uns weniger anginge und das, so hofften wir, nicht wahr sei: bis Ende November oder Anfang Dezember 1664 zwei Männer, angeblich Franzosen, in Long Acre oder vielmehr am oberen Ende von Drury Lane an der Pest starben. Die Familie, bei der sie wohnten, bemühte sich, es so weit wie möglich zu verheimlichen.” (Daniel Defoe: Die Pest zu London, Ullstein, Frankfurt 1996, ISBN 3458237649)

Die “Pest von London” ist eine der umfassendsten historisch realen, wenngleich in der Romandarstellung literarisch-fiktiven Beschreibungen einer Epidemie. Im Gefolge der Pestepidemie von 1664/65 starben vermutlich 250.000 Menschen. Der Roman von D. Defoe (1660-1731) vermittelt sehr präzise die charakteristischen Eigenschaften von Epidemien und darüber hinaus auch die typischen politischen Probleme des Umgangs mit ihnen. Seine Darstellung ist bis heute gültig, auch wenn sich die Beispiele ändern.

Das gilt im Besonderen für folgende Aspekte:

- die Tendenz, Gesundheitsgefahren zu verbergen, weshalb die politische Unterdrückung von Öffentlichkeit selbst zu einer Epidemieursache werden kann
- die Zeitdifferenz zwischen ersten beobachteten Erkrankungen und dem Epidemieausbruch führt oft zu gravierenden Fehleinschätzungen von Gefahren
- vorübergehend wächst bei einer Gefährdungszunahme die Zahl neuer Erkrankungsfälle nahezu exponentiell; diese streben dann einem Plateau zu und sind in einer dritten Phase rückläufig; für eine Epidemie und die Gesamtzahl ihrer Opfer wird somit (auch) wichtig, wie lange jede dieser Phasen dauert; hieraus ergibt sich ein eigenständiger präventiver Handlungsansatz

- in Abhängigkeit von ihrer sozialen Lage sind Menschen mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit auch tatsächliche Opfer, d.h. dass der Verlauf einer Epidemie maßgeblich von der sozialen Struktur einer Bevölkerung (mit-)bestimmt wird
- Epidemien haben selbst komplexe soziale, politische und wirtschaftliche Folgen; sie betreffen nicht allein deren unmittelbare Opfer, sondern – mehr oder weniger - die Gesellschaften insgesamt
- Maßnahmen zur Prävention und Überwindung von Epidemien müssen sich vor allem mit den jeweilig vorfindlichen sozialen Bedingungen auseinandersetzen; diese sind von den notwendigen Hilfeleistungen für die Opfer der Epidemie zu unterscheiden

Es kann als sicher gelten, dass katastrophale Epidemien ebenso wie Naturkatastrophen geschichtlich immer wieder zum Aussterben einzelner Menschengruppen und Bevölkerungen geführt haben. Dennoch war der Mensch bei der Besiedlung der Erde durch seine zahlenmäßige Zunahme und dank gewaltiger Migrationsprozesse in seiner sozialen Evolution bislang erfolgreich. Ein Schlüsselmechanismus dieses Erfolges waren die Gewinne an durchschnittlicher Lebensdauer. Die Fähigkeit, Epidemien sukzessive besser zu beherrschen und mit Bedrohungen der Gesundheit leben zu lernen waren und sind Teil dieses Erfolges.

Es gibt keinen Grund, katastrophale Epidemien für die Gegenwart und die Zukunft auszuschließen. Damit bleibt auch die Frage offen, welches Bedrohungspotential für einzelne Bevölkerungen, letztlich auch für die Menschheit, ihnen dann zuzuschreiben ist.

Prävention heißt in diesem Kontext, potenzielle Epidemieursachen und die durch sie Gefährdeten einem systematischen Monitoring zu unterwerfen, sie möglichst zu vermeiden und, wenn dies nicht möglich ist, Menschen vor deren Wirkungen zu schützen. Die Komplexität einer solchen Aufgabe ist offensichtlich, wenn bedacht wird, dass Gesundheitsgefährdungen Menschen nicht direkt betreffen müssen und deren Vermeidung ggf. selbst mit nicht gewünschten Folgen verknüpft sein kann

Beispiel:

Weltweit wird heute der chemische Komplexbildner Glyphosat als Herbizid eingesetzt und ist Gegenstand schwieriger Debatten bei der Risikobewertung. Die Vertretbarkeit einer Nutzenanwendung in der Agrarindustrie setzt voraus, dass die Eigenschaften der Substanz den Ackerboden nicht schädigen und gegenüber der umgebenden Natur nur selektiv wirksam werden. Dies wiederum verlangt, die genetischen Eigenschaften der Kulturpflanzen so zu verändern, dass sie von Glyphosat, anders als die umgebende Natur, nicht geschädigt werden. In der Auseinandersetzung um diese Produktionsstrategie und ihre Gefahren spielen „Risikobewertungen“ eine zentrale Rolle. Unabhängig vom Ergebnis dieser Bewertungen wird unmittelbar deutlich, dass es nicht nur um direkte Wirkungen auf den Men-

schen, sondern vor allem auf die Flora und die Fauna insgesamt geht. Das Entscheidungsproblem ist gleichsam überkomplex und kann – in welche Richtung die Entscheidung auch immer fällt – nicht aufgelöst werden, ohne die Interessen der Konfliktparteien unterschiedlich zu tangieren. Das Beispiel zeigt, dass Risikobewertungen komplexe soziale Prozesse sind, die mittels der Wissenschaften argumentiert, nicht aber entschieden werden können.

Es handelt sich hier um ein grundsätzliches soziales Entscheidungsproblem. Entsprechend dem nach K. Arrow (1921-2017) benannten „Arrow Theorem“ gibt es keine Präferenzentscheidungen, die von allen akzeptiert werden, selbst, wenn es sich um Mehrheits- und Zukunftsinteressen handelt. Die sog. „social choice theory“ berührt auch bezüglich der sozialen Prävention oder sonstiger sozialmedizinischer Empfehlung deren Konfliktfeldern unmittelbar. Fachwissenschaftliche Analysen, deren Bewertung und die Folgerungen für das Handeln sind soziale Entscheidungen. Auch „richtige“ oder „notwendige“ Entscheidungen haben dann stets Folgen, die die Interessen eines Teils der Bevölkerungen verletzen. Dies können Minderheiten ebenso wie Mehrheiten sein. Es kann sich aber auch um die Interessen künftiger Generationen handeln, die unterstützt oder verletzt werden. Die Durchsetzungsfähigkeit „richtiger“ präventiver (bzw. prospektiv wirksamer) Entscheidungen berührt also unmittelbar die Frage nach den jeweils durchsetzungsfähigen Interessen und nach der Revisionsfähigkeit heutiger Entscheidungen in der Zukunft.

Unvermeidbar entsteht so die hochrelevante und auch sehr praktische Frage nach den Grundlagen von „richtigen“ Entscheidungen (also etwa beim prospektiven Gesundheitsschutz). Wissenschaft und Werteüberzeugungen können sich dabei ergänzen, ebenso aber als Wissen und Glauben, bzw. Wissen und Überzeugung einander diametral gegenüberstehen. Die praktische Notwendigkeit, z. B. in der sozialmedizinischen Praxis, Entscheidungen von normativer Bedeutung zu begründen, ist nur so weit lösbar, wie formalisierte Normen einen stabilen Rechtsgrund schaffen. Da dieser aber zunächst formuliert und konsentiert werden muss, bleibt dieser Sachverhalt ein grundsätzlich schwieriges Referenzproblem, hier bei der Auseinandersetzung mit potenziellen künftigen Gefährdungen.

Beispiel:

So wie „Die Pest von London“ ein historisches Beispiel gibt, ist die Auseinandersetzung mit AIDS und Covid ein gegenwärtiges Präventionsbeispiel. Die Wahrnehmung einer bis dahin unbekannten Epidemie bezüglich einer dann als AIDS bezeichneten Krankheit etwa in der Mitte der 1980er Jahre darf auch aus heutiger Sicht noch als eine globale soziale und auch sozialmedizinische Herausforderung gesehen werden. Der Kern dieser Herausforderung betraf und betrifft nicht allein die Folgen dieser Krankheit und deren quantitative Verbreitungsdynamik, sondern auch die ungleiche Verteilung der Erkrankungsfälle über die Bevölkerung, z.B. mit

dem besonderen Risikocluster promiskuitiv lebender homosexueller Männer. Analog komplex sind die Fragen, wenn in Bezug auf die Covidpandemie offenkundig ist, dass es einer globalen Bekämpfungsstrategie bedarf, die in der Realität nicht zu erzeugen und auch nicht durchzusetzen ist.

Damit sind unabhängig von AIDS und Covid u.a. zwei Fragen zu beantworten:

1. Sind die historischen Methoden der Epidemiekämpfung mit Diskriminierung und Isolierung der Gefährdeten und der Betroffenen „richtige“ und präventionsadäquate Handlungsstrategien? (Siehe hierzu auch *Labisch, A. (1992): Homo hygienicus. Campus Verlag Frankfurt, New York, ISBN 3-593-34528-5.*)
2. Sind die soziale Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Sexualität und analog Kontaktverbote und ihre Akzeptanz eher die „richtige“ Präventionsstrategie und liegt hier überhaupt das entscheidende Präventionsproblem?

Während AIDS und Covid übertragbare Viruserkrankungen sind, sind die entsprechenden Epidemien soziale Phänomene und müssen in deren Kontexten beurteilt werden. Sie können deshalb auch nur mit sozialen Mechanismen und Interventionsmethoden beherrscht werden. Viele, jedoch global bei weitem nicht alle Staaten, haben mit Programmen der Bildung, der Kompetenzstärkung und der sozialen Enttabuisierung homosexuellen Lebens die nachweislich richtigen Entscheidungen getroffen. Die Strategiefindungen haben sich dabei selbst als überaus kontroverse soziale und wissenschaftliche Diskursprozesse erwiesen. (Siehe hierzu auch *Niehoff, J.-U., Sönnichsen, N. AIDS – Eigenschaften einer echten Epidemie. Zeitschrift für Klinische Medizin 42 (1987)24, 2141-2145, Niehoff, J.-U. (2011): Sozialmedizin systematisch. S.109, 3. Auflage, UNI MED Verlag 2011 Bremen, London, Boston*) Für die je nationalen Covid Epidemien und die globale Covid Pandemie sind diese Diskursprozesse (zumindest zum Zeitpunkt der Vorbereitung dieser Auflage) nicht abgeschlossen.

Die allgemeinen Eigenschaften von auf Gefährdungszunahmen zurückzuführenden Epidemien (siehe auch Heft 3) können wie folgt zusammengefasst werden:

- Gefährdungszunahmen führen zu einer passageren Zunahme von Neuerkrankungen.
- Gefährdungsbedingte Epidemien sind keine Eigenschaften von Krankheiten, sondern von Bevölkerungen. Sie betreffen eine Bevölkerung immer selektiv. Selektionsmerkmale können sein: Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand, soziale Lage, Bildung, Region, Beruf, Lebensstil etc.
- Für die Identifizierung einer Epidemie ist die Benennung der spezifisch auch unterschiedlich Betroffenen (epidemiologische Potenziale) unerlässlich. In Bezug auf eine definierte Krankheit können in einer Bevölkerung nebeneinander echte Epidemien sowie diagnostisch und therapeutisch bedingte Epidemien und auch reziprok verursachte Regressionen ablaufen.

- Zwischen den Ursachen einer Epidemie und ihrem Beginn können große Zeiträume vergehen (epidemische Latenzzeit). Die Ursachen einer echten Epidemie können also lange vor der sichtbaren Wirkung liegen.
- Das Wirken von Epidemieursachen ist nicht zwangsläufig an das Auftreten einer echten Epidemie gebunden. Ein solcher Fall ist gegeben, wenn sich epidemische und präventive Wirkungen kompensieren.
- Echte Epidemien sind dem Trend aufgesetzte Störungen, deren Verlauf von den Eigenschaften der betroffenen Bevölkerung (Struktur des epidemischen Potentials) und der Latenzzeit der Krankheit bestimmt wird.
- Die Intensität einer epidemischen „Störung“ wird von einer Reihe von Faktoren mitbestimmt, so z.B. von
 - der Bevölkerungsstruktur
 - sozialen Wirkfaktoren
 - der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen
- Epidemische Prozesse sind Eigenschaften von Bevölkerungen und erfassen diese zumeist in sehr unterschiedlicher Weise. Im Verlauf einer Epidemie verändert sich zudem die epidemischen Potentiale quantitativ und strukturell.

Beispiel:

Es gibt keine umfassende Übersicht zu den die Menschheitsgeschichte begleitenden großen Epidemien. Neben den Gefährdungszunahmen im Gefolge von Raubzügen und Eroberungen, der Versklavung und Vertreibung von Menschen sowie ihnen verursachten geschichtlich bedeutsamen Umwelt- und Sozialkatastrophen sind u.a.

- *die Pestepidemie 1545 unter der mittelamerikanischen Aztekenbevölkerung durch von den Eroberern eingeschleppte Erreger mit bis zu geschätzten 15 Millionen Toten*
- *die großen historischen Seuchen (z.B. Pest, Pocken, Lepra, Cholera, Malaria, Grippeepidemie von 1918/1919)*
- *die beständigen Bedrohungen durch die Tuberkulose sowie dauerhafte Fehl- und Mangelernährung*
- *die Opiumkriege gegen China im 19. Jahrhundert*
- *die großen Industrieunfälle von Openau 1921, das Dioxinunglück Seveso, Bophal 1984, Tschernobyl 1986, Kolontar 2010 oder Fukushima 2011*
- *die Talidomid-Katastrophe 1961*
- *die beiden Weltkriege des 20. Jahrhunderts*
- *die Folgen der Atomwaffeneinsätze und -tests*

- der Einsatz von Agent Orange zur chemischen Kriegsführung gegen die vietnamesische Bevölkerung in den Jahren 1967 und 1968
- die kriegs- und elendsbedingten Flüchtlingskatastrophen des 21. Jahrhunderts
- die Choleraepidemie im Jemen mit geschätzt bis zu 1.000.000 Fällen 2015-2017
- die Pestepidemie auf Madagaskar 2017

Gefährdungsänderungen für die Gesundheit sind sowohl Folgen gewollter wie auch nicht gewollter Prozesse. Sie wirken zudem auf Bevölkerungen immer ungleich oder zeitversetzt. Jede der hier beispielhaft benannten Gesundheitskatastrophen hatte/hat Folgen, die über die Betroffenheit der Individuen hinausgehen. Sie haben Konsequenzen, die Familien, Regionen, Staaten und ihre Bevölkerung auch langfristig betreffen.

Soziale Benachteiligungen bezüglich der Gefährdungen der Gesundheit verschärfen sich derzeit global. Dennoch bessert sich die „durchschnittliche“ gesundheitliche Lage der Weltbevölkerung weiterhin. Die „Präventionsgewinner“ sind vor allem Bevölkerungen, die ohnehin im sozialen wie im gesundheitlichen Vorteil sind. Dieser Sachverhalt korreliert der ungleichen Teilhabe der Menschen an der globalen wirtschaftlichen Entwicklung. Präventionswirkungen können deshalb immer auch die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen Teilen einer Bevölkerung werden.

Beispiel:

In den USA haben 20 % der Bevölkerung seit 1979 Einkommensverluste erlitten und weitere 40% hatten keine die Zunahme der Lebenshaltungskosten ausgleichenden Zuwächse gehabt (<https://de.scribd.com/document/246876978/Distribution-of-Income-and-Taxes>). Vergleichbares trifft (zeitversetzt) für Europa zu (London School of Economics: An Interview with Thomas Piketty, Paris 8th July 2015, Mike Savage Working Paper 1 (2015), S. 14.) Die sozialschichtspezifischen Lebensdauern belegen durchweg die Effekte auf die Gesundheit: die mittleren Lebensdauern nehmen zu, deren soziale Spreizungen bleiben aber erheblich. Es wäre demnach nur folgerichtig, systematisch auch die unterschiedliche soziale Wirksamkeit von Prävention darzustellen und die Ergebnisse zielsetzend zu formulieren.

Die Beurteilung von Gefährdungsabnahmen zielt sowohl auf die allgemeine Bewertung von Veränderungen der Lebensweise (Verlierer und Gewinner) wie auch auf die Evaluation von Präventionsprogrammen. Im Mittelpunkt stehen dabei zwei Fragen: WAS ist präventiv tatsächlich wirksam? WER profitiert von den Chancen der Prävention und wer nicht?

2.2 Der Wandel von Versorgungsbedarfen

Die Analyse, Bewertung und Prognose von medizinischen Versorgungsbedarfen ist im Zusammenwirken mit den klinischen Fachgebieten eine der „klassischen“ Aufgaben der Sozialmedizin.

Die Ziele und die Forschungsstrukturen sowie die Wirksamkeit einschlägiger Analysen sind global sehr unterschiedlich. Sie liegen entweder in den Aufgabenbereichen staatlicher Behörden und ihnen zugeordneter Fachgremien, sind als Forschungsaufgabe öffentlichen Einrichtungen zugewiesen oder werden von privatwirtschaftlichen Instituten und Stiftungen wahrgenommen. Bei Letzteren handelt es sich z.T. um global aktive „think tanks“ von erheblicher globaler politischer Einflussmacht.

Die medizinische Bedarfsanalytik und -planung ist heute weitgehend eigenständig in Consultingunternehmen etabliert, die im Auftrag von Unternehmen der Krankenversorgungswirtschaft arbeiten. Sozialmedizinische Expertise spielt bei den Übergängen von einer öffentlich-rechtlich verantworteten Planung der Krankenversorgung, der Rehabilitation und der Pflege weltweit eine immer geringere Rolle. Das trifft auch für die Aufgaben des hoheitlich zu verantwortenden Public Health zu. Soweit Gegenstand akademischer Forschung, ist dieser im Wesentlichen unter dem Dach der Versorgungsforschung (siehe Heft 7), in einigen Ländern auch unter dem des Versorgungsmanagements oder auch der Gesundheitsökonomie oder der Versicherungsökonomie etabliert. Analog divers sind die untersuchten Sachthemen. Diese Entwicklungen sind so weit zwangsläufig, als mit den Übergängen der Krankenversorgung und der Prävention in marktwirtschaftliche oder diesen analoge Strukturen sich auch öffentlich-rechtliche Regulationen grundlegend verändern. Damit schwindet auch das politische Interesse an einer sozial egalitären Zugänglichkeit entsprechender Sicherungen und Leistungen. Das ist zumindest für solche Staaten zu beobachten, die sich nicht mit Transformationen bestehender Systeme auseinandersetzen müssen, sondern am Beginn des Aufbaus entsprechender Systeme stehen. Entsprechende akademische gesundheitswissenschaftliche Forschungs- und Bildungsstrukturen übernehmen dabei die Aufgabe des Übergangs von sozialkompensatorischen Planungen zu unternehmerischen Managemententscheidungen.

Die Prognose von Versorgungsbedarfen bedarf der Zusammenarbeit der medizinischen Fachgebiete. Nur diese können letztlich die Expertise bezüglich der fachspezifischen Innovationsprognosen bereitstellen, während von der sozialmedizinischen Expertise die übergreifenden bevölkerungsbezogenen Bedarfsprognosen und die Prognosen zur Versorgungsorganisation erwartet werden müssen. Sie ist so Teil der Sozialplanung, soweit Staaten hieran Interesse haben.

Für solche Bedarfsprognosen stellt die Sozialmedizin ein eigenes methodisches Arsenal bereit. Ihre Kernaufgabe ist die Abbildung der sozialspezifischen Bedarfe und

die Empfehlung von Lösungsvarianten für Konzepte der Minimierung und Vermeidung von Benachteiligungen in Prävention, medizinischer Versorgung und Rehabilitation. Die Verpflichtung auf Unabhängigkeit und Interessenneutralität ist dabei eine Norm sozialmedizinischer Expertise.

3 Medizinische Versorgung und Ungleichheit

Die Sicherung des Zugangs zu bedarfsgerechten medizinischen Hilfen ist eine der praktischen Aufgabenfelder der Sozialmedizin.

Kommentar:

Die Forderung nach sozialstrukturell bedarfsgerechter medizinischer Versorgung macht nur Sinn, weil die Bedarfe Kranker immer ungleich sind und (im Regelfall) die Bedarfsentscheidung (Indikation) staatlich lizenzierter fachlicher Expertise übertragen ist. Medizinische Versorgung kann zudem nur in dem Maße in den Kontext von „Gerechtigkeitserwartungen“ gestellt werden, wie Bedarfsentscheidungen „richtig“ und „berechtigt“ sind. Das setzt die Existenz einer konsentierten und überprüfbaren Norm, bzw. die Begründungspflicht von Abweichungen von dieser Norm voraus.

Beispiel:

Jeder Medizinstudent hat vermutlich bereits während des Studiums den Satz gehört, wer heilt habe auch recht. Das soll bedeuten, dass der Erfolg die Methode rechtfertigt und keines sonstigen Wirksamkeitsnachweises bedarf. Dieser Satz wird immer dann als Argument genutzt, wenn evidenzbasierte Studien zu definierten Krankheiten und begründbaren Therapiekonzepten und reproduzierbaren Ergebnissen fehlen oder – aus welchen Gründen immer – nicht zur Kenntnis genommen wird. Er macht ggf. aus einer wissenschaftlichen Medizin ärztliche Kunst und ersetzt Wissen durch Mythos. Der Satz wird auch gern genutzt, wenn gegen Standards in Diagnostik und Therapie argumentiert wird. (Siehe auch Ernst, E.: Wer heilt, hat nicht immer recht. Wiener klinische Wochenschrift. März 2009, Volume 121, 5-6, pp 223-224.)

Die Vielfalt von Behandlungsbedarfen und die vorausschauende Kalkulierbarkeit der zu ihrer Behandlung notwendigen Ressourcen sind für die Ausgestaltung der Krankenversicherung und der Krankenversorgung im Falle einer legal zwingenden normativen Bedarfsgerechtigkeit wichtige Sachverhalte. „Ungleichheit“ bedarf dann der Erläuterung.

Menschen nehmen Kranksein, im Besonderen chronisches Kranksein, unterschiedlich wahr. Sie entscheiden sich zudem individuell, ob und wie sie professionelle Hilfeangebote nutzen. Bedarfsschätzungen haben also immer auch einen individuellen Entscheidungsaspekt der Patienten, wie sie auch einen legalen Aspekt der Leistungsgewährung haben. Die Kompetenzen sich selbst zu helfen oder mit professionellem Rat umzugehen, sind bei Menschen mit gleichen Krankheiten verschieden. Trotz erheblicher analytischer Anstrengungen für den individuellen Lebensverlauf Erkrankungen vorherzusagen, gelingt dies nur im Falle „sicherer“ genetischer Determination

oder im Falle von analog „sicheren“ Expositionen. In der Regel gelingt (bislang) die Voraussage spezifischer Erkrankungen und vor allem des Zeitpunktes einer Erkrankung nicht. In den Grenzen statistischer Konfidenz kann hingegen die Menge zu erwartender Erkrankungen in einer Bevölkerung und die diesen zurechenbaren Aufwendungen vorhergesagt werden. Diese Schätzung entspricht dann dem prospektiven Bedarf. Die Vielfalt der Bedarfe und ihre ungleiche Verteilung steht also immer auch in einem Spannungsverhältnis zu notwendigen Standardisierungen von Versorgungsstrukturen, -prozessen und -methoden sowie von dezentralen und zentralisierten Versorgungsangeboten. Es geht also um die Schätzung von Produktmengen und die bevölkerungsspezifische und lokale Zuordnung im Spannungsfeld dezentralisierter, bzw. wohnortnaher und monopolisierter Großanbieter.

Vor diesem Hintergrund kann die Gleichheit eines Rechtsanspruchs auf medizinische Hilfe im Krankheitsfall nur garantiert werden, wenn ein „hinreichend“ breites Spektrum fachlicher Kompetenzen für eine in ihrem Umfang und in ihrer (Risiko-)Struktur definierten Bevölkerung vorgehalten wird. Diese Breite soll zumeist durch die Verfügbarkeit einer „allgemeinen“ Medizin gesichert werden. Diese „allgemeine Medizin“ variiert global erheblich. Sie ist sowohl eine lizenzierte fachärztliche Allgemeinmedizin oder folgt einer speziell etablierten Triage durch nicht ärztliches Fachpersonal oder (künftig wohl in wachsendem Maße) intelligente Technologien. Sie wirkt in jedem Falle als Verbindung zwischen einer allgemeinen und einer spezialisierten Medizin, die selektive diagnostische und krankheitsspezifische Kompetenzen anbietet.

Das wirft die Frage auf, wie Systeme der Krankenversorgung, die gleiche Rechtsansprüche garantieren, mit der Varianz von Bedarfen und u.U. mit der Vielfalt von Organisationsformen der Krankenversorgung umgehen. Eine solche Varianz hat mindestens zwei Aspekte. Der eine betrifft die Varianz der Angebote und deren Vernetzung. Der andere betrifft die Varianz der Inanspruchnahme durch die potenziellen Nutzer. Neben der Frage der Rechtsgleichheit der Gewährung von Versorgungsleistungen ist deren Inanspruchnahme deshalb ein Schlüsselthema der Debatte um Ungleichheiten.

In der praktischen sozialmedizinischen Arbeit ist die analytische und gutachtliche Begleitung zugesicherter gleicher Rechtsansprüche, bzw. die Verhinderung von unberechtigten Vorteilsnahmen und Benachteiligungen, eine beständige Aufgabe. Das ist zwingend eine medizinisch-fachliche Aufgabe, wenn die Wirkprinzipien von Krankenversorgungssystemen, die Leistungsgarantien unter dem Vorbehalt eines konditionierten Bedarfs stehen und nach den Prinzipien von Sachleistungen gewährt werden. In solchen Fällen ist der Patient per Rechtslage kein souveräner und autonomer Kunde, der ein Produkt wählt und kauft. Er ist mit seinen berechtigten Ansprüchen von der individuellen Bedarfsentscheidung des Anbieters der Leistung abhängig und der wiederum von den Leistungskatalogen der Finanzierungsträger.

In Versorgungssystemen, deren explizites Ziel der Ausgleich sozial ungleicher Zugangschancen zu medizinischen Hilfen ist, ist die Ungleichheit von Leistungsgewährungen ggf. eine zwingende Voraussetzung, entsprechende Gleichheitsziele auch er-

reichen zu können. Dabei ist als Problem anzuerkennen, dass unter solchen Bedingungen die Asymmetrie der Positionen von Leistungserbringer und Patient schwer aufzulösen ist. In fiskalischen und parafiskalischen Systemen, die nach Sachleistungsprinzipien arbeiten, sind Patienten also keine Kunden. Solidarische Systeme mit gleichen Rechtsansprüchen schließen die Kundennatur von Patienten aus. Versuche, dies ändern sind deshalb taktische Entscheidungen in der strategischen Linie, einer gegen solidarische Systeme gerichteten Transformationspolitik.

Die so adressierte „Ungleichheit“ gewinnt an Komplexität, wenn tradierte Laiensysteme medizinischer Hilfen und „verberuflichte“ Systeme nebeneinander existieren und diese parallel, also sowohl traditionsgebunden als auch nach wissenschaftlichem Standard genutzt werden. Beide Systeme konkurrieren miteinander und stehen für unterschiedliche soziale Leitbildkonstruktionen. Sie haben unterschiedliche Zugangsregeln und -hürden sowie auch unterschiedliche wirtschaftliche Grundlagen.

