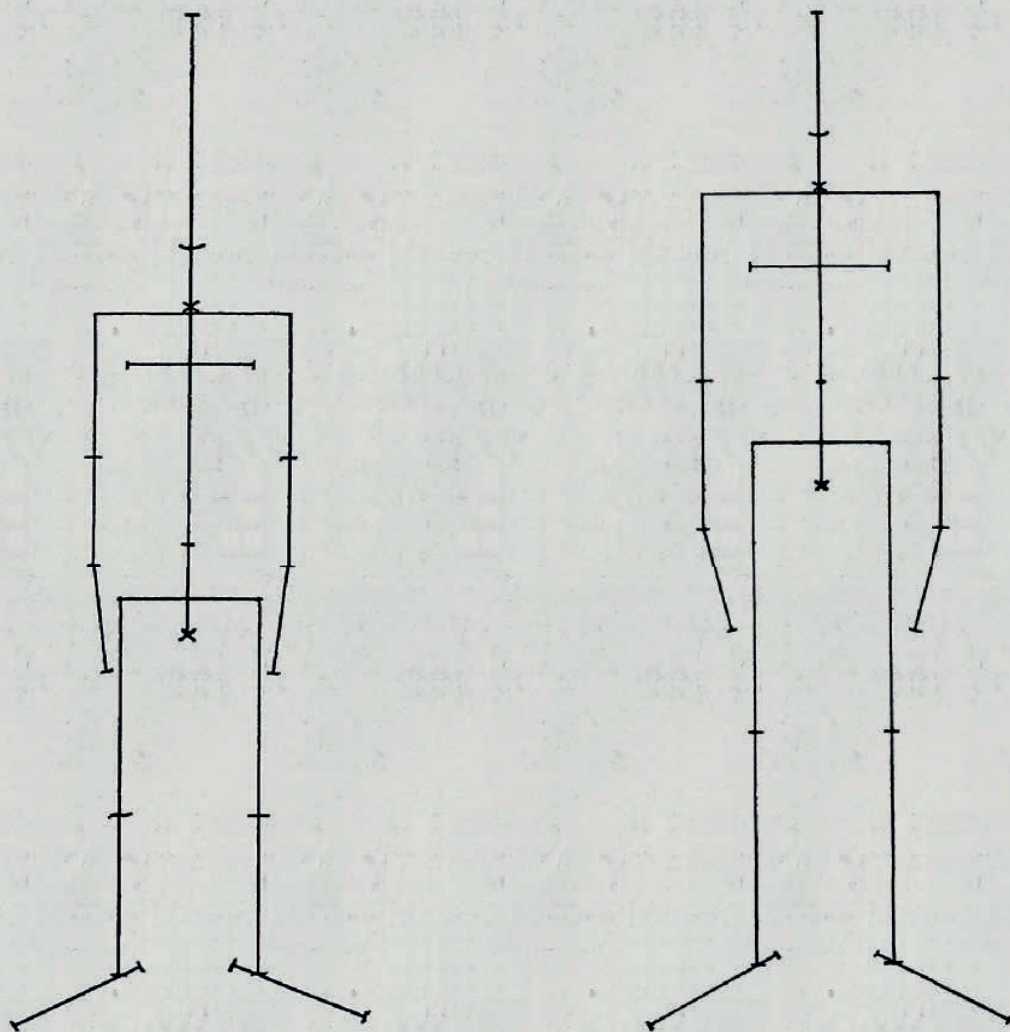


GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärzt*innen

Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 3/2023



KEIN GENAUES MASS NORMIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN

INHALT

5

Kritische Medizin

Hagen Kühn

12

Normierung in der Medizin.
Die Rolle des Gesundheitsverhaltens und der psychischen Erkrankungen

Andreas Heinz

15

Die Welt draußen ist noch schlimmer. Ein Erfahrungsbericht zum Verhältnis von Zwang und Normalität

Eric Manneschmidt

17

Unreflektierte Voraussetzungen. Zum Ableismus in der Humanmedizin

Franziska Koch und Ilsa Beig

19

Spät und begrenzt. Zur Anerkennung von »Euthanasie« und Zwangssterilisation als NS-Unrecht

Ulrika Mientus

26

Dicke Körper zwischen Normierung und Normalität

Friedrich Schorb

29

Sensibilisierte Gesundheitsversorgung. Gemeinschaftlich gestaltet für unsere Communities

Sara Grzybek

32

Designer Vagina. Ein kritischer Blick auf Intimchirurgie

Julius Poppel

36

Barrierefreiheit in der Münchner Medizin

Antonella Opdensteinen, Nele Guderian, Helene Schricker und Julius Poppel

39

PlanB.hamburg – gescheitert.
Transparenz über Zugangs-
bedingungen in Hamburger
Arztpraxen

Kerstin Hagemann

40

Ärzt*innen unter Druck.
Reformen und Machtverlust
der medizinischen Intelli-
genzia in der Türkei ab den
2000er Jahren

Toprak Erdeniz

44

Internationales: Gesundheits-
fachkräfte in Südasien kämp-
fen gemeinsam für Rechte
und Anerkennung

47

Lesen Hören Lesen

Empfehlungen

Der vdää*

ist bundesweit und in Regionalgruppen orga-
nisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin,
für die Demokratisierung der Gesundheitsver-
sorgung und der Strukturen der ärztlichen
Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf
die Gesundheitspolitik und unterstützt den
Widerstand gegen die Ökonomisierung der
Medizin.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen,
so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäfts-
stelle in Verbindung. Gerne können Sie sich
auch online über den vdää*-Newsletter auf
dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Ge-
sundheit braucht Politik« ist die Vereinszei-
tung, die viermal jährlich erscheint. Nament-
lich gekennzeichnete Artikel geben nicht
unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Felix Ahls, Elena Beier, Thomas Kunkel,
Julius Poppel, Nadja Rakowitz,
Karen Spannenkrebs, Rafaela Voss,
Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 3/2023
ISSN 2194-0258
Solibeitrag: 5 Euro
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärzt*innen
V.i.S.d.P. Felix Ahls / Thomas Kunkel /
Bernhard Winter

Bildnachweise

Die Bilder dieser Ausgabe haben wir von
Le Nguyen und Stella Traub und von Antonella
Opdensteinen, Nele Guderian, Helene
Schricker und Julius Poppel bekommen. Die
Erklärung zu den Bildern findet Ihr in den
Vorspannen der Texte auf den Seiten 34 / 38.
Die Bilder auf der Titelseite stammen aus
dem Lehrbuch Anatomie des Menschen von
Hermann Braus, Wikimedia Commons.

Geschäftsstelle

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Email info@vdaee.de
Internet www.vdaee.de/
gbp.vdaee.de/

Bankverbindung: Triodos Bank
IBAN: DE05 5003 1000 1076 0500 03
BIC: TRODEF1XXX

Konzept Benedikt
Hörmannsdorfer

Layout/Satz Birgit Letsch
Druck Hoehl-Druck

EDITORIAL

Liebe Leser*innen, die dritte diesjährige Ausgabe der *Gesundheit braucht Politik* widmet sich dem Thema Normierung im Gesundheitswesen, ein Thema, zu dem uns sehr viel eingefallen ist. Leider konnten wir unserem Anspruch an diese Ausgabe nicht wirklich gerecht werden, da in unserer Vorstellung zentrale Artikel fehlen. Um einen analytischen Übersichtsartikel, eine Sozialgeschichte der Normierung in der Medizin und eine Analyse der Normierung im Interesse der Pharmaindustrie haben wir uns vergeblich bemüht. Trotzdem: Die Artikel, die wir für dieses Heft zusammen getragen haben, sind sehr gut und liefern spannende Einblicke in Aspekte von Normierung. Wer setzt Normen im Gesundheitswesen, wer wird normiert? In welchem Kontext, mit welchen Konsequenzen und in wessen Interesse findet Normierung statt? Unser Interesse an diesen Fragen besteht weiterhin und wir werden den Faden bei Gelegenheit wieder aufnehmen. Lest und urteilt selbst.

Wie immer haben wir auch ein paar Artikel außerhalb des Schwerpunktthemas. Diesmal beschreibt Toprak Erdeniz, wie R.T. Erdoğan im Rahmen neoliberaler Reformen des Gesundheitswesens die organisierte Ärzt*innenschaft der Türkei entmachten will, weil diese in der türkischen Gesellschaft eine oppositionelle und fortschrittliche, ja oft eine linke Kraft darstellt. Ihr erinnert Euch an die Solidaritätsaktionen letztes Jahr für die über mehrere Monate inhaftierte und von langen Haftstrafen bedrohte Vorsitzende des Dachverbands der türkischen Ärztevereinigungen, Şebnem Korur Fincancı. Sie ist eine der drei Frauen, vor denen Erdoğan Angst habe, so die *Le Monde diplomatique*... Einige vdää*-Mitglieder haben Şebnem bei der diesjährigen 19. Konferenz der *International Association of Health Policy Europe (IAHPE)* vom 21.-14. September in Thessaloniki kennengelernt, wo sie einen beeindruckenden und berührenden Vortrag gehalten hat über die staatlichen Repressionen gegen Ärzt*innen und Akademiker*innen, über ihren Widerstand und darüber, wie wichtig in diesem Kontext die internationale Solidarität war und ist.

Das Thema der Konferenz der IAHPE war: »Capitalism, Pandemics, and Public Health«. Sie bot eine Fülle an linken kritischen Analysen von Wissenschaftler*innen und politischen Aktivist*innen aus der ganzen Welt (zum Teil online zugeschaltet). Es sprachen die Mitgründer*innen und langjährigen Mitglieder Hans-Ulrich Deppe (Uni Frankfurt, vdää*), Alexis Benos (Uni Thessaloniki), John Lister (Uni London) und auch Feride Aksu Tanik (Uni Izmir), die 2017 zur letzten IAHPE Konferenz nicht kommen konnte, weil der türkische Staat sie nicht reisen ließ. Vincente Navarro (Baltimore/USA und Pompeu/Spanien) und Asa Christina Laurell (Mexiko City) waren online zugeschaltet. Alle berichteten von der bald 50-jährigen Geschichte der IAHPE, die immer eine kritische, nicht von Geldern von Universitäten, Staaten oder profitorientierten Geldgebern abhängige Organisation war und sich als Teil der linken Public (oder Social) Health-Bewegung verstanden hat. Die Wissenschaftler*innen im Board sowie die jeweils zu Konfe-

renzen eingeladenen Referent*innen verstehen ihr Handwerk als Wissenschaft im Handgemenge. Und das merkte man dem Programm, den Referent*innen und den Teilnehmer*innen (ca. 150) der diesjährigen IAHPE Konferenz an: In der überwiegenden Mehrheit der Beiträge wurden Fragen der Gesundheitspolitik, der Pandemie-Bekämpfung und der sozialen Determinierung von Gesundheit und Krankheit in einen kapitalismuskritischen klassengesellschaftlichen Zusammenhang gestellt. Gleichzeitig wurden immer wieder Verbindungen der Theorie zur Praxis der jeweiligen Kämpfe vor Ort gesucht. Von diesen Kämpfen gibt es viele, auch wenn sie überall auf der Welt (noch?) schwach sind und mit einem mächtigen, in der Regel neoliberalen und zunehmend autoritären, politischen Gegner, mit immer mächtiger werdenden privaten Konzernen im Gesundheitswesen und einer ebenfalls mächtiger werdenden, alles andere als kritischen, Medienmacht zu tun haben.

Dass die Problemlage dramatisch ist, ist gerade in Griechenland überall zu spüren. Das Land wird vom Klimawandel hart getroffen: Die exorbitanten Regenfälle Anfang September haben die gesamte thessalische Ebene unter Wasser gesetzte (nur die Häuserdächer waren noch zu sehen), tausende Menschen haben ihr Obdach verloren, die wichtige Zugverbindung zwischen Athen und Thessaloniki ist zerstört etc. Die ökologische Krise war entsprechend präsent im Programm, genauso wie die Frage des Zusammenhangs von kapitalistischer Lebensmittelproduktion und der Entstehung von Pandemien: am Samstagnachmittag war Rob Wallace online zugeschaltet, um über »COVID-19 and Global Circuits of Capital« zu sprechen.