Beispiel:

Das Aufeinandertreffen einer wissenschaftsgeleiteten Medizin und der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) steht weltweit und modellartig, also nicht nur im Falle der TCM und in China, für einen komplexen und kulturell ungleichen Umgang mit Kranksein. Die Folgen dieser Gegensätzlichkeiten sind unvermeidbar auch sozialmedizinisch relevant. Sie berühren die Gleichheit von Rechtsansprüchen in öffentlich-rechtlich konstituierten Systemen. Das frühere Institute of Medicine der USA, heute Academy of Medicine, sah sich deshalb verpflichtet, der sog. „Complementary and Alternative Medicine (CAM)“ eine eigene Aufmerksamkeit zu widmen: "Complementary and Alternative Medicine (CAM) is a broad domain of resources that encompasses health systems, modalities, and practices and their accompanying theories and beliefs, other than those intrinsic to the dominant health system of a particular society or culture in a given historical period. CAM includes such resources perceived by their users as associated with positive health outcomes. Boundaries within CAM and between the CAM domain and the domain of the dominant system are not always sharp or fixed." (Institute of Medicine (US) Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public (2005): Complementary and Alternative Medicine in the United States. Washington (DC): National Academies Press (US). In der Praxis umfassen solche alternativen Methoden vor allem die Chiropraxis, Pflanzenmedizin, die sog. Traditionale Chinesische Medizin (TCM), Unani, Ayurveda, Meditation, Yoga, Biofeedback, Hypnose, Homöopathie, Akkupunktur, Diäten etc. In diesem Zusammenhang sind die Zulassung, die Überwachung, die Regelungen für die Zugänglichkeit unter den Bedingungen einer evidenzbasierten Medizin, Haftungsfragen und nicht privatvertragliche Honorierungsregelungen beständige Konfliktgegenstände, die ggf. auch die Gleichheit von Ansprüchen berühren. Auch die Cochrane Collaboration sah sich veranlasst, zur Komplementärmedizin Stellung zu nehmen: "What are considered complementary or alternative practices in one country may be considered conventional medical practices in another. Therefore, our definition is broad and general: complementary medicine includes all such practices and ideas which are outside the domain of conventional medicine in several countries and defined

by its users as preventing or treating illness, or promoting health and well-being. These practices complement mainstream medicine by 1) contributing to a common whole, 2) satisfying a demand not met by conventional practices, and 3) diversifying the conceptual framework of medicine." (Manheimer, E, B Berman (2007), Cochrane Complementary Medicine Field: Scope and Topics. The Cochrane Library. John Wiley & Sons. <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clabout/articles/CE000052/frame.html>, last checked 03.09.2014. Es ist also zur Kenntnis zu nehmen, dass es zur evidenzbasierte Medizin Alternativen jenseits einer wissenschaftlichen Medizin gibt, die u.U. legal angeboten und nachgefragt wird.

Ein anderer Bezug ist die soziale Ungleichheit der Rechte und der Chancen des Zugangs zu medizinischer Versorgung. Es ist Teil der globalen Wirklichkeiten, dass Ansprüche auf Krankenversorgung für alle Bürger keine allgemeine Rechtsnorm sind. Solche Forderungen werden zudem nicht allgemein akzeptiert. Ist die allgemeine Zugänglichkeit medizinischer Versorgung hingegen ein Gesellschaftsziel, muss sich sozialmedizinische Praxisarbeit mit den Realitäten der Umsetzung entsprechender Rechtsnormen auseinandersetzen. Ist dies hingegen nicht der Fall, verbleibt die Forderung nach gleichen Zugangschancen zu medizinischer Versorgung nur ein moralischer Appell, entsprechende Rechtsnormen zu schaffen.

Rechtssysteme, in denen die Gleichbehandlung aller Bürger im Falle notwendiger Krankenversorgung eine Rechtsnorm ist, stehen vor der ständigen Forderung, eine solche Norm vor Verletzung zu schützen. Diese Norm muss dann aber auch ein beständiger Gegenstand des öffentlichen Diskurses sein. Das ist im Besonderen der Fall, wenn Versorgungsbedarfe durch Verschuldensargumente konditioniert werden.

Sozialmedizinische Expertise urteilt nicht über Schuld und Verschulden.

Die Ungleichheit von Menschen und ihren Bedarfen ist das wichtigste praktische Expertisefeld der Sozialmedizin. Der Kern ihrer Expertise ist die Ermittlung und Darstellung von Sachverhalten und deren sachverständige Beurteilung. Bedingungen, Ursachen, Mechanismen, potenzielle Folgen, Bedarfe und Prognosen sind der Expertise zuzurechnen, nicht aber deren rechtliche Wertung. Das gilt analog für die sachverständige Prüfung von Ungleichheitsfolgen bezüglich der Feststellung von Bevorteilungen wie von Benachteiligungen im Zugang zur medizinischen Hilfe.

Die praktischen Arbeitsfelder sind in diesem Kontext

- Empfehlungen zu prioritären regionalen und bevölkerungsbezogenen Versorgungszielen
- die Mitwirkung an Konzepten des regionalen und sozialen Nachteilsausgleichs

- gutachtliche Empfehlungen zu individuellen Bedarfen im Kontext der jeweilig geltenden normativen Grundlagen eines Krankenversorgungssystems (medizinische Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege)
- medizinisch-fachliche Beratung von Leistungsträgern in versorgungsstrategischen Fragen
- die Abschätzung der kapazitiven Ressourcen- und der Infrastrukturbedarfe für die medizinische Versorgung
- Empfehlung von Versorgungsmodellen für spezielle Problemkonstellationen
- Evaluation und Assessment von erbrachten medizinischen Leistungen, der Bedarfsprognose und der sozialen Effektivität der Angebote
- Mitwirkung an der normativen Ausgestaltung des Zugangs zu medizinischen Versorgungsleistungen nach dem Stand der Wissenschaft

Unter der Maßgabe des Gebots der Gleichbehandlung ist der Nachteilsausgleich ein Kernthema des Fachgebiets. Ein solcher Ausgleich verlangt zwingend, auf Bedarfe im Sinne der Indikationsgerechtigkeit ggf. ungleich zu reagieren. Die empirischen Wirklichkeiten der realen Ungleichheiten und die Konzepte sozial gleicher Rechtsansprüche werden so zu den maßgebenden Normenentscheidungen von Krankenversorgungssystemen.

Beispiel:

Herr A und Herr B sind beide 67 Jahre alt. Herr A lebt unter sozial komfortablen Bedingungen und hat in seinem Berufsleben als Ingenieur gearbeitet. Er kann sich auf soziale Sicherheit und familiäre Unterstützung verlassen. Herr B lebt hingegen allein und am Rande des Existenzminimums. Er hat weite Wege zur medizinischen Versorgung bei eingeschränkter Mobilität. Um sein Leben zu bewältigen, trägt er täglich gegen geringes Entgelt ab 5 Uhr morgens Werbepost aus. Herr A und Herr B erkranken an einer Makuladegeneration und haben den gleichen regelmäßigen diagnostischen Versorgungsbedarf. Dennoch ist die Ungleichheit ihrer Situation unverkennbar. Sie verlangt ungleiche Hilfen, soll dem Gleichbehandlungsgebot entsprochen werden. Ihm muss zwingend entsprochen werden, wenn dieses Gebot nicht nur eine „gute“ Absicht, sondern eine legale Norm ist.

Die Begrenzung des Leistungsanspruchs auf den indikationsspezifischen Bedarfsfall ist die Besonderheit des Gleichheitsgebots im Falle medizinischer Versorgung. Diese Konstruktion anerkennt, dass Menschen ungleiche Bedarfe haben und dass deren Anerkennung an legale und an medizinische Normen gebunden ist. Sie überlässt die Bedarfsentscheidung in nicht marktregulierten Versorgungssystemen nicht dem Patienten, garantiert diesem aber die Mitwirkung an der Therapieentscheidung.

Es ist deshalb immer auch klarzustellen, auf welche Personen und Sachverhalte sich der Bedarf an notwendigen und zweckmäßigen medizinischen Versorgungsleistungen bezieht, wenn das Gleichbehandlungsgebot umzusetzen ist. Eine Fallstandardisierung ohne Beachtung der Ungleichheit der sozialen Bedarfe widerspricht diesem Gebot. Die jeweils politisch anerkannten Konzepte von Gleichheit und Ungleichheit gewinnen so unmittelbar praktische Relevanz.

Vergesellschaftetes menschliches Leben ist durch Normen reguliertes Leben. Für die medizinischen Wissenschaften wird damit „die Norm“ in doppelter Hinsicht maßgeblich: einmal als medizinische und zum andern als sozialrechtliche Norm. Beide „Normenwelten“ bestehen zunächst unabhängig voneinander, müssen aber zueinander in Bezug gesetzt werden, wenn sie „richtige“ Entscheidungen begründen sollen. Sie legitimieren so therapeutische und zunehmend auch präventive medizinische Interventionen, um „Normalität“ wiederherzustellen oder zu erhalten. Vor dem Hintergrund der menschlichen Varianz heißt das, individuell „richtige“ Entscheidungen vor einer medizinischen Intervention zu treffen, also die Ungleichheit oder auch die Gleichheit von „Fällen“ zu bewerten.

Eine solche Forderung berührt die professionalisierte medizinische Versorgung unmittelbar. Das ist etwa der Fall, wenn soziale Normen für die Lebensalter oder auch die biologischen Geschlechter oder für Kranke, Behinderte oder für Menschen, die der Assistenz bedürfen formuliert und umgesetzt werden müssen. Solche Normensetzungen differenzieren Rechtsansprüche und vereinheitlichen sie zugleich.

Beispiel:

Gleichgültig wie die Legislativen der Staaten den Beginn des Lebensalters mit Anspruch auf Rentenzahlung oder wie sie den Beginn des Erwachsenenalters oder die Dauer des Erwerbslebens rechtlich regeln, diese Regelungen folgen immer der Annahme, kalendarisch gleichaltrige Personen seien auch biologisch gleich alt und seien folglich auch hinsichtlich der an sie zu stellenden berechtigten Forderungen gleich. Wegen der erheblichen Modifikabilität des biologischen Alters und des Alterns sind diese Gleichheitsannahmen biologisch und medizinisch schwer zu begründen. Bestenfalls durch eine gutachtliche Stellungnahme im Einzelfall kann ein solches Argument in die Sachverhaltsbeurteilung eingeführt werden. Eine grundsätzliche Lösung des Problems folgt hieraus nicht, weil – zumindest bislang – die Rechtsordnungen global nur eine kalendarische Messung des Lebensalters zulassen. In der unmittelbaren medizinischen Versorgung steht aber einer Differenzierung von medizinischen Maßnahmen nach dem biologischen Alter nichts entgegen.

Die Ungleichheit der Menschen steht so ggf. im Konflikt mit der normativen Gleichheit von sozialen Ansprüchen. Dieser Konflikt ist kaum aufzulösen. Weder kann je für jedes Individuum ein eigenes Normengerüst geschaffen werden, noch kann erwartet werden, dass Normen in Bezug auf jedes Individuum eine „richtige“ oder zutreffende

Handlungsgrundlage sein können. Bereitet die Begrifflichkeit „Norm“ schließt ihre Individualität aus. Dieses Problem bekommt eine besondere Nuancierung, wenn Sachverhalte der Ungleichheit gegen Benachteiligungen abzugrenzen sind. Rechtliche und materielle Infrastrukturen für (z.B. medizinische) Hilfeleistungen führt dies in vielfältige Dilemmata, wenn gleiche Rechtsansprüche nicht nur als Angebot formuliert sind, sondern als Anspruch auch eingefordert werden.

Beispiel:

Unter der Voraussetzung, die Rechtsordnung eines Staates gibt jedem seiner Bürger das gleiche Recht auf Zugang zu notwendiger medizinischer Versorgung, führte dies dennoch in komplizierte nachfolgende Fragen bei der Durchsetzung eines solchen Anspruchs. Es ist ohne zusätzliche Festlegungen unklar, was normativ eine notwendige Versorgung ist. Es ist auch kaum zu klären, wie bei ggf. tausenden verschiedenen ärztlichen Gutachtern „Notwendigkeiten“ individuell zutreffend standardisiert werden können. Vor allem besagt eine solche Norm nicht, wie dieser Anspruch eingelöst werden kann, wenn Millionen von Individuen einer Bevölkerung „Notwendigkeiten“ für sich unterschiedlich interpretieren.

Das Problem gewinnt angesichts der weltweit zu beobachtenden Bemühungen um die Überführung des tradierten medizinischen Selbstverständnisses in eine fall-, kosten- und preisstandardisierte „Produktmedizin“ erhebliche Bedeutung. Soziale Ungleichheiten werden durch fallstandardisierte Produkte eher verstärkt als ausgeglichen. Deren Ziel ist letztlich Marktkonformität, nicht Sozialkompensatorik. Die Gleichheit der Produkte hat mit dem Gleichbehandlungsgebot nichts zu tun, wenn die soziale Ungleichheit keine Dimension der Produktklassifikationen ist.

Die Sicherung gleicher Rechtsansprüche auf der Basis einer individuellen und fachlich begründeten Expertise zur Gleichheit oder Ungleichheit der Bedarfe ist eine der Ursprünge der praktischen Sozialmedizin. Wenn es die Voraussetzung sachgerechter Entscheidungen ist, für jeweils gleiche Personen oder Sachverhalte angemessene richtige Entscheidungen auf der Basis von legalen Gleichheitsansprüchen zu empfehlen, sind fachliche Normensetzungen und entsprechende Expertisen im Einzelfall die Mechanismen, Verschiedenheit zu respektieren und Benachteiligung zu vermeiden.

Soweit in den Rechtsordnungen der Staaten die Gleichheit des Anspruchs auf medizinische Versorgung und des Zugangs zum sozialen Management von Krankheitsfolgen legale Normen sind, wird es zwangsläufig auch die Notwendigkeit geben, die individuellen Rahmenbedingungen für die Erfüllung des Gleichheitsanspruchs medizinisch sachverständig zu bewerten.

Zur Auflösung des Dilemmas versuchen die legalen Entscheidungsträger u.a. zwei Konzepte zu platzieren: Eines definiert mittels unterschiedlicher methodischer Varianten selektiv versicherungsfähige Produktkataloge, die den Bürgern auf der Basis

von Wahrscheinlichkeitskalkülen eines künftig eintretenden Bedarfs angeboten werden. Ein anderes macht Leistungen einer sog. „simple und defensive medicine“ versicherungsfähig. Es begrenzt den Versicherungsumfang auf präventive, vor allen diagnostische Leistungen, die eine sehr hohe Umsatzgröße garantieren, über Menge und Preis mit überschaubarem Aufwand zu kalkulieren sind und als medizinische Leistungen ein geringes Haftungsrisiko haben. Der auch als Obamacare benannte „Affordable Healthcare Act“ der USA ist hierfür ein Beispiel.

4 Soziale Lagen und Gesundheit

In der sozialmedizinischen „Ungleichheitsforschung“ werden Konstrukte zur Beschreibung „sozialer Lagen“ genutzt, um die Lebenssituationen einzelner Bevölkerungsgruppen bezüglich der Chancen(un)gleichheit ihre Gesundheit zu schützen, medizinische Hilfe zu erlangen und Krankheitsfolgen zu bewältigen, auch differenzierend abbilden zu können.

Das Konstrukt „soziale Lage“ spielt in der sozialmedizinischen Forschung seit der akademischen Konstituierung des Fachgebiets eine zentrale Rolle. Hier wird die Auffassung vertreten, dass innerhalb einer sozialen Schicht Menschen verschieden sind und Konstrukte zur Klassifizierung hinreichend disjunkter sozialer Schichten helfen können, die entsprechende Heterogenität abzubilden. Das ist besonders dann wichtig, wenn „gesundheitliche Lagen“ auch über die „sozialen Lagen“ entscheiden und die Hilfebedarfe differenzieren. Es ist eine der Schlüsselerfahrungen sozialmedizinischer „Lagenforschung“, dass je schwerer die gesundheitlichen Einschränkungen sind, die Bedürfnisse von Menschen unabhängig von der Schichtzugehörigkeit ähnlicher werden. Ihre konkrete soziale Lage, nicht ihre Schichtzugehörigkeit differenzieren dann jedoch die notwendigen und jeweils angemessenen Hilfeerfordernisse unter der Voraussetzung eines Willens, die Wirkungen unterschiedlicher Lebenslagen zu kompensieren.

Hinweis:

Das heute präferierte Lagenmodell wurde von dem Soziologen S. Hradil (1946-) entwickelt. Es dient in der Ungleichheitsforschung einer die Schichtenanalytik erweiternde Sozialstrukturbeschreibung. In den jeweiligen mittels „klassischer“ Sozialindikatoren gegeneinander abgrenzbaren sozialen Schichten sollen die „sozialen Lagenmodelle“ eine weitere, vor allem horizontale Strukturierung von Bevölkerungen ermöglichen.

Der Zusammenhang von „Krankheit und sozialer Lage“ steht mit am Anfang der Herausbildung der Sozialmedizin als eigenständiges Handlungs- und dann auch als akademisches Forschungsfeld (Mosse, M., Tugendreich, G. *Krankheit und Soziale Lage*. München 1913; WisoMed Verlag 1994 (reprint). Möglicherweise ist es sinnvoll, statt von sozialer Lage besser den Plural „soziale Lagen“ zu verwenden.

Auch bei der Beschreibung gesundheitlicher Nachteile und Vorteile sind „soziale Lagen“ ein regelhaft notwendiger Bezugsrahmen. Er korrespondiert der Beobachtung, dass die Besserung sozialer Lagen positive Gesundheitsfolgen hat und ihre Verschlechterung negative. Der Begriff „soziale Lagen“ bezeichnet allgemein, die Verteilung der Chancen, innerhalb einer Bevölkerung individuelle Potentiale und Lebenskonzepte verwirklichen zu können. Er ist in der Ungleichheitsforschung ein deskriptiver, kein analytischer Konzeptbegriff. Der Begriff ist im Wesentlichen mit dem der Varianz

der „Lebensbedingungen“ in einer vertikal und horizontal gegliederten Bevölkerung deckungsgleich.

„Soziale Lagen“ beschreiben unter Nutzung einer Vielzahl von Indikatoren die Lebenssituation von Menschen. Neben Alter und Geschlecht sind solche Indikatoren z.B. die Bildung, der Beruf, der Wohnort, die Tätigkeit, das Einkommen, das Vermögen, der Familienstand, die soziale Integration und Absicherung durch Kranken- und Rentenversicherung etc. Solche Indikatoren werden zur Bildung von sozialen Gruppen und Schichten, in einigen Ländern auch zur Beschreibung von sozialen Klassen genutzt, um soziale Strukturen und diesen zuzuordnenden Lebensbedingungen, z. B. hinsichtlich der „gesundheitlichen Lagen“ abzubilden. (Siehe hierzu z.B. auch WHO/Europe / Data and evidence - Core Health Indicators in the WHO European Region 2019. Special focus: Health 2020, letzter Zugriff 16.12.2021.)

Der Begriff „soziale Lage(n)“ ist nicht theoriengeleitet, sondern allein deskriptiv.

Der Begriff klärt folglich nicht die Ursächlichkeit und die Folgen der Varianz der Verschiedenheiten von „Lebenslagen“. Die Beschreibung gruppen- und schichtenspezifischer Lebenslagen geht der Ursachenanalytik allerdings voraus. Beschriebene soziale und diesen dann assoziierte gesundheitliche Lagen sind so wichtige Grundlagen für die Bildung von Hypothesen zur Verursachung wie zu den Folgen der sozialspezifischen Varianz von Gesundheitsproblemen.

Beispiel:

„Die Lage der arbeitenden Klasse in England“ (F. Engels, 1845) wird heute als die wichtigste Studie auch zu den gesundheitlichen Folgen der industriellen Revolution am Beispiel von Manchester und Umgebung gesehen. Sie gewann durch die Schrift von J.T. Hart „A New Kind of Doctor: The General Practitioner’s Part in the Health of the Community. 1988 The Merlin Press Ltd., ISBN 0 85036 299 7) für die Sozialmedizin neuerlich an Bedeutung. In diesem Buch beschreibt Hart die gesundheitlichen Folgen der neuerlichen Umbrüche in der Region Manchester in den 1980er Jahren, also zum Ende des industriellen Zeitalters eben in dieser Region. Diese Geschichte lässt sich möglicherweise fortsetzen, wenn sich die gleiche Region durch die als Industrie 4.0 bezeichneten neuerlichen Transformationen grundlegend verändern wird oder sollte.

Zu den Indikatoren solcher „Lagen“ gehören auch die „gesundheitlichen Lagen“, die gruppenspezifischen Gesundheitsleitbilder, gesundheitsbezogene Normen und Wertorientierungen sowie die gruppenspezifischen Zugänglichkeiten zu medizinischer

Versorgung, zu Prävention, zu Rehabilitation oder zur Pflege. Sie sind aber auch durch die soziale Sicherheit bei Krankheit und deren soziale Folgen gekennzeichnet.

In der sozialen Ungleichheitsforschung werden von den Protagonisten des Konzepts die vertikalen und horizontalen Ungleichheiten genutzt, um die übliche Sozialstrukturanalyse empirisch differenzieren und erweitern zu können. Die praktische Auseinandersetzung mit Abweichungen von der „Gleichheit“ bedürfen dabei zwingend einer sozialstrukturellen Einordnung, die dann gleichsam als übergeordnetes Bezugssystem wirkt.

Einkommen in Relation zum Medianwert des bedarfsgewichteten Haushaltseinkommens	Lebensdauer	
	Männer	Frauen
<60%	70,1	76,9
60-80%	73,4	81,9
80-100%	75,2	82,0
100-150%	77,2	84,4
>150%	80,9	85,3
Gesamt	75,3	83,2

Tab. 1: Mittlere Lebensdauer in Relation zum bedarfsgewichteten Haushaltseinkommen, Deutschland, nach den Daten des sozialökonomischen Panels 1996-2005. (modif. Nach Lampert T. und Mielck, A.)

Hinweis:

Das bedarfsgewichtete Haushaltseinkommen berücksichtigt, dass die pro-Kopf Ausgaben auch von der Anzahl der in einem Haushalt Lebenden abhängen. Die Berechnung folgt einem für die EU geltenden Standard.

Solche „Lagenmodelle“ und ihrer gesundheitsbezogenen Korrelate spielen in der praktischen Sozialmedizin eine die Aufmerksamkeit orientierende Rolle, weil mit ihrer Hilfe einfache und handhabbare Handlungsorientierungen für die Nachteilsprävention und den Nachteilsausgleich verknüpft werden können. Das gilt etwa bezüglich solcher gesundheitsbezogenen Schlüsselprobleme wie Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit, Armut, Gewalt, Sucht, Ernährung oder Mobilität.

4.1 Die Ungleichheit der Individualentwicklung

Der Wandel und die Ungleichheit der Lebensbedingungen modifiziert die Individualentwicklung.

Kommentar:

Auf Bevölkerungsebene spiegelt sich dies in der sozialen Verschiedenheit ontogenetischer Prozesse. Merkmale der Individualentwicklung werden so selbst zu Sozialindikatoren. Die Vorgänge des Wachstums, der Reifung und des Alterns sind genetisch determiniert. Ein Aspekt dieser Determination ist jedoch auch deren Modifikabilität in allen Altersphasen. Ontogenetische Prozesse sind in Abhängigkeit von den biographischen Lebensverläufen und den sozialen Lagen also positiv wie negativ beeinflusst. Solche Modifikationen sind folglich auch Indikatoren des Wandels der Lebensbedingungen und auch Indikatoren für die Wirkung ungleicher Lebensbedingungen auf die Individualentwicklung.

Wenngleich populäre Vorstellungen vom „Altern“ dieses oft mit dem „Altsein“ gleichsetzen, bezieht sich Altern immer auf die gesamte Individualentwicklung und deren jeweilige Ressourcen. Es gibt für erworbene Krankheiten offenbar keine unbedingt determinierte Altersspezifik. Dennoch sind die Gefährdungen krank zu werden über die Lebensphasen des „Alterns“ nach ihrer Art, ihrer Häufigkeit und der Wahrscheinlichkeitsdichte des Auftretens seiner Merkmale (bzw. ihrer kumulativen Verteilungsfunktion, siehe Heft 3) ungleich verteilt. Das gilt analog für die alterstypischen Arten des Krankwerdens und für die alterstypischen Hilfebedarfe.

Die soziale Modifikation des Alterns bewirkt allerdings, dass dessen phänotypische Merkmale den kalendarischen Lebensaltern nicht in allen Lebensabschnitten eindeutig zugewiesen werden können. Aus sozialmedizinischer Perspektive ist folglich der Begriff der „Altersadäquanz“ von Fähigkeiten und Hilfebedarfen kaum zu normieren. Dieser Sachverhalt wird unmittelbar relevant, wenn Rechtsnormen oder auch gutachtliche medizinische Stellungnahmen die Altersadäquanz maßstäblich nutzen.

Beispiel:

In dem gesundheits- und vor allem in den versicherungsökonomischen Debatten spielen Argumente einer altersbezüglichen „Rationierung“ von medizinischen Versorgungsansprüchen immer mal wieder eine größere Rolle, sei es als Forderung oder sei es als Vorwurf. In jedem Fall wird hier deutlich, dass bei Entscheidungen zu altersadäquaten Normen mit Schwierigkeiten zu rechnen ist, wenn diese das kalendarische Alter als Bezug nutzen. Eine besondere Problematik erwächst aus der Sozialspezifität von Alterungsprozessen, wenn die Sozialkompensatorik zugleich auch eine Rechtsnorm ist.

Es ist von besonderem Interesse, dass die Lebensbedingungen einer Bevölkerung konstituierende Lebensweise die Verfügbarkeit und die Nutzung der biologischen Potentiale maßgeblich beeinflussen. Der (ungleiche) Wandel der Lebensbedingungen hat so (auch) einen erheblichen Einfluss auf die Vorgänge des Alterns und kann soziale Ungleichheit verfestigen, anstatt sie aufzulösen.

Die Abbildung solcher Vorgänge und ihrer Varianz ist nur in aufwändigen Kohortenstudien möglich. Soweit heute zu übersehen, sind soziale Bedingungsgefüge (frühkindliche Entwicklungsbedingungen, Bildung, Arbeit, soziales Kohärenzerleben, soziale Selbstbestimmungsfähigkeit etc.) bedeutsame Determinanten der Varianzen des Alterns von Individuen. Das bedeutet aber auch, dass phänotypische Varianzen der Alterung auch auf die Lebensbedingungen zurückzuführen sind. Der Wandel der Lebensbedingungen hat also selbst positive wie negative Folgen für das Altern und für die es begleitenden gesundheitlichen Veränderungen. Folgerichtig können solche Modifikationen als Indikatoren des sozialen Wandels genutzt werden. Entscheidende Einflüsse auf die ontogenetische Dynamik erfolgen offenbar bereits in der fötalen Entwicklung, dann im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter sowie im frühen Erwerbsalter, sind dann aber über die gesamte Lebensspanne wirksam.

Wegen des Fehlens eindeutiger biologischer Abgrenzungen wird die Ontogenese eher durch soziale als durch biologische Kriterien periodisiert. Die Periodisierungen wirken dann auch als eigene soziale Regel- und Normenkonstruktionen. Solche sozialen Konstruktionen sind etwa das Kindesalter, die Jugendzeit, das Erwerbsalter oder das Rentenalter. Diese Konstruktionen sind in vielen Gesellschaften Grundlagen rechtlicher Normensetzungen. Sie sind weltweit unterschiedlich und haben auch weltweit sehr unterschiedliche Folgen.

4.2 Das Kindes- und Jugendalter

Die Periodisierung und Abgrenzung der Zeit des Kindseins und des Übergangs in das Jugendalter wird zumeist über den Eintritt in die Pubertät bestimmt.

Da Kinder zu unterschiedlichen kalendarischen Altern in die Pubertät eintreten und die Verteilung dieses Eintritts zudem modifikabel ist, ist die übliche Normensetzung mit 14 Jahren eher eine soziale Konstruktion als ein natürliches Faktum. Neben der ontogenetischen Deutung der Kindheitsphase und den ihr gemäßen Entwicklungsbedingungen, ist Kindheit also immer auch sozialkulturell und rechtlich definiert. Untergliederungen sind das Säuglingsalter bis unter 12 Monate, das Kleinkindalter bis unter das 3. Lebensjahr, die frühe Kindheit bis unter das 6. Lebensjahr, die mittlere Kindheit bis unter das 10. Lebensjahr und die späte Kindheit bis unter das 14. Lebensjahr. Danach beginnt das Jugendalter.

Die diesen Periodisierungen zuzurechnenden Reife- und Entwicklungsmerkmale folgen allerdings variablen Altersverteilungen. Entsprechende biologische Merkmale sind also immer nur auf diese Verteilungen zu beziehen, nicht auf deren Parameter (Verteilungsmittelwerte, Schiefemaße, Varianzen etc.) Das wirft dann Probleme auf, wenn die Reife kalendarisch Gleichaltriger nennenswert variiert und sich die Verteilungskonfigurationen als von sozialen Gegebenheiten abhängig erweisen. Zudem ist

zu berücksichtigen, dass sich diese Verteilungen mit dem Wandel der Lebensbedingungen in aufeinander folgenden Geburtsjahrgängen ebenfalls als modifikabel erweisen. Folglich gibt es keine für den Einzelfall biologisch singulären Merkmale für die Altersbestimmung sowie für die Abgrenzung des Kindesalters und seiner einzelnen Phasen. Das gilt nicht nur innerhalb einzelner Bevölkerungen, sondern auch im globalen Vergleich.

Beispiel:

In Bevölkerungen mit Geburtsregistern ist die Bestimmung des kalendarischen Lebensalters in der Regel unproblematisch. Die Altersbestimmung von (z.B.) Kindern und Jugendlichen aus Bevölkerungen ohne Altersbeleg kann jedoch erhebliche Schwierigkeiten und Unsicherheiten bereiten, weil aus phänotypischen Merkmalen (z.B.) der Ossifikation der Epi- und der Diaphysen nicht sicher auf das kalendarische Alter geschlossen werden kann. Es kommt als besonderes Problem hinzu, dass in Abhängigkeit von der sozialen Lage, diese Alter variieren können, was in erhebliche Schwierigkeiten führt, wenn Rechtsnormen die Schuldfähigkeit über das kalendarische Alter definieren. Dieses gutachtliche Problem ist analog, wenn neben physischen, auch kognitive, psychische oder emotionale Reifemerkmale genutzt werden.

Fehl- und Mangelernährung sowie frühe schwere körperliche Belastungen (z.B. Kinderarbeit) sind unstrittig erheblich wirksame frühe Modifikatoren. Sofern Kindheit als Phase des Lernens beschrieben wird, hat die Zugänglichkeit von Bildung auch eine Bedeutung für die intellektuelle und emotionale Reifung und somit für die Abgrenzung des Kindesalters von der Jugendzeit. In vielen Staaten ist oder war zumindest in deren Vergangenheit diese Abgrenzung für die Festlegung des Heiratsalters oder des Eintritts in das Arbeitsleben entscheidend. Es ist davon auszugehen, dass es vor dem Hintergrund dieser Sachverhalte bis in die Gegenwart sehr unterschiedliche Vorstellungen davon gibt, wann sich Kindheit und Jugendalter trennen. Dabei ist immer auch zur Kenntnis zu nehmen, dass solche, letztlich rechtlichen Entscheidungsfragen nicht unabhängig von der Altersstruktur der jeweiligen Bevölkerung gesehen werden können.

Die Bedeutung dieses Sachverhaltes ist leicht nachvollziehbar. Es gibt weiterhin Bevölkerungen mit einem Anteil von mehr als 50% von Kindern und Jugendlichen im Alter von unter 15 Jahren. Die International Labor Organization (ILO) bestimmt offenbar deshalb den Beginn des Erwerbsalters mit 15 Jahren und anerkennt damit den Beginn der Erwerbstätigkeit als einen unverzichtbaren Beitrag von Jugendlichen zur Sicherung ihrer individuellen Überlebensmöglichkeit wie die ihrer Familien.

Beispiel:

In Preußen wurde im Jahre 1839 die Fabrikarbeit von Kindern unter 9 Jahren und 1853 dann unter 12 Jahren verboten. Mit Ausnahme der gewerblichen Heimarbeit und der Landwirtschaft wurde die Fabrikarbeit von Kindern unter 12 Jahren 1878 schließlich überhaupt verboten und für Kinder über 12 Jahre auf 10 Stunden begrenzt. Im Jahre 1960 wurde dann in der Bundesrepublik auch die erwerbliche Kinderarbeit in der Landwirtschaft untersagt.

Beispiel:

Die Abgrenzung der Kindheit vom Jugendalter ist ebenfalls schwierig. Während viele Staaten, so auch Deutschland oder Österreich, die Kindheitsgrenze rechtlich mit dem 14. Lebensjahr festlegen und hier dann das Jugendalter mit 18 Jahren endet, gelten in anderen Rechtszusammenhängen Kinder unter 16 Jahren als minderjährig. Nach der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen ist hingegen Kind, wer das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Gleichzeitig gibt es in einer Reihe von Staaten Bemühungen, das passive Wahlrechtsalter mit 16 Jahren festzusetzen und analog auch die Berechtigung motorisierte Fahrzeuge zu führen. De facto ist in vielen Staaten der Zugang zu maßgeblich Meinungen und Weltansichten bildenden Medien kaum zu begrenzen.

Da jede Form von Tätigkeit, also auch der Sport, das Spiel und das Lernen Arbeiten sind, begrenzt sich die Ablehnung von Kinderarbeit auf Erwerbs- und Lohnarbeit zumal, wenn diese den Zugang zu Bildung und „altersgerechten“ Entwicklungsbedingungen begrenzt oder verhindert. Versuche, diese Schwierigkeiten mit der Einführung der Bezeichnung „junger Mensch“ aufzulösen sind keine Hilfe. Es ist schließlich zu berücksichtigen, dass die Normierung von Kinderarbeit, die unterschiedlichen Festlegungen der Heiratsalter, der Strafverfolgungsmündigkeit oder die Statusbeschreibung von Flüchtlingen erhebliche und sehr komplexe soziale Folgen haben oder haben können. Diese Probleme werden nicht kleiner, wenn „Kinder“ gegen „junge Menschen“ ausgetauscht werden. Dies verändert ggf. jedoch die Legitimation rechtswirksamen staatlichen Handelns. Auch Versuche, diese Dilemmata durch Begrifflichkeiten der „Reife“ aufzulösen, scheitern letztlich an den Schwierigkeiten, diese durch allgemeingültige legale Normen zu standardisieren.

Analog schwierig sind die Begriffswelten von sog. Kinderkrankheiten, wenngleich richtig ist, dass Krankheitsgefährdungen nach Art und Häufigkeit dem biologischen Lebensalter eng assoziiert sind.

Die Periode der Kindheit ist jedoch nicht nur durch Besonderheiten der Gefährdungen und der Notwendigkeiten medizinischer Versorgung sowie durch mögliche Voten der Rechtevertreter von Kindern gekennzeichnet. Kindheit ist auch die Periode, in der Leitbilder vom Leben und vom Umgang mit Gefährdungen gelernt werden. Die soziale

Differenzierung und ggf. auch die ihr nachfolgenden sozialen Benachteiligungen entstehen oft in der Kindheit und prägen über diese Altersphase hinaus dann dauerhaft das Leben.

Hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie die gesundheitlichen Folgen von Armut und Mangel, auch verbunden mit den Folgen von Mangel- und Fehlernährung und hoher Gefährdung durch Infektionskrankheiten, geben den Gesundheitsproblemen von Kindern in wohl den meisten Bevölkerungen in der öffentlichen Wahrnehmung einen prioritären Rang.

Die Lebens- und Gesundheitsbedingungen für Kinder sind global erheblich ungleich, auch wenn anzuerkennen ist, dass sich in einer geschichtlichen Perspektive die Verhältnisse erheblich gebessert haben. Wenngleich Kriege, Gewalt, Kinderarbeit, Hunger, Mangelernährung, hygienisches Elend, mangelnder Zugang zu Bildung und Ausbildung, Diskriminierungen und Missbrauch aller Art fortbestehende soziale und auch medizinische Probleme sind, sind die „Gesundheitsgewinne“ im historischen Vergleich dennoch beeindruckend. Die Reduktion der Sterblichkeit im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter hat dabei nicht nur eine große demografische, sondern letztlich auch eine tiefgreifende und global wirksame soziale Dynamik mitbewirkt.

Der Wandel der Lebensweisen wird nie nur Probleme überwinden, sondern immer auch neue schaffen. So war etwa die Überwindung der gefährlichen übertragbaren Krankheiten im Kindesalter im 20. Jahrhundert in vielen Bevölkerungen ein großer Fortschritt. Unverkennbar führt sozialer Wandel aber auch in neue sozialmedizinisch prioritäre Probleme Heranwachsender. Dazu zählen:

- die relative Armut als neue Form der von Kindern erlebten sozialen Diskriminierung und Integrationsverweigerung
- die Störungen des Sozialverhaltens mit Aggressivität und Normenverletzung, einschließlich bildungsverweigerndem Verhalten, sozialen Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, gefolgt von erheblichem Medikalisierungs- statt Problemlösungsdruck
- das Aufwachsen erheblicher Anteile von Kindern und Jugendlichen unter der Erfahrung von sozialer und ggf. auch gesundheitlicher Benachteiligung, besonders im Falle alleinerziehender Elternschaft
- Schulmobbing und Schulversagen insbesondere bei Kindern mit Teilleistungsstörungen
- marketingbedingte Essstörungen (Bulimie, Anorexie, Binge-Eating, Adipositas und Folgestörungen)
- psychosomatische Beschwerden wie „Kopfschmerzen“ und „Bauchschmerzen“
- körperliche, emotionale und sexuelle Kindesmisshandlung

- entwicklungsbedingte Suche nach Risikoerfahrungen (Alkohol, Nikotin, Drogen, Risikosportarten, problematische Mediennutzungen etc.)
- Fetale Alkohol-Spektrum-Störung (FASD)
- Anpassungsstörungen nach traumatischen Ereignissen
- selbstverletzendes Verhalten

Keines dieser Probleme ist neu. Neu ist ihre relative Bedeutungszunahme im Vergleich zu „klassischen“ krankheitsbezogenen Problemen von Kindern und Jugendlichen.

Beispiel:

Nach der deutschen Kindergesundheitsstudie (KiGSS) 2007 zeigen 11,9 % der Mädchen und 17,8 % der Jungen Verhaltensauffälligkeiten. Unter den von Gesundheitsproblemen Betroffenen (geschätzt werden bis zu 25 % der Kinder in der Bundesrepublik) sind besonders häufig Kinder, die in relativer Armut aufwachsen, die keinen ausreichenden Zugang zu Bildung finden, in sozialer Isolation (z.B. in Migrantenfamilien) aufwachsen und in sozial depravierten städtischen Zentren leben (müssen). Die hieraus nahezu zwangsläufig folgenden Integrationsstörungen und permanenten Misserfolgserlebnisse setzen sich häufig in der Unfähigkeit zur Entwicklung partnerschaftlicher und anderer sozialer Beziehungen sowie dann im Berufs- und Erwerbsleben fort.

Historisch vergleichende Prävalenzschätzungen sind hierzu kaum möglich. Richtig aber bleibt, dass ungünstige Lebenssituationen einen Kreislauf aus Hilflosigkeit, Angst (besonders auch Zukunftsangst), gegenseitigem Unverständnis und Überforderung verursachen, der einen nachhaltigen Einfluss auf die Fähigkeit hat, soziale Bindungen einzugehen und zu bewahren. Diese Problematik gemeinsam mit den Eltern offen zu legen, Entlastung von Schuldgefühlen zu erreichen und den Umgang mit Gefühlen zu erlernen, ist vor diesem Hintergrund eines der ersten Hilfe- und Therapieziele, die (auch) durch die Sozialmedizin zu adressieren, durch die Medizinsysteme allein aber auch nicht zu lösen sind.

Die bezeichneten Probleme sind oft auch Reaktionen auf eine sich verändernde gesellschaftliche Umwelt, auf die Eltern nicht vorbereitet sind. Ausgetragen als Eltern – Kind – Konflikte sind beide gemeinsam Opfer einer nicht verstandenen, nicht bewältigten und ohne Hilfe nicht zu bewältigenden Umwelt.

Die Schule muss zu einem zentralen Präventionsraum werden. Auf eine solche Funktion ist sie jedoch in den meisten Staaten kaum vorbereitet, zumal, wenn sie sich nur als Bildungs- und nicht auch als Erziehungsort definiert.

Einer solchen Funktion steht zudem eine z. T. wirklichkeitsfremde Zuweisung von Erziehungserwartungen an das Elternhaus im Wege, einem Lebensraum, der für Heranwachsende nur einer unter ihren vielen weiteren, u.a. virtuellen Lebensräumen ist. Die Überzeugung, das Elternhaus, nicht das Gemeinschaftsleben sei der "natürliche" Entwicklungs- und Bildungsort für Kinder und Jugendliche ist eher eine ideologische Legende denn eine Realität. Jugendhilfen, öffentliche Institutionen der Gesundheitspflege und Prävention, religiöse Institutionen, institutionalisierte Lebensorte für Kinder, Schulen, Vereine, Erziehungshilfen, Psychologen, Ärzte, ggf. auch die Justiz müssen lernen, unter einem gemeinsamen „Konzeptdach“ zusammenzuarbeiten. Das Ziel sollte es sein, Kinder/Jugendliche und Eltern/Erziehungsberechtigte gemeinsam mit den Kompetenzen auszustatten, die zur Problembewältigung gebraucht werden, zu rechtzeitiger Nachfrage von Hilfe führen und Verluste transgenerativer Erfahrungen möglichst verhindern. Hier muss, sollte oder kann Sozialmedizin einen eigenen wichtigen Platz bei der Benennung und Bewertung der gesundheitlichen Folgen bevölkerungsspezifischer sozialer Probleme und gesellschaftlicher Wandlungen wahrnehmen.

4.3 Das Erwerbsalter

Arbeit, vor allem Erwerbsarbeit, mit ihren direkten und indirekten, positiven und negativen Folgen ist weltweit der wichtigste soziale Differenzierungsfaktor für die Gesundheit der Menschen und für ihre Fähigkeiten, dauerhafte Krankheitsfolgen zu bewältigen.

Die Konzepte von Arbeit und Erwerbsarbeit variieren weltweit erheblich. Das gilt auch für und zwischen Männern und Frauen geteilte Arbeitsverständnisse. Dies hat auch für die Krankenversorgung unter den Bedingungen einer vorrangigen lohn- und gehaltsabhängigen Erwerbsarbeit nennenswerte Bedeutung. Lohnarbeit bewirkt einerseits eine global vielfach akzeptierte Mitfinanzierungspflicht der Krankenversorgung durch die Arbeitgeber. Sie bestimmt die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit zudem als ein maßgebliches medizinisches Versorgungs- und gesellschaftliches Integrationsziel. Weltweit stehen dem weiterhin viele Menschen gegenüber, die ihr Leben nur als individuelle oder familiäre „Arbeitskraftunternehmen“ (AKU) sichern können und im Krankheitsfall weitestgehend schutzlos bleiben. Dieser Umstand begrenzt dann auch den Zugang zu medizinischer Versorgung im Krankheitsfall, da solche Erwerbsformen nicht oder nur sehr begrenzt auch eine Krankenversorgung ermöglichen.

Die Sicherung der gesundheitlichen Voraussetzungen für den Erhalt und die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit ist eines der wichtigsten Handlungsziele der Krankenversorgung in durch die lohnabhängige Erwerbsarbeit getragenen Krankenversorgungssystemen.

Erwerbspersonen sind nach den Festlegungen der International Organization of Labour (ILO) die Summe der Erwerbstätigen und der Erwerbslosen im Alter von über 15 Jahren.

Erwerbstätige Personen sind nach der ILO Personen im Alter von über 15 Jahren, die eine auf Erwerb gerichtete Arbeit von mindestens einer Stunde je Woche ausüben. Dabei wird nicht berücksichtigt, ob diese Arbeit der Sicherung des Lebensunterhaltes dient oder nicht. Ihnen werden also auch Personen zugeordnet, die unentgeltlich arbeiten oder eine Erwerbsarbeit suchen. Als Erwerbstätige werden auch Personen gezählt, die an einen Arbeitgeber vertraglich gebunden sind, jedoch nicht arbeiten (z.B. Mutterschutz oder Elternzeit).

Erwerbslose sind demnach alle Personen, die ohne Arbeitsverhältnis sind, sich allerdings dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stellen und sich um einen Arbeitsplatz bemühen.

Diese Festlegungen sind mindestens unter folgenden Aspekten von sozialmedizinischer Bedeutung:

1. Der Arbeitsmarkt rekrutiert Erwerbstätige nach Bedarf und selektiv nach Kriterien der gesundheitlichen Eignung oder der Fähigkeit zur Berufsbildung.
2. In vielen Krankenversorgungssystemen ist der Erhalt der Teilhabe und die Wiedererlangung der Teilhabefähigkeit am Erwerbsleben ein zentraler Handlungsauftrag auch an das medizinische Versorgungssystem.
3. Die medizinische Versorgung ist, mehr oder weniger explizit an verbindliche Kriterien gebunden, ein Einflussfaktor auf die Verfügbarkeit von Arbeitskräften.

Während mit 15 Jahren eine untere Grenze für die Zurechnung zu den (potenziell) verfügbaren Erwerbspersonen gesetzt ist, gibt es für die ILO keine obere Begrenzung.

Unabhängig von der Art eines Krankenversorgungssystems ist es immer die Erwerbsarbeit, die die Ressourcen zur medizinischen Versorgung sichern muss, obwohl weltweit die Mehrheit der medizinischen Versorgungsbedarfe nicht von den Erwerbspersonen benötigt und in Anspruch genommen werden. Mit den Festlegungen der ILO ist auch die Menge der potenziellen Erwerbspersonen bestimmt, die die soziale Leistungsfähigkeit der medizinischen Versorgungssysteme tragen.

Die Erwerbslosenquote liegt aufgrund dieser Definitionen immer über der Arbeitslosenquote. Sie ist für die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme zudem der wichtigere Maßstab.

Beispiel:

In Deutschland ist die Zahl der Erwerbspersonen und die der Erwerbstätigen seit 1990 gestiegen. Im europäischen Vergleich hat Deutschland regelmäßig die geringste Erwerbslosenquote. Der Anteil der Erwerbspersonen, also der Personen jenseits des 15. Lebensjahrs an der Gesamtbevölkerung, schwankte in Europa im Jahre 2017 zwischen 53 % (Estland) und 43 % (Belgien). Die höchsten Anteile haben (neben Estland) Frankreich, Deutschland, die Niederlande, Österreich, Dänemark, die Slowakei, Luxemburg und Malta. Diese Staaten haben/hätten damit besonders günstige Voraussetzungen für die Finanzierung eines leistungsfähigen Krankenversorgungssystems, sofern dessen Finanzierung eine gesamtgesellschaftlich akzeptierte, bzw. gegen andere Interessen durchsetzungsfähige Präferenz ist.

Neben den Relationen von Erwerbspersonen und Erwerbstätigen ist vor allem deren Struktur nach Alter, Geschlecht, Ausbildung und Einkommen von Bedeutung, da diese Strukturmerkmale sich auch in der sozialen Struktur der Gesundheitsprobleme spiegeln.

Die öffentliche Diskussion um die wirtschaftliche Zukunftssicherung fokussiert sich hingegen zumeist auf den sog. Krankenstand und auf die Vermeidung von vorzeitigen Rentenzahlungen, bzw. auf die Vermeidung einer Verringerung des Anteils der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung aus gesundheitlichen Gründen.

Der „Krankenstand“ misst den Anteil der wegen ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit verlorenen Arbeitstage. Alle Mitgliedsstaaten der EU haben hierzu ihre eignen Regelungen und auch unterschiedliche Berechnungsformen. Solche Regelungen schließen zumeist die Möglichkeit der Prüfung ärztlich bescheinigter Arbeitsbefreiungen mittels unabhängiger ärztlicher Expertisen ein.

Beispiel:

In Deutschland gibt es drei „Krankenstände“, die staatlich, betrieblich und durch die gesetzliche Krankenversicherung jeweils unterschiedlich berechnet werden.

Etwa 145 Staaten haben rechtliche Regelungen unterschiedlicher Art, wie bei arbeitsvertraglichen Vereinbarungen im Falle von Krankheit zu verfahren ist. Ansonsten liegt ein „sick leave payment“ im Ermessen der Arbeitgeber. Es ist unmittelbar nachzuvollziehen, dass die monetäre Absicherung im Krankheitsfall ein überragendes Qualitätsmerkmal sozialer Sicherungssysteme ist. Dieser Regelungsbedarf, sofern politisch akzeptiert, war/ist einer der entscheidenden Gründe für die Herausbildung von Systemen der Krankenversicherung.

Beispiel:

Die Kompensation des Verdienstausfalls wegen Krankheit war für die Entstehung des deutschen Krankenversorgungssystems wichtiger als die Finanzierungsbedarfe von Behandlungen. Dies ist heute grundlegend anders. Seit 1969, beginnend mit der Novellierung des Lohnfortzahlungsgesetzes, ist die gesetzliche Krankenversicherung die entscheidende Wirkungsgrundlage vor allem der Krankenversorgung. Dennoch haben sowohl die Arbeitnehmer als auch die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung an einer unabhängigen sozialmedizinischen Sachverhaltsermittlung bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit und an der Sicherung einer wirksamen und die Arbeitsfähigkeit wiederherstellenden Therapie und Rehabilitation ein großes Interesse.

Unter den Bedingungen eines einheitlichen Sozialversicherungsrechtes sind fachlich Normen für eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit die Grundlage für deren Überprüfbarkeit sowie ggf. für die Empfehlung therapeutischer Alternativen, um die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ist dann auch ein Problem der sozialmedizinischen Praxis. Die Höhe des „Krankenstandes“ ist allerdings maßgeblich von den Garantien für eine soziale Absicherung im Krankheitsfall bestimmt. Sie misst folglich eher die sozialrechtlichen und die Arbeitsbedingungen als die gesundheitlichen Belastungen.

In der Regel gilt, dass jüngere Beschäftigte höhere Fallhäufigkeiten als ältere haben, letztere aber durchschnittlich höhere Falldauern. Die Höhe des betrieblichen Krankenstandes wird deshalb in der Regel von wenigen Personen mit einer langen Dauer der Arbeitsunfähigkeit bestimmt. Aus diesem Grunde richtet sich der betriebliche „Ausgliederungsdruck“ u. U. vor allem gegen einige wenige, allerdings ältere Arbeitnehmer.

Eine besondere Rolle fällt in diesem Zusammenhang der Rehabilitation zu, wenn sie als regelhafter Leistungsanspruch zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit verfügbar ist. Auch hier ist bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit und nach Maßgabe der staatspezifischen Regelungen, sozialmedizinische Expertise vorzuhalten.

Beispiel:

Im Sozialrechtskreis der Bundesrepublik Deutschland wird ab 2017 bis 2023 schrittweise das Bundesteilhabegesetz eingeführt. Damit wird die „International Classification of Functioning“ zum Rechtsrahmengeber auch für die Teilhabe am Arbeitsleben sowie für die Bedarfsermittlung von Leistungen zur Sicherung der Teilhabe normensetzend. Dies bedeutet zwangsläufig, dass die Aufgaben der sozialmedizinischen Praxis (ärztliches Assessment und fachärztliche Beratung der Leistungsträger) ausgeweitet werden müssen.

4.4 Das „Alter“

Der Lebensabschnitt „Altsein“ ist kulturell und auch sozialrechtlich normiert.

Eine verbindliche biologische Norm gibt es für das „Alter“ nicht. Die Bezeichnung eines Menschen als „alt“ ist biologisch ohne normierenden Bezug. Wertende Vorstellungen zu „alt“ sind soziale Konstruktionen, die zumeist dem Ende des regelhaften Erwerbslebens und damit dem der erwerbswirtschaftlichen Selbständigkeit zugeordnet werden. Bezüglich dem biologisch determinierten und sozial modifizierter Prozess des „Alterns“ bedarf es hierbei abgrenzender Beschreibungen.

Beispiel:

Das Renteneintrittsalter wird in Deutschland nach derzeitiger Rechtslage schrittweise auf 67 Jahre erhöht. Gleichzeitig gibt es Forderungen, es mit 70 Jahren festzusetzen. In den USA gibt es seit den frühen 1980er Jahren kein einheitliches Rentenalter. In der Regel beträgt dies aber 67 Jahre. Mit Abstrichen sind Rentenzahlungen ab dem 62. Lebensjahr möglich. Um die volle Höhe des Rentenanspruchs zu erhalten, sind in Deutschland 40 Arbeitsjahre nachzuweisen. Das Rentenalter beginnt in Großbritannien für Frauen mit 60 und für Männer mit 65 Jahren. Das Renteneintrittsalter beträgt in Belgien, Dänemark, Finnland, Griechenland, Irland, Luxemburg, Niederlande, Polen und Portugal 65 Jahre, 64 Jahre in Schweden, in Slowenien, der Slowakei, in Tschechien und in Ungarn 62 Jahre. 62,5 Jahre beträgt es in Italien und Österreich und in Litauen. Es beträgt 61,5 auf Malta und 61 Jahre in Litauen. Das Eintrittsalter in die Rente ist in Frankreich mit 60 Jahren festgelegt. Bulgarien hat kein offizielles Renteneintrittsalter. Die analoge Altersgrenze beträgt in China 50 Jahre und nur 15 Prozent der Arbeitnehmer sind dort älter als 60 Jahre.

Die Feststellung von „Altsein“ bedarf einer vergleichenden Referenz. Diese folgt als Selbst- und Fremdbewertung schwer zu standardisierenden Konzepten. Denkbar wäre, hierzu die jeweilig in eine Bevölkerung erreichten mittleren, wahrscheinlichen oder auch normalen Lebensdauern heranzuziehen. Bei einem solchen Bezug würde dann die Norm „alt“ den Veränderungen dieser drei Verteilungsparameter der sog. Absterbeordnung (siehe Heft 2) folgen. Ein anderer Weg wäre es, Scores der funktionellen Gesundheit zu entwickeln und - sofern es hierfür legale Gründe gibt - diese als „Diagnostiktools“ einzusetzen. Solche Normierungen bleiben jedoch problematisch, solange die Funktion solcher Normensetzungen nicht verbindlich geklärt oder vereinbart werden kann. Sie ist/wäre dann gegeben, wenn die Wirkung legaler oder auch informeller sozialer Normen vom Alter abhängig wäre. Dies ist global, wenngleich unterschiedlich normiert, zumindest für das Kindesalter der Fall. Alle anderen Begrenzungen für die Wirksamkeit von Normen nutzen Zustände des Krankseins und des

Behindertseins, der Berufsfähigkeit oder der Erwerbsfähigkeit. Sie verzichten – zumindest explizit – auf Altersnormierungen.

Bei der Versorgung Kranker spielt das Alter immer dann eine Rolle, wenn

- das Lebensalter die Relevanz von Gesundheitsgefährdungen modifiziert
- physiologische oder klinische Normwerte einer Bewertung ihrer „Altersadäquanz“ unterliegen (müssen)
- das Lebensalter eine zu beachtende Variable der Indikationsentscheidung zu medizinischen Interventionen ist
- Rekonvaleszenz und Rehabilitation Besonderheiten des Alters beachten müssen
- Konzepte der Altersrationierung medizinischer Leistungen erwogen werden

Mindestens unter solchen Annahmen ist dann die „Diagnostik“ des Alterns von Menschen notwendig. Eine solche Diagnostik kann über die Feststellung des kalendarischen Alters nicht oder nicht ausreichend geleistet werden. Ungleichheit des Alterns und des biologischen Altseins spiegeln sich auch in den Gesundheitsproblemen, in der Selbständigkeit und Selbsthilfefähigkeit, aber auch in der Motivation zur Teilhabe.