Neben den guten inhaltlichen Beiträgen war die gesamte Atmosphäre auf der Konferenz dank des Organisationstalents unserer griechischen Genoss*innen zauberhaft. Es waren sehr viele junge Leute u.a. vom People's Health Movement da und es entstanden produktive Gespräche zwischen Jung und Alt und zwischen Menschen aus verschiedensten Regionen dieser Erde. Alle hatten am Ende den Eindruck, dass dies eine der besten Konferenzen seit langem war und dass sie möglicherweise ein historisches Momentum der internationalen linken Public Health-Bewegung sein könnte.

Der vdää* kann stolz sein, Unterstützer der Konferenz zu sein. Wir waren sowohl auf einigen Podien als auch mit ca. 8 Teilnehmer*innen im Publikum vertreten und werden als Gesundheits-Aktivist*innen aus Deutschland wahrgenommen. Mit Nadja Rakowitz als neu gewähltes Mitglied des Boards der IAHPE, ist der vdää* dort nun neben Uli Deppe auch vertreten.

Wer sich das vollgestopfte Programm dieser 4-tägigen Konferenz (oder die Videos davon im Internet) anschaut, wird die Jahreshauptversammlungen des vdää* (bei denen es regelmäßig die Kritik gibt, dass es zu wenig Zeit für Diskussion und Pausen gebe), in Zukunft wohl als extrem entspannt ansehen.

Kommt nach Marburg und überzeugt Euch am 3.-5. November selbst davon.

Kritische Medizin

Hagen Kühn

Hagen Kühn stellt uns hier die Geschichte der Kritischen Medizin vor und diskutiert dabei auch, wie die Medizin(er*innen) an der Setzung und Durchsetzung von Normen in einer kapitalistischen Gesellschaft beteiligt sind. Es handelt sich um eine von der Redaktion stark gekürzte Fassung des ursprünglich 2013 veröffentlichten Textes.¹

1 Der Begriff ›Kritische Medizin‹ entwickelte sich in der Studentenbewegung der 1960er und 1970er Jahre. Vorläufer waren studentische »Arbeitskreise kritische Medizin«, die sich 1968 an vielen medizinischen Fakultäten zusammengefunden hatten. KM ist kein konsistentes theoretisches Konzept wie die ›Kritische Psychologie‹, sondern eher eine Sammelbezeichnung für linke, zunächst meist am Marxismus orientierte Kritik an der Medizin und den gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit. In Deutschland artikuliert sich KM ab 1970 vorwiegend um die Zeitschrift »Das Argument« mit Veröffentlichungsreihen: »Zur Kritik der bürgerlichen Medizin«, »Argumente für eine soziale Medizin«, aus denen das seit 1976 zweimal jährlich erscheinende »Jahrbuch für kritische Medizin« (JKM) (seit 2009 mit dem Zusatz: »und Gesundheitswissenschaft«) hervorgegangen ist. Im englischsprachigen Raum werden vom »International Journal of Health Services« ähnliche Positionen vertreten.

Implizit versteht KM Kritik von Beginn an nicht im Sinne des (negativen) Urteilens, sondern als Teil gesellschaftsverändernder Praxis. Anders als die einschlägigen Fachwissenschaften, will KM mehr als nur Materialien liefern für Verwendungszwecke im Rahmen bestehender Herrschaftsverhältnisse, sondern diese selbst sollen zum Gegenstand kritischer Wissenschaft werden. Selbst spezielle Themen sollen in einer herrschaftskritischen und emanzipatorischen Perspektive mit – zumindest implizitem – Bezug auf den kapitalistisch-warengesellschaftlichen »Verstrickungszusammenhang« (Adorno) analysiert werden. Frei zur Gesundheit sind für KM die Menschen nur, soweit sie individuell und kollektiv frei über deren Bedingungen verfügen können.

2 In ihrer Entstehungszeit konnte KM an mehrerer historische Traditionen anknüpfen, die durch den Nazismus gewaltsam abgebrochen worden waren: (1) die Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik der Arbeiterbewegung (Milles 2005), (2) die Bewegung sozialistischer Ärzte in der Weimarer Republik (Deppe 1987), die Geschichte der Sozialhygiene bzw. Sozialmedizin (Schagen, Schleiermacher 2005) und nicht zuletzt an die umfangreichen empirischen Arbeiten von Engels und Marx zur ›industriellen Pathologie‹ (HKWM).

KM und die in den 1970ern entstehenden Initiativen demokratischer und gewerkschaftlicher Ärzte waren eng verbunden. Autoren der KM spielten 1973 bei der Ausrichtung des Kongresses »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« in Marburg eine bedeutende Rolle (Deppe et al. 1973). Davon sind wichtige Impulse auch auf Gewerkschaften und Sozialdemokraten ausgegangen, ihre traditionelle Rolle der Mitverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten humanisierender Mitgestaltung zu überwinden.

¹ Ursprünglich erschienen im: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Band 49 Gesundheitspolitik in der Arbeitswelt, Hamburg 2013. Teile des Artikels erschienen als Stichwort »Kritische Medizin« im Historisch-kritischen Wörterbuch des Marxismus, Bd. 7 III, Berlin 2012.

Obwohl ein Großteil der Autoren Sozialwissenschaftler waren, dominierten – wie auch auf dem Marburger Kongress – in den ersten Jahrzehnten ärztliche Themen. Das korrespondierte mit der Tatsache, dass gewerkschaftliche und demokratische Ärzte eine offensive und letztlich auch erfolgreiche Oppositionsbewegung gegen die konservativen und (damals) reaktionären ärztlichen Standesorganisationen und deren Allmacht in den öffentlich-rechtlichen Kammern vorangetrieben hatten. Der ›Bund gewerkschaftlicher Ärzte‹ stiftete in der Gewerkschaft ÖTV viel potentiell produktive Unruhe und in den Krankenhäusern regte sich erstmals Widerstand gegen den autoritären Medizinbetrieb.

Ende der 1970er Jahre zeichnete sich der Beginn einer Art kopernikanische Wende in der Sichtweise auf die Gesundheit ab, die bis heute nicht abgeschlossen ist. Bis dahin war ›gesundheitslicher Fortschritt‹ selbstverständlich gleichgesetzt worden mit ›(bio)medizinischem Fortschritt‹. Es dominierte – auch auf Seiten der KM – die Meinung, die Medizin sei, wenn nicht der einzige, so doch der wichtigste und entscheidende Faktor für Gesundheit und Lebenserwartung. Aber ebenso wie um 1970 die Grenzen des Glaubens, die zentralen Menschheitsprobleme ließen sich durch Innovationen in Naturwissenschaft und Technik lösen, sichtbar wurden, geschah das auch im Hinblick auf die Medizin. Hier wie dort gerieten zunächst die »Grenzen des Wachstums« ins Blickfeld.

Viele erkannten oder ahnten, dass Naturwissenschaft und Technik als Grundelemente des industriellen Wachstums geistige Ausdrucksformen der vom Kapital als Akkumulationsprozess organisierten Mensch-Natur-Beziehung sind. Und es war nicht weit zur Einsicht (oder zumindest zur Vorahnung), dass die technisch-pharmakologische Biomedizin integraler Bestandteil dieser Beziehung ist. Es vermischte sich Skepsis gegenüber dem bislang Selbstverständlichen mit einer Aufbruchsstimmung.

Mit bislang unbekannter Dynamik erhob sich unter den Gesundheitsberufen und bei vielen chronisch kranken Bürgern Kritik und Opposition gegen die – wie es hieß – »naturwissenschaftlich bornierte« Medizin und es begann die Suche nach alternativen Heil- und Versorgungsformen. Es sollte sich noch erweisen, dass selbst

der naturwissenschaftliche Anspruch der Medizin, nicht eingelöst wird.

Bemerkenswert aus heutiger Sicht ist, dass die oppositionellen und die alternativen Strömungen der Gesundheitsbewegung zunächst noch zusammengingen. Höhepunkte waren die ›Gesundheitstage‹ der 1980er Jahre. Zum ersten Gesundheitstag 1980 in Berlin kamen mehr als 10.000 Teilnehmer. Dies wurde in Hamburg 1981, Bremen 1983 und Kassel 1987 mit noch wachsenden Teilnehmerzahlen fortgesetzt (Deppe 1987, 151-215). Auch die damals starke westdeutsche Friedensbewegung hat den Gruppen und Subkulturen der Gesundheitsbewegung oppositionelle Impulse gegeben. KM hat diese Prozesse begleitet und die zunehmend individualisierenden, antipolitischen und erklärt irrationalen Tendenzen der Alternativbewegung kritisiert (Schagen/Göbel 1982; Kühn 1989). Zwei wesentliche Wendungen in der gesundheitspolitischen Linken sind das bleibende Resultat dieser Jahre: die Menschen werden stärker als Subjekte des präventiven und therapeutischen Handelns wahrgenommen und sowohl die Gesundheit als auch die Medizin werden auch aus einer ökologischen Perspektive betrachtet.

3 Mit der weltweiten neoliberalen Wende und dem davon ausgehenden Druck auf Arbeitsbedingungen, Beschäftigungssicherheit, Löhne und Sozialstaat wurde in den 1980er Jahren die Entscheidung zwischen dem alternativen Sich-Einrichten im Gegebenen und der oppositionellen Gegenwehr immer unausweichlicher. KM verstand sich als Teil der oppositionellen Gesundheitsbewegung. Fragen nach Reichtum und Armut, Gesundheit und Krankheit, Mensch-Natur-Beziehung und nachhaltiger Gesellschafts- und Produktionsentwicklung sowie der Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen nach dem Maß menschlicher Fähigkeiten und Bedürfnisse werden im Zusammenhang gesehen. Weltweiter gesundheitlicher Fortschritt setzt voraus, dass die Menschen sich bei der Erarbeitung ihrer Lebensvoraussetzungen in grundsätzlich anderer Weise zur Natur ins Verhältnis setzen müssen, und zwar sowohl zur ›äußeren‹ Natur als auch zu sich selbst als Naturwesen.

Damit stellt KM die Medizin nun nicht mehr nur in ihren Versorgungsformen, sondern auch in ihren Inhalten in Frage. Denn die Mensch-Natur-Verhältnisse zur inneren und äußeren Natur sind interdependent. Der kapitalwirtschaftlich betriebenen Verwertung der Natur entspricht die Ökonomie der Arbeitskraft, dem Naturschutz der Arbeitsschutz. In diesem Kontext ist die naturwissenschaftlich-technische Medizin einerseits ein Produkt der

Zeitleiste kritische Medizin Teil 2 ab Marburger Kongress 1973 bis heute

Wir setzen in dieser Ausgabe der GbP die Zeitleiste zur kritischen Medizin in Deutschland fort. Sie beginnt mit dem Marburger Kongress 1973 und endet mit dem Gesundheitspolitischen Forum in

Marburg im November 2023. Die Zeitleiste wurde erstellt von Nadja Rakowitz und Bernhard Winter, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.



Industriegesellschaft und reproduziert andererseits das industriegesellschaftliche Muster der Naturbeziehung gegenüber dem Naturwesen Mensch. Auch das enorme Maß der Exklusivität, in dem die Biomedizin für die Bearbeitung der Fragen von Krankheit und Gesundheit als »zuständig« angesehen wird (s.u.), und die Selbstverständlichkeit, mit der dies der Fall ist, entspricht dem industriegesellschaftlich halbierten Rationalismus, der Fragen nach seiner Beziehung zu den räumlich-zeitlichen, sozialen und ökologischen Grundlagen der Menschheitsentwicklung nicht stellt.

Für die KM ist daher – ohne dass Fragen einer humanen Medizin und deren Finanzierung für die gesamte Bevölkerung vernachlässigt wurden – die Verhinderung von Krankheiten (Prävention) und die Förderung salutogener Bedingungen (Gesundheitsförderung) zum Hauptfeld geworden. Zugleich wurde – mit dem Engagement auch von Autoren der KM – im akademischen Betrieb die Entwicklung des Faches Public Health (Gesundheitswissenschaften) vorangetrieben.

Zeitgleich mit dieser Entwicklung verliert die KM allmählich an oppositioneller gesellschaftskritischer Energie. Das ist insofern kein Wunder, als diese den intellektuellen Bemühungen historisch immer nur dann zugewachsen ist, wenn sie Bestandteil einer umfassenderen systemop-

positionellen politischen Bewegung waren. Mit der Krise und partiellen Domestizierung der Linken in den 1990er Jahren lässt sich auch im Jahrbuch für kritische Medizin eine allmähliche Abkehr vom (meist impliziten) Bezug zur Gesellschaftskritik zugunsten einer stärkeren fachwissenschaftlichen Ausrichtung an der neuen akademischen Disziplin Public Health/ Gesundheitswissenschaft beobachten.

4 ■ KM ist einem emanzipatorischen Verständnis von Gesundheit verpflichtet und steht damit gegen den herrschenden und praktizierten Gesundheitsbegriff. Das Gesundheits- und Krankheitsverständnis verändert sich nicht nur in unterschiedlichen historischen und kulturellen Kontexten, sondern auch innerhalb einer Gesellschaft, je nach Bezugssystem, Status und Interessenlage.

Im Zuge der Rationalisierung des individuellen Habitus nahm die Gesundheit der Arbeitenden auch den Charakter einer Pflicht an, und Krankheit erhielt die Konnotation von falsch gelebtem Leben, also von moralischer Schuld. Zugleich delegierte die Gesellschaft Fragen von Gesundheit und Krankheit mehr und mehr an die mit der Industrialisierung neu entstehende, vom Anspruch her naturwissenschaftlich-technische Medizin.

1973/74 Gründung des **Frankfurter Zentrums für psychosoziale Grundlagen der Medizin** an der J. W. Goethe-Universität – Med. Soziologie: Hans-Ulrich Deppe, Med. Psychologie: Michael Lukas Möller, Sexualmedizin: Volkmar Sigusch

1971 In Westberlin gründet sich das **erste Frauengesundheitszentrum** in Deutschland. Es versucht Frauen in allen Altersstufen und Lebenszusammenhängen Beratung und Hilfen zu frauenspezifischen gesundheitlichen Fragen zu bieten. Es gründen sich in zahlreichen Städten der BRD weitere Frauen- bzw. feministische Gesundheitszentren.

Das Ideal von Gesundheit ist seither ständigem Wandel unterworfen, hat aber seinen herrschaftlich-administrativen Charakter nicht verloren.

Das Ideal von Gesundheit ist seither ständigem Wandel unterworfen, hat aber seinen herrschaftlich-administrativen Charakter nicht verloren. Ebenso wie das Bild vom idealen Arbeitnehmer und Staatsbürger im kybernetischen Zeitalter nicht mehr das ›Rädchen im Getriebe‹ der Industriegesellschaft ist, sondern eher das ›sich selbstoptimierende‹ Individuum, dem seine Pflicht zur »Eigenverantwortung« herrschaftlich entgegengehalten wird, enthält auch ›Gesundheit‹ in der Konsumgesellschaft weniger asketische Konnotationen, sondern wird tendenziell gleichgesetzt mit »Fitness« im Sinne von optimalem Angepasstsein an Aufgaben, Konkurrenz und Normalität (›Fit‹ wird im Dictionary mit »passend, geeignet, tauglich« übersetzt). Wo Individualisierungstendenzen, Konkurrenz und konsumistischer Wohlstand zusammenwirken, kann dies in ›Healthismus‹, in die Verselbständigung des Gesundheitsstrebens umschlagen, d. h. in die habitualisierte ständige Sorge um und Befassung mit der persönlichen Gesundheit im Sinne auch von sicht- und vorzeigbarer Fitness (Kühn 1993).

Rechtlich-administrativ ist die Definition von Gesundheit in die Hände der Ärzte gelegt und wird de facto mit dem Fehlen von Krankheitssymptomen identifiziert. Der Medizin sind durch das Definitionsmonopol Hoheitsaufgaben zugewachsen: Sie entscheidet nach ihren Kriterien über Rechtsansprüche, wie die auf bezahlte Nichtarbeit

(›Arbeitsunfähigkeit‹), Militäruntauglichkeit, vorzeitigen Rentenbezug, sozial- und auch privatrechtliche Leistungsansprüche aufgrund von Krankheit und Behinderung oder auch verminderter Schuldfähigkeit.

Konträr dazu verbindet KM Gesundheit mit der humanistischen Perspektive der Emanzipation und Freiheit. Gesundheit ist ebenso wenig individuelle Verhaltenspflicht wie Krankheit Schuld ist. Sondern sie liegt im eigenen Entwicklungsstreben der Individuen, die aber nicht über die Voraussetzungen ihrer Gesundheit verfügen (können) und daher ist diese auch Anspruch an die Gesellschaft, diese Voraussetzungen zu schaffen und die Möglichkeit, individuell und gesellschaftlich darüber zu verfügen. In diesem Sinne – abhängig auch vom Reichtum, Produktivität und wissenschaftlichen Stand der Gesellschaft, also historisch-relativ – ist Gesundheit Menschenrecht. Es sollte für jedes Individuum gleichermaßen gelten, ebenso wie das Recht der Kranken auf solidarische und historisch-mögliche Hilfe. Die viel gescholtene Definition der Weltgesundheitsorganisation von 1947 steht im Gegensatz zur herrschaftlich-administrativen Gesundheit. Sie sieht in ihr einen »Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen«. Sie öffnet den Horizont für das emanzipatorische Verständnis von Gesundheit, aber verbleibt im Reich der Idee und schweigt sich aus über die Voraussetzungen und die gesellschaftliche Dynamik ihrer Realisierung.

5 Mit dem Schritt, die »körperliche Organisation« mit der Geschichte des »wirklich lebenden Menschen« ins Zentrum zu stellen, wird eine Freiheitsperspektive, der Zusammenhang von Gesundheit und Emanzipation sichtbar. Freiheit ist bei Marx nicht Auswahlfreiheit, sondern »sinnliche Aneignung des menschlichen Wesens« (40/539), individuelle und kollektive Verfügung über die eigenen Lebensbedingungen. Noch bezogen auf das Gattungswesen formuliert Marx eine implizite Gesundheitsutopie im Sinne des Menschenmöglichen. Sie wird real, wenn »der Mensch« in der Lage ist, sich »sein allseitiges Wesen auf eine allseitige Art« anzueignen, die »jedes seiner menschlichen Verhältnisse zur Welt« umfasst. Das sind »Sehn, Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen, Denken, Anschauen, Empfinden, Wollen, Tätigsein, Lieben, kurz, alle Organe seiner Individualität, wie die Organe, welche unmittelbar in ihrer Form als gemeinschaftliche Organe sind« (40/539 f.). Diese menschenmögliche Gesundheit ist ein Kind der Freiheit. Umgekehrt formuliert Marx: »Was ist jede Krankheit als in seiner Freiheit gehemmtes Leben?« (1/59).

1974 In Westberlin gründet sich das **Gesundheitszentrum Gropiusstadt** als eine von mehreren Gruppenpraxen, die alternative Strukturen in der ambulanten Versorgung aufbauen wollten.

1974-1980 Informationsdienst Gesundheitswesen, hrsg. vom Sozialistischen Büro Offenbach; ein Schwerpunkt der Zeitschrift sind Gruppenpraxen.

Marmot (2004), einer der international führenden Sozialepidemiologen, sieht die Emanzipationsperspektive von den international vorliegenden empirischen Forschungsergebnissen bestätigt. Das Fazit seiner Analyse zur Frage nach den Bedingungen, die bislang zu bester Gesundheit und höchster Lebenserwartung geführt haben lautet: »Autonomy, how much control you have over your life – and the opportunities you have for full social engagement and participation are crucial for health, well-being, and longevity« (ebda, 2).

6 Die Gesundheitswissenschaften definieren gesundheitsrelevante Lebensbereiche, messen, beschreiben und sortieren sie. Aber sie erfassen nicht ihre Dynamik und die von ihr angetriebenen Tendenzen und Widersprüche. Dazu wären die untersuchten Realitätsausschnitte zum Kapitalprozess in Beziehung zu setzen, aus dem die Gesellschaft ihre Dynamik bezieht, nicht als Ersatz für Empirie, aber zu ihrer Verarbeitung. Die Beziehung der Menschen zur menschlichen wie zur »äußeren« Natur ist überwiegend als Verwertungsprozess von Kapital organisiert und selbst wo sie das nicht ist, davon beeinflusst. Die Kritik der gesundheitsrelevanten gesellschaftlichen Felder muss also darauf bezogen sein:

6.1 Die »wirklichen Individuen« arbeiten und leben in einer vom Kapitalprozess dominierten Gesellschaft. Die Mittel zur Befriedigung ihrer Lebensbedürfnisse sind zunehmend warenförmig und können nur mit Geld erworben werden. »Um ein rationeller Konsument der Ware der Kapitalisten zu werden, muss er [der Arbeiter, hk] vor allem (...) damit beginnen, seine eigene Arbeitskraft irrational und gesundheitswidrig von seinem eigenen Kapitalisten konsumieren lassen« (24/511).

Der Mensch als Person und als »ein leibliches, naturkräftiges, lebendiges, wirkliches, sinnliches, gegenständliches Wesen« (40/578) wird zum Gegenstand der kapitalwirtschaftlichen Rechnungsführung. Diese kennt nur die Kriterien »mehr« und »weniger«, aber kein »Genug«, keine Qualität, Moral oder Gesundheit. Niemals können Kosten zu niedrig sein und niemals der Profit zu hoch.

Die Herrschaft des Verwertungsinteresses über die Arbeitskraft ist also zugleich Herrschaft der Gleichgültigkeit über die »sinnlichen Aneignung des menschlichen Wesens«, der Entwicklung aller Sinne und Fähigkeiten, die in der »Leiblichkeit der lebendigen Persönlichkeit existieren« und mit denen der Mensch sich zur Welt ins Verhältnis setzt. Somit ist – strukturell – der Verwertungsprozess des toten Kapitals zugleich Entwertungsprozess des

Menschen und damit auch seiner Gesundheit. Konkrete Interventionen können nur effektiv sein, wenn sie dieser Tendenz entgegenwirken.

Da die Verwertungslogik kein »Prinzip der Selbstbeschränkung« (Gorz) kennt, muss ihr das »Genug« nach Kriterien der menschlichen Entwicklung von außen aufgenötigt werden. Nur die Lohnarbeiter selbst (als innere »Außen«), können dies tun. Sie müssen individuell und kollektiv handlungsfähig sein, um die Verfügung über die Bedingungen ihres Menschseins zu erweitern. Handlungsfähigkeit (»autonomy« und »full social engagement and participation« s.o.) ist Voraussetzung der gesundheitlichen Freiheitsperspektive, muss aber zugleich auch in der darauf gerichteten »eigene Aktion erzeugt« werden (MEW 3:20, Deutsche Ideologie).

6.2 Die Unterwerfung unter die Verwertungsimperative beschränkt sich nicht auf den Produktionsprozess. Das Leben der vom Lohn abhängigen Menschen ist bereits vor, während und nach der Arbeit »in seiner Freiheit gehemmt« durch die existentielle Angewiesenheit auf die Chance, überhaupt unter diesen Apparat subsumiert zu werden bzw. zu bleiben. Bereits hier müssen sie sich als Bestandteil ihrer Ware Arbeitskraft »verbiedern« (Anders 1983: 122), sich auf die Bedürfnisse des Käufers zu richten, sich fit machen. »Die persönliche Würde (wird) in den Tauschwert aufgelöst« (MEW 4: 465). Während also Handlungsfähigkeit Voraussetzung der (biopsychosozialen) Reproduktion der Lohnabhängigen ist, ist ihre Hemmung, die Verbiederung, Voraussetzung des Arbeitsverhältnisses. Dieser Widerspruch ist ein unverzichtbarer theoretischer Bezugspunkt für KM.