In vielen Staaten ist „Altsein“ über das reguläre Ausscheiden aus dem Erwerbsleben bestimmt. Das sollte allerdings eine garantierte und hinreichend leistungsfähige wirtschaftliche Absicherung dieses Lebensabschnitts voraussetzen. Das ist sehr häufig nicht der Fall. „Altsein“ ist also in vielen Bevölkerungen und für wechselnde Anteile mit im besseren Fall „relativer“ im schlimmeren Fall „absoluter“ Armut assoziiert. Die legale und lebensalltägliche Normierung von „Altsein“ kann von biologischen und medizinischen Beschreibungen erheblich abweichen.

Die praktische Bedeutung folgt der Tatsache, dass mit dem Alter eine Vielzahl von Krankheiten häufiger werden, dauerhafte Behandlungsbedarfe zunehmen, Prognosen oft ungünstiger werden, Heilung unwahrscheinlicher wird und Selbständigkeit abnimmt. Zudem sind medizinische Konzepte aus rechtlichen Gründen oft unter den Vorbehalt der Altersspezifik zu stellen. Zu den Besonderheiten gehört in vielen Bevölkerungen auch, dass die Zahl der Alleinlebenden größer wird und die tradierten familialen Hilfen nicht mehr erbracht werden oder erbracht werden können. Für die Abschätzung der medizinischen Versorgungsbedarfe sind neben der Geschlechter- und der Sozialstruktur vor allem auch die Altersstruktur der „Alten“ und deren Wandel bedeutsam. Auf diese müssen sich die Gesellschaften insgesamt und so auch die Systeme der sozialen Sicherung und der medizinischen Versorgung einstellen.

Die sozialmedizinische Bedeutung des Altseins in einer Bevölkerung gründet vor allem auf folgenden Sachverhalten:

1. Im Gefolge demografischer Transformationsprozesse nimmt, sofern die mittlere Lebensdauer steigt und oder die Fertilitätsraten sinken, der Anteil alter Menschen zu.

2. Im Gefolge sozialer Transformationsprozesse nimmt global die familiäre und nachbarschaftliche Einbindung und Assistenz für alternde Menschen tendenziell ab. Solche Prozesse sind zeitversetzt auch von der Entstehung neuer Formen des Lebens und Zusammenlebens gefolgt.
3. Die Folgen biografisch prägender epochaler Ereignisse und lebensbiografischer Erfahrungen bestimmen in besonderer Weise auch die Ungleichheiten im Alter. Alternde Menschen nehmen ihr vorausgehendes Leben gleichsam als fortbestehende Gegenwart mit, wenngleich sich diese beständig verändert.
4. Die dauerhaft notwendige medizinische Versorgung eines Teils alter Menschen ist auch mit altersspezifischen, also nicht nur krankheitsspezifischen Gefährdungen und Hilfebedarfen verbunden. Die Notwendigkeit auf diese zu reagieren kann mit anderen Bedarfen konkurrieren.
5. Der Zugang zu altersadäquaten personalen und technischen Hilfen und die individuelle Kompetenz diese auch zu akzeptieren und zu nutzen, entscheidet maßgeblich über die Lebensqualität.
6. Die weit überwiegenden medizinischen Versorgungsressourcen werden jenseits des Erwerbslebens in Anspruch genommen (vergleiche das Pareto Principle) und sind nur verfügbar, wenn die Bereitstellung mehrheitlich als Gesellschaftsziel akzeptiert wird.

Im 19. und im 20. Jahrhundert hat es für viele Bevölkerungen erhebliche Gewinne an Lebensdauer gegeben. Diese Gewinne an Lebenszeit gab (und gibt) es auch für die ferneren Lebensdauern nach dem 65. Lebensjahr. Diese Veränderungen waren zugleich mit deutlichen Gewinnen an „durchschnittlicher“ Lebens- und Gesundheitsqualität verknüpft. Das Argument des „Durchschnitts“ ist jedoch zwingend mit dem der Varianz, also dem der Verschiedenheit verbunden. Das gilt analog für das Argument des Wandels, das ohne Varianz weder Motiv noch Potenzial hat.

Der demografische Wandel ist ein tiefgreifender sozialer Vorgang der Veränderung von Varianzen, die in seinem Gefolge nicht Homogenität erzeugen, sondern neue Disparitäten. Dieser Wandel ist u.a. auch von sich erheblich ändernden Hilfeerfordernissen und -potentialen gefolgt. Die Verringerung der Familiengrößen und -formen, die Verringerung des Anteils von alten Personen mit Kindern und Enkeln, die Differenzierung der Lebensformen innerhalb von Familienverbänden, ein hoher Anteil alleinlebender älterer Personen, hierunter im Besonderen Frauen mit geringem Einkommen oder auch die Etablierung neuer Lebensformen im Alter sind Merkmale dieses Wandels. Merkmale dieses Wandels sind aber auch die zunehmende Heterogenität oder Individualität der Lebensleitbilder und -konzepte, die Fähigkeit und Bereitschaft zu Unabhängigkeit und Selbstbestimmung im Alter. Dabei ist zu beachten, dass Leitbilder und Lebensrealität sich erheblich unterscheiden können.

Das hat auch Folgen für die medizinischen Versorgungsbedarfe und für die notwendigen infrastrukturellen Voraussetzungen, ihnen entsprechen zu können. Sie betreffen vor allem die Verbesserung der Möglichkeiten mit Krankheit zu leben und das

Verständnis dessen, was Medizin in Relation zu anderen Hilfebedarfen leisten kann oder auch nicht.

Weltweit wächst für viele Menschen der Widerspruch zwischen der verfügbaren Lebenszeit und den Möglichkeiten, diesen potenziellen Gewinn auch nutzen zu können. Das Altern in sozialer Sicherheit, in Autonomie und Würde ist im globalen Vergleich ein soziales Privileg nur eines kleinen Teils der Menschheit.

Die Zunahme der mittleren Lebensdauer ist eine der wichtigen Ergebnisse des globalen sozialen Fortschritts. Sie ist jedoch von kontroversen Debatten über die Folgen begleitet, die auch die sozialmedizinische Sachkunde herausfordern.

Diese Herausforderung wird unmittelbar deutlich, wenn solche Gewinne als Schmälerung eigennütziger Interessen, z.B. als „Altersbürde“ oder „Alterslast“ bezeichnet werden und die sozialen Sicherungen für „die Alten“ (also für die Eltern und die Großeltern der Diskutanten) zu Gegenständen konträrer gegen ihre Eltern gerichteten Verteilungsinteressen werden. Solche Formen von Altersdiskriminierung sind global Minderheitenargumente. Sie sind jedoch in etlichen Bevölkerungen von erheblicher politischer Durchsetzungsfähigkeit.

Der in Teilen der Wirtschaftswissenschaften und von einigen ideologisch geprägten politisch aktiven Gruppen benutzte Begriff der „Alterslast“ rechnet bereits die über 60jährigen und unabhängig von den legalen Normen des Eintritts in das Rentenbezugsalter, den „Alten“ zu. Der sog. Arbeitsmarkt, also der Angebotsmarkt für Arbeitgeber, grenzt zugleich viele der über 60jährigen aus und versucht, diese, sofern vorhanden, vorzeitig in soziale Alterssicherungen abzudrängen. Allerdings sind unter den weltweit vorherrschenden Bedingungen der Erwerbsarbeit und hier vor allem der für Menschen aus den unteren Einkommensklassen, Viele nicht (mehr) in der Lage, den Arbeitsanforderungen zu genügen. Abhängig von ihrer elementaren Lebens- und Einkommenssituation ist für Viele die Fortführung von Erwerbsarbeit deshalb dennoch zwingend. Dies führt dann typischerweise zur Dequalifizierung beruflicher Erfahrungen und Kompetenzen, die als Entwürdigung erfahren wird.

Die Argumentationen zur „Alterslast“ stehen (mit Ausnahmen) im Widerspruch zu den Tatsachen, da das quantitative Verhältnis von erwerbsfähiger zu nicht erwerbsfähiger Bevölkerung mit dem demografischen Wandel und den diesen Wandel treibenden sozialen Prozessen regelhaft „günstiger“ wird.

Die Vorstellungen vom Altern bzw. von alten Menschen werden maßgeblich von sozialrechtlichen und wirtschaftlichen Interessen bestimmt. Sie haben so auch einen unmittelbaren Einfluss auf die medizinische Versorgung und – je nach geltender Rechtslage der Staaten – auf die Beurteilung der Fähigkeiten, am Erwerbsleben teilzunehmen. Zumindest in Staaten mit rentengetragenen sozialen Sicherungssystemen.

men kann so das medizinische Versorgungssystem durch Leistungen zur Rehabilitation erheblich gefordert sein, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Es muss dann hierzu ggf. medizinisch sachverständig gutachtlich Stellung genommen werden. Dies verlangt allerdings eine erhebliche und differenzierte ärztliche Expertise zu den Anforderungen der Erwerbsarbeit.

Dem steht die empirisch gut begründete Erfahrung, dass sozialrechtlich als „alt“ definierte Menschen heute biologisch durchschnittlich deutlich jünger sind als jene zur Zeit der Schaffung solcher Regelungen gegenüber. Allerdings trifft dies eher nicht für jene zu, deren physische und psychische Leistungsfähigkeit in besonderer Weise gefordert wird und die am ehesten den Beziehern von Niedriglöhnen zuzurechnen sind. Das „offizielle“ Renteneintrittsalter, nicht das tatsächliche individuelle Leistungsvermögen, markiert dann den Beginn des „Altseins“. Aus dieser Perspektive reguliert das Renteneintrittsalter das Erwerbsalter, nicht aber das soziale Aktivitätsalter und dessen Potenziale zur aktiven Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Es ist ein global ungelöstes Problem, dass das biologische Alter der sozialen, im Besondern der Arbeitsbiografie nicht korreliert.

Beispiel:

Assessmenttools zur Bestimmung des biologischen Alters werden heute global angeboten. Sie bewerten in der Regel den Blutdruck, Alkohol- und Tabakkonsum, das Körpergewicht und die sportlichen Aktivitäten, genetische Indikatoren für Krankheitsgefährdungen und Todesursachen in der Familie sowie den Anteil von sog. biologischen Nahrungsmitteln an der Gesamternährung. Sie bewerten hingegen regelmäßig nicht die berufliche und soziale Biografie, die soziale Lage und die gesellschaftlichen und familialen Aktivitäten, die Bildung und die Einkommensverhältnisse sowie die verfügbaren sozialen Supporte oder die soziale Sicherheit im Alter. Sie negieren auf diese Weise nahezu alle wesentlichen Einflussfaktoren auf das Altern von Menschen und deren Gesundheit. Folgerichtig sind eher ideologische denn gesundheitswissenschaftlich geleitete Konstrukte.

Die Probleme alter bzw. alternder Menschen sind in nennenswertem Ausmaß Spiegel der in Bevölkerungen propagierten gesellschaftlichen Leitbilder. Folglich ist nicht das Alter eine defizitäre Lebensphase, sondern es ist die jeweilige gesellschaftliche Lebensweise, die am Beispiel des Alters ihre Defizite offenbart.

4.5 Behinderung

„Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ sind

in der Ausübung ihrer Menschenrechte behindert. („Konvention über die Allgemeinen Menschenrechte“, Artikel 1, Satz 2).

Kommentar:

In der UN-Konvention (vom 13.12.2006) zu den Rechten behinderter Menschen wird vor allem auf ein „selbstbestimmtes Leben“ orientiert und dieses Recht im Artikel 19 so beschrieben:

„Die Vertragsstaaten ... anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderung ... in der Gemeinschaft zu leben und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um (ihnen) ... den vollen Genuss dieses Rechts und (ihre) ... Teilhabe an der Gemeinschaft zu ermöglichen, indem sie ... gewährleisten, dass behinderte Menschen

- *... nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben und*
- *Zugang zu ... gemeindenahen Unterstützungsdiensten einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft ... notwendig ist“* haben.

Sie gewährleisten zudem, dass *„Dienste und Einrichtungen in der Gemeinde für die Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen“*.

Diese Beschreibung verzichtet vollständig auf Aussagen zu den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Voraussetzungen eines selbstbestimmten Lebens und überlässt es den Staaten, jeweils rechtsverbindliche Festlegungen zu treffen. Sie orientiert zugleich vergesellschaftete Hilfeverantwortungen auf die Unterstützungspotenziale der „Gemeinde“.

Der massive Konflikt zwischen einem keynesianisch geprägten Konzept einer sozialen Marktwirtschaft und einem neoliberalen Staatsverständnis bleibt damit ungelöst. Damit ist eines der auch sozialmedizinisch relevanten Probleme berührt: In vielen Bevölkerungen der Erde ist die soziale Situation behinderter und alter Menschen der wichtigste Grund für eine von Mangel und Unselbständigkeit geprägte Lebensführung. Gleichzeitig werden Konzepte präferiert, die der „gemeindlichen“ und folgerichtig erheblich variierenden Subsidiaritätspotenziale von Gemeinden vor einer gesamtgesellschaftlichen Solidarität politisch folgenreich den Vorzug geben.

Dieser Konflikt zieht sich auch durch die deutsche Sozialgeschichte und ihrer Polarisierung zwischen dem bismarckschen genossenschaftlichen Solidaritätskonzept und der katholischen Sozialenzyklika *Rerum Novarum* (1891). Wegen der sozialen Ineffektivität gemeindegetragener subsidiärer Hilfekonzepte hat sich der deutsche Bundestag 1995 für eine „Soziale Pflegeversicherung“ und damit gegen ein gemeindlich getragenes subsidiäres Konzept entschieden. Für den Gesamtbereich sozialer Sicherung und hier auch für die Krankenversicherungen geht der Konflikt jedoch, u.a.

auch unter massiven Argumentationsdruck US- amerikanischer „think tanks“ wie der RAND-Corporation weiter.

Beispiel:

Für Deutschland gilt nach dem Sozialgesetzbuch IX, § 2: "Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist".

Die Begrenzung des Behinderungsverständnisses auf gesundheitliche Defizite umgeht sowohl die Beschreibung der tatsächlichen Ungleichheiten wie auch die der realen sozialen Benachteiligung eines erheblichen Anteils alter Menschen, etwa wegen unzureichender finanzieller Ressourcen (Altersarmut).

Ein besonderes Problem ist in diesem Zusammenhang der definitorische Maßstab des altersspezifisch „Selbstverständlichen“. Wenn Selbstständigkeitsverluste und Pflegebedarf bei sehr alten Menschen als alterstypisch gelten, schließt eine solche Normensetzung den Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen aus. Da Menschen gleichen kalendarischen Alters biologisch aber unterschiedlich alt sein können, sind die Konsequenzen einer solchen Normierung für Menschen gleichen kalendarischen Alters ggf. erheblich ungleich. Diese Ungleichheit manifestiert sich mit ihren Ursachen und Folgen entlang der sozialen Lage.

Staaten, die die International Classification of Functioning (ICF) der WHO ratifiziert haben, anerkennen für ihren Rechtskreis als Behinderung

- die Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur im Sinne einer wesentlichen Abweichung oder eines Verlustes von der Norm (Impairment),
- die Beeinträchtigung oder den Verlust von Möglichkeiten durch eigene Aktivität, eine Verwirklichung als Individuum zu erreichen (Activity) sowie
- die Beeinträchtigung oder den Verlust der Teilhabe am öffentlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Leben (Partizipation).

Für diese Behinderungsbeschreibung sind zudem Aspekte der physischen, sozialen und der einstellungsbezogenen Umwelt, in der die jeweils betroffenen Menschen leben, einzubeziehen (environmental and personal factors).

Auf diese Weise wird Behinderung als Folge der Unfähigkeit des Individuums zu leben und seines direkten Umfelds bestimmt, Selbständigkeit zu ermöglichen. Sie folgt also nicht aus den gesellschaftlichen Bedingungen. Der Mangel an monetären Ressourcen ist zudem nicht Teil der Problemsicht.

Behinderung ist eine Folge von vorfindlichen sozialen Bedingungen, die Menschen behindern!

Die Festlegungen der ICF haben eine Reihe von nennenswerten Folgen. Behinderung wird einerseits über den gesundheitsbezogenen Kontext hinaus ausgeweitet, und sie wird zugleich reduziert. Tatsächlich sind Behinderungen schließlich auch, und zwar in erheblichem Umfang sozial bedingt. Verweigerter Zugang zu Bildung und Erwerbsarbeit, ein Leben in Armut, fehlender Zugang zu medizinischer Hilfe, Vertreibungen und Flucht, Fremdbestimmung und Abhängigkeit, sind auch Behinderungen, sind ab er nicht der Normensetzung durch die ICF unterworfen.

Die ICF stellt zu Recht klar, dass Hilfen zur Überwindung oder Begrenzung von Behinderung nicht auf medizinische Hilfeleistungen begrenzt werden können und nach Einführung der ICF auch nicht begrenzt werden dürfen.

Unter dieser Voraussetzung kann von Anlässen für Behinderung um Sinne der ICD gesprochen werden, die von Ursachen zu unterscheiden sind.

Typische Anlässe von Behinderungen sind nach der ICF:

- angeborene Gesundheitsstörungen
- Folgen von Krankheit und des Alterns
- physische, psychische und soziale Verletzungsfolgen (Arbeitsunfälle, Verkehrsunfälle, Haus- und Freizeitunfälle)

Arbeitslosigkeit, Armut, verwehrter Bildungszugang, Vernachlässigung, Gewalt, Missbrauch, Benachteiligung, Erniedrigung werden in einer globalen Perspektivweiterung dann jeweils mit als Ursachen einzuordnen sein.

Unter diesen Voraussetzungen sind global vergleichende Angaben zur Prävalenz behinderter Menschen kaum möglich. Weltweit übereinstimmend kann jedoch festgehalten werden, dass die Prävalenz von Behinderten jeweils höher ist für

- Menschen benachteiligter sozialer Schichten, im Besonderen für Menschen mit geringer Bildung und mit niedrigerem sozialen Status
- Menschen höherer Altersgruppen sowie
- Menschen, die in ländlichen Regionen leben

4.5.1 Behinderungsanlässe im Kindesalter

Behinderungsanlässe im Säuglings- und Kindesalter sind Folgen von äußeren Einflüssen auf die Schwangerschaft während spezifischer sensibler Entwicklungsphasen des Fötus oder des Geburtsvorgangs. Sie sind genetisch bedingt, Folgen von Krankheiten und Verletzungen, von Mangel, Vernachlässigung, sozialer Exklusion, von Missbrauch oder von physischer und psychischer Gewalt.

Genetisch bedingte wie erworbene Behinderungen haben für die Betroffenen, ihre Eltern und jeweils für ihre unmittelbare soziale Umwelt Folgen, die widersprüchlich als Unterstützung, als Ablehnung, als soziale In- oder Exklusion erfahren werden können. An der Schnittstelle von Medizin und sozialrechtlichen Bedingungen erwachsen für die Sozialmedizin Aufgaben bei der Bewertung von behinderungsspezifischen Hilfeerfordernissen unter den normativen Bedingungen der jeweiligen Rechtssysteme der Staaten.

Schutz der Schwangerschaft, postpartale Screenings und präventivmedizinische Interventionen (z.B. Impfungen), die Beratung und Begleitung der Eltern, ggf. auch der Geschwisterkinder, aber auch der Verantwortungsträger für sozialinklusive Maßnahmen, können Teil der sozialmedizinischen Handlungskompetenzen sein. Leitbildgebend sind dann die ICF und die Entscheidung von Staaten, die Rahmennormen der Menschenrechtskonvention sowie der Behindertenkonvention.

Allgemein gilt, dass die Inzidenzen krankheitsbedingter Behinderungsanlässe im Säuglings- und Kleinkindalter mit dem sozialen Fortschritt sinken, sich die Lebensqualität der Betroffenen verbessert, die Prävalenzraten bei Einzelanlässen infolge besserer Überlebenschancen jedoch auch zunehmen können. Die Lage behinderter Säuglinge und Kinder wird so zu einem sozialen Entwicklungsindikator von Bevölkerungen und Staaten.

Wichtige Behinderungsanlässe sind

- Genmutationen mit der Folge von Stoffwechselstörungen, X-chromosomal gebundene Störungen, Chromosomenanomalien u.a.m.)
- Infektionen während der Schwangerschaft (Röteln, Zytomegalievirus-Infektionen, konnatale Toxoplasmose u.a.)
- prä- und postnatale Unterernährung in der Schwangerschaft sowie vorsätzliche Mangelernährung, z.B. Folsäuremangel
- medikamentöse Schädigungen, z.B. Thalidomid und Antiepileptika
- Alkohol- und Drogenkonsum
- perinatale Komplikationen und extreme Frühgeburtlichkeit
- ionisierende Strahlung

- Gewalt, z.B. Schütteltrauma bei Säuglingen
- Impfmangel und -verweigerung

Die häufigsten erworbenen Behinderungsanlässe während des Kindes- und des Jugendalters sind im globalen Vergleich

- Kinderarbeit und zurechenbare Arbeitsunfälle
- Verkehrsunfälle
- Folgen von Kriegen, Hunger und Vertreibungen
- Folgen vermeidbarer (z.B. übertragbarer) Krankheiten
- unzureichende medizinische und rehabilitative Versorgung
- Vernachlässigung und Folgen physischer, psychischer und sozialer Gewalt
- lernendes Erfahren der Umwelt
- Mutproben/Grenzerfahrungen bei Jugendlichen bes. unter Alkohol und Drogeneinfluss oder Gruppendruck
- fehlende Körperkoordination und mangelnde Fähigkeit zur Gefährdungsbeurteilung
- nicht kindgerechte Lebensbedingungen
- Fehl-, Mangel- und Überernährung

4.5.2 Behinderungsanlässe im Erwerbsalter

Anlässe für Behinderungen im Erwerbsalter sind vorrangig direkte und indirekte Folgen von Unfällen, Fehlbelastungen, Überforderungen, beständigem Arbeitsdruck, physischen und psychischen Erkrankungen sowie Folgen bereits im Kindes- und Jugendalter erworbener Schädigungen.

Solche Anlässe sind in globaler Perspektive häufige Folgen der Arbeitsbedingungen und unzureichender Vorbereitungen auf das Arbeitsleben, der zu frühe Beginn der Erwerbsarbeit und ihre zu lange arbeitstägliche Dauer sowie Folgen von Gewalt. Die Trennung von verursachender Erwerbsarbeit und sonstigen arbeitsbedingten Anlässen (Haushalt, Freizeit, Sport etc.) folgt einer sich aus dem Verkauf der Arbeitskraft ergebenden haftungs- und ggf. versicherungsrechtlichen Konstruktion. Die Unterscheidung ist allerdings für das medizinische Berufsverständnis von grundsätzlicher Bedeutung, wenn für die Beurteilung von Rechtsfolgen medizinischer Sachverstand bei

der Beweissicherung und -beurteilung notwendig wird. Das gilt analog für Empfehlungen zu präventiven Konsequenzen und zur Anpassung von Arbeitsplätzen und Bedingungen an die individuellen Voraussetzungen der Arbeitenden.

Gemeinsam mit der Arbeitsmedizin und dem technischen Arbeitsschutz ist es, je nach der Rechtslage der Staaten, eine sozialmedizinische Aufgabe, die Folgen von krankheitsbedingten Behinderungsanlässen zu beschreiben und ggf. deren Beeinflussbarkeit (Prävention, medizinische und berufliche Rehabilitation) sachkundig zu beurteilen.

Die Behinderungsanlässe und -folgen für das Erwerbsalter sind global kaum vergleichend zu bewerten. Das gilt analog für die jeweiligen rechtlichen Rahmenbedingungen. Allgemein aber gilt, dass diese Anlässe zu einem erheblichen Anteil die Bedingungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind.

Mit hinreichender globaler Gültigkeit können diese Anlässe wie folgt zusammengefasst werden:

1. physikalische Schädigungen und deren Folgen
2. Wirkungen chemischer Substanzen
3. psychomentele Störungen
4. biologische Schadenswirkungen
5. Kombinationen mehrerer schädigender Einflüsse

Die individuelle Bedeutung jeweils dieser Anlässe hängt mindestens von drei Bedingungen ab:

- Alter bei der Einwirkung
- Dauer der Einwirkung
- Intensität der Einwirkung

Eine Beurteilung der bevölkerungsbezogenen Relevanz wird zudem die Prävalenz der jeweils exponierten Personen und deren soziale Lagen beachten müssen (vergl. Heft 3).

Mit unterschiedlicher praktischer und vor allem legaler Bedeutung haben sich die meisten Staaten (unterschiedlich wirksame) Regulationen für potenzielle Behinderungsanlässe durch die Erwerbsarbeit gegeben.

Beispiel:

In der Europäischen Union sind es vor allem die „European Agency for Health and Safety at Work“ und die „European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions“, die für die Regulation und Prävention von Behinderungsanlässen praktische Bedeutung haben. Diese Bedeutung hängt allerdings davon ab, inwieweit die EU-Staaten jeweils auch bereit sind, die Empfehlungen dieser Institutionen mittels ihrer legislativen und exekutiven Systeme umzusetzen.

Es kann geschätzt werden, dass (mit großer Streuung um einen solchen Mittelwert) global mindestens 10% der Arbeitssuchenden bereits Einschränkungen der funktionellen Gesundheit haben. Es ist deshalb – wiederum mit global erheblichen Varianzen – ein sozialmedizinisches Wirkungsfeld, die funktionelle Gesundheit von Menschen, vor allem beim Eintritt in das Erwerbsalter zu beurteilen und ggf. an der Findung geeigneter Tätigkeiten und Arbeitsplätze, aber auch an deren Gestaltung mitzuwirken.

4.5.3 Behinderungsanlässe alter Menschen

Alterungsprozesse, Einschränkungen der funktionellen Gesundheit, wirtschaftliche Abhängigkeit, soziale Exklusion und chronisches Kranksein sind global die wichtigsten Behinderungsanlässe im Alter.

Altsein steht für den letzten Lebensabschnitt in der individuellen Biografie. Es ist von allen vorhergehenden Lebensabschnitten geprägt und gleichsam die Bilanz von Erfahrung, Erinnerung, Leistungen, Enttäuschungen, verbleibenden Möglichkeiten und Erwartungen. Wann das Altsein beginnt kann nicht als Norm festgelegt werden. Altsein ist kein neuer Lebensabschnitt. Es ist die Fortsetzung der vorhergehenden Abschnitte, begleitet von Veränderungen, die auch die Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung einschließen können.

Menschen altern in Abhängigkeit von ihrer lebensumweltlichen und hier vor allem ihren Arbeitsbiografien und sozialen Lagen verschieden. Aus der sozialmedizinischen Perspektive folgen dem fünf Fragen:

1. Wie ändert sich mit der Alterung das funktionelle Gesundsein?
2. Wie variant sind die zeitlichen Zuordnungen der Alterung zum kalendarischen Alter?
3. Welche Hilfebedarfe entstehen jeweils in unterschiedlichen Alterungsphasen?
4. Über welche Ressourcen verfügen Menschen, um ihr funktionales Altern zu bewältigen?
5. Durch welche sozialstrukturellen Ungleichheiten ist das Altern in konkreten Bevölkerungen qualitativ und quantitativ charakterisiert?