6.3 Die der Verwertungslogik folgende Produktion ist nicht nur gleichgültig gegen den Menschen als Naturwesen, sondern auch gegenüber seinen natürlichen Lebensbedingungen. Der »Stoffwechsel zwischen Mensch und Natur« (MEW 23: 57), der als Kapitalverwertungsprozess organisiert ist, ist einzelwirtschaftlich borniert. Kosten und Schäden, die externalisiert werden können, sind für die Kostenrechnung nicht existent, aber die Rückwirkungen als Folge von Schadstoffen, Strahlungen, Abwasser oder Abluft beeinträchtigen Lebensqualität und Gesundheit und gefährden das menschliche Leben auf der Erde.

6.4 Eine weitere Ebene ist die Qualität des sozialen Zusammenlebens. Der homo oeconomicus ist nicht bloß ein Hirngespinnst der bürgerlichen Ökonomen, sondern das der Marktkonkurrenz immanente Sozialisationsprogramm. Die Gesundheitsforschung bringt seit Jahrzehnten

09.11.1974 Tod des RAF-Mitgliedes Holger Meins im Rahmen eines Hungerstreiks. Dieses Ereignis löst unter linken Ärzt*innen eine Diskussion über Haftbedingungen, Zwangsernährung und der Forderung nach Behandlung von Ärzt*innen, denen die Gefangenen aus der RAF vertrauten, aus.

1975 Liste Gesundheit tritt als erste Liste in der BRD, die oppositionell zur Standespolitik steht, zur Kammerwahl in Bremen an. Sie verpasst den Einzug.

ten immer neue und methodisch bessere Studien hervor, die zeigen, dass Menschen, die dauerhaft spürbare Solidarität (»social support«) erfahren gesünder und länger leben.

7 ■ Zahllose Studien weisen in den reichen Ländern einen hochsignifikanten positiven und graduellen Zusammenhang zwischen der relativen Lohnhöhe und der Gesundheit bzw. Lebenserwartung.

Die »Verkörperlichung« der je historisch konkreten Klassenverhältnisse ist, soweit sie nicht gewaltförmig ist, über den Habitus, das individuelle System verinnerlichter Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsmuster vermittelt. Die darin enthaltenen »Dispositionen der Unterordnung« nehmen oft die »Form einer körperlichen Empfindung an. »Scham, Schüchternheit, Ängstlichkeit, Schuldgefühl« (Bourdieu 2001: 215) sind das Gegenteil von Selbstachtung, sie sind »in seiner Freiheit gehemmt Leben« (MEW 1: 59). Man hat zahlreiche psychobiologischen Prozesse ermittelt, mit denen solche – negativen wie positiven – Empfindungen »unter die Haut« gehen und sich pathogen oder salutogen auswirken (vgl. Siegrist/Marmot 2008).

8 ■ KM ist auch Kritik des Medizinsystems und der Medikalisierung gesellschaftlicher Probleme. Im Blick standen in den 1960er und 1970er Jahren überwiegend die ärztlichen Standesinteressen (Wulff 1971), die Pharmazeutische Industrie und andere industrielle Zulieferer (Ripke 1971), die Psychiatrie (Wulff 1972), hinzu trat dann die Kritik der inhaltlich-praktischen medizinischen Irrationalitäten (z.B. Abholz 1979, 2002), ebenso wie die tendenziell zunehmende Überformung der biomedizinischen Handlungslogik durch den Warencharakter der entsprechenden Dienstleistungen (Kühn 2004).

Der Begriff der »Medikalisierung« meint die Tendenz,

immer mehr soziale Lebensprobleme der theoretischen, praktischen und ideologischen »Zuständigkeit« der technisch-pharmakologischen Biomedizin zu überantworten und die »transformation of human conditions into treatable disorders« (Conrad 2007). Das gesellschaftliche Gewicht des expandierenden »Medizinisch-industriellen-Komplexes« aus Leistungsanbietern, Wissenschaftsbetrieb, Zulieferindustrien, Wellness-Industrie etc. basiert weniger auf unmittelbarer Machtentfaltung, als auf der »Fähigkeit des Medizinsystems, gesellschaftliche Probleme in die »Sprache« der Warengesellschaft, in individuelle Nachfrage nach Waren und Dienstleistungen zu übersetzen, seien es Therapien, Arzneimittel, Diäten oder Sportgeräte. Bedürfnisse nach Entlastung vom Arbeitsdruck werden zur Nachfrage nach Beruhigungsmitteln, das Verlangen nach guter Atemluft verstärkt die Nachfrage nach Wellness-Aufenthalten. Potentielle politische Gestaltungsprobleme werden zu leicht lösbaren und profitablen warenwirtschaftlichen Versorgungsproblemen« (Kühn 1993: 177 f.).

Die Medikalisierung ist auch für die Individuen attraktiv: Sie können auf Problemlösungen hoffen, ohne sich und ihre soziale Umwelt verändern zu müssen. Das implizite Nutzenversprechen der technisch-pharmakologischen Medizin ist die warenförmige technische Lösung. Mittels Medikamenten, Substituten oder Operationen wird das pathogene Agens aus dem unveränderten Zusammenhang, dem Körper in seinen sozialen Bezügen, entfernt. Und je mehr Entsolidarisierung der Gesellschaft, Verarmung großer Bevölkerungsgruppen, soziale Unsicherheit und Mobilitätsdruck den schädigenden Stress erhöhen, desto bedeutender werden diese Lösungsversprechen für die Individuen.

9 ■ Andererseits sind die Gesundheitsausgaben überwiegend Bestandteil des gesellschaftlichen Reproduktionsfonds der Arbeitskraft, der Summe von Löhnen, sozialen Geldleistungen und kostenlos in Anspruch genommenen öffentlich finanzierten Diensten und Infrastrukturen. Vorwiegend durch Budgetierung und »Wettbewerb« wird Ökonomisierungsdruck auf die Versorgungseinrichtungen ausgeübt. Versorgungshandeln wird für diese zum ökonomischen Risiko und muss daher quantifiziert, standardisiert, kalkuliert und kontrolliert werden. Indem dies gelingt wird Medizin reif für die kapitalistische Landnahme. Auch in nicht kommerziellen Einrichtungen wird Medizin der kapitalwirtschaftlichen Handlungslogik unterworfen. Damit werden die »medizinischen und pflegerischen Entscheidungen, Therapien, Empfehlungen usw. tendenziell über-

September 1975 Vorlage des Berichts der **Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages**. In dem Bericht wurden zahlreiche Kritikpunkte aufgenommen, wie sie in den Jahren zuvor von fortschrittlichen Kritiker*innen der Psychiatrie formuliert worden waren. Der Bericht stellte einen Meilenstein in der Psychiatriereform dar.

1976 Hessische ärztliche ÖTV-Mitglieder kandidieren bei der **Ärztekammerwahl**. Sie ist die **erste Liste demokratischer Ärzte**, die in eine Ärztekammer gewählt wird (10,6% der abgegebenen Stimmen) »Weil wir nicht herauskönnen, müssen wir hineingehen«. In den folgenden Jahren ziehen oppositionelle Listen in zahlreiche Ärztekammern ein.

Im Einklang mit dem gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisstand sieht Kritische Medizin die entscheidende Voraussetzung für gesundheitlichen Fortschritt in der Stärkung sozialer Oppositionsbewegungen zur Humanisierung der Arbeits- und Lebensbedingungen, für Solidarität und erlebbare Demokratie.

formt durch das ökonomische Vorteils kalkül und die entsprechende Qualität der Beziehung zwischen Ärzten bzw. Behandlungsteams und Patient« (Kühn 1994: 26). Das »nackte Interesse« (4/465) bringt die Medizin in Konflikt mit ihren eigenen wissenschaftlichen und moralischen Ansprüchen, mit den Erwartungen der Bevölkerung (Kühn 2007) und den Interessen ihrer Beschäftigten. Die Ökonomisierungsprozesse lösen ihren ständischen Charakter auf. Die Ärzteschaft wird tendenziell polarisiert in eine Minderheit von Unternehmern und Managern, eine Mehrheit lohnabhängiger Dienstleister und eine schrumpfende freischaffende Mittelschicht.

Wenn die Freiheit der Medizin darin besteht, Medizin zu sein, also die gesundheitliche Lebensqualität gesunder wie kranker Menschen zu verbessern, dann ist sie doppelt unfrei: zum einen ist sie erwerbswirtschaftlich entfremdet und wird zunehmend Mittel zum geschäftlichen Zweck und zum anderen verhält sie sich bis in die tiefsten Annahmen ihrer wissenschaftlichen Konzepte hinein, opportunistisch nach Maßgabe ihrer Position im Herrschaftsgefüge der Gesellschaft. Diese Widersprüche zu analysieren und praktisch zu wenden ist Anspruch der KM.

Die biomedizinische Hegemonie gegenüber Konzepten sozialer Prävention und Gesundheitsförderung ist weiterhin ungebrochen. Sie ist zu tief in den Strukturen der Warengesellschaft verankert, als dass sie Schaden hätte nehmen können durch wissenschaftliche Erkenntnisse, die ihre Rolle bei der Verbesserung der Gesundheit stark relativiert haben. McKeown (1976) konnte in seiner bahnbrechenden Studie nachweisen, dass der weitaus größte Teil des Sterblichkeitsrückgangs im 19. und 20. Jh. bereits stattgefunden hatte, bevor wirksame Impfstoffe gegen Infektionskrankheiten entwickelt waren und eingesetzt wurden. Als entscheidend erweisen sich Lebensweise und Lebensbedingungen. Waren diese bei McKeown noch stark auf Ernährung und Hygiene reduziert, so verweist die neuere sozialepidemiologische Forschung (zusammengefasst bei Wilkinson 2005, Marmot 2004, Siegrist/Marmot 2008) auf die sozialen Beziehungen, in denen die »wirklichen Menschen« (Marx) arbeiten und leben. Im Einklang mit dem gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisstand sieht KM die entscheidende Voraussetzung für gesundheitlichen Fortschritt in der Stärkung sozialer Oppositionsbewegungen zur Humanisierung der Arbeits- und Lebensbedingungen, für Solidarität und erlebbare Demokratie.

Hagen Kühn, Jg. 1943, ist promovierter Ökonom und habilitierter Soziologe; er arbeitete 30 Jahre am WZB und war zuletzt Co-Leiter der Forschergruppe Public Health.

Die Literaturverweise und den vollständigen Text finden Sie auf der Homepage von Gesundheit braucht Politik.

1976 Das erste »Jahrbuch für kritische Medizin« erscheint im Argumentverlag, Berlin. Es trägt heute den Titel »Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften«.

1976 Gründung der Zeitschrift Dr.med.Mabuse. Die zunächst studentische Zeitschrift entwickelte sich in den folgenden Jahrzehnten zu einer Zeitschrift aller Gesundheitsprofessionen und hat heute einen besonderen Schwerpunkt auf Themen der Pflege.

Normierung in der Medizin

Die Rolle des Gesundheitsverhaltens und der psychischen Erkrankungen

Andreas Heinz

In der Psychiatrie ist die Frage der Normierung, des »Normalen« noch einmal heikler als in der somatischen Medizin, da der Einfluss gesellschaftlicher Normen und damit einhergehend gesellschaftlicher Herrschaftsverhältnisse hier unmittelbarer ist.

Wenn wir von Normierung in der Medizin sprechen, denken wir zuerst an etwas Alltägliches: Normwerte für bestimmte Laborparameter beispielsweise, deren Überschreitung einen krankhaften Zustand des Organismus anzeigen kann. Lässt sich dieses Vorgehen auf alle gesundheits-relevanten Fragen übertragen? Können wir also Normwerte für Körpergröße und Gewicht ebenso definieren wie für die Kalorienzufuhr, die nicht überschritten werden sollte, wenn wir keine Adipositas riskieren wollen, den empfohlenen Umfang täglicher Bewegung, die Qualität des Schlafes oder das Ausmaß des Grübelns, das uns davon abhält? Ist nicht jede Krankheit eine Normabweichung und besteht die Schwierigkeit vielleicht einfach nur darin, dass sich Normen über Leberfunktionswerte leichter definieren lassen als solche für Grübeln, Glücksspielen oder Trinken? Wäre uns also damit geholfen, dass wir eine große Gruppe von Menschen diverser Herkunft im Längsschnitt untersuchen und statistische Abweichungen nach oben und unten erfassen, die dann Anzeichen einer Normabweichung und damit einer Erkrankung sind?

Gegen diesen Ansatz wandte aber bereits Karl Jaspers (1946: 653) ein, dass zum Beispiel Karies zu seiner Zeit durchaus normal war, aber dennoch als Krankheit galt. Was also statistisch normal ist, muss deswegen noch lange nicht gesund sein. Hinzu kommt noch ein anderer Unterschied: Normwerte bestimmter Organfunktionen lassen sich statistisch durchaus bestimmen, auch wenn sogar in diesem Bereich die Festlegung der Werte, die etwa beim Blutdruck noch als gesund gelten, geändert werden kann. Normwerte menschlicher Verhaltensweisen sind dagegen in noch viel stärkerem Umfang gesellschaftlich und geschichtlich geprägt und unterliegen einem ständigen Wandel. Man denke nur an die ständigen neuen Weltrekorde im Sport – was vor 20 Jahren als Spitzen-

09/1977 Gründung der »Vereinigung Demokratischer Zahnmediziner«. Die 1. Ausgabe der Zeitschrift »der artikulatur, Informationsblatt und Diskussionsforum für Zahnärzte(-innen), Helferinnen, zahnmedizinischen Fachhelferinnen, Zahntechniker (-innen) und Studierende der Zahnheilkunde« erscheint.

19.07.1978 Gründung des ersten Gesundheitsladers »Medizinisches Informations- und Kommunikationszentrum e.V.« in Berlin (West)

wert galt, ist heute in fast allen Sportarten längst obsolet. Was bezüglich der Überschreitung von Leistungsgrenzen im Sport gilt, gilt noch viel mehr für Verhaltensweisen, die sich nicht durch Training des Körpers, sondern durch emotionale und kognitive Aspekte auszeichnen. So ist die durchschnittliche Leistung in Intelligenztests seit 1945 in allen Regionen dieser Welt um circa eine Standardabweichung gestiegen (Flynn, 2012), allerdings offenbar ohne dass die Welt in irgendeiner Hinsicht klüger und besser geworden ist – ein Argument gegen die Bedeutung, die diesem im zeitlichen Wandel befindlichen Testwert in vielen rassistischen Theorien zugeschrieben wird. Insgesamt neigt das menschliche Leben dazu, Grenzen zu überschreiten und Normen immer wieder neu zu definieren (Canguilhem, 2016). Zwar gibt es Gesellschaften, die mehr auf Bewahrung tradierter Abläufe und Verhaltensmuster setzen als andere, aber auch hier ist das Bild viel bunter als früher oft postuliert (Graeber und Wengrow, 2023). Normal heißt also nicht gesund und Gesundheit wird nicht durch den Durchschnitt definiert (für eine alternative Theorie gesunden Verhaltens siehe Heinz, 2016).

Aber welche Bedeutung hat denn die Diskussion über Normen und Nominierung, die auch im Bereich der Medizin immer wieder hohe Wellen schlägt? Der Philosoph Michel Foucault wies darauf hin, dass sich Machtverhältnisse (»die Macht«) auf die »Disziplinierung« der Körper und die »Regulierung« der Bevölkerung (inklusive ihrer Sexualität und Fortpflanzung, Hygiene und Kinderpflege) stützen. Er sprach von einer »Normalisierungsgesellschaft«, in der sich die »Norm der Disziplin und die Norm der Regulierung miteinander verbinden« (Foucault, 2016: 296-299). Das erinnert an Antonio Gramscis berühmte Aussage, der »Staat« sei »politische Gesellschaft + Zivilgesellschaft, das heißt Hegemonie gepanzert mit Zwang« (Becker et al., 2013: 75). Unter Hegemonie wird die gesellschaftlich vorherrschende Sicht auf die Welt verstanden, die wirkmächtig genug sein muss, einen Großteil der Bevölkerung dazu zu bringen, sich »von selbst« an den herrschenden Normen zu orientieren, zu messen und sich ihnen zu unterwerfen.

In die Konstruktion dieser Normen, gerade im Bereich der Diskussion über gesundes und ungesundes Verhalten, gehen aber tradierte und häufig unreflektierte Werte und Haltungen ein, die sich in Europa und Nordamerika in Jahrhunderten des transatlantischen Sklavenhandels, des Kolonialismus und der post-kolonialen Wirtschafts- und Ausbeutungsverhältnisse gebildet haben. Dies lässt sich zeigen für die Entgegensetzung von vermeintlich »primitiven« Begierden einerseits und einer rationalen Selbstbeherrschung andererseits, die in Suchterkrankun-

Normwerte menschlicher Verhaltensweisen sind dagegen in noch viel stärkerem Umfang gesellschaftlich und geschichtlich geprägt und unterliegen einem ständigen Wandel.

gen verloren gehen soll. Koloniale Werte und Haltungen finden sich aber auch im Verständnis der schizophrenen Psychosen, die durch den postulierten Verlust des »realitätskonformen« Denkens und die Freisetzung eines »magischen« Wunschdenken gekennzeichnet sein sollen, das sich auch bei den angeblich primitiven Bewohnern der (ehemaligen) Kolonien finde (Überblick und Kritik in Heinz, 2023).

Nachwehen dieser Theorien, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts und damit zu Zeiten des europäischen Kolonialismus und Imperialismus erarbeitet wurden, lassen sich bis heute in unseren Erklärungen psychischer Krankheit und Gesundheit nachweisen. Auch im heutigen Kapitalismus müssen Begierden gezügelt und Lüste und Unlust kontrolliert werden – allerdings ist an die Stelle der Repression, der Unterdrückung und Verdrängung die sublimale Kontrolle, die Optimierung des Umgangs mit Gefühlen, Stimmungen und Wünschen getreten. Unterstützt wird die optimierte Selbstkontrolle durch moderne Technologien: Wir alle können jederzeit messen und direkt an die globalen Konzerne der Digitalisierung melden, ob wir gut genug schlafen, genügend Schritte am Tag tun, wie stark unser Puls dabei angestiegen ist, welche Webseiten wir besuchen und an welchen Orten wir uns aufhalten, und ob wir dabei glücklich, zufrieden

1978 Klaus Dörner/Ursula Plog: »Irren ist menschlich.
Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie«

16.-18.02.1979 Gesundheitspolitische Fachtagung des Bundes demokratischer Wissenschaftler in München

Normalisierungsversuche würden nicht verfangen, wenn sie uns nicht auch immer wieder die Hoffnung bieten würden, dass die Unterwerfung unter die Norm in Wirklichkeit eine Befreiung darstelle.

und entspannt sind oder nicht. In ungebrochenen Traditionen kultureller Aneignung vereinfachen wir komplexe Meditations-Praktiken zu handlichen Achtsamkeitsübungen, die unser diszipliniertes Tun weiter optimieren sollen. Und wir erarbeiten immer neue Krankheitsbilder für leidenschaftliches, norm-abweichendes Verhalten, das unser reibungsloses Funktionieren im Kapitalismus stören könnte: »Kaufsucht«, »Sexsucht«, »Arbeitssucht«, um nur einige zu nennen. Allen diesen vermeintlichen Süchten ist gemeinsam, dass sie einen Aspekt der eigentlich sozial gewünschten Verhaltensweisen (Konsum, Fortpflanzung, Arbeit) so ins Extrem steigern, dass das reibungslose Funktionieren in der Gesellschaft beeinträchtigt wird. Das achtsame Individuum hat also ständig auf seine Grenzen zu achten, es soll konsumieren, aber nicht so, dass es sich rettungslos verschuldet; es soll sich fortpflanzen, damit die Renten gesichert sind, aber sich nicht in unproduktiven Begierden verlieren.

Aber ist die Auseinandersetzung um die »Arbeitssucht« nicht gerade ein Versuch, gegenüber einem umfassenden Selbstverwertungsdruck eigene Ziele zu erarbeiten und der traditionellen Disziplinierung etwas entgegenzusetzen? Normalisierungsversuche würden nicht verfangen, wenn sie uns nicht auch immer wieder die Hoffnung bieten würden, dass die Unterwerfung unter die Norm in Wirklichkeit eine Befreiung darstelle. Die Auseinandersetzung um exzessives Arbeiten könnte also emanzipatorischen Zielen dienen. Dann müsste sie aber unter einer Perspektive geführt werden, die das verzweifelte Bemühen um hinreichendes Einkommen von Menschen weltweit berücksichtigt, die unter oder am Existenzminimum leben, und den Zwang zur Lohnarbeit thematisieren. Und sie dürfte sich nicht einfach darin erschöpfen, das optimale Maß an Freizeit zu definieren, das wir entgegen unserer »Arbeitssuchtstruktur« einhalten müssen, damit wir am nächsten Tag umso erfolgreicher arbeiten können. Selbst-Optimierung mit Bezug auf noch so modisch verbrämte Normen ohne Bemühung um Änderung der herrschenden Verhältnisse dient immer nur deren Befestigung.

Andreas Heinz ist Arzt und Philosoph und arbeitet in der Charité als Klinikdirektor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Literatur

- Becker, Lia / Candeias, Mario / Niggemann, Janek; Steckner, Anne: Gramsci lesen, Hamburg 2013
- Canguilhem, Georges: Das Normale und das Pathologische, Berlin 2017
- Gräber, David / Wengrow, David: Anfänge. Eine neue Geschichte der Menschheit, Stuttgart 2023
- Heinz, Andreas: Psychische Gesundheit – Begriffe und Konzepte, Stuttgart 2016
- Heinz, Andreas: Das kolonialisierte Gehirn, Berlin 2023
- Foucault, Michel: In Verteidigung der Gesellschaft, Berlin 2016
- Jaspers, Karl: Psychopathologie, Berlin / Heidelberg 1946
- Flynn, James R.: *Are we getting smarter? Rising IQ in the Twenty-First Century*, Cambridge 2012

1979 Gründung der Zeitschrift »Demokratisches Gesundheitswesen«. In dieser Zeitschrift publizierten u. a. viele Aktive aus dem vdä. Die Zeitschrift wurde 1989 eingestellt.

1980 1. Gesundheitstag in Berlin als Gegenveranstaltung zum 83. Deutschen Ärztetag, der zeitgleich ebenfalls in Berlin stattfand. Das zentrale Thema ist »Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition.« Ca. 10.000 Personen nehmen teil.

Die Welt draußen ist noch schlimmer

Eric Manneschmidt

Andreas Heinz kam am Ende seines Artikels zur Normierung in der Psychiatrie auf das Phänomen der Arbeitssucht. Eric Manneschmidt kommt aus der Perspektive des Psychiatrie-Erfahrenen ebenfalls auf das Problem der Arbeit und diskutiert es als Zwang zur Erwerbsarbeit.

Zugegeben, ich bin Bewohner eines Heimes für psychisch Kranke. Ich komme also nicht mit dem zurecht, was als »normal« angesehen wird in dieser Gesellschaft. Drum hat man mich gebeten, einen Artikel über Normierung in der Psychiatrie und was sie mit einem macht zu schreiben.

Im Gegensatz zu einigen Betroffenen, die ich kenne, habe ich aber kaum negative Erfahrungen mit der Psychiatrie gemacht. Andere werden (regelmäßig) von der Polizei eingeliefert, fixiert und auch gegen ihren Willen pharmakologisch behandelt – mir ist das nie passiert. Ich hatte drei schwere seelische Krisen mit jeweils monatelangen Aufenthalten in Psychosomatischen oder/und Psychiatrischen Kliniken. Natürlich gibt es in diesen Einrichtungen geregelte Tagesabläufe und dergleichen – und es gibt auch Behandler*innen, die einen spüren lassen, dass man nicht so in Ordnung ist, wie man ist. Ein Psychiater attestierte mir »überwertige Ideen«, weil ich einmal als parteiunabhängiger Kandidat zur Bundestagswahl hatte antreten wollen. Ich hatte nicht mal die Unterschriftenhürde geschafft und auch keineswegs erwartet, gewählt zu werden. Trotzdem finde ich es richtig, demokratische Rechte, hier als das passive Wahlrecht, in Anspruch zu nehmen. Das zu pathologisieren erscheint mir problematisch. Wenn die Demokratie nicht (mehr) gelebt wird, stirbt sie.