Biografische soziale Ungleichheit spiegelt sich im Altern wie im Altsein. Entsprechend ist die Beschreibung der notwendigen Assistenz- und Hilfeleistungen auch eine Aufgabe sozialmedizinischer Assessments, z.B. bei der Empfehlung von rehabilitativen, assistierenden und pflegerischen Maßnahmen. Das übergeordnete Ziel ist die Befähigung der Betroffenen und ggf. auch ihrer Helfer, funktionelle, psychische und soziale Veränderungen zu begrenzen und auszugleichen. Diese Notwendigkeit gibt es in

jeder Bevölkerung. wenngleich qualitativ und quantitativ in unterschiedlichem Ausmaß.

Beispiel:

Ob solche Aufgaben familial wahrgenommen werden, solidarische Angebote der nachbarschaftlichen Hilfe oder öffentliche Pflichtaufgaben sind, wird letztlich von den sozialen Transformationsprozessen abhängig sein, die Bevölkerungen sehr unterschiedlich durchlaufen. Auf welchem Weg auch immer, die Hilfebedarfe müssen beschrieben und bewertet werden. Entsprechende Assessmentverfahren sind z.B. der Barthel-Index, die Activities of Daily Living nach S. Katz (1924–2012), das Resident Assessment Instrument mit allen seinen Spezifikationen, das Care Needs Assessment, das Home Care Assessment, das Nursing Needs Assessment oder das deutsche System der Klassifikation von Pflegebedarfen.

Ob und wie es z.B. mit Hilfe der ICF gelingen kann, analog zu anderen global wirksamen Klassifikationen auch Hilfe- und Assistenzbedarfe im Alter zu vereinheitlichen, ist derzeit kaum absehbar. Dabei könnte sich die übliche Assoziation von Alter und Pflege als ein Hindernis erweisen, weil die Abgrenzungsinteressen von Rehabilitation, assistierter Selbständigkeit, sozialer Unterstützung und Krankenpflege sich nur schwer einigen lassen.

Solche funktionellen Aspekte der Gesundheit betreffen z.B.

körperliche Veränderungen

- eingeschränkte Mobilität
- eingeschränkte Hörfähigkeit
- eingeschränkte Sehfähigkeit
- eingeschränkte Merkfähigkeit
- chronische Schmerzzustände

psychische Belastungen

- Einsamkeit, Kontakt- und Kommunikationsverlust
- Verlust von Sexualität
- Erfahrungen von Ausgrenzung und sozialer Fremdkontrolle
- oft schmerzhaftes Lebensbilanzieren

soziale Defizite

- soziale Normierung und (informelle) Kontrolle sog. altersgerechten Lebens und diesem zurechenbarer Bedarfe
- Integrationsverluste, Ausgrenzung, einschließlich Selbstausgrenzung
- Altersdiskriminierung im öffentlichen Raum
- Disziplinierungstendenzen durch die Umwelt

- Ressourcenmangel/Altersarmut

Der fehlgeleiteten Wahrnehmung des Alters folgt ggf. fehlgeleitetes Handeln, das so zum Ausgangspunkt

- des Verlustes der Selbständigkeit
- depressiven Verstimmungen
- des Verlustes des Lebenswillens und
- von Verwirrtheit und Hilflosigkeit

werden kann.

Die fortdauernd notwendige Auseinandersetzung mit solchen Problemen ist zugleich ein Ansatzpunkt für die Prävention. Es liegt ein umfangreiches Wissen darüber vor, dass bei ausreichender wirtschaftlicher Unabhängigkeit und angemessener medizinischer Versorgung Autonomie und Selbständigkeit auch im Alter gelebt werden können. Gemeinschaftliches Leben ist dabei ein wichtiges Argument.

4.6 Binnenmigration und medizinische Versorgung

Binnenmigration erfolgt unter den Rechtsbedingungen des Lebensraums.

Kommentar:

Binnenmigration ist von Staaten gewollt und gefördert, wird aber auch strikt unterbunden. Eine typische Binnenmigration ist die „Landflucht“. Eine besondere Migrationsform ist die Zwangsumsiedlung. Binnenmigration ist immer auch von kapazitiven Problemen medizinischer Versorgung jeweils in den Zu- und Abwanderungsgebieten begleitet.

Die Regionen mit Bevölkerungsverlusten stehen vor der Aufgabe, Lösungen zu finden, um eine Unterversorgung einzugrenzen. Wille und Fähigkeit zum Ausgleich solcher Disparitäten sind global sehr verschieden ausgeprägt. Sie sind jedoch auch bei gegebenen rechtlichen Garantien medizinischer Versorgung schwer zu vermeiden. Während die akutmedizinischen Versorgungsprobleme organisatorisch und technisch bewältigt werden können, ist in ländlichen Regionen die dauerhafte Versorgung chronisch Kranker und behinderter Menschen weltweit eine erhebliche Herausforderung. Während aus sozialmedizinischer Perspektive in der Regel eine wohnortnahe und dezentrale Versorgung zu bevorzugen ist, ggf. mit intelligenten Lösungen der Delegation und der Substitution ärztlicher Versorgung, gibt es immer auch Konzepte, die einer Konzentration der Versorgungsangebote, auch im betriebswirtschaftlichen Interesse von Großanbietern den Vorzug geben.

Die Stadt-Land-Disparitäten ärztlicher Versorgung gehören zu den traditionellen Problemen der Krankenversorgung. Während in Vergangenheit und Gegenwart große Teile

der Landbevölkerung und auch isoliert lebende ethnische Gruppen oft keinen Zugang zur Krankenversorgung hatten oder weiterhin haben, gab es immer auch Bemühungen, hierfür Lösungen zu finden. In der Regel haben Landbevölkerungen auch in der Gegenwart schlechtere gesundheitliche Verhältnisse.

Selbst beim politischen Willen, die medizinische Versorgung zu verbessern, bleibt es schwierig, dem Stand des medizinischen Wissens zu genügen. Stadt-Land-Disparitäten stehen also nicht nur für Probleme der „Zugänglichkeit“, sondern auch für „qualitative Standards“ der Versorgung. Selbsthilfe und die Zufälligkeit des Zusammentreffens mit „wandernden“ medizinischen Leistungsanbietern, diese oft ohne Lizenzierung, waren und sind global weiterhin Realitäten.

Die Auflösung solcher Schwierigkeiten ist heute und künftig vor allem ein soziales, wenngleich technisch lösbares Problem, sofern es einen politischen Handlungswillen gibt.

Beispiel:

Im Jahr 1950 lebten nach Schätzungen der UNO 70 % der Menschen unter den Bedingungen einer vorwiegend agrarischen Produktion ihrer Existenzmittel. Im Jahr 2017 waren dies weniger als 50 %, und es wird angenommen, dass dies um 2050 weniger als 30 % sein werden.

Beispiel:

In der Volksrepublik China hat sich die Anzahl der Landbevölkerung zwischen 2007 und 2017, also in nur 10 Jahren, von etwa 800 auf 550 Millionen verringert. Es ist das Ziel, bis 2020 weitere 100 Millionen Menschen in Städten anzusiedeln. Die zur Lebenssicherung notwendige „Mobilität“ von Arbeitskräften erzeugt einen zusätzlichen Wanderungsdruck. Dabei verbleibt (derzeit noch) der amtliche Wohnsitz in der Heimatregion. Nur dort aber ist dann auch das soziale wie das Krankenversicherungssystem für die „amtliche“ Bevölkerung wirksam (Rural Resident Basic Medical Insurance Scheme). Dieses ist eine freiwillige und weitgehend marktwirtschaftlich organisierte Krankenversicherung, die die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen an den Wohnort und erhebliche Zuzahlungen bindet. Da ein Leistungstransfer von dieser in andere Krankenversicherungen nicht möglich ist, wird sich das Problem der ungleichen Versorgung erst auflösen lassen, wenn die bestehenden Krankenversicherungen, zudem über die Provinzgrenzen hinweg, integriert werden. Unter den bestehenden marktwirtschaftlichen Präferenzen erweist sich das als eine erhebliche Herausforderung und bewirkt Versorgungsnachteile für die Landbevölkerung. Dies verstärkt den durchaus gewollten Wanderungsdruck, der als Voraussetzung einer Modernisierung der Landwirtschaft gesehen wird, die dann kaum noch Arbeitskräfte benötigen wird.

In Deutschland beschäftigen Agrarbetriebe mit etwa 1000 ha z.T. weniger als 10 Arbeitskräfte. Hätte Deutschland die Bevölkerungsgröße Chinas würden unter Zugrundelegung der Zahlen für Deutschlands dort lediglich etwa 10 – 12 Mill. Menschen in der Landwirtschaft sowie in der Fischerei arbeiten (können).

Es sind also nicht nur die regionalen Disparitäten der Gesundheitsgefährdungen, sondern auch unterschiedliche infrastrukturelle Bedingungen und politische Entwicklungsziele, die auf die medizinische Versorgung wirken. Folgerichtig steht hier auch die sozialmedizinische Praxis vor einem erheblichen Wandel der Aufgaben.

4.7 Außenmigration und medizinische Versorgung

Außenmigrationen können die Regionen mit Bevölkerungsverlusten wie auch die mit -gewinnen je nach Ausmaß der Bewegungen vor erhebliche Probleme bei der Krankenversorgung stellen.

Kommentar:

Außenmigration hat drei Wurzeln: Sie ist die Folge von sozialen Katastrophen und Perspektivlosigkeit, von Vertreibung oder ist das Ergebnis einer aktiven (und dann auch selektiven) Werbung von Zuwanderern durch andere Staaten. Der Status der Migranten und deren Perspektiven sind entsprechend verschieden und bestimmen die Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung von Migranten.

In nennenswertem Umfang sind Probleme mit der Krankenversorgung selbst Gründe der Außenmigration. Migranten, die Flüchtlinge sind, sind zumeist körperlich gesund, im Gefolge der Fluchtumstände jedoch oft schwer psychisch traumatisiert. Die Zielstaaten sind aus eigener Kraft oft nicht in der Lage oder ideologisch motiviert nicht bereit, notwendige Versorgungsressourcen bereitzustellen. Ein z.T. dauerhaftes Lagerleben ist eine Realität und von den Immigrationsländern häufig gewollte Folge.

Im Jahr 2017 waren nach Angaben der UNHCR allen Migranten 68,5 Millionen Flüchtlinge. Die Gesamtzahl der weltweiten Migranten ist nicht anzugeben.

Ein besonderer Aspekt ist migrierendes medizinisches Fachpersonal, das mit seiner (von den Zielländern oft geförderten oder initiierten) Migration die Versorgungsprobleme im Herkunftsland verschärft, die Zielländer hingegen bereichert.

Allerdings: Migration war und ist immer auch mit Austausch von Erfahrung und Wissen verbunden. Das war geschichtlich eine Ursache auch für die Verbreitung von medizinischen Erfahrungen und Praktiken der Krankenbehandlung. Das galt und galt auch für die Organisationsweise der Hilfen für Kranke.

Beispiel:

Die von Kardinal Richelieu (1585-1642), Premierminister unter König Louis XIII. und von T. Renaudot (1586-1653) 1640 in Frankreich gegründeten Dispensarien waren das erste Modell einer „staatlich“ finanzierten Krankenversorgung für die Ärmsten Bewohner der Pariser Slums. Diese Dispensarien „migrierten“ mit französischen Migranten nach England, nach Skandinavien, in die USA, wo sie besonders auch für die Migranten bis etwa 1927 eine nennenswerte Rolle spielten (Starr, P. (1984): The Social Transformation of American Medicine. Basic Books, New York). Sie „wanderten“ später dann von Frankreich auch in die Sowjetunion und hatten in einer Reihe osteuropäischer Staaten nach dem 2. Weltkrieg eine wichtige Funktion in der medizinischen Versorgung.

In der europäischen Vergangenheit des 17., 18. und 19. Jahrhunderts war Migration eng mit der Staatenbildung verbunden. Es entstanden innerhalb von Staatsgrenzen spezifische Lebensweisen, die, reguliert durch eigene Normen und Standards auf territorialen und kulturellen Abgrenzungen gründeten. Migranten wurden in der Folge „Fremde“, die häufig abgelehnt wurden oder unter dem Druck standen, ihre Identität aufzugeben und sich zu „integrieren“. Diese Prozesse schlossen nicht nur ein, sie schlossen auch aus. Nachfolgende gesellschaftliche Wandlungen änderten den Charakter dieser Staaten z.T. tiefgreifend, schlossen aber vielfach nennenswerte Teile der zugewanderten Bevölkerungen weiterhin aus. Die Folge waren oft neuerliche und dann Binnenmigrationen.

Erst die Herausbildung der heutigen Staatstypen teilten und teilen solche Wanderungen in „Außenmigration und Binnenmigrationen“. In Abhängigkeit von Interessenlagen wurden und werden diese gefördert oder möglichst verhindert. Beide Strategien sind soziale Selektionsmechanismen, die auf der Fiktion einer „rassisch-genetisch“ begründeten völkischen Identität (zumindest der unteren sozialen Schichten) gründeten und gründen. Wirtschaftliche Disparitäten und selektiver Migrationsdruck waren und sind weiterhin wichtige Ursachen von Migrationen mit der Folge dramatischer Benachteiligungen großer Teile der Weltbevölkerung. Diese reproduzieren sich in vielen Staaten dann auch im Zugang zu medizinischer Versorgung.

Beispiel:

Im Jahr 1846 „bot“ die Bürgerschaft der deutschen Stadt Gernsheim ihren subsidiär versorgungsbedürftigen Armen an, die Transportkosten der Auswanderung nach Nordamerika zu übernehmen. Etwa 700 Personen wurden dann im August des Jahres nach Rotterdam verbracht.

Beispiel:

Neben dem Sklavenhandel war die Besiedlung Nordamerikas vor allem das Ergebnis des Massenelends und des Hungers in Teilen Europas und Asiens sowie Folge

massiver religiöser und politischer Verfolgungen im Zusammenhang mit der Staatenbildung, vor allem in Europa. Es ist eine allgemein akzeptierte, wenngleich grobe Schätzung, dass zwischen 1520 und 1870 etwa 11 bis 15 Millionen Bewohner Afrikas vor allem durch arabische und englische „Händler“ zwangsweise als Sklaven auf den amerikanischen Kontinent verbracht wurden. Dieser Zahl sind jene mindestens 1,5 Millionen hinzuzufügen, die unmittelbar durch den Raub und dann durch ihren Transport umkamen. Da es keine verlässlichen Schätzungen der Ausgangsbevölkerungen gibt, ist nicht abzuschätzen, wie hoch der Anteil dieser „Migranten“ an den betroffenen afrikanischen Bevölkerungen war und wie viele afrikanische Teilbevölkerungen hierdurch ausgerottet wurden. Unbestritten ist, dass die sozialen Folgen und die damit verbundenen Kolonialisierungen für den afrikanischen Kontinent bis heute nicht überwunden sind. Für die „Nehmerländer“ von Sklaven war und ist dies fortdauernd ein außerordentlicher Gewinn. In jedem Fall ist richtig, dass solche Migrationen in kaum abschätzbarem Ausmaß die heutige Welt geprägt haben.

Der Nachteilsausgleich im Zugang zu medizinischer Versorgung und bei der Sicherung sozialer Teilhabe ist eine permanente sozialmedizinische Herausforderung. Solche Wanderungen werden auch künftig den sozioökonomischen Differenzierungen und dem Wunsch nach Lebensperspektiven folgen. Auch Gewaltanwendungen werden solche Migrationen nicht verhindern. Mangel an Existenzmitteln, an Zugang zu Bildung, Prävention und Krankenversorgung sind so bedeutsame Ursachen für die Ungleichheit der Freiheitsrechte von Menschen.

Mikro- wie Makromigrationen sind von selektiven Umverteilungen von mehr oder weniger großen Bevölkerungsteilen begleitet. Selektionsmerkmale sind das Alter, das Geschlecht, die Gesundheit und die Bildung, der Beruf sowie die wirtschaftlichen, vor allem die monetären Ressourcen. Die selektive und in ihrer Selektivität oft auch geförderte Wanderung, ist für die Staaten mit Wanderungsgewinnen in der Regel ein Vorteil, für jene mit Wanderungsverlusten hingegen ein Nachteil. Das gilt u.a. auch für den Verlust von qualifiziertem medizinischem Personal.

Beispiel:

Der Migrationsgewinn wird z.B. für Deutschland im Jahre 2017 auf mehrere Milliarden Euro geschätzt und ist folglich ein entsprechender Verlust für die Herkunftsländer, z.B. Ungarn, Rumänien, Bulgarien, Polen, Russland und die baltischen Staaten sowie die Staaten des Balkans.

Solche Zuwanderungen verschärfen ggf. die Versorgungsprobleme in jenen Zuwanderungsregionen, die ohnehin als unterversorgt gelten müssen. Sie verstärken hingegen eher die Überversorgung in Ballungsräumen. In jedem Fall verursachen sie Unter-

versorgung für die Migrationsverlierer. Den regionalen Bedingungen und Lebensweisen folgend sind Migrationsprozesse für die medizinische Versorgung weltweit von exemplarischer Bedeutung für gesellschaftliche Wandlungsprozesse.

Migration hat viele Gesichter: Binnen- und Außenmigration, Emigration und Immigration, Tourismus, Arbeitsmigration, Flucht und Vertreibung, Perspektivlosigkeit, ökologische und politische Katastrophen. Ressourcenmangel oder auch nur der Wunsch nach Freizügigkeit und Selbstbestimmung sind Gründe, die Lebensbedingungen zeitweilig oder dauerhaft zu ändern.

Die medizinische Versorgung von Migranten ist folglich eine sehr spezifische Regulationsaufgabe, wenn Patienten nicht über eine eigene Kaufkraft verfügen. Die Realität ist vielfältig und reicht im globalen Vergleich von totaler Leistungsverweigerung, über konditionierte subsidiäre Leistungen und Leistungen im Notfall bis zum für Migranten und Staatsbürger gleichen Rechtsanspruch auf medizinische Hilfen. Hinzu kommen zwischenstaatliche Vereinbarungen. Aus sozialmedizinischer Perspektive sind es vor allem drei Vorgänge, die Beachtung verdienen. Das ist einmal der „Medizin- und Pflgetourismus“ von Anbietern- und Nutzern, dann das „Braindrain“ und schließlich Fluchten und Vertreibungen.

Für die Europäische Union gilt: *„Everyone has the right of access to preventive healthcare and the right from medical treatment under the conditions of national law and practices. A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Union policies and activities.“* (Article 35, Charter of the Fundamental Rights of the European Union, 2000/C 364/01).

4.7.1 Gesundheitstourismus

Der sog. Gesundheitstourismus, auch „Medical Tourism“, ist ein traditionelles und sich erheblich ausweitendes Geschäftsfeld von Investoren in die medizinische Versorgung und den jeweiligen Anwendern.

Die Ziele dieses Tourismus sind vor allem die Suche von

1. qualitativ besserer Versorgung
2. kostengünstigeren Versorgungsangeboten und begleitenden Dienstleistungen wie Rehabilitation und Pflege
3. Behandlungsoptionen, die im eigenen Land nicht zugelassen oder nicht verfügbar sind
4. komplementären und alternativen Therapien und Konsumwünsche
5. kosmetische Operationen und Wellnessangebote
6. wirtschaftliche Interessen

Die Regulation dieser Entwicklungen, auch innerhalb der Europäischen Union, ist ein ungelöstes Problem (*Legido-Quiley, McKee, M., Nolte, E., Glinos, I.A. Assuring the Quality of Healthcare in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies 12, 2008*)

4.8 Erwerbsarbeit und Sozialmedizin

Der Erhalt und die Wiedererlangung der Fähigkeit zu arbeiten sowie der Schutz vor arbeitsbedingten Gefährdungen ist ein zentrales Ziel der Prävention und der medizinischen Versorgung sowie der Rehabilitation.

Jede Art von Tätigkeit ist Arbeit. Sie kann als Erwerbstätigkeit der materiellen Lebenssicherung, der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, der Haushaltsführung oder der Selbstverwirklichung dienen. Freizeitsport, Bildung, Hobbys sind in diesem Sinne auch Arbeit. Arbeit ist sowohl Quelle von Gefährdungen für die Gesundheit als auch Voraussetzung selbständiger Lebensführung und erfolgreicher Prävention. Sie ist Energieverbrauch und Ressourcengewinn, kurz die Gesamtheit der Prozesse, in denen sich Menschen mit ihrer Umwelt aktiv auseinandersetzen ist auch Arbeit. Sie ist in diesem Sinne Energiewandel- und verbrauch.

Arbeit ist immer auch an psychische und physische Voraussetzungen gebunden, sie spiegelt die Heterogenität von Bevölkerungen und erzeugt sie zugleich. Sie ist Chance zur Freiheit, zu Selbstbestimmung und Unabhängigkeit.

Arbeit ist als abhängige Erwerbsarbeit aber auch forderungs- und pflichtengebunden und gegenüber den individuellen Voraussetzungen von Menschen auch selektiv. Diese Selektivität spiegelt sich lebenslang auch in den Einkommen, und ist die Basis der „Vererbung“ vertikaler sozialer Ungleichheiten. Arbeit bestimmt also die Möglichkeiten eines unabhängigen und selbstbestimmten Lebens, die Wählbarkeit von Lebensstilen und die soziale Gesicherheit.

Arbeit bindet Menschen maßgeblich in die sozialen Beziehungsgeflechte und Interaktionen ein. Sie ist so eine der sozialen Schlüsselbedingungen funktioneller Gesundheit im Sinne der ICF. Entsprechend sind der Erhalt und die Wiedererlangung der Fähigkeit zu arbeiten ein zentrales Ziel der Prävention, der medizinischen Versorgung und der Hilfe für Menschen, die nicht oder nicht mehr arbeiten können.

Arbeit ist zugleich eine der wichtigsten Quellen gesundheitlicher Ungleichheiten. Diese folgen aus der Art der Arbeitstätigkeit und aus der ungleichen Verteilung ihrer Ergebnisse. Der Erhalt und die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, der Schutz vor die Gesundheit gefährdenden Arbeitsbelastungen oder auch die Anpassung von Arbeitsplätzen an die Bedürfnisse von Menschen sind unverzichtbare Aspekte medizinischen Professionsverständnisses.

Eine sehr spezifische sozialmedizinische Verantwortung ist den Krankenversorgungssystemen unter Rechtsbedingungen übertragen, die medizinischem Fachpersonal das Recht und die Verantwortung geben, Menschen von ihren arbeitsvertraglichen Verpflichtungen zeitweilig freizustellen oder Entscheidungen über soziale Folgeleistungen im Falle dauerhafter Arbeitsunfähigkeit sachverständig zu beraten. Diese medizinische Expertise ist nicht nur von einer individuellen Krankheit bestimmt, sondern von den Bedingungen der konkreten Arbeitstätigkeit und den hier wirksamen Normen. Es ist folgerichtig eines der Schlüsselthemen praktischer Sozialmedizin, in diesen Sachfragen fachliche Expertise vorzuhalten.

In Bevölkerungen mit regulierten Bedingungen für die Erwerbsarbeit wird die medizinische Expertise bei der Bewertung der physischen und psychischen Voraussetzungen einer Erwerbsarbeit immer eine wichtige Rolle spielen. Das gilt analog für die Bewertung von Arbeitsgegenständen und -prozessen sowie von Arbeitsplätzen durch die Arbeitsmedizin und den Arbeitsschutz.

Beispiel:

Im deutschen Sozialversicherungssystem obliegt es dem Gemeinsamen Bundesausschuss von Krankenkassen und Ärzteschaft, die Normen für die medizinisch-sachverständige Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit festzulegen. Die Einhaltung dieser Normen kann im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen wie auch der Arbeitgeber durch (in der Regel) sozialmedizinisch weitergebildete Fachärzte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erfolgen. Analog ist es eine Aufgabe des sozialmedizinischen Sachverständigen, Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und zu Leistungsbildern im Falle von Behinderungen sachverständig zu beurteilen. Analoge Expertise ist vorzuhalten, wenn Tauglichkeit und Eignung für bestimmte spezialisierte Verrichtungen (Kfz-Führung, spezialisierte Maschinenpässe, Sporttauglichkeit, Höhentauglichkeit etc.) zu bewerten sind.

Wenngleich die Bedingungen für die Regulierung arbeitsvertraglicher Pflichten im Falle von Krankheit weltweit erheblich variieren, gibt es dennoch einen großen Druck auf die Angleichung arbeitsbezogener gesundheitlicher Regulationen. In der Regel ist deren Beratung eine ärztliche Aufgabe. Von weitreichender praktischer Bedeutung ist der „Wandel der Arbeit“ als Grundlage der Existenzsicherung. Es ist davon auszugehen, dass sich im Gefolge dieses Wandels auch die arbeitsbezogenen Aufgaben der Sozialmedizin verändern werden.

5 Benachteiligung

Die alltägliche gefährdungs-, krankheits- und behinderungsbedingte Benachteiligung von Menschen ist eine globale Realität und auch beständige Herausforderung.

Benachteiligung liegt vor, wenn Menschen der Anspruch auf Gleichbehandlung verwehrt bleibt, sie also schlechter behandelt werden als andere Menschen. Sie ist folglich ein relationales Erleben und damit vom Maßstab des Vergleichs bestimmt. Neben der Diskriminierung im Zugang zu medizinischer Versorgung, ist vor allem die Diskriminierung von Menschen im Falle bestimmter Formen von Kranksein und von Behinderung, die als soziale Exklusion und Herabwürdigung erfahren wird. Sie ist dann ein spezifisches sozialmedizinisches Thema, wenn sie die Verweigerung oder Beschränkung von Zugängen zu einem Krankenversicherungsschutz und zur Gewährung medizinischer Hilfeleistungen betrifft.

Grundlage der Beurteilung sind die für eine Bevölkerung geltenden Rechtsansprüche. Unter der Bedingung, dass für eine Bevölkerung notwendige medizinische Versorgung nicht verfügbar ist, gibt es in ihr auch keine Benachteiligung. Berechtigt wäre ein solches Urteil hingegen, wenn es sich auf Vergleiche mit anderen Bevölkerungen bezieht. Die Methodik von Vergleichen und die dabei genutzten Kriterien entscheiden über die Abgrenzung einer Benachteiligung von einer Begrenzung der berechtigten Leistungen nach den Maßstäben von Notwendigkeit und Angemessenheit. Solche Entscheidungen sind im Kern medizinisch-fachlicher Art. Sie entsprechen dem, was auch indikationsgerechtes Handeln ausmacht. Diese Entscheidung wird zu einem offenkundigen Problem, wenn Ressourcenzugänge privilegiert werden und bei Ressourcenmangel nach legalen Maßstäben auch privilegiert, werden müssen. Analog ist dies zu beachten, wenn Gleichheitserwartungen seitens der Patienten existieren, für die es keine sachlich oder wissenschaftlich begründeten Grundlagen gibt. In der medizinischen Versorgung, vor allem, wenn sie nach wirksamen Geboten des sozialen Nachteilsausgleichs ungleiche Aufwendungen rechtfertigt, bedarf es strikter, ggf. gutachtlich-sachverständiger Stellungnahmen zur Unterscheidung von Ungleichheit und Benachteiligung.

Beispiel:

In der ärztlichen Praxis kann die Auseinandersetzung mit dem Vorwurf der Benachteiligung ein Problem sein, wenn bei gleichen Diagnosen unterschiedliche Therapiekonzepte vorgeschlagen werden oder Patienten, die sich als Kunden interpretieren mit Forderungslisten den Arzt aufsuchen und dann der Verweis auf medizinisch fehlende Notwendigkeit als Benachteiligungskonflikt ausgetragen wird.

Offene und versteckte Diskriminierungen im Zugang zu medizinischer Versorgung wegen Krankheit und Behinderung ist geschichtlich wie auch global eine weiterreichende Folge von sozialer Benachteiligung. Versicherungsökonomische Risikoselektionen sind ein typisches und häufiges Problemfeld. Deren Basis sind ungleiche Versicherungskonditionen für unterscheidbare Risikogruppen sowie vertragliche Begrenzungen von Leistungszugängen als Rationierungskonzepte. Analoge Mechanismen wirken ggf. bei subsidiären Leistungen.