Ich habe nach meiner ersten Krise eine Ausbildung zum Jazzpianisten absolviert, war auch gar nicht schlecht. Damals (Abschluss 2002) war es »normal«, dass Jazzmusiker rauchen, wenigstens passiv. Ich vertrage keinen Tabakrauch und möchte damit nichts zu tun haben, womit meine Karriere eigentlich schon vorbei war, bevor sie begonnen hatte. (Natürlich hätte ich auch noch an anderen Problemen scheitern können, generell ist mit Jazz ja nicht gut Geld zu verdienen.)

Daraufhin habe ich ein paar andere Sachen versucht und mich zugleich gegen das Zwangsmitrauchen engagiert, u.a. ein bundesweites Netzwerk

1980 Auflösung »Bund gewerkschaftlicher Ärzte in der ÖTV«

1981 2. Gesundheitstag Hamburg: ca. 15.000 TN – Thema: Militarisierung des Gesundheitswesens

Wenn aber krank zu werden der Ausweg aus der Pflicht zur sinnlosen Maloche ist, muss wohl jede Gesundheitspolitik scheitern.

gegründet, das sich insbesondere für rauchfreie Hochschulen einsetzte.¹ Im Zusammenhang mit diesem Engagement wurde mir vorgehalten, ich gefährde Arbeitsplätze in der Tabakbranche – was ja auch stimmte (ich bekenne mich dazu, dass die Tabakindustrie zerschlagen gehört). So kam ich zum Bedingungslosen Grundeinkommen und der Frage, warum Arbeitsplätze an sich etwas Gutes und unter allen Umständen erhaltenswertes sein sollen.²

2011 hatte ich kein Geld und keine Kraft mehr, welches zu verdienen, und wurde »Hartz IV«-Empfänger. Das war am Anfang noch ganz gut: Ich hatte erstens eine freundliche Ansprechpartnerin im Jobcenter und zweitens mehrere offensichtliche körperliche Gebrechen, so dass ich nur dazu aufgefordert wurde, gesund zu werden. 2015 wurde der Ton aber schärfer, insbesondere nachdem ich durch einen Umzug in die Zuständigkeit eines anderen Mitarbeiters fiel. Dieser drohte mir gleich im ersten Gespräch mit Sanktionen, also der Kürzung der Transferleistung unter das sozio-kulturelle Existenzminimum. Ich denke für ihn war das ganz »normal« und keine große Sache. Ich habe es nicht vertragen, wurde zuerst körperlich immer kränker und dann hoch suizidal, bis ich mich selbst notfällig in die nächste Psychiatrie einwies.³

Dort verbesserte sich mein Zustand und nach vielen Monaten zog ich um in ein Wohnheim im Südosten von Frankfurt. Es hat noch Jahre gedauert, bis ich keine Suizidgedanken mehr hatte und ich frage mich nach wie vor, worin der gesellschaftliche Nutzen besteht, Menschen mit Gewalt – nichts anderes ist die Drohung mit dem Entzug der Existenzgrundlagen – in Erwerbsarbeit zu bringen, obwohl diese nicht per se sinnvoll ist für die Gesellschaft

und andererseits so viel unbezahlte notwendige Arbeit⁴ nicht mehr getan werden kann, wenn alle Leute sich auf Teufel komm raus im Hamsterrad drehen müssen. Bedauerlicherweise gibt es dieses Problem ja nicht nur im Kapitalismus, auch im »real existierenden Sozialismus« war Erwerbsarbeit hoch angesehen, unabhängig davon, ob sie notwendig oder sinnvoll war. Wer also gegen Geld irgendwelche Dinge produziert, gehört zu den Guten, während wer sich unentgeltlich um Menschen oder das Gemeinwesen kümmert, potenziell immer ein »Schmarotzer« ist.

Ich bin seit einem Jahr Mitglied des *Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE)*, in diesem gibt es laute Stimmen, die sehr kritisch gegenüber der Psychiatrie sind oder die das Konzept bezweifeln, dass es so etwas wie psychische Erkrankungen überhaupt gebe. Dazu habe ich noch keine fertige Meinung. Ich denke aber, dass gewisse gesellschaftliche Normen Leute fertig machen, wie auch immer man das dann nennen will. Dazu gehört an erster Stelle der Zwang zur Erwerbsarbeit und dass möglichst jede*r nur auf sich selbst und seinen kurzfristigen (ggf. monetären) Nutzen achten soll, statt sich um seine Mitmenschen und vielleicht so etwas wie das große Ganze zu sorgen.

Im Oktober wird die Mitgliederversammlung des BPE einen Antrag von mir behandeln, dass der Verband die Forderung nach einem Bedingungslosen Grundeinkommen unterstützt. Gerade für Menschen, die als psychisch krank gelten, ist es sehr gut, wenn sie garantiert immer genug Geld zum Leben haben und sich keine existenziellen Sorgen machen müssen. Ich halte es für sinnvoll, dass dies auch für alle anderen Menschen gilt. So würde die Stigmatisierung als Transferleistungsempfänger ein Ende haben. Zu dieser kommt manchmal noch hinzu, dass sie mit krank sein identifiziert wird. Wenn aber krank zu werden der Ausweg aus der Pflicht zur sinnlosen Maloche ist, muss wohl jede Gesundheitspolitik scheitern.

Eric Mannes Schmidt betreibt die Website <http://www.politik-werkstatt.de/>; dort gibt's noch einige biographische Angaben unter »Köpfe«.

⁴ In Deutschland werden mehr Arbeitsstunden unbezahlt geleistet als bezahlt, siehe <http://bit.ly/3Q6jdAM>

¹ Siehe dazu mein Poster bei Dt. Konferenz für Tabakkontrolle: <http://www.politik-werkstatt.de/Poster-Tabakkonferenz06-09.pdf>

² Kanadische BGE-Aktivistinnen haben dafür den Begriff »Jobismus« geprägt: <https://bge-rheinmain.org/jobismus>; siehe auch David Graebers »Bullshit Jobs«: https://de.wikipedia.org/wiki/Bullshit_Jobs

³ Angesichts dieser Erfahrung wandte ich mich im Juni 2023 an über 120 Bundestagsabgeordnete mit der Bitte, sich statt für Sterbehilfe doch besser für ein gutes Leben für alle einzusetzen: <https://bge-rheinmain.org/besser-selbstbestimmt-leben-als-selbstbestimmt-sterben>

01.09.1981 2000 Ärzt*innen warnen in Zeitungsanzeigen, die in mehreren Tageszeitungen veröffentlicht werden, vor den Folgen eines Atomkrieges und rufen zur Teilnahme an dem »**Medizinischen Kongress zur Verhinderung eines Atomkrieges**« am 18/20.09.1981 in Hamburg auf. Der Kongress wurde von mehreren Ärzteinitiativen organisiert.

1981 Aus dem **Bundeskongress entwicklungspolitischer Aktionsgruppen** (heute Bundeskoordination Internationalismus/BUKO) entwickelt sich eine Kampagne gegen die Praktiken der Pharmaindustrie in armen Ländern. Diese organisierte sich als **BUKO-Pharmakampagne**.

Unreflektierte Voraussetzungen

Franziska Koch und Ilsa Beig zum Ableismus in der Humanmedizin

Franziska Koch und Ilsa Berg von den Kritischen Mediziner*innen Heidelberg kritisieren hier, dass es im Medizinstudium keine Reflexion auf das Ideal des fähigen und gesunden Menschen gibt, der in Lehre und Praxis vorausgesetzt wird.

Der Begriff *Ableismus* wurde erstmals in den 1980ern von der Behindertenrechtsbewegung verwendet und beschreibt ein System, das Menschen aufgrund ihrer Fähigkeiten (›to be able‹) als »zur Norm gehörig« ansieht, während es andere ausschließt und in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe einschränkt.

Soweit wir das Medizinstudium bisher durchlaufen haben, wurden zwar gängige Hilfsmittel für Menschen mit körperlicher Behinderung angesprochen, aber Themen wie die Frage nach Privilegien, Inklusion und Begrifflichkeiten von Behinderung und Einschränkung in Abgrenzung von ›Nichtbehinderung‹ als soziale Konstruktion nicht behandelt.

Ab wann gilt ein Mensch als gesund? Nicht jedem Menschen sieht man eine Behinderung oder Krankheit in jeder Lebenssituation an. Gesellschaftliche Teilhabe hängt mit dem Zugang zu Ressourcen und Hilfsmitteln, sowie dem Bewusstsein der Mitmenschen zusammen.

Als wir uns Gedanken gemacht haben, inwieweit wir im Studium mit Ableismus zu tun haben, sind uns allem voran Beispiele von Barrieren, auf die Patient*innen und Besucher*innen treffen, eingefallen: Seien es modifizierte Barrieren bis hin zu unvollständigen Aufklärungsgesprächen aufgrund sprachlicher Herausforderungen oder sogenannte »barrierefreie« Zugänge, die mit Rollstühlen nutzbar sind, aber andere Hilfsmittel nicht mitdenken.

Was dabei aber als nächstes klar wird, ist, dass fast alle Berufe im Gesundheitswesen Voraussetzungen an Körpergröße, Lernmöglichkeiten, neuronormative Verhaltensweisen und Bildungshistorien aufstellen, die so exklusiv sind, dass die Menschen, die die Ausbildung durchlaufen haben, selten selbst Ableismuserfahrungen machen und nachvollziehen können (was sich natürlich im Laufe des Lebens ändern kann). Das formt eine gesellschaftliche Vorstellung und kann zur Folge haben, dass beispielsweise Ärzt*innen, die eine sichtbare Behinderung haben, nicht primär in ihrer beruflichen Rolle, sondern als potentielle Patient*innen wahrgenommen werden. Rebecca Maskos, journalistische Fachautorin und Weiterbildnerin, schildert, dass sie bei ihren eigenen

1982 In der BRD und der DDR werden Sektionen der IPPNW (Internationale Ärzte zur Verhütung des Atomkrieges) gegründet.

1982 Zusammenschluss oppositioneller Ärztelisten zur »Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte in den Ärztekammern«: LDÄÄ Hessen, Nord-Württemberg, Saarland, Westfalen-Mitte, Würzburg, »Hamburger Ärzteopposition«, »Liste Soziales Gesundheitswesen« Nordrhein, und der »Unabhängigen Liste demokratischer Ärzte« Nordbaden und Rheinland-Pfalz



Liege in einer Arztpraxis, die nicht höhenverstellbar ist.

Vortragsveranstaltungen reflexartig als Zuhörer*in anstatt als Vortragende eingeschätzt wird und im Restaurant häufig wie selbstverständlich ihrer nichtbehinderten Begleitung die Speisekarte und die Rechnung gereicht wird. Maskos bezieht dieses Phänomen auf ein kulturelles Wissen, das über Behinderung und Nichtbehinderung in der Welt existiert, sodass (meist) ohne feindliche Absicht, Menschen und Situationen so bewertet werden, wie sie in die verbreitete, normative Realität passen (Maskos 2015).

Auf tief sitzende Zuschreibungen in uns selbst wurden wir im Gespräch und Workshop mit Philipp Hill, Inklusionsaktivist und Soziologe, aufmerksam. Er stellte z.B. die Frage in die Runde, was für jeden von uns eigentlich »fähig sein« bedeutet. Ist es die Ab- und Anwesenheit von bestimmten Voraussetzungen oder kann es auch bedeuten, Dinge auf verschiedenen Wegen zu erreichen, zum Beispiel als Team oder als Gemeinschaft?

Institutionen, wie Krankenkassen und auch die Ideologie der kapitalistischen Gesellschaft definieren die Investitionen und Unterstützung für einen Menschen, zum Beispiel Reha und Kur, anhand der Möglichkeit, wieder an der Lohnarbeit teilzunehmen zu können.

Philipps Fazit, mit dem wir vollkommen einhergehen, ist: Ableismus im Gesundheitssystem zeigt sich am unsichtbaren Ideal des fähigen und gesunden Menschen. Medizinisches Wissen trennt die Menschen in gesund, fähig, nichtbehindert und demgegenüber behindert, krank, unfähig. Das ist Normalität. Viele Menschen können sich gar nicht vorstellen, wie eine Welt aussähe, in der behin-

derte und vermeintlich nicht-behinderte Menschen nicht mehr getrennt, sondern miteinander leben und arbeiten.