Beispiel:

Im Bundesstaat Oregon (USA) wurde in den frühen 1980er Jahren ein Rationierungsmodell für den Anspruch auf medizinische Versorgung von Medicaid-Berechtigten eingeführt. Es sollten so die subsidiären Leistungen begrenzt werden. Die praktische Wirksamkeit bleibt jedoch gering, weil Klagen wegen eines Verstoßes dieser Vorschriften gegen das Antidiskriminierungsgesetz in der Regel erfolgreich sind.

Allerdings ist das Zusammenleben von Menschen nicht allein durch formelle, sondern auch durch informelle Regeln bestimmt, die dann auch als erhebliche Benachteiligung erlebt werden können. Für die Unterscheidung von Ungleichbehandlung, Benachteiligung und Diskriminierung gibt es keine eindeutigen Normen. Im Kontext des sog. Health Belief Models (HBM) und im Besonderen im Falle der Prävention werden in einer Reihe von Ländern Konzepte der positiven und der negativen Verhaltensdiskriminierung auch gezielt propagiert und auch eingesetzt.

Wenn Krankheit und nonkonformes Verhalten zu Benachteiligung und Diskriminierung führen kann, gilt in der Umkehrung auch, dass soziale Diskriminierung Krankheit und Behinderung verursachen kann. Global ist der erschwerte oder unmögliche Zugang zu einer Krankenversicherung und in der Folge dann auch der fehlende Zugang zu notwendiger medizinischer Versorgung eine der besonders relevanten Benachteiligungen. Diese können dann auch selbst wieder ursächlich für psychische, physische und soziale Problemlagen sein.

Gesundheitlich bedingte Behinderungen sind global bei Ausgrenzungen im Zugang zu Bildung und zum Erwerbsleben besonders wirksam. Sie erzeugen oder verschärfen Ungleichheiten im Zugang zu den Ressourcen für ein selbstbestimmtes Leben. Sie begrenzen oder verhindern auch soziale Integration.

Diskriminierende gesellschaftliche Handlungsmuster betrafen in der Geschichte und betreffen global weiterhin vorrangig bestimmte Arten von Krankheiten und deren Folgen. Sie rechtfertigen sich vor allem mit Argumenten eines allgemeinen Schutzbedürfnisses der Gesellschaft vor Kranken und Behinderten oder der „gerechten“ Bestrafung für Fehlverhalten, Normenverletzung und „Anderssein“. Kenntnis- und Bildungsmangel, religiöse Konventionen, Angst und Mangel an Solidaritätsbereitschaft

und -verständnis, auch schlicht von sozialen Überlegenheits- und Gewinnmotiven getriebene Lebensleitbilder moralisch depravierter sozialer Gruppen und krude Annahmen zur Verursachung von Krankheit sind typische Gründe für Benachteiligungen Schwächerer.

Diskriminierungen kennzeichnen auch in historischen Kontexten den allgemeinen Entwicklungsstand der gesellschaftlichen Lebensweise. Der Umgang mit „Anderssein“ war und ist eine der Herausforderungen, denen sich auch die medizinischen Berufe und Gutachter stellen müssen. Er ist gleichsam Teil der widerspruchsvollen Zivilisationsgeschichte von Homo Sapiens.

Beispiel:

In der Politeia schreibt Platon: „So nehmen sie dann den Nachwuchs der Guten und tragen sie in die Hürde zu den Pflegerinnen, die in einem Teil der Stadt abgesondert wohnen; aber den der Geringeren, oder wenn von den andern ein gebrechliches Wesen erzeugt wird, so verbergen sie's wie schicklich an einem unerforschlichen und unbekannten Ort.“ Bei Aristoteles findet sich die Empfehlung: „Der Gesetzgeber muss aber auch darauf achten, dass die Neugeborenen körperlich nach seinen Vorstellungen geraten“. „Zur Aussetzung oder dem Aufziehen der Neugeborenen soll ein Gesetz vorschreiben, dass man kein behindertes Kind aufziehen darf“. (zitiert nach <http://autismus-kultur.de/autismus/geschichte/zeitalter-der-barmherzigkeit.html>; Zugriff 17.12.2017)

Es ist zu beachten, dass Empfehlungen wie sie etwa von Platon und Aristoteles überliefert sind, keine Aussagen zur gesellschaftlichen Praxis sind. Es bleibt zudem fast immer unklar, von welcher der gesellschaftlichen Schichten jeweils gesprochen wird. Wie immer sich heute die Gleichbehandlungsrealität aller Menschen darstellt, die Überwindung von Benachteiligungen als Folgen fortbestehender gesundheitlicher Ungleichheiten bleibt eine Herausforderung. Sie zwingt, den Rahmen für die Chancengleichheit aller Menschen immer wieder neu zu definieren und in der Lebenspraxis zu prüfen.

Beispiel:

Für den Rechtskreis der EU ist der Fall Chacón Navas gegen Eurest Colectividades SA aus dem Jahr 2006 hierfür ein Beispiel. In dem Rechtsstreit ging es um die Bewertung des Sachverhaltes, dass Frau Navas wegen einer Erkrankung auf eine Operation warten musste und deshalb nicht arbeitsfähig war. Nach acht Monaten beendete deshalb der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis. Frau Navas klagte gegen diese Entscheidung unter Berufung auf einen Schutzanspruch im Falle einer Behinderung nach spanischem Recht, dass der „EU Framework Equality Directive 2000/78/EC“ folgte. Grundlage der richterlichen Prüfung war eben diese Richtlinie vom 27. November 2000. Sie bestimmt den allgemeinen Rahmen für die Garantien

der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf. In diesem Entscheidungsfall war u.a. zu prüfen, ob das Diskriminierungsverbot auch Behinderungen betrifft, da in der Richtlinie nicht eindeutig definiert war, was Behinderungen sind. Der Begriff „Behinderung“ ist nun nach diesem Urteil so zu verstehen, dass diese sich auf alle Einschränkung bezieht, die auf physische, geistige oder psychische Beeinträchtigungen zurückzuführen sind und deshalb ein Hindernis für die Teilhabefähigkeit des/der Betroffenen am Berufsleben sind. Damit hat sich das Gericht nach Auffassung von Kritikern auf ein medizinisches Konzept der Behinderung bezogen und sich nicht auf das bio-psycho-soziale Modell der ICF berufen: „... the concept of “disability” must be understood as referring to a limitation which results in particular from physical, mental or psychological impairments and which hinders the participation of the person concerned in professional life“.

Die Feststellung einer Benachteiligung, bzw. Diskriminierung bei der Teilhabe am sozialen Leben ist eine soziale Folgeabschätzung gesundheitlicher Ungleichheiten. Das sollte dann allerdings auch in der Umkehrung gelten, dann nämlich, wenn soziale Ungleichheiten und Diskriminierungen Folgen für die körperliche und mentale Gesundheit, bzw. die Entwicklung von Menschen haben.

Damit öffnet sich das große Feld der gesundheitlichen Folgen sozialer Diskriminierung als ein zentrales sozialmedizinisches Forschungs- und Praxisfeld: soziale Behinderung einer den individuellen Möglichkeiten entgegenstehenden Entfaltung von Potenzialen wird, zumindest in einer wissenschaftlichen Perspektive, Gegenstand der Diskriminierungsdebatte. Die Argumentation wandelt sich so von einer finalen Akzentuierung in eine kausale Begründung.

Nachfolgend werden einige Beispiele zum Themenfeld „Ungleichheit und Benachteiligung“ dargestellt. Für medizinische Gutachter ist die Auseinandersetzung (und auch Selbstkontrolle) mit Ungleichheit, Benachteiligung und Diskriminierung zwingend.

5.1 Armut

Armut ist neben schlechten Arbeitsbedingungen die wichtigste Ursache für gesundheitliche Nachteile und für „vorzeitigen“ Tod.

Armut ist die Unfähigkeit, grundlegende Lebensbedürfnisse selbst und in autonomer wirtschaftlicher Kompetenz befriedigen zu können, d.h., Armut und Autonomie schließen einander aus. Ihre wichtigsten Formen sind die Einkommensarmut und die soziale Exklusion. Für die Armutsbeschreibung ist die Bestimmung dessen was „grundlegende Lebensbedürfnisse“ sind einmal das Existenzminimum (absolute Armut) und der sich am „Durchschnitt“ orientierende Maßstab (relative Armut).

Der Schutz der Gesundheit, der Zugang zu medizinischer Versorgung im Bedarfsfall sowie die soziale Absicherung bei Behinderung sind im sozialmedizinischen Verständnis den elementaren Lebensbedürfnissen zugehörig. Ressourcenmangel oder soziale Exklusion sind bei der Erfüllung dieser Bedürfnisse wesentliche Hindernisse. Die Auseinandersetzung mit Armut und ihren Folgen ist auch ein prioritäres Thema der sozialen Prävention (siehe Heft 8). An den unterschiedlichen Armutsverständnissen scheiden sich die in Bevölkerungen politisch wirksam dominierenden Wertekonzepte. Zwei solcher Konzepte haben in diesem Zusammenhang eine herausragende Stellung:

1. Das Konzept der absoluten Armut verneint eine Bezüglichkeit zum in einer Bevölkerung „durchschnittlich“ verfügbaren Lebensstandard und begrenzt sie auf die unterste Grenze der Kaufkraft, die notwendig ist, um das Überleben zu sichern. Dieses von dem US-Militärpolitiker, dem Chef der Ford-Werke und dem Präsidenten der Weltbank R. S. McNamara (1916 -2009) entwickelte Begrifflichkeit der absoluten Armut (derzeit mit 1,90 US-Dollar pro Tag, bzw. 693 US-Dollar pro Jahr festgesetzt) gilt weltweit und ohne regionale Differenzierung der Kaufkraftparitäten als die absolute Armutsnorm. Sie verneint Bildungs- und Kulturbedürfnisse, Zugang zu medizinischer Versorgung, zu Arbeit, Kleidung und Wohnung sowie die Verwirklichungsrechte weitergehender individueller Grundbedürfnisse als garantispflichtige Menschenrechte. Für diese können dann, wenn politisch gewollt und ökonomisch möglich, subsidiäre Leistungen der Staaten eintreten.
2. Als relativ arm gelten Personen mit weniger als 50 % und als armutsgefährdet mit weniger als 60 % des Durchschnittseinkommens. Das Konzept der relativen Armut anerkennt, dass die Unterschreitung einer definierten Distanz zur „durchschnittlichen“ Lebenslage (der Bezugspunkt ist in der Regel der Modalwert der Einkommensverteilung, der zumeist niedriger als der arithmetische Mittelwert ist) einer Referenzbevölkerung von Benachteiligung gefolgt ist und die gesellschaftliche Kohärenz gefährdet. Es wird anerkannt, dass relative Armut die Befriedigung von Grundbedürfnissen jenseits des Überlebens zwar begrenzt, akzeptiert sie aber im Sinne der Menschenrechte. In diesem Sinne ist Armut die Zurücksetzung von Menschen in Relation zu einem vereinbarten allgemein akzeptierten Standard. Sie ist in ihrem Ausmaß dann auch die gesellschaftlich akzeptierte Benachteiligung.

Die Lebenslage der „Armen“ und deren Prävalenz variieren entsprechend den jeweiligen Definitionskonzepten. In den sog. ökonomisch entwickelten Staaten Westeuropas und Nordamerikas leben zwischen 5 % und 25 % der Einwohner unter den jeweiligen relativen Armutsgrenzen, während absolute Armut zumeist nur eine geringe oder keine Rolle spielt. Die Prävalenz relativ armer Personen variiert zudem gemäß relevanter Strukturmerkmale einer Bevölkerung. Solche Merkmale sind neben dem Geschlecht und dem Alter auch der Bildungsstand und vor allem das Merkmal „Alleinerziehend“. In den sog. Entwicklungs- und Schwellenländern betrifft relative Armut 80 % und mehr der Bevölkerung, einschließlich eines oft hohen Anteils von Menschen,

die unter den Bedingungen von absoluter Armut leben. Die Folge ist eine sehr hohe Betroffenheit von Kindern, Frauen, Behinderten und alten Menschen.

Bezüglich ihrer gesundheitlichen Problemlagen sind in Armut lebende Menschen charakterisiert durch

- hohe Gesundheitsrisiken und mangelnde präventive Kompetenz
- hohen Diskriminierungs- und Legitimierungsdruck bei medizinischem Hilfebedarf
- eine eher späte Symptomwahrnehmung bei starker Somatisierungstendenz der sozialen und psychischen Problemlagen
- krankheitsbedingte Ausgrenzung und Obdachlosigkeit, die in vielen Bevölkerungen vor allem psychisch Kranke und behinderte Menschen, aber auch Kinder und Jugendliche betrifft
- eine hohe Prävalenz von Suchtkranken und Gewaltopfern
- unzureichende Möglichkeiten, Krankheitsfolgen zu bewältigen

Da in Armut Lebende zumeist marginalisiert werden und keine Öffentlichkeit haben, haben sie auch kaum Möglichkeiten, ihre Probleme selbst zur Anerkennung zu bringen. Sie bedürfen hierbei der aktiven Unterstützung.

Kommentar:

Menschen, die in absoluter Armut leben, leben de facto zumeist unter entdemokratisierten Verhältnissen. Der armutsbedingte Nachteilsausgleich ist ein grundlegendes sozialmedizinisches Handlungsziel. Die eingeschränkte Fähigkeit Hilfe aktiv nachzufragen, sich selbst zu helfen und Rechte durchzusetzen verlangt aktiv zugehende Angebote und regelhaft subsidiäre, solidarische und karitative Hilfen, sofern Rechtsordnungen auf Pflichtversicherungsmodelle verzichten. Dies gilt dann auch für dringend notwendige medizinische Hilfen.

Beispiel:

Armut spielte und spielt für die Entwicklung der Medizin und für die Entstehung medizinischer Versorgungssysteme eine erhebliche Rolle: 1. Die Herausbildung eines Krankenhauswesens im europäischen Mittelalter begann oft mit der Schaffung von Armenasylen, in denen auch medizinische und pflegerische Hilfen für Kranke unumgänglich waren. 2. Soziale Sicherungssysteme entstanden u. a. vor dem Hintergrund der Bedrohung durch Armut als Folge von Krankheit. 3. Arme waren (und sind in vielen Ländern auch noch heute) oft Versuchsobjekte der Medizin und der Pharmaforschung.

Obdachlosigkeit, Nichtsesshaftigkeit und Betteln als einzige Möglichkeit der Lebenssicherung sind die letzte Stufe der Armut. Hier kumulieren nahezu alle Gesundheitsprobleme, z.B.:

- *Folgen von Fehl- und Unterernährung*
- *psychische Krankheiten*
- *Suchtkrankheiten*
- *Hautkrankheiten, chronische Entzündungen, Fuß- und Gelenkkrankheiten*
- *Verletzungen, Folgen von Gewalt, Erfrierungen, Folgen mangelnder Körperhygiene*
- *psychische Krankheiten mit Schwankungen zwischen Aggressivität und hohem Angstpotential sowie Selbstisolation*
- *Somatisierung sozialer und psychischer Störungen, vor allem Entwertungsgefühle*
- *psychische und institutionelle Barrieren gegenüber der Nutzung von Hilfen*

Armut, Langzeit- und Dauerarbeitslosigkeit sowie Obdachlosigkeit sind typische und einander verstärkende Problemagglomerationen, die jeweils als Ursache und Folge in Erscheinung treten und so einen Kreislauf mit sich gegenseitig ständig verstärkendem Problemgewicht bilden. Dieser Kreislauf kann durch Eigen- und Selbsthilfe nur selten durchbrochen werden. Menschen, die in Armut leben, benötigen aktive und zugehende Hilfeangebote und institutionell gesicherte Infrastrukturen für die medizinische Versorgung.

Beispiel:

Der Anteil von relativer Armut betroffener Menschen in Deutschland nimmt weiter zu und erreicht mit etwa 13,4 Millionen um 2021 einen neuen Höhepunkt. Die Gruppe der von Armut betroffenen Menschen, hierunter in der Bundesrepublik jedes 8. Kind, ist sehr inhomogen und verfügt über unterschiedliche Ressourcen, um ihre Lebenslage zu bewältigen oder auch nur zu kaschieren (offene Armut und versteckte Armut). Auch die Dauer, in der Menschen in Armut leben, variiert erheblich und mitbestimmt so maßgeblich die Prävalenz. Armut betrifft mit einem Anteil von etwa 33 % in besonders hohem Maße Alleinerziehende und folglich auch deren Kinder.

5.2 Bildung und Gesundheit

Bildung ist (neben dem Einkommen) einer der wichtigsten sozialstrukturell diskriminierenden Gesundheitsindikatoren.

Bildung benennt den Prozess der Formung von Persönlichkeiten, ihrer Beziehungsfähigkeit zu sich selbst sowie zur sozialen und materiellen Umwelt. Bildung ist mehr als nur „Wissen“ und schließt die Handlungsfähigkeit und -bereitschaft der Menschen, ihre Lebensweise selbst zu gestalten ein. Bildung hat zugleich einen motivationalen Aspekt, der in der Prävention wie in der Krankenversorgung bedeutsam sein kann. Es ist dann nur folgerichtig, wenn Gesundheit und Bildung in einem eigenen sozialen Beziehungszusammenhang gesehen werden müssen. Das gilt analog für die Gesundheitsfolgen, wenn der Zugang zu Bildung versagt bleibt.

Da Bildung weltweit (in unterschiedlichem Ausmaß) dem sozialen Status korreliert ist, sind auch die Kommunikations- und Verständnissfähigkeiten der Patienten im Krankheitsfall den sozialen Schichten korreliert. Die soziale Heterogenität von Bevölkerungen spiegelt sich so auch immer in der Persönlichkeit sowie der Wissens- und Entscheidungskompetenz von Patienten. Sie ist damit auch für die Mitwirkungsfähigkeit von Patienten bei therapeutischen und diesen ggf. nachfolgenden Entscheidungen bedeutsam und ggf. eine eigene Determinante für Therapieerfolg und Prognose. Dies ist nicht allein für die Kommunikation zwischen dem medizinischen Fachpersonal und den Patienten bedeutsam, sondern auch für die Artikulations- und Durchsetzungsfähigkeit der Patienten in Bezug auf Therapieoptionen und für das Verständnis kausaler Zusammenhänge. Dies kann für deren Compliancefähigkeit nennenswerte Bedeutung haben.

Weltweit wächst die Verfügbarkeit von Informationen über Symptome, Krankheiten und therapeutische Angebote. Die Bedeutung dieser Entwicklungen ist nicht nur für die individuellen Beziehungen von Patienten und medizinischem Fachpersonal bedeutsam, sie verändert auch die Verhältnisse von Versicherten und Krankenversicherungen. Es ist ein zentraler Aspekt, dass es für Patienten zumeist schwierig sein wird, Information nach den Maßstäben einer evidenzbasierten Medizin und Marketingbotschaften zu unterscheiden. In dieser Situation ist eine (ethische wie rechtliche) normative Begrenzung der Versorgungsansprüche auf notwendige, angemessene und wirtschaftliche Leistungen gegen eine so vermittelte Kundenkonstruktion nur bedingt aufrechtzuerhalten. Im potenziellen Spannungsfeld von Wissen, marketinggeformten Meinungen und von gruppenspezifischen identitätsbildenden Überzeugungen, wird sich eine wissenschaftsgeleitete praktizierende Medizin immer wieder neu ihren Weg suchen müssen. Auch sozialmedizinische Expertise wird diese nicht nur als Bestätigung, sondern auch als Konflikt erfahren.

Dem entsprechen zwei global zu beobachtende Entwicklungen. Das ist einmal die Tendenz der Selbstentscheidung über die Nutzung hochspezialisierter fachärztlicher Kompetenzen und zum andern der Versuch, von Selbsteinweisungen zu einer vorgeblichen (Notfall-) Behandlung am oder im Krankenhaus. Die Relevanz dieses Problems ist in Krankenversorgungssystemen ohne obligatorische Überweisungspraxis und in öffentlich-rechtlich ausgestalteten Krankenversorgungssystemen besonders hoch. Sie führt nicht nur zu erheblichen Allokationsproblemen, sondern auch zu einer massiven Tendenz der nicht gerechtfertigten Leistungsausweitung und Ressourcenvernichtung.

Beispiel:

Aktive Angebote und Forderungen von Frauen nach (unnötigen) Schnittentbindungen sind weltweit ein erhebliches Problem. In Beijing, VR China, betreffen diese etwa 42% aller Entbindungen. Von diesen werden mehr als 70% als unnötig beurteilt. Sie werden aktiv und vor allem auch von den Angehörigen massiv gefordert. Die hierfür unnötigen Aufwendungen entsprachen im Jahre 2011 nach einer Hochrechnung den notwendigen medizinischen Aufwendungen für 11.783.120 Bürger des Landes. Die unnötigen Aufwendungen beziffern sich auf etwa 2,85 Milliarden Euro. (Hu, Y., Tao, H., Cheng, Z. Caesarean Sections in Beijing, China – Results from a Descriptive Study. Das Gesundheitswesen 2016; 78(01): e1-e5 DOI: 10.1055/s-0035-1549937.)

Für die Sozialmedizin ergeben sich hier mindestens zwei Probleme. Das sind einmal wachsende und ggf. auch medizinisch sachverständig zu beurteilende Spannungen zwischen Patientenwünschen und Anbieterverhalten und zum anderen die erhebliche Gefährdung von – sofern so rechtlich implementiert – sozialkompensatorischen Versicherungszielen. In jedem Fall muss davon ausgegangen werden, dass Bildung hier als ein sozialer Diskriminierungsfaktor wirkt, der auch die Möglichkeit erzeugt, dass (nach vertikalen sozialen Ungleichheitsmodellen) „oberen“ sozialen Schichten größere Anteile aus sozialen medizinischen Umlagefonds gewährt wird, wenngleich diese nur eine Minderheit der Bevölkerung sind und der Solidarität eher nicht bedürfen. Demografische Effekte der sozialdiskriminierten mittleren Lebensdauer können solche Ungleichheiten erheblich verstärken. Sie sind nach eigenen Erfahrungen und nach Berichten, z.B. in China, Ursache erheblicher, auch gewalttätiger Konflikte mit dem medizinischen Personal wie mit Krankenversicherungen.

5.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Der sozialmedizinisch relevante Kontext der Arbeitslosigkeit bezieht sich auf die gesundheitlichen Folgen von Einkommensverlusten, auf die physischen und psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit und auf die (gesundheitlich) selektiven Rekrutierungsmechanismen von Arbeitsmärkten.

Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Benachteiligung besteht zumindest in dreierlei Beziehung:

1. Die Wahrscheinlichkeit, Arbeit zu finden, hängt (auch) vom Gesundheitszustand ab. Folglich sind jene, die Zugang zur Erwerbsarbeit haben, durchschnittlich gesünder.

2. Die Wahrscheinlichkeit Erwerbsarbeit zu verlieren, hängt ebenfalls vom Gesundheitszustand ab. Folglich sind jene, die ihre Arbeit verlieren durchschnittlich kränker.
3. Der Verlust von Erwerbsarbeit mit der Folge von Arbeitslosigkeit ist selbst ein Krankheitsrisiko.

Das mit der Arbeitslosigkeit verbundene Armutsrisiko, die Entwertungserfahrung und der Verlust sozialer Kommunikation sind die wichtigsten "Trigger" für den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Krankheit. Vor dem Hintergrund dieses Erfahrungswissens spielt vor allem die Sorge um den (noch vorhandenen) Arbeitsplatz als krankmachende Belastung eine große Rolle.

Beispiel:

Der britische Arzt A. J. Tudor Hart (1927-2018) beschreibt für eine Stadt in Südwales folgende charakteristische und in Studien andere Autoren reproduzierte Situation: Die Arbeiter einer Region wurden über längere Zeit durch angekündigte Betriebsschließungen in ihrer sozialen Existenz und Zukunft bedroht. Die Folge war die Zunahme einer Vielzahl von Erkrankungen, die direkt oder indirekt mit dieser „Stressbelastung“ in Zusammenhang zu bringen waren. Als die Arbeitslosigkeit dann eintrat, nahmen diese Krankheiten und Symptome vorübergehend ab, um wieder zuzunehmen, nachdem ein Teil der Arbeiter eine neue Erwerbsmöglichkeit gefunden hatte. Stresssymptome gewannen aber eine noch weit größere Bedeutung unter denen, die keine neue Arbeit fanden. (Hart, J.T.: A New Kind of Doctor: The General Practitioner's Part in the Health of the Community. 1988 The Merlin Press Ltd., ISBN 0 85036 299 7)

Die Wirkungen der Arbeitslosigkeit hängen von der gesamten Lebenssituation (Alter, Geschlecht, Partnerschaft, soziale und intellektuelle Ressourcen, Verantwortung für Dritte usw.) ab. Besonders problematisch stellt sich die Situation für Alleinerziehende und für Schulabgänger dar, die nach dem Abschluss der Ausbildung direkt in die Arbeitslosigkeit eintreten.

Eine erhebliche ursächliche Rolle für Arbeitslosigkeit spielt die Absenkung von Lohnstückkosten, die zu Armutsgefährdung trotz regelhafter Erwerbsarbeit führt und dann am Ende des Erwerbsalters in die sog. „Altersarmut“.

Die sozialmedizinische Bedeutung der Arbeitslosigkeit wird künftig mindestens, um jene Gruppe zu ergänzen sein, die den Ausweg aus ihrer sozialen Lage durch Mechanismen der Selbstanstellung suchen, z.B. in sog. Ich-AGs oder Arbeitskraftunternehmen (AKU). Da hier die Rationalisierungsfähigkeit von Arbeit zumeist sehr gering ist, d.h., dass bei sehr niedrigen Arbeitspreisen und Umsätzen zusätzlich auch die Umsatzrendite gering ist, sind sehr lange Arbeitszeiten, geringe Erholungszeiten, die Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit trotz Krankheit und die systematische Absenkung

des präventiven Arbeitsschutzes, insgesamt also sehr hohe Gesundheitsgefährdungen, zu erwarten. Dies ist umso mehr bedeutsam, als ein nennenswerter Teil dieser Personen bereits mit erheblichen Krankheitsbelastungen in der Selbstanstellung einen Ausweg aus ihrer sozialen Lage sucht. Da gleichzeitig unterstellt werden kann, dass diese Art der Erwerbssicherung künftig von Ausnahmen zu einer sehr häufigen Erwerbsform wird, sind hier erhebliche neue Gesundheitsgefahren zu erwarten. Dieser Effekt wird verstärkt, weil zwangsläufig auch die heutigen lohnabhängigen sozialen Sicherungssysteme ihre sozialkompensatorische Wirksamkeit zu verlieren drohen.

Neben den direkten Folgen der Arbeitslosigkeit, dem Verlust an Einkommen bzw. von eigenem Einkommen, sind es vor allem der erhebliche Druck auf Arbeitslose durch engmaschige soziale Kontrollen und die zu professioneller Entwertung führende Verpflichtung, jegliche Arbeit anzunehmen, die von psychischem Dauerstress mit Entwertungsgefühlen und Depressionen begleitet sind.

Aus der Arbeitslosigkeit heraus entsteht weltweit eine neue soziale Gruppe, die sog. „working poor“. Hierbei handelt es sich um Personen, die nicht (mehr) arbeitslos sind, sich aber aus regelmäßiger Erwerbsarbeit, z.T. in mehreren „Jobs“ gleichzeitig, nicht ausreichend mit den Mitteln versorgen können, die zur Existenzsicherung erforderlich sind. Besonders die gesundheitlichen Langzeitfolgen der z.T. erheblichen Arbeitsbelastungen sowie die zumeist (und vergleichbar den Arbeitslosen) völlig unzureichende finanzielle Altersvorsorge lassen hier global ein dramatisches Langzeitproblem entstehen.

5.4 Ernährung

Die mangelnde Verfügbarkeit von Nahrung und Trinkwasser ist einer der folgenreichsten Indikatoren von sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung.

Hunger, Mangelernährung und Fehlernährung begleiten die Menschheitsgeschichte und so auch die Geschichte der Gesundheit. Die Art und Weise, in der Bevölkerungen und einzelne ihrer sozialen Schichten sich ernähren können und müssen, beschreiben immer auch die Lebensweise der Gesamtbevölkerungen. Das galt geschichtlich und gilt weiterhin analog für die Erzeugung, Lagerung und Verteilung von Nahrungsmitteln sowie für deren allgemeine Zugänglichkeit.

Zeitperiode	Region	Tote (Schätzungen)
ca. 1930 v. Chr.	Nordafrika	unbekannt
975	Frankreich	33 -50% der Bevölkerung

1235	London	20.000
1302	Spanien	25% der Bevölkerung
1302-1325	Europa	5 Mio.
1333-1337	China	4 Mio.
1693-1694	Frankreich	1-2 Mio.
1769-70	Indien	6,5 Mio.
1770	Osteuropa	190.000
1844-1849	Kartoffelrevolution in Berlin	1 Mio.
1845-1849	Irland	1 Mio.
1866-1868	Finnland	150.000
1876-1879	Nordchina	11 Mio.
1876-1878	Indien	5-29 Mio.
1891-1892	Russland	500.000
1896-1897	China	5 Mio.
1897-1899	Indien	11 Mio.
1916-1917	Deutsches Reich	800.000
1921-1924	Sowjetunion	5 Mio.
1928-1929	China	10 Mio.
1932-33	Ukraine, Kasachstan, Kaukasus	6-7 Mio.
1944-1945	Vietnam	2 Mio.
1959-1961	China	15-42 Mio.
1984-1985	Äthiopien	2-3 Mio.
1994-1997	Nordkorea	0,5-2 Mio.

Tab. 2: Geschichtlich überlieferte Hungerkatastrophen. (zusammengestellt aus unterschiedlichen Quellen)

Da keine Angaben zu den Bezugsbevölkerungen verfügbar sind, kann auch das tatsächliche bevölkerungsbezogene Ausmaß dieser Katastrophen, die zudem nur eine kleine Auswahl sind, nicht beschrieben werden. Richtig ist jedoch, dass Hunger die vermutlich größte Lebensgefahr in der Entwicklungsgeschichte von Homo Sapiens war. Hunger dürfte deshalb auch einer der wirksamsten Triebkräfte für seine Entwicklung als Produzent der eigenen Lebensverhältnisse gewesen sein. Trotz der gewaltigen Zunahme der Bevölkerungen seit der neolithischen Revolution gelang es, die existentielle Bedrohung durch Hunger für vermutlich mehr als 90% der heutigen Mensch-

heit auszuschließen. Im geschichtlichen und globalen Vergleich hat sich (bei fortbestehenden Problemen) die Verfügbarkeit und Wählbarkeit von Nahrungsmitteln sowie deren Diversifikation erheblich verbessert. Diese Gewinne sind zugleich auch eine entscheidende Ursache der globalen gesundheitlichen Gewinne, die allerdings wiederum vor allem „obere“ soziale Schichten als Nutznießer kennen. Dies ist unmittelbar nachvollziehbar, weil der Preis von Nahrungsmitteln in unmittelbarem Zusammenhang zu deren Wählbarkeit steht.

Aus einer sozialmedizinischen Perspektive sind als fortbestehende Probleme herauszustellen:

- die sozial und regional selektive Verfügbarkeit und die hygienische Qualität von Trinkwasser und Nahrungsmitteln
- die quantitative Ausbreitung artifizierlicher, gleichsam entfremdender Ernährungsweisen und -moden (Nahrung wird zu einem artifiziiellen Industrieprodukt)
- der Einfluss der Nahrungsmittelindustrie sowie sozialer Attitüden auf die Arten, Mengen und Qualitäten konsumierter Lebensmittel sowie erhebliche Ressourcenvernichtungen durch Luxuskonsum
- die Fremdsteuerung des individuellen Ernährungsverhaltens durch Produktdesign, Preise und Werbung
- die unzureichende Zugänglichkeit spezifischer Ernährungsweisen für Kranke und Personen mit besonderen beruflichen und krankheitsbedingten Ernährungsanforderungen

Neben den physiologischen hat die Ernährung weitergehende Bedeutungen, etwa bei der Befriedigung menschlicher Bedürfnisse nach Genuss, nach Gemeinsamkeit oder nach Kommunikation. Neben der energetischen Absicherung von Körperfunktionen dient die Ernährung immer auch als ein Mittel der komplexen Selbst- und Fremdregulation sozialer Bedürfnisse.

Die wirksamen sozialen Regulationsmechanismen entziehen der Mehrheit der globalen Menschen die freie Entscheidung über ihre Ernährungsweise. Dies kann dann auch zum Widerspruch zwischen einer bedarfsgerechten und der tatsächlichen Ernährung führen. Ernährung ist in vielen Bevölkerungen zudem durch eine marktaggressive Konsumentensteuerung seitens der Lebensmittelindustrie geformt. Solche Steuerungen bewirken nicht nur Fehlernährung, sondern auch Fehlwahrnehmungen zur eigenen Ernährungssituation.

Beispiel:

In der 3.000 Probanden umfassenden prospektiven Kohortenstudie mit Rekrutierung der Studienteilnehmer 1985 und 1986 im Alter von 18 bis 30 Jahren und einer Nachbeobachtungszeit von 15 Jahren haben Ludwig und Mitarbeiter

vom Children's Hospital Boston einen direkten Zusammenhang zwischen dem Konsum von Fastfood, Adipositas und Insulinresistenz nachgewiesen. Weiße, die mindestens zweimal pro Woche eine Fastfood-Einrichtung aufsuchten, nahmen 4,5 kg mehr zu als Personen mit geringerem Konsum und wiesen ein zweifach erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Insulinresistenz auf (Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance. The CARDIA Study, Lancet 2005; 365: 36-42. 1 Januar 2005).

Beispiel:

Bei hoher Prävalenz der Übergewichtigkeit unter Kindern und Jugendlichen besonders in Unterschichten, ist in Ober- und Mittelschichten der Anteil, der sich als übergewichtig empfindet doppelt so hoch wie im tatsächlichen Normenbezug. Die aggressiven, auch autoaggressiven Diätversuche mit ihren ggf. schweren Gesundheitsfolgen addieren sich so zu den tatsächlichen Folgen von Fehlernährung.

Es wäre von erheblicher präventiver Bedeutung, nicht nur Desinformation durch Werbung einzugrenzen, sondern auch der Idealisierung von Körperbildern und der Diskriminierung von „Anderssein“ entgegenzuwirken. Dem steht jedoch die in vielen Staaten präferierte politische Agenda entgegen, nach der Märkte möglichst nur über preisgestützte Regulationen des Verbraucherverhaltens und möglichst nie über die Produzenten und Anbieter zu regulieren seien.

Ernährungsproblem	Folgen (Beispiele)
Hunger und Unterernährung	Dystrophien, Darmerkrankungen, Immunschwäche, Entwicklungsstörungen, kindliche Hirnschäden, Mangel- und Unterernährung, u.a. auch von pflegeabhängigen Personen
Überernährung	Herz- und Gefäßkrankheiten, Diabetes mellitus, Hypertonie, Schlaganfall, Bewegungseinschränkung, Atmungsprobleme, Gelenkerkrankungen, Haltungsschäden, Fertilitätsprobleme, Schwangerschaftskomplikationen, soziale Diskriminierung
Chronische Essstörungen und diätetische Moden	Störung sozialer Kontakte, autoaggressives Verhalten (Ursache und Wirkung), Überernährung, Unterernährung und Fehlernährung, Zahnerkrankungen (bei Brechsucht), Störungen der Fertilität, der Schwangerschaft und Schädigungen für den Fötus, verkürzte Lebensdauer
Ausgewählte Fehlernährungsfolgen	Übergewicht, ggf. Haltungsschäden, Arteriosklerose, möglicherweise Cholelithiasis, Steatosis hepatis, metabolisches Syndrom, Hyperurikämie, Hypertonie

Tab. 3: Ernährung und Krankheit.

Die Prävalenz übergewichtiger Menschen steigt in vielen Bevölkerungen sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen. Die zugrundeliegende positive Energiebilanz ist der wachsenden Gesamtenergieaufnahme durch Nahrung bei sinkendem Energieverbrauch durch körperliche Inaktivität geschuldet. Gleichzeitig führen "Körpermoden" bei sehr vielen Jugendlichen zu massiven defizitären Fehlernährungen.

Die Ernährung ist besonders in den unteren sozialen Schichten der sog. ökonomisch entwickelten Industrieländer zu kaloriendicht und zu fett, zu süß, und zu weich. In den sog. Schwellenländern ist das gleiche Phänomen bei den sich herausbildenden Ober- und Mittelschichten zu beobachten.

In den 1950er Jahren entstanden, hat sich Fastfood weltweit zu einem wichtigen Bestandteil der Ernährungsweisen und der nationalen Wirtschaft entwickelt. Fastfood konkurriert bei Kindern und Jugendlichen besonderer sozialer Gruppen mit den traditionellen Ernährungsformen. Der Fastfood-Konsum hat sich bei Erwachsenen und bei Kindern in den letzten Jahren vervielfacht.

Während die pathogene Bedeutung falscher Ernährung unstrittig ist, ist hingegen strittig, ob es eine „gesunde“ Ernährung in dem Sinne gibt, dass sie Gesundheit erzeugen bzw. „vermehrten“ kann. Besonders mit dem Angebot sog. Nahrungsmittelergänzungsstoffe und dem sozialen Phänomen, bestimmte Körperformen als modisch wünschbar zu propagieren, ergeben sich immer wieder auch neue potenzielle ernährungsbedingte Gefährdungen.

Die öffentliche Propagierung von Modediäten und „idealen“ Körperbildern ist selbst ein Gesundheitsrisiko.

Als Teil komplexer gesellschaftlicher Prozesse hat sich die menschliche Ernährungsweise nicht nur wiederholt gewandelt, sondern sie unterscheidet sich auch regional und kulturell zwischen den Bevölkerungen. Es gibt praktisch keinen anderen physiologischen und für die Lebenstätigkeit vergleichbar essenziellen Stoffwechsel mit der Umwelt, der zwischen den Menschen zeitgeschichtlich und regional so erheblich variiert wie die Art der Nahrung.

A. Teure Tagesrationen	B. Billige Tagesrationen
500g gröberes Weizenbrot	600g Weizenbrot
160g Zunge	75g Stockfisch
50g Rauchfleisch vom Pferd	750g Kartoffeln
250g Milch	25g Rüböl
200g Reis	25g Butter

200g Kartoffeln	500g Magermilch
100g getrocknete Zwetschgen	100g Hafergrütze

Tab. 4: Durchschnittliche Tagesrationen von Industriearbeiterfamilien um 1890 (zitiert nach Wurm 1892).

Nicht nur die Ernährung, auch die Bewertung der Körpergewichte hat sich im Ablauf der Zeit immer wieder gewandelt.

Beispiel:

Unter der Erfahrung der Folgen von Hunger und Unterernährung, bzw. der Erfahrung, dass Personen mit eher hohem Körpergewicht kräftiger, gesünder und, gemessen an den Sterblichkeitsverhältnissen der Vergangenheit, langlebiger waren, galten noch vor 100 Jahren Körpergewichte als ideale Norm, die heute als „Übergewicht“ bewertet werden.

An der idealen Normierung der Körpergewichte hatten vor allem Lebensversicherungen großes Interesse. Der Wandel der Idealnormen für versicherungsökonomische Risikokalkulationen war im Verlauf von nur 45 Jahren tatsächlich gravierend.

Körperhöhe (cm)	Körpergewicht (kg), gerundet	
	Deutsches Reich, 1914	USA, 1959
157	69	53 – 58
160	71	55 – 60
165	75	58 – 63
170	79	61 – 67
175	84	64 – 71
180	89	68 – 75
185	95	71 – 79
190	100	75 – 84
195	107	80 – 88

Tab. 5: Wandel der Körpergewichtsnormen für Männer in Abhängigkeit von der Körperhöhe, verkürzte Darstellung aus verschiedenen Quellen.

Ob (z.B.) ein Körpergewicht günstig oder gar ideal ist, hängt vom Bewertungsmaßstab ab. Werden medizinische Kriterien als Maßstab genutzt, läuft die Festlegung eines Ideals auf eine vergleichende Bewertung hinaus. Vorstehende Tabelle ist deshalb wohl so zu deuten, dass 1914, also zu einer Zeit, als die Tuberkulose noch weitgehend die Gesundheitsprobleme und die Sterblichkeit dominierte, Personen, die von dieser

Krankheit nicht, bzw. seltener betroffen wurden (aus welchen Gründen auch immer) eher durch hohe Körpergewichte ausgezeichnet waren, während Arme und unzureichend ernährte Menschen durch die TBC erheblich gefährdet waren. Der Wandel des gewählten idealbildenden Maßstabs, musste folglich auch das sog. Idealgewicht verändern. Körpergewichte sind zudem u.a. von der Körperhöhe und dem Gestalttyp abhängig. Diese sind aber neben den genetischen Voraussetzungen auch von sozialen Bedingungen mitbestimmt. Mit dem sozialen Wandel ging auch eine bemerkenswerte Veränderung der durchschnittlichen Körperhöhen einher, der zwangsläufig auch Konsequenzen für die Körpergewichtsnormierung haben musste, zumal es in der gleichen Zeit zu erheblichen Veränderungen der mittleren Lebensdauer und damit zwangsläufig auch der Todesursachenstrukturen kam. Tatsächlich ist dieser Zusammenhang von der Medizin aber kaum reflektiert worden.

Bei der Bewertung von Körpergewichten ist die Normierung des Übergewichts in den unterschiedlichen Interessenzusammenhängen von Medizin, Lebensversicherungen und sozialen Moden ein spezielles Problem. Der Anteil (die Prävalenz) der Personen, die übergewichtig sind, steht in einem besonders engen Zusammenhang zu sozialen Schicht- und Gruppenmerkmalen. Das betrifft besonders auch die Kinder. Die Prävalenz übergewichtiger Personen ist so ein empfindlicher Indikator für die soziale Schichtzugehörigkeit. In sog. entwickelten Ländern nimmt (besonders deutlich bei Kindern) die Adipositasprävalenz mit abnehmender sozialer Schicht zu. Entsprechend deutet eine Zunahme der Adipositasprävalenz hier auf eine Zunahme des Anteils von Menschen in ungünstigen sozialen Lebenssituationen. In den sog. Entwicklungsländern ist diese Beziehung gegenteilig.

5.5 Mobilität

Fehlende oder eingeschränkte Mobilität benachteiligt in der Fähigkeit zur Teilhabe am sozialen Leben.

Mobilität ist auf doppelte Weise ein soziales und medizinisches Problem. Sie beeinflusst maßgeblich die individuelle Teilhabefähigkeit, z.B. beschrieben durch die ICF, aber auch die infrastrukturellen Voraussetzungen, Zugang zu medizinischer Versorgung zu erlangen.

Soweit Mobilitätsverluste Folgen von Krankheit und Behinderung sind und den Zugang zur medizinischen Versorgung verhindern oder erschweren, sind der Erhalt und die Wiederherstellung der Mobilität auch wesentliche Handlungsziele der medizinischen Versorgung.

Beispiel:

Personen die funktionell erblinden oder erblindet sind, sind auch im Zugang zu augenärztlicher Versorgung erheblich benachteiligt, wenn fremde Hilfe nicht verfügbar ist. Das gilt analog für die gesamte Teilhabefähigkeit.

Der Mangel an verfügbarer medizinischer Hilfe hat viele Aspekte. Neben dem Mangel an Infrastrukturen zur Versorgung oder die fehlende Kostenträgerschaft sind es auch wirtschaftlich interessengeleitete Anbieterkonzentrationen (Bildung von Anbieter-trusten), die, verbunden mit fachlichen Spezialisierungen, zur regionalen Benachteiligung im Zugang zu medizinischer Hilfe führen können.

Die Sicht auf Mobilität nur als aktive körperliche Bewegung ist nicht ausreichend, um sie in der Breite ihrer sozialmedizinischen Dimensionen zu erfassen. Mobilität, ihre Wiedererlangung und ihr Erhalt gehen über die körperliche und räumliche Bewegung und Bewegungsfähigkeit hinaus. Entsprechend komplex müssen auch die sozialmedizinischen Handlungskonzepte zur Mobilitätssicherung formuliert werden. Sie beschränken sich nicht nur auf die körperliche und soziale Mobilität, sondern im wachsenden Maße auch auf technische und edukative Voraussetzungen bei der Sicherung der virtuellen Mobilität.

5.6 Gewalt

Gewalt beeinträchtigt Menschen in ihrer physischen, psychischen und sozialen Entwicklung sowie in ihrer sozialen Existenz und macht sie so zu Opfern.

Die WHO definiert Gewalt in dem Weltbericht „Gewalt und Gesundheit“ aus dem Jahr 2002 wie folgt: *„Gewalt ist der tatsächliche oder angedrohte absichtliche Gebrauch von physischer oder psychologischer Kraft oder Macht, die gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft gerichtet ist und die tatsächlich oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.“* (Krug, EG et al., eds.: World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002)

Der Bericht schätzt, dass jedes Jahr mehr als 1,6 Millionen Menschen ihr Leben aufgrund von Gewalttaten verlieren. *„Auf jedes Gewaltopfer, das den Folgen der Gewalt erliegt, kommen zahlreiche andere, die verletzt werden und unter den unterschiedlichsten physischen, sexuellen, reproduktiven und psychischen Gesundheitsproblemen leiden. Gewalt gehört in der Altersgruppe der 15–44-Jährigen überall auf der Welt zu den Haupttodesursachen und ist unter Männern für etwa 14% und bei den Frauen für 7% aller Sterbefälle verantwortlich.“* Würde die WHO auch soziale Deprivation als eine Form der Gewalt anerkennen, fiel diese Bilanz sehr viel dramatischer aus.

Gewalt (psychische, physische und soziale) ist in allen hierarchisch organisierten Lebensweisen ein Regulierungsmittel zur Aufrechterhaltung von Machtverteilungen und zur Durchsetzung von Interessen oder sozialen und politischen Leitbildern. Sie betrifft vor allem Kinder, Frauen und sog. Minderheiten, aber auch Männer und wird in Familien, Jugendgruppen (-banden), in Arbeitsverhältnissen oder zur Durchsetzung rechtlicher Normen (Gewaltmonopol des Staates) aber auch im Verhältnis von Staaten zu einander (Kriege, Wirtschaftssanktionen) eingesetzt. Teil der Gewaltausübung ist bereits ihre Androhung mit dem Ziel von Angst und der Demonstration von Macht.

Darüber hinaus sind auch Unfälle und natürliche Katastrophen als Gewalt zu beschreiben, wenn sie Opfer erzeugen.

Jede Gewaltform kann vorübergehende und dauerhafte physische und psychische Gesundheitsfolgen haben, die die sozialen Gruppen und Schichten einer Bevölkerung allerdings unterschiedlich betreffen.

Die Bewertung von Gewalt als legitime oder illegitime, legale oder illegale soziale Regulierungsmethode ist in und zwischen Bevölkerungen erheblich variant. Die Selbsterfahrung von Gewalt, vor allem im Kindes- und Jugendalter wird oft an Dritte – zu meist Schwächere – weitergegeben. Kinder, die Gewaltopfer waren oder sind, bzw. denen direkt und indirekt systematisch vermittelt wird, dass Gewalt eine legitime soziale Regulationsmethode ist, werden häufig selbst zu Tätern und deren Kinder müssen dann wiederum vor Gewaltanwendungen geschützt werden. Die Überwindung und die Minderung von Gewaltfolgen sind regelhafte therapeutische und rehabilitative Handlungsziele. Sie sind/sollten aber auch gesellschaftliche Handlungsziele sein.

Ein spezielles Problem sind Gewaltanwendungen gegen sich selbst, die – Mädchen häufiger als Jungen – unter Jugendlichen als Folge von tatsächlicher oder vermuteter Ausgrenzung sowie hiermit im Zusammenhang stehenden depressiven Verstimmungen angewandt werden. Allerdings sind diese Gewaltformen eher selten auch Therapieanlässe.

Gewalt ist in der sozialmedizinischen Benachteiligungsdebatte ein zentrales Thema, weil ihre Opfer regelhaft Schwächere sind und sich nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage sowie Art der Gewaltanwendung unterscheiden. Das gilt analog auch für die Täter. Die medizinisch-sachverständige Beschreibung und Beurteilung von Gewalttaten und -folgen gehört neben der Opfer- und Tätertherapie zu den ärztlichen Pflichtaufgaben.

Formen von Gewalt	Beispiele
physische Gewalt	Misshandlung, Schläge, Folter, sexuelle Gewalt, erzwungene Immobilität, Unfälle, Kriege
psychische Gewalt	repressive Erziehungskonzepte, Unterdrückung, Mobbing, Zurücksetzung, Erniedrigung, Ungleichbehandlung, sexueller Missbrauch
soziale Gewalt	soziale Benachteiligung, institutionalisierte Unrechtserfahrungen,

Tab. 6: Gesundheitsrelevante Formen von Gewalt.

5.6.1 Gewalt gegen Kinder

Gewalt gegen Kinder ist eine häufige und global weit verbreitete Machtausübung, die deren körperliche, geistige, psychische, emotionale oder soziale Entwicklung dauerhaft beeinträchtigen und zu irreversiblen Schäden führen kann.

Gewalt gegen Kinder rechtfertigt sich zumeist als erzieherisch notwendige Handlung, bei der Täter vorgeben, wegen dieser Notwendigkeit selbst zu leiden (Selbstlegitimation). Sie machen sich dann selbst zu leidenden Opfern des die Bestrafung schuldhaft verursachenden Kindes. Die Erscheinungsformen von Gewalt gegen Kinder sind vielfältig und immer mit Zwang und Unterwerfung verbunden. Sie reichen von der vorgeblich erzieherischen Strafe, über den Zwang zur Kinderarbeit, den Missbrauch von Kindern als Soldaten bis zu brutalstem und exzessivstem sexuellem Missbrauch. Eine besondere Form der Gewalt gegen Kinder sind die Vernachlässigung und ihre Nichtachtung sowie die Verweigerung von Bildung. Dem Komplex Gewalt sind auch Nahrungsentzug und die Verweigerung von medizinischen Hilfen zuzurechnen.

Medizinisches Fachpersonal wird mit der Gewalt gegen Kinder eher zufällig und nur bei behandlungsbedürftigen Gewaltfolgen konfrontiert, also dann, wenn Hilfeleistungen und Beweissicherung notwendig werden. Das gilt im Besonderen bei rechtlich zu ermittelnden Gewalthandlungen.

Die Einstellungen zur Gewalt gegen Kinder variieren erheblich. Sie unterliegen aber auch einem Wandlungsprozess, der in vielen Ländern die Rechtsgebung früher erreicht als den Konsens der öffentlichen Meinung. Eine der Realität nahekommende Quantifizierung der Probleme gelingt nicht. Das gilt auch für die Darstellung der jeweiligen sozialstrukturellen Positionen von Opfern und Tätern.

Die Dimension des Problems ist kaum zu überschauen, weil neben der körperlichen Misshandlung die Folgen von Vernachlässigung, Zurücksetzung, Bildungsverbots und massiver sozialer Ungleichbehandlung kaum zu erfassen sind. Zur Häufigkeit lassen sich deshalb keine sinnvollen Aussagen machen. Zudem ist Gewalt in der Häufigkeit, Schwere und Konsequenz erheblich verschieden. Nur ein kleiner Teil der Gewaltfolgen dürfte jeweils festgestellt und angezeigt werden. Selbst schwere gewaltbedingte Verletzungen und Todesfolgen werden ursächlich unzureichend ermittelt und können dann auch nicht verfolgt werden, sofern es überhaupt einen Verfolgungswillen gibt.

Obwohl die sozialen Normen schwere Gewalttaten an Kindern mit Sanktionen belegen, gibt es gegenüber „leichten“ Gewaltformen („erzieherische“ Prügel, Kommunika-

tionsentzug, Missachtungen) eine erhebliche soziale und rechtliche Toleranz. Chronische Beeinträchtigungen und Retardationen der kindlichen Entwicklung als Folge von Gewalthandlungen werden in der Regel nicht primär von medizinischem Personal festgestellt, sondern eher von dritten Erziehungs- und Bildungspersonen.

Beispiel:

In Deutschland ist seit dem Jahr 2000 durch § 1631 BGB „die gewaltfreie Erziehung, sowie das Verbot körperlicher Bestrafungen, die Unzulässigkeit seelischer Verletzungen und anderer entwürdigender Maßnahmen“ als Norm gesetzlich verankert. Das heißt aber auch, dass sie bis zum Jahr 2000 rechtlich unproblematisch war. Nach einer Reihe tragischer Todesfälle durch Vernachlässigung und Miss-handlung bildete sich ein Netzwerk von Kinderschutzambulanzen, Kinderschutz-zentren und eine Verbindung zwischen Kinderärzten, Forensikern, Ärzten in Ret-tungsstellen und Einrichtungen der Jugendhilfe zur schnellen Aufdeckung und Prä-vention von Misshandlungen. Das Nationale Zentrum „Frühe Hilfen“ übernimmt als Frühwarnsystem dabei eine wichtige Aufgabe (siehe hierzu auch <https://gewalt-gegen-kinder-mv.de/index.php/leitfaden/epidemiologie-mainmenu-83>; Zugriff 26.12.2017).

Angezeigt werden Gewalttaten gegen Kinder in der Mehrzahl der Fälle durch Kinder-einrichtungen und Lehrer, Ärzte, Jugendämter, Krisendienste, hingegen selten durch eines der Elternteile und Verwandte.

typische...	
Opfer	Kinder in dissozialen Familien mit der besonderen Belastung von Sucht, Arbeitslosigkeit, ggf. drohender Obdachlosigkeit, idealisierte Wunsch Kinder, behinderte und verhaltensgestörte Kinder, Unterschiede in der Betroffenheit von Jungen und Mädchen sind maßgeblich von ge-schlechterspezifischen kulturellen Wertesystemen abhängig
Formen von Gewalthandlungen	Vernachlässigung, Verwahrlosung, körperliche Misshandlung durch Schläge und Nahrungsentzug, Isolation (Einsperren), Missachtung, Ent-würdigung, erzwungener Gehorsam, Widerspruchsverbot, Anstiftung zu kriminellen Handlungen, sexueller Missbrauch
gesundheitliche Folgen	psychische Schädigungen, Wachstums- und Entwicklungsverzögerun-gen, Verletzungen aller Art, Hämatome, Schädel-Hirn-Traumata, Quet-schungen, Distorsionen, Frakturen, thermische Verletzungen, Unterer-nährung, Shaken-Baby-Syndrom mit Hirnblutung und Todesfolge
Täter	Männer, eher Stiefväter und Lebensgefährten, Mütter, selten gemein-schaftlich beide Elternteile sowie Geschwister und Gleichaltrige, Mitar-beiter von Kindereinrichtungen, Schulen und Religionsgemeinschaften
soziale	Ablehnung des Kindes, geistige und/oder psychische und/oder soziale

Konstellationen	Unreife der Eltern, Eltern mit Gewalterfahrung in der eigenen Kindheit, Arbeitslosigkeit, Täter sind oft selbst unterdrückt und ängstlich, Überforderung der Eltern (Familie, Partnerschaft, Arbeitsplatz, Krankheit, ökonomische Probleme), Erkrankungen des misshandelten Kindes oder anderer Familienmitglieder, die Lebensplanungen infrage stellen, Suchtprobleme, Wohnungsprobleme
-----------------	--

Tab. 7: Gewalt gegen Kinder.