Wir sind uns der Machtposition eines uninklusiven Gesundheitssystems bewusst geworden, die sich unter anderem in der Deutungshoheit zu Diagnosen und der Verschreibung von Kassenleistungen äußert.

Die Einordnung von Menschen nach der Verwertbarkeit ihrer Fähigkeiten widerspricht jeder Idee von ärztlichem Ethos und menschlicher Medizin, ist aber unmittelbare Folge der in dieser Gesellschaft herrschenden Verwertungslogik, die unerfüllbar hohe Leistungsansprüche hat und damit ein Grund für die aktuelle Umwelt- und Klimakrise, aber auch für Krankheiten durch hohe Arbeitsbelastung und weitere gesellschaftliche Probleme ist (vgl. Schöne 2022).

*Franziska Koch und Ilsa Beig sind aktiv bei den Kritischen Mediziner*innen Heidelberg/Mannheim; der Text ist entstanden mit Unterstützung und Literaturhinweisen von Philipp Hill, Inklusionsnetzwerk.*

Hinweise

Maskos, R.: Ableism und das Ideal des autonomen Fähig-Seins in der kapitalistischen Gesellschaft, Zeitschrift für Inklusion 2015

Schöne, A.: Neues Wort, altes Verhalten – Was ist Ableismus, In: Echt behindert! Der Podcast zu Barrierefreiheit und Inklusion 2022, <https://www.dw.com/de/behinderung-und-ableismus/audio-63168117>

1982 »Appell westdeutscher Ärzte an die Ärzte in den USA und der UdSSR« gegen die atomare Aufrüstung, initiiert von vdäa, Liste demokratischer Ärzte Hessen, ärztliche Friedensinitiativen.

Seit 1983 Ein breites Bündnis aus Betroffenen, potentiell Gefährdeten, Public Health Wissenschaftler*innen, kritischen Mediziner*innen u.v.a. konnten einen relativ rationalen Umgang mit HIV-Infektionen und AIDS durchsetzen. Dies, obwohl repressive Maßnahmen, wie sie z.B. von dem CSU-Politiker Gauweiler und »Der Spiegel« propagiert wurden, auch bei Ärztevertreter*innen und politisch Verantwortlichen sehr populär waren.

Spät und begrenzt

Zur Anerkennung von »Euthanasie« und Zwangssterilisation als NS-Unrecht

Ulrika Mientus

Im Nationalsozialismus war Normierung im Gesundheitswesen mörderisch. Ulrika Mientus führt das an der »Euthanasie« und den Zwangssterilisationen vor. Sie zeigt zudem auf, wie diese Normierungen in der Bundesrepublik über Jahrzehnte in der juristischen Aufarbeitung und auch bei Verhandlungen im Bundestag nachwirkte. Der von uns stark gekürzte Text wurde zuerst online publiziert am 25. März 2019 in: Zeitschrift für Friedens- und Konfliktforschung, hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft für Friedens- und Konfliktforschung e.V. (AFK).

[...] In der westdeutschen Aufarbeitung von Zwangssterilisation und »Euthanasie« wurde zwar die physische Gewalt thematisiert, die vorausgehende moralische Verletzung aber blieb unberücksichtigt. Im Folgenden wird gezeigt, wie, erstens, Gewalt durch die Zuschreibung von Krankheit – durch die Konstruktion eines Kollektivs der *Erbkranken* – legitimiert wurde und dies, zweitens, zunächst eine Opfer-Anerkennung verhinderte. Wenngleich, drittens, die Maßnahmen gegenüber den *Erbkranken* schließlich als Unrecht anerkannt wurden, führte dies jedoch, viertens, nicht zu einer Sensibilität gegenüber der moralischen Verletzung. Im Diskurs über die Verbrechen drückt sich dies an der Unterscheidung von Lebenswert aus, der anhand der Zuschreibung bestimmter Krankheiten bemessen wurde. Damit markiert die Lebens(un)wert-Logik den Rahmen, innerhalb dessen die Verbrechen in der NS-Aufarbeitung verhandelt wurden.

Zwangssterilisation und »Euthanasie« im Nationalsozialismus

Am 14.07.1933 erließen die Nationalsozialisten das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« (GzVeN 1933), das am 01.01.1934 in Kraft trat. Das Gesetz umfasste eine Liste als unheilbar und vererbbar definierter Krankheiten, die es künftig durch Sterilisation zu verhindern galt. Auch Eingriffe »gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden« durch »die Anwendung unmittelbaren Zwanges« (§ 12 Abs. 1 GzVeN) wurden legalisiert. Auf dieser Grundlage wurden zwischen Januar 1934 und Mai 1945 etwa 400.000 Frauen

¹ Gekürzte Version von: Mientus: Normalität und verweigerte Opferschaft in Transitional Justice Prozessen. Die späte und begrenzte Anerkennung von »Euthanasie« und Zwangssterilisation als NS-Unrecht, in: Zeitschrift für Friedens- und Konfliktforschung, 2019, Jg. 8, H. 1, S. 5-29, hier: S. 14-24. Hier finden sich auch die Quellenangaben.

1986 Fraktion Gesundheit bei der Ärztekammerwahl in Berlin (West) erreicht 48,4%.

29.05.-01.06.1986 6. Weltkongress der IPPNW in Köln

und Männer zwangssterilisiert, von denen mindestens 5000 Frauen und 500 Männer durch den Eingriff oder seine Folgen verstarben (vgl. Bock 2008, S. 86, 94). Zugrunde lag den Zwangssterilisierungen die Entscheidung dafür eingesetzter Erbgesundheitsgerichte, die anhand fachärztlicher Gutachten über das Vorhandensein einer sog. Erbkrankheit urteilten, und so den Anschein von Rechtsstaatlichkeit wahrten. Dabei resultierte das GzVeN aus den eugenischen und rassenhygienischen Diskussionen, die seit dem späten 19. Jahrhundert international geführt wurden. Nicht als notwendige Folge, aber dennoch in dieser Tradition steht auch die NS-»Euthanasie«, deren bekannteste Form – die *Aktion T4* – von Adolf Hitler in einem Geheimbefehl bei Kriegsbeginn veranlasst wurde. Darin hieß es, dass »nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken [...] der Gnadentod gewährt werden kann« (»Gnadentoderlass« 1939). Infolgedessen wurden während der *Aktion T4* etwa 70.000 Anstaltspatient*innen vergast. Insgesamt starben in den Anstalten im Dritten Reich mindestens 128.000 Menschen. [...] Auswahlkriterien waren neben der Genesungsperspektive vor allem die Arbeitsfähigkeit und soziale Verankerung der Betroffenen (vgl. einführend die Beiträge in Henke 2008).

Beide Verbrechen, Zwangssterilisation und »Euthanasie«, fußten auf der Benennung bestimmter Krankheiten als unheilbar, vererbbar und als Bedrohung des *Volkskörpers*⁵. Immer wieder ist nach 1945 die wissenschaftliche Haltbarkeit der Liste der *Erbkrankheiten* diskutiert worden. Ferner wurde hinterfragt, inwiefern die Begutachtungsverfahren an den Erbgesundheitsgerichten sowie bei der *Aktion T4* zu fehlerhaften Diagnosen geführt hatten, weshalb einige Personen im Sinne der NS-Logik zu Unrecht sterilisiert bzw. ermordet wurden [...]. Entscheidend aber ist nicht der Wahrheitsgehalt des Konzeptes *Erbkrankheit*, sondern seine Funktion: Die Zuschreibung einer *Erbkrankheit* diente dazu, Zwangseingriffe in die physische Unversehrtheit von Personen zu legitimieren, die normalerweise, nämlich gegenüber souveränen Subjekten, nicht legitimierbar waren. Argumentationsgrundlage bildete dafür die Unterscheidung von lebenswertem und lebensunwertem Leben, die auf einem imaginierten Bedrohungsszenario gründete, in dem u. a. die Träger*innen einer *Erbkrankheit* eine Gefahr für den *Volkskörper* darstellten.

Damit waren Zwangssterilisationen und »Euthanasie«-Morde nicht nur ein Eingriff in die physische Unversehrtheit der Betroffenen, sondern bedeuteten ein »Unwerturteil« (Braun et al. 2012, S. 300), mit dem Betroffene als *minderwertige Andere* markiert wurden. Für diese »doppelte Verletzung« (Braun et al. 2012, S.

299) gab es in der Nachkriegszeit kein Bewusstsein, vielmehr wurden die Unwerturteile bestätigt und dienten damit weiterhin dem Ausschluss der als *erbkrank* Bezeichneten.

Das Sprechen über die Betroffenen

Nach Kriegsende sind »Euthanasie« und Zwangssterilisation unterschiedlich (juristisch) bewertet und daher auch unterschiedlich (strafrechtlich) aufgearbeitet worden. Die Ermordung von Anstaltspatient*innen wurde in allen Besatzungszonen als unvereinbar mit dem Strafgesetzbuch begriffen, weshalb Ermittlungs- und Gerichtsverfahren eingeleitet wurden. Dort wurde dem »Gnadentoderlass« formelle wie auch materielle Gesetzeskraft abgesprochen. Es wurde also nicht nur bestritten, dass im Sinne eines demokratischen Rechtsstaates ein ordentliches Gesetz zustande gekommen war. Selbst wenn man den Geheimbefehl Hitlers derart deuten wollte, wäre er aufgrund seines Inhalts nicht rechtmäßig gewesen (vgl. Benzler 1988, S. 139).

Demgegenüber wurde mit dem GzVeN in allen Besatzungszonen unterschiedlich umgegangen⁶, in der Bundesrepublik wurde ihm noch bis in die späten 1960er Jahre formelle und materielle Gesetzeskraft zugesprochen. Die Zwangssterilisationen galten damit als normale und mit dem Grundgesetz vereinbare Maßnahmen und demnach gab es weder strafrechtlich zu belangende Täter*innen, noch anzuerkennende Opfer (vgl. Scheulen 2017). Trotz dieser unterschiedlichen juristischen Bewertung findet sich in der Nachkriegszeit im Umgang mit beiden Verbrechen die Annahme eines durch Krankheit definierten, ungleich verteilten Lebenswertes. Dies veranschaulicht zunächst die strafrechtliche Aufarbeitung der »Euthanasie«⁷. In den Ermittlungs- und Gerichtsverfahren kamen Angeklagte, Zeug*innen, Ermittlungsbehörden, die Staatsanwaltschaft sowie Richtende zu Wort. Trotz der Diversität der Akteur*innen eint ihre Narrationen über die Vergasungen eine Differenzierung zwischen den betroffenen Anstaltspatient*innen, die um die Topoi Heilbarkeit, Arbeitsfähigkeit, Dauer des Anstaltsaufenthaltes und soziales Umfeld kreisten. Abhängig von der jeweiligen Sprecherposition wurde die »Euthanasie« gerade deshalb als legitim oder besonders verwerflich beschrieben, da sie »nicht nur Kranke, deren Geisteskraft völlig erloschen war, [... betraf,] sondern auch solche, die durchaus erkennen konnten, welchem Schicksal sie entgegengingen« (Kriminalpolizei 1948, S. 154). Die Hervorhebung der noch arbeits- und bewusstseinsfähigen Personen gegenüber jenen, denen jegliche Geisteskraft,

08.-09.11.1986 Gründungstreffen des Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte in Frankfurt/Main mit ca. 150 Ärzt*innen. Die Gründung des Vereins ist unter kritischen Mediziner*innen nicht unumstritten. Das Deutsche Ärzteblatt hat die Gefahr erkannt und titelt: »Umstürzler organisieren sich«. Winfried Beck wird erster Vorsitzender.