5.6.2 Gewalt gegen Frauen

Gegen Frauen gerichtete Gewalthandlungen gehören weltweit zu den wichtigsten Gefährdungen für die physische und psychische Gesundheit und für ein unabhängiges selbstbestimmtes Leben.

Kommentar:

Über die Häufigkeit und die Art der Gewalthandlungen liegen weltweit kaum verlässliche Daten vor. Neben der Gewaltanwendung innerhalb von Familien, gehören Gewalterfahrungen im Arbeitsleben, in der Öffentlichkeit und in Kriegszeiten zu den Lebenserfahrungen möglicherweise einer Mehrheit der Frauen. Eine besondere Rolle spielen dabei sexuelle Gewalterfahrungen und Zwangsheiraten aber auch die erzwungene Verhinderung von Partnerschaft und sexueller Selbstbestimmung, die in einigen Staaten explizit ausgeschlossen.

Beispiel:

Eine repräsentative Studie unter deutschen Frauen fand 2004, dass 40% der Frauen jenseits des 16. Lebensjahrs physische und 42% psychische Gewalterfahrungen berichten. 25% der Frauen erleben dies im eigenen Haushalt, 13% berichten über strafrechtlich relevante sexuelle Gewalt. Mehr als die Hälfte der Gewalttaten hatte physische Verletzungen zur Folge, die in einem Drittel der Fälle zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfe führten. Die Geburt eines Kindes oder die Schwangerschaft sind offenbar häufige gewaltauslösende Anlässe. (<https://www.frauen-gegen-gewalt.de/gewalt-gegen-frauen-zahlen-und-fakten.html>; Zugriff 26.12.2017)

Für Gewalthandlungen gegen Frauen lassen sich ähnliche Aussagen wie für die gegen Kinder treffen. Solche Handlungen sind besonders dort häufig, wo Frauen in erheblicher sozialer (vor allem ökonomischer) und emotionaler Abhängigkeit leben, also zu meist in der Ehe, bzw. im Haushalt und bei abhängiger Erwerbsarbeit. Gewalt durch vertraute Personen ist häufiger als durch fremde Personen.

Typische Formen der Gewaltanwendung:

- verbale Erniedrigung und Bedrohung
- Isolation und Kommunikationsentzug
- Entwertungserlebnisse
- Schläge gegen Gesicht und Körper
- Werfen mit Gegenständen
- Fußtritte
- Würgen
- Bedrohung mit Waffen
- Vergewaltigung

Der wichtigste Schutz vor Gewalt sind die wirtschaftliche Unabhängigkeit der Frauen und das Recht auf Selbstbestimmung sowie aktive soziale Präventionsmaßnahmen.

5.6.3 Gewalt gegen Männer

Gewalt als Methode der Unterwerfung, Disziplinierung und Konfliktlösung ist eine auch Männer betreffende häufige Erfahrung in allen Lebensaltern und -bereichen.

Männer sind nicht nur typische Gewalttäter, sie sind selbst auch Opfer von Gewalt-handlungen. Die gesellschaftlichen Interpretationen solcher Gewalthandlungen unterscheiden sich jedoch deutlich. Besonders die „erzieherische“ Gewalt erfüllt vor dem Hintergrund geschlechtsspezifischer Rollenklischees bei männlichen Kindern und Jugendlichen oft andere Funktionen als bei weiblichen Kindern und Jugendlichen.

Die sozialen Grundstrukturen, nämlich strenge Hierarchien in Familien, am Arbeitsplatz oder in sozialen Gruppen sowie im öffentlichen Leben und die Funktion von Gewalt bei der Unterwerfung und Disziplinierung sind für Männer, Frauen und Kinder gleich.

Vor allem gewalttätige Jugendliche sind/waren selbst oft Gewaltopfer, und zwar jeweils in hierarchischen Strukturen und jeweils gegenüber (körperlich, psychisch/intellektuell und sozial) Schwächere.

Eine spezifische Gewalterfahrung mit weitreichenden direkten und indirekten gesundheitlichen Folgen ist die (zumeist erzwungene) Teilnahme an Kriegen bzw. die Vorbereitung darauf im Militärdienst. Das zudem kulturell oft positiv vermittelte Muster ist hierbei die Erziehung zum (blinden) Gehorsam mit dem Versprechen, bei erfolgreicher Bewährung in der Hierarchie aufzusteigen. Entsprechende „Ausbildungen“ folgen dem Muster der Deindividualisierung, der Erniedrigung und Unterwerfung sowie dem

erneuten „Aufbau“ eines „neuen“ dann gewaltbereiten Mannes in sog. und auch medial propagierten Bootcamps. Gewalt und Macht sind nicht zu trennen. Die wichtigste (gesellschaftlich oft positiv normierte) Gewalterfahrung junger Männer wird in vielen Gesellschaften bis heute während der Schulzeit und während der Militärdienstzeit vermittelt und – da positiv normiert – von „soldatisch Erzogenen“ dann auch gegenüber dem Lebenspartner und den Kindern weitergegeben.

5.7 Sexuelle Gewalt und sexueller Missbrauch

Sexueller Missbrauch ist die Benutzung eines Menschen zu aktiven oder passiven sexuellen Handlungen unter Ausnutzung von Autorität, Macht, Gewaltanwendung oder Betrug. Neben dem sexuellen Handlungsziel spielen auch hier allgemeine Gewaltziele wie Erniedrigung und Unterwerfung oft eine eigenständige Rolle.

Kommentar:

Opfer sexuellen Missbrauchs sind Mädchen und Frauen häufiger als Jungen und Männer. Verlässliche Schätzungen der Inzidenzen und Prävalenzen und Angaben zur sozialen Spezifik von Opfern und Tätern sind zu diesem globalen Problem nicht verfügbar. Schätzungen aus Einzelangaben rechtfertigen die Annahme, dass es sich hierbei um ein erhebliches und die Gesundheit dauerhaft schädigendes Problem handelt.

Typische Konstellationen:

- Opfer sind vom Täter oft sozial, psychisch und emotional abhängig und sind ohne vertrauensvolle Kontakte zu anderen Bezugspersonen
- Opfer sind oft emotional bindungsgestörte, aber bindungssuchende Menschen
- gefährdet sind vor allem Personen mit hoher Anpassungsbereitschaft
- die Tat wird (auch dann, wenn es sich um eigene Kinder handelt) zumeist geplant und vorbereitet; die Planung ist dabei Teil des sexuellen Erlebensziels der Täter
- sind die Opfer Ehepartner, erfolgt die konkrete Tat zumeist spontan, unter Alkoholeinfluss oder als Teil einer komplexeren Gewalthandlung, aber auch dann nicht zufällig und „aus Versehen“
- wegen der sozialen Normierung sexuellen Missbrauchs werden Missbräuche innerhalb der Familie durch Opfer und Mitwisser oft völlig oder lange geheim gehalten; ein „Ausblenden“ der Wahrnehmungen oder massive Ängste vor den Konsequenzen der Aufdeckung (Schuld, Scham, Abhängigkeit, Verlassenwerden) sind typisch

- Täter handeln oft unter der Vorgabe eines „Anrechtes“ auf sexuelle Dienstleistungen und haben deshalb kein oder nur ein sehr geringes Schuldbewusstsein, sexueller Missbrauch ist oft eine Wiederholungstat und beginnt mit dem „Aus-testen“ von möglichen Grenzüberschreitungen
- sexuelle Gewalt (vor allem an Kindern) erfolgt oft unter institutionalisierten Gegebenheiten (Heime, Kirchen, Strafvollzug) mit hohen Verfolgungshürden als Straftaten

Folgen sexuellen Missbrauchs für die Opfer:

- Schuld- und Schamgefühle
- dissoziative Störungen
- körperliche und psychische Verletzungen
- psychosomatische Beschwerden mit Schulabstinenz oder langen AU-Zeiten
- Störungen im sexuellen Erleben
- Misstrauen und Feindseligkeit
- Selbstisolation
- Aggressivität/selbstverletzendes Verhalten
- Phobien, Depressionen
- Suchtgefährdung
- Ökonomisierung der Sexualität durch Prostitution

5.8 Süchte

Süchte sind das Verlangen nach Erlebniszuständen, die zu ihrer beständigen Wiederholung zwingen. Sie begrenzen die eigene Willens- und Handlungsfreiheit, gefährden die Gesundheit und schränken die soziale Teilhabe- und Beziehungsfähigkeit ein. Es handelt sich um Krankheiten, die die menschlichen physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse diesem Zwang bedingungslos unterordnen.

Suchtkrankheiten sind oft von lebensalltäglichen Benachteiligungen gefolgt und haben über die körperliche und psychische Schädigung hinaus erhebliche soziale Folgen nicht allein für die abhängige Person, sondern vor allem auch für ihr Lebensumfeld, Eltern, Partnerschaften, Kinder etc.

Zwänge regulieren vielfältig das Alltagsleben und strukturieren es zugleich. Sie sind Teil der sozialen Normensetzungen und der Strategien zur Lebensbewältigung. Die Unterschiede zu suchtbedingtem Verhalten sind die den freien Willen einschränkende oder auch ausschaltende Zwanghaftigkeit, die Destruktion von Persönlichkeit und sozialer Konformität, verbunden mit einem hohen Selbst- und Fremdschädigungspotential. Suchtkranken verlieren tendenziell und fortschreitend die Fähigkeit, sich im Alltagsleben und seinen ordnenden Strukturen sowie seinen Normen sich zu orientieren.

Zwanghafte Erlebenszustände können durch eine Vielzahl von Mechanismen erreicht werden. Unter diesen dominiert der Gebrauch psychotroper Substanzen aber auch die Ritualisierung von Verhaltensweisen. Sie schaffen (oft gemeinschaftliche) psychosoziale Erlebens- und Ausnahmesituationen, deren Gesundheitsfolgen wenig untersucht sind. Eine zunehmend Aufmerksamkeit findende Sucht ist die „Spielsucht“, ICD F 63. Sie ist weitgehend durch alle Merkmale zu charakterisieren, e auch für stoffliche Abhängigkeiten gelten.

Beispiel:

Im Ergebnis des 1. Opiumkrieges (1839-1842) erzwang England mit militärischer Gewalt den Import von Opium durch das Kaiserreich China. Dieser Handel erreichte zeitweise 30 % der gesamten Wirtschaftstätigkeit Englands, machte China zu einer Kolonie westlicher Mächte und zwang China, Honkong als Besitz an Großbritannien zu übergeben. Die größte Bank Europas, die 1865 gegründete Hongkong & Shanghai Banking Corporation (HSBC) verdankt ihren Aufstieg vor allem ihrer Beteiligung am britischen Opiumhandel in Asien.

Beispiel:

Während die Produktion von legalisierten Suchtmitteln zum Teil unterstützt und gefördert wird, gibt es auch erhebliche und auch wirkmächtige Kampagnen nicht nur deren Gebrauch, sondern vor allem auch deren Nutzer zu diskriminieren. Das schließt auch Forderungen und Aktivitäten ein, für von Suchtstoffen Abhängige den Zugang zu medizinischen Hilfen zu begrenzen. Krankheitsfolgen des Gebrauchs von Drogen werden in diesem Zusammenhang gern als selbstverschuldet bewertet. Aus medizinischer Sicht ist es deshalb wichtig darauf zu verweisen, dass Schuldfeststellungen keine ärztlichen Aufgaben sind. Unter der Maßgabe rechtstaatlicher Verfassungen können dies nur richterliche Entscheidungen sein. Dabei ist zu beachten, dass moderne Gesetzgebungen Fälle von Zwangshandlungen auch von einer begrenzten oder fehlenden Schuldfähigkeit ausgehen.

Beispiel:

In Deutschland wird die Prävalenz der Raucher auf etwa 15 Millionen, die der Alkoholabhängigen auf etwas 2 und die der Medikamentenabhängigen auf 2,5 Millionen geschätzt. Da anzunehmen ist, dass Betroffene oft mehr als eine dieser Abhängigkeiten haben, können diese Angaben nicht zu einer Gesamtheit von Abhängigen legaler Drogen addiert werden. Mit durchschnittlich etwa 10,7 l Reinalkoholverbrauch pro Kopf der 15 bis 65jährigen Bevölkerung (2018) ist der Alkoholverbrauch in Deutschland, trotz deutlicher Abnahme im internationalen Vergleich hoch: etwa 15 % der Bevölkerung trinken Alkohol im Sinne eines riskanten Kon-

sums und des Missbrauchs (Männer häufiger als Frauen). Die Prävalenz der Alkoholkranken beträgt etwa 3 % der Bevölkerung (davon sind etwa 25 % Frauen). Behandelt werden weniger als 0,5%. Die Prävalenz der Konsumenten illegaler Drogen erreicht nicht annähernd die der Konsumenten legaler Drogen.

Zwanghaftigkeit, Selbst- und Fremdschädigungspotentiale kennzeichnen den legalen wie den illegalen Drogenkonsum. Die sozialen, wie auch die individuellen Gesundheitsfolgen legalisierter Drogen sind quantitativ erheblicher als die von nicht legalisierten Drogen.

Der Gebrauch von legalen wie illegalen Suchtmitteln hat für die medizinische Versorgung erhebliche Folgen, da sie nicht allein die Nutzer, sondern auch deren soziales Umfeld betreffen. Es ist ein zusätzlich wichtiger Umstand, dass die pharmakologischen Eigenschaften von Drogen sich ggf. als erheblich problematisch erweisen können, wenn Abhängige mit Pharmaka aus medizinischen Anlässen therapiert werden.

Die Feststellung, dass Süchte Krankheiten sind, ist von grundsätzlicher medizinischer, sozialrechtlicher und strafrechtlicher Bedeutung. Sucht, wie Krankheit überhaupt, thematisiert deshalb zuallererst das Recht und die Pflicht auf bzw. zur Hilfeleistung. Für die Definition der Sucht sind nach der hier vertretenen Auffassung die Begriffe Zwanghaftigkeit und Persönlichkeitsveränderung die entscheidenden Schlüssel.

Körperliche Abhängigkeit besteht, wenn es zur Toleranzerhöhung kommt (für das Erreichen einer bestimmten Wirkung muss eine größere Menge konsumiert werden) und Entzugssymptome unter Drogenkarenz auftreten.

Psychische Abhängigkeit ist durch Kontrollverlust sowie Zentrierung des Denkens auf die Droge und das nicht kontrollierbare Streben nach der Droge gekennzeichnet.

Missbrauch ist der Konsum von Stoffen, der körperliche und/oder psychosoziale Schäden hinterlässt.

Missbrauch und Sucht unterscheiden sich in ihrer Zwanghaftigkeit. Sie werden jedoch nicht immer deutlich unterschieden, da sie gleiche Auswirkungen haben können.

Sucht wird über Konzepte von Krankheit definiert, Missbrauch über die Verletzung sozialer Normen.

Es ist auch zu beachten, dass Sucht und Missbrauch aus rechtlicher Sicht zu unterscheiden sind. Sucht ist immer auch Missbrauch, Missbrauch ist aber nicht immer

auch Sucht. Sucht ist aus der zwanghaften Abhängigkeit ursächlich erklärt. Missbrauch ist ursächlich vielschichtiger, indem er aus

- Gruppennormen und -zwängen, häufig vermittelt über Medien, Werbung und Moden
- bewusster Selbstschädigung und Nichterkennen von Grenzen und Gefahren (besonders bei Jugendlichen) oder
- aus schweren Traumatisierungen der „Missbräuchler“

folgen kann.

Suchtkrankheiten finden sich in allen sozialen Schichten. In Abhängigkeit von der sozialen Situation lassen sich jedoch die Ursachen und die Folgen der Sucht sehr verschieden bewältigen, ebenso wie die notwendigen Hilfemaßnahmen in unterschiedlicher Weise verfügbar sind.

Typische Folgen von Süchten:

- fortschreitende gesundheitliche Zerstörungsprozesse (psychisch und physisch)
- Unkalkulierbarkeit der Handlungen (einschließlich Gewalttätigkeit z.B. gegen Partner und Kinder)
- Schädigung des werdenden Lebens (Fetale Alkohol-Spektrum-Störung)
- sozialer Abstieg, Armut, Arbeitslosigkeit (Ursache und Folge)
- Vertrauensverrat emotionaler Beziehungen, soziale Isolation, pathologische Eifersucht
- Unfallgefährdung
- Beschaffungsprostitution
- Kriminalität
- Wohnungslosigkeit, Nichtsesshaftigkeit

Die psychischen und sozialen Folgen der Alkoholkrankheit und des Alkoholmissbrauchs sowie anderer Suchtformen betreffen die Abhängigen, oft aber auch deren Familienangehörigen, Lebenspartner und Freunde in existentieller Weise. Dies wird bei der Folgeabschätzung, die sich zumeist auf die somatischen Folgen für den Kranken bzw. den Missbräuchler beschränken, oft außer Betracht gelassen.

Die organischen Folgen und Folgekrankheiten des süchtigen und missbräuchlichen Alkoholkonsums sind schwerwiegend.

Beispiele sind:

- Alkoholpsychosen (Delirium tremens)
- Atrophien

- Leberkrankheiten und -zirrhose
- Polyneuropathie
- Unfälle (Straßenverkehrs-, Arbeits- Freizeitunfälle)
- Suizidgefährdung

Der Missbrauch und die Nutzung von Medikamenten als Suchtstoffen ist unter einer Reihe von Gesichtspunkten komplizierter als das der Alkoholabhängigkeit, denn:

- der Gebrauch von Medikamenten ist ggf. unverzichtbar, wird nicht mit Sucht assoziiert und von der Öffentlichkeit nicht negativ beurteilt
- Medikamentenabhängigkeit entwickelt sich schleicher als die Alkoholabhängigkeit
- der Abhängige empfindet sich nicht als behandlungsbedürftig
- der Abhängige kann seine Sucht besser kaschieren.

Der Verbrauch abhängig machender und ärztlich verordneter Medikamente (besonders Psychopharmaka und Opioide) und die Selbstmedikation von Arzneimitteln (insbesondere Schmerzmittel) nehmen weltweit zu.

Beispiel:

In den USA wird die Zahl der Heroinabhängigen im Jahr 2016 auf mehr als 500.000 geschätzt, die der Todesopfer auf 47.000. An einer Opioidabhängigkeit starben im Jahr 2017 nach Schätzungen des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) etwa 64000 Menschen. Die US-Administration hat 2017 deshalb Notstandsmaßnahmen angeordnet. <https://de.usembassy.gov/de/bekaempfung-der-opioid-krise/>; Zugriff 14.01.2018. Zur Situation in Europa siehe den Europäischen Drogenbericht 2021 Europäischer Drogenbericht 2021 erschienen - Drogenbeauftragte Zugriff 14.01.2122

Die Entstehungsbedingungen für Substanzabhängigkeiten sind neben individuellen Dispositionen

- *soziale Lebenslagen*
- *chronisch gestörtes Wohlbefinden (z.B. Schmerzen, Schlafstörungen, Angstzustände, depressive Stimmungen, Antriebs- und Konzentrationsstörungen)*
- *aktuelle Belastungen (z.B. Kündigung, Scheidung, Partnerverlust, Konfliktsituationen)*
- *iatrogene Ursachen (z.B. unkritische Verordnung von Medikamenten mit Missbrauchspotential, besonders von psychoaktiven Medikamenten (Hypnotika/Sedativa, Opioide, Tranquilizer, Benzodiazepine, Psychostimulantien, Appetitzügler, Analgetika/Antitussiva, Neuroleptika und Antidepressiva, Kombinationspräparate mit psychoaktiven Inhaltsstoffen)*

Beispiel:

Da die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland die verordneten Arzneimittel direkt gegenüber den Apothekenabrechnungszentren gegen Vorlage der Rezepte entgelten, haben sie auch Einsicht in die Verordnungsweisen von Ärzten. Die Durchsicht entsprechender Unterlagen mit 100 und mehr Verordnungen, gelegentlich auch mehr als 200 Verordnungen je Jahr und Versicherter von oft widersprüchlichen Medikamenten durch einzelne Ärzte zeigt bei solchen Fällen eine Verordnungspraxis, die mit therapeutischer Verantwortung schwerlich in Einklang zu bringen ist.

Polyvalenter Missbrauch von Medikamenten liegt vor, wenn mehr als ein Mittel nicht bestimmungsgemäß verwendet wird. Polytoxikomanie liegt vor, wenn mindestens zwei suchterzeugende Mittel in abhängiger Weise missbraucht werden.

	Stoff	Bemerkungen
1.	Opiate (z.B. Morphin und Heroin sowie entsprechende synthetische Stoffe wie Methadon und Polamidon)	wirken euphorisierend und entspannend, Schmerz- und Angstgefühle werden blockiert, Persönlichkeitsverlust, körperlicher Verfall, Hepatitisgefahr, Beschaffungsprostitution und -kriminalität
2.	Barbiturate, Alkohol	wirken dämpfend und machen gleichgültig, Einschränkung der Kritikfähigkeit und des Reaktionsvermögens, Kontrollverlust, Leberschäden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, Gehirnschäden, Abnahme der Leistungsfähigkeit
3.	Kokain (entsprechend der Verarbeitung: Koks, Schnee, Coke, Crack, Rocks)	Die Substanz aus den Blättern des Kokastrauches und synthetisches Kokain werden geschnupft, um Glücksgefühle und Aktivitätssteigerung zu erzielen, stark aufputschend, Selbstüberschätzung, Sinnestäuschungen, schwere Depressionen, Verfolgungswahn, Aggressionen, Schlaflosigkeit, körperlicher Verfall
4.	Cannabis (Haschisch, Marihuana)	Substrate aus der Hanfpflanze, bewirken Lockerung, Enthemmung sowie überhöhte Sinnesreize, Sinneswahrnehmungen verändern sich, Konzentrationsmängel, Antriebslosigkeit, Angstzustände, Depressionen, Persönlichkeitsabbau
5.	Amphetamine Psychostimulantien (Speed, Crystal, Glass) Entaktogene (MDA, Ecstasy, MDE) Haluzinogene (DOM)	sind enthalten in Aufputzmitteln und Appetitzüglern, machen überwach und aufgedreht, vermeintlich gesteigerte Leistungsfähigkeit, gesteigertes Selbstwertgefühl, Gereiztheit, Aggressivität, Schlaflosigkeit, Depressionen

	Ecstasy (MDMA, XTC, Adam)	
6.	Khat	Die Blätter der vor allem in Jemen und in Äthiopien angebauten Pflanze werden gekaut und als Knäuel in der Wange deponiert. Die Wirkung ist zuerst anregend, dann beruhigend, später depressiv. Verbunden mit sexuellen Phantasien. Häufige Folge des Missbrauchs: Zerstörung der Mundschleimhaut und Impotenz.
7.	Halluzinogene	z.B. das aus einer mexikanischen Kaktusart gewonnene Meskalin, vor allem aber synthetische Drogen, besonders LSD.
8.	Schnüffelfstoffe	z.B. Kleber und Lösungsmittel, vor allem nerven- und lebertoxisch, Rausch mit vermeintlich gesteigerten Sinneswahrnehmungen, Bewusstseinsstrübung, Schwindel, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen
9.	Opiat-Antagonisten	Sie heben die Wirkung von Opiaten auf oder ersetzen sie, dabei erfolgt ein "Umkippen" und so können sie ihrerseits Abhängigkeit erzeugen.
10.	Tabak	Nikotin ist die wesentliche Wirksubstanz, stimulierend bzw. beruhigend.

Tab. 8: Systematik der Arzneimittel- und Rauschgiftabhängigkeit nach Stoffklassen (modif. nach WHO).

Designer Drogen sind Variationen bekannter, meist verbotener Drogen auf vollsynthetischer Basis. Sie imitieren die Wirkung von Euphorika, Halluzinogenen, Stimulanzien und Narkotika. Ungetestet, mit weitgehend unbekannter Wirkung, gehen sie billig ("slumdrugs") auf den Schwarzmarkt und sind oft mit hochtoxischen Beimengungen verunreinigt.

Designerdrogen		
Name	Wirkstoff	Bemerkungen
Speed, Crystal	Metamphetamin (um 1960)	Ersatz für Heroin und Kokain. Bewirkt Euphorie, Hyperaktivität, Schlafstörungen, Schlafmangel. Hebt Entzugerscheinungen von Opiaten auf und führt zu hochaggressivem Verhalten.
PCP, Angel Dust	Phencyclidin (um 1960)	Ersatz für LSD. Bewirkt autistisches Verhalten, "verknotete" Gedanken, unwirkliche Sinneswahrnehmungen, völlige Verwirrtheit, blinde Aggressivität
Dust	Phencyclidin (um 1970)	Ersatz für LSD. Bewirkt realitätsentrücktes Vergessen, stumpfsinnige Brutalisierung.

Crack	"Super- Kokain" (um 1980)	Erzeugt für 3 bis 5 Minuten die Euphorie absoluter Omnipotenz, hat enorme suchterzeugende Potenz, hohe Missbildungsrate bei "Crack- Babys".
Ecstasy, XTC	3- Methyl-Fentanyl (um 1980)	Hyper-Heroin. Wirkt 3000-mal so potent wie die gleiche Menge Morphin.
	MDMA (1914 Merck, seit Anfang 1970 als Droge auf dem Markt)	bewirkt absolute Tiefenentspannung, Ruhe, Ausgeglichenheit, Glücksgefühl, Selbstvertrauen, Verbesserung der Kontaktfähigkeit, aktivitätssteigernd, Verminderung von Hunger- und Durstgefühlen
MPPP	synthetisches Heroin (um 1985)	Bei der Synthese entsteht MPPP als toxisches Abfallprodukt (Nervengift), das sich im Gehirn anreichert. Bewirkt innere Kältestarre, Steifheit, Muskelkrämpfe, verzerrte Optik, Parkinson - Syndrom. MPPP ist im Körper nicht abbaubar, bildet Depots, führt evtl. nach Jahren zum Ausbruch der neurodegenerativen Symptome.
Charly, MDMA, MDE	Amphetamin-Derivate (um 1990)	Aus Polen und den Niederlanden in die deutsche Drogenszene eingeschleust, wirken stark aufputschend, Seh- und Hörvermögen steigernd bis zu Verzerrungen und Halluzinationen.
Tilidin	Schmerzmittel in der Krebstherapie	erzeugt Schmerzfremheit, Enthemmung, Aggressivität, Reduktion von Urteilsvermögen und Gefühlskontrolle, „Amokdroge“

Tab. 9: Beispiele für Designerdrogen.

Eine Liste aller Drogen nach dem deutschen Betäubungsmittelgesetz ist für Deutschland unter <http://neuepsychoaktivesubstanzen.de/btmg/>; Zugriff 05.08.2018, verfügbar.

Ein besonderes Problem erwächst aus der Assoziation von Drogen und Kriminalität. Verbote und Verfolgung der Herstellung und des Vertriebs von Drogen bewirken, dass dieser (global mächtige) Wirtschaftszweig unter erheblichem Verfolgungsdruck und folglich auch die Konsumenten unter Kriminalitätsverdacht stehen. Die Diskussionen, ob eine „Verstaatlichung“ von Produktion und Handel zum „Austrocknen“ der kriminellen Drogenmärkte führen könnte, sind keine Gegenstände sozialmedizinischer Expertise. Deren Stellungnahmen betreffen allein bevölkerungsbezogene quantitative und individuelle Sachverhaltsfeststellungen und Empfehlungen zu Prävention und Hilfeleistungen, ggf. sachverständige Stellungnahmen zu den Umständen und den Folgen sowie zu Prognosen des Drogengebrauchs.