29.01.1987 Mit Ellis Huber wird zum ersten Mal ein oppositioneller Arzt zum Präsidenten einer Landesärztekammer (Berlin)

Aktivität und insbesondere Erfahrbarkeit von Leid abgesprochen wurde, fungierte so als Trennlinie zwischen scheinbar rechtmäßig und unrechtmäßig Ermordeten. Exemplarisch heißt es in einem Urteil:

»Zwar ist seit langem [...] der Gedanke nicht zur Ruhe gekommen, ob [...] einer kleinen Gruppe von unheilbar Geisteskranken, insbesondere von vollkommen Verblödeten und Geisteskranken, die soweit abgebaut sind, dass sie keine ihrer Persönlichkeit mehr bewusste Wesen sind, der sogenannte Gnadentod gewährt werden soll. [...] Aber [...] alle ernsthaften Autoren wollen die [...] anzuerkennende Tötung auf die sogenannten »leeren Menschenhüllen«, also Wesen ohne jedes Persönlichkeitsbewusstsein, beschränkt wissen« (Landgericht Frankfurt 1947, S. 108).

Das Urteil veranschaulicht die in den Ermittlungs- und Gerichtsverfahren deutlich werdende gesellschaftliche Offenheit, eine Diskussion darüber zu führen, bestimmten Personen den *Gnadentod* zu gewähren. Diese Frage hatte zwar für die Verurteilung und Bemessung des Strafmaßes keine ausschlaggebende Funktion, da das Strafgesetzbuch zum Zeitpunkt der Tat dafür keine Regelung beinhaltete. Es wird aber deutlich, dass die Zuschreibung unterschiedlichen Lebenswertes nicht nur selbstverständlich an die Zuschreibung von Krankheit gebunden wurde, sondern auf Basis dessen auch unterschiedliche Zugriffe auf Körper rechtfertigbar waren, die auf der Aberkennung von Einwilligungsfähigkeit und Selbstbestimmung gründeten.

Dieses Denken prägte auch die Wiedergutmachungspolitik, denn es begründete den Ausschluss der Zwangssterilisierten von der Entschädigung. Exemplarisch zeigt dies eine Sitzung des Wiedergutmachungsausschusses des Deutschen Bundestages, der sich seit den späten 1950ern mit der Frage befasste, inwiefern die Zwangssterilisierten bei der Überarbeitung des Bundesentschädigungsgesetzes zu berücksichtigen seien (vgl. Goschler 2008, S. 273–275). Zu dieser Frage wurden am 13.04.1961 im Wiedergutmachungsausschuss Sachverständige angehört. Die Mehrheit von ihnen lehnte eine Entschädigungsregelung ab, argumentierte für die Gültigkeit erbbiologischen Wissens und erläuterte die Aktualität und Notwendigkeit eugenischer Maßnahmen in der Bundesrepublik⁹. Dass die Lebens(un)wert-Logik die Möglichkeiten des Sagbaren begrenzte, wird in der Sitzung aber gerade an jenen sichtbar, die sich für eine Anerkennung der Zwangssterilisierten aussprachen und Möglichkeiten der Entschädigung diskutierten. So führte der Abgeordnete Franz Böhm aus, dass Zwangssterilisationen unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten zu beurteilen seien: Es müsse

Das Urteil veranschaulicht die (...) gesellschaftliche Offenheit, eine Diskussion darüber zu führen, bestimmten Personen den *Gnadentod* zu gewähren.

eine Güterabwägung zwischen den Interessen der Öffentlichkeit und dem Eingriff in die Persönlichkeitsrechte vorgenommen werden. Dabei stelle sich die Frage, inwiefern die Vererbung von Fallsucht, Blindheit und Taubheit tatsächlich eine derartige Gefahr für die Öffentlichkeit darstellte, dass sie Zwangseingriffe rechtfertigte, oder ob es sich nicht vielmehr – zynisch formuliert – um »eine Ausschaltung von harmlosen Essern, die im Erwerbsleben nicht brauchbar sind« (Deutscher Bundestag 1961, S. 51), gehandelt habe. Böhm argumentierte so auf der Grundlage einer antizipierten Hierarchie zwischen verschiedenen Krank(heit)en, indem er nur auf ausgewählte *Erbkrankheiten* des GzVeN verwies. Damit blieb bei ihm die Unterscheidung von lebenswertem und lebensunwertem Leben unhinterfragt. [...]

»Euthanasie«-Strafverfolgung und die Diskussion im Wiedergutmachungsausschuss belegen, wie das Denkmuster vom unterschiedlichen Lebenswert das Sprechen über die NS-Verbrechen bestimmte. Hierin spiegelt sich die unangefochtene Deutungshoheit von Medizin und Psychiatrie wider, die definieren, welche Krankheiten (un)heilbar, (nicht) vererbbar, lebens(un)wert sind und eine Bedrohung des *Volkskörpers* darstellen. [...]

Das Sprechen der Betroffenen

Wenn nachstehend die aus den Grenzen des Sagbaren resultierenden geringen Handlungs- und Sprechmöglichkeiten der Betroffenen aufgezeigt werden, bleiben die Aussagen auf die Gruppe der Zwangssterilisierten beschränkt, was dem bislang problematischen (Quellen-)Zugriff auf die Gruppe der »Euthanasie«-Geschädigten geschuldet ist. Des Weiteren ermöglicht es die Quellenlage

05/1987 4. Gesundheitstag Kassel, der mit Themenschwerpunkten wie Spiritualität und New Age die Entpolitisierung eines Teils der kritischen Gesundheitsbewegung aufzeigt.

1988 Auf Einladung der südafrikanischen Ärztevereinigung »National Medical and Dental Association (MAMDA)« besuchen die Vorsitzenden von vdäa und vdzm Südafrika und kritisieren die **Apartheidmedizin**, die sich auch in der extremen Ungleichverteilung von Ärzt*innen in der weißen und der schwarzen Bevölkerung zeigt.

Der Wahrheitswert der ursprünglichen Diagnose wurde damit explizit nicht infrage gestellt, sondern seine Heilung festgestellt.

derzeit nur, Aussagen über diejenigen Zwangssterilisierten zu treffen, die den an ihnen vorgenommenen Eingriff bereits in der Nachkriegszeit als Unrecht betrachteten, die deshalb für die Anerkennung ihres Verfolgungsschicksals eintraten und so Spuren in den Archiven hinterließen. [...]

Die hegemoniale Deutung des GzVeN als normale staatliche Maßnahme hatte zur Folge, dass grundsätzlich von der Rechtsstaatskonformität der Prozesse an den NS-Erbgesundheitsgerichten sowie der medizinischen Korrektheit der Diagnosen ausgegangen wurde (vgl. Scheulen 2017). [...] Für Betroffene gab es daher nur eine Möglichkeit der Anerkennung, nämlich im individuellen Einzelfall die Unrechtmäßigkeit des Eingriffes nachzuweisen. Dafür konnten Zwangssterilisierte erstens einen Antrag auf Anerkennung als NS-Verfolgte gemäß § 1 Bundesentschädigungsgesetz (BEG) stellen: Konnten Personen nachweisen, dass sie aufgrund der dort genannten Verfolgungsgründe (politische Überzeugung, »Rasse«, Religion oder Weltanschauung) zwangssterilisiert worden waren, wurde der Eingriff als entschädigungsrelevant betrachtet. Anerkennung erfolgte dann aber eben nicht wegen der Kategorie *Erbkrankheit*, sondern aufgrund NS-spezifischer Verfolgungsgründe. [...] Zweitens konnten Betroffene mit dem Ziel der Urteilsrevision die Wiederaufnahme des Erbgesundheitsgerichtsverfahrens anstreben. Diese Option bestand jedoch nur in der Britischen Besatzungszone und den aus ihr hervorgehenden Bundesländern, wo das GzVeN gültig und damit die in § 12 Abs. 2 vorgesehene Option der Wiederaufnahme des Verfahrens bestehen blieb. Konnten Betroffene im Wiederaufnahmeverfahren nachweisen, dass ihr Prozess im Nationalsozialismus nicht ordnungsgemäß verlaufen

oder eine falsche Diagnose gestellt worden war, wurde das der Zwangssterilisation zugrundeliegende Urteil aufgehoben. Die Wiederaufnahmeverfahren blieben damit nicht nur der Lebens(un)wert-Logik des GzVeN verhaftet, sondern bestätigten diese permanent performativ (vgl. Westermann 2010, S. 183). [...] Daher lohnt ein Blick auf die Sprechmöglichkeiten für Zwangssterilisierte innerhalb der Wiederaufnahmeverfahren.

Paul Wulf – 1938 als Sechzehnjähriger wegen sogenannten *angeborenen Schwachsinn*s zwangssterilisiert – erhielt am 06.02.1950 das Urteil des Amtsgerichts Hagen, mit dem das NS-Erbgesundheitsgerichtsurteil aufgehoben wurde: Nach der durchgeführten Intelligenzprüfung ist das Gericht zu der Überzeugung gelangt, dass der Antragsteller nicht an angeborenem Schwachsinn leidet. Er rechnete die ihm gestellten Rechenaufgaben richtig aus und zeigte sich auch sonst gut orientiert. [...] Der Antragsteller hat sich offenbar spät entwickelt und die Entwicklung ist für ihn so günstig verlaufen, dass die Diagnose »angeborener Schwachsinn« nicht mehr aufrechterhalten werden kann (zitiert nach Krieg 2007, S. 19–20). [...] Der Wahrheitswert der ursprünglichen Diagnose wurde damit explizit nicht infrage gestellt, sondern seine Heilung festgestellt. Nachdem so das Unwerturteil aufgehoben war, strebte Wulf nach finanzieller Entschädigung. Seine Anträge auf Schadenersatz (1950), auf Entschädigung (1955, 1957, 1963) und schließlich auf Berufsunfähigkeitsrente (1969) scheiterten jedoch. Erst 1979 bekam er Recht mit seiner Klage auf Erwerbsunfähigkeitsrente in Folge der Beeinträchtigungen durch eine von der Zwangssterilisation ausgelöste Neurose (vgl. Krieg 2007). Wulfs Beispiel zeigt damit einerseits, auf wie vielen Wegen und mit welcher Ausdauer einige wenige Zwangssterilisierte um irgendeine Form von Anerkennung kämpften. Andererseits veranschaulicht sein Kampf die Deutungshoheit von Medizin und Psychiatrie: Die einmal getroffene medizinische Diagnose war unhintergebar, bis ein Wandel medizinisch-psychiatrischen Wissens das Urteil 1979 ermöglichte (vgl. weiterführend Goltermann 2011).

Wie bei Wulf wurde in den meisten Wiederaufnahmeverfahren die Diagnose *angeborener Schwachsinn* verhandelt. Entscheidend war dabei selten die Frage der Heilbarkeit oder Vererbbarkeit, die laut GzVeN die Zwangssterilisationen begründete, sondern das Kriterium der *Lebensbewährung*, wie Stefanie Westermann nachgewiesen hat (vgl. Westermann 2010, S. 142): Unter dem Deckmantel medizinischer Diagnostik wurde die soziale Anpasstheit der Betroffenen, ihre gesellschaftliche Nützlichkeit sowie die Einhaltung bestimmter Normen beurteilt. Die Diagnosen wurden nur dann in Zweifel

05.05.1989 Erinstanzliche **Urteilsverkündung im Memminger (»Hexen-«) Prozess** gegen den Gynäkologen Horst Theissen (1938–2020). Theissen wurde wegen illegalen Schwangerschaftsabbruchs und Steuerhinterziehung verurteilt, nachdem er Abtreibungen ohne Indikationsbescheinigung durchgeführt hat. In Bayern waren zuvor ambulante Abtreibungen verboten worden.

Hunderte von betroffenen Frauen wurden juristisch verfolgt, von 156 Frauen wurden die Namen während des Prozesses öffentlich verlesen. Es entwickelte sich eine breite Solidaritätskampagne in der auch viele Ärzt*innen ihre Solidarität bekundeten



gezogen, wenn die Klagenden der »wie selbstverständliche[n] Anwendung des [...] Normensystems, der [...] Leistungskriterien und Lebensentwürfe« der bürgerlichen Gesellschaft genügten (Westermann 2010, S. 149).¹⁰ Die Erfüllung bestimmter Normalitätsvorstellungen stellte somit in der Nachkriegszeit die Voraussetzung dar, um als unrechtmäßig sterilisiert gelten zu können. [...]

Diese Logik prägte nicht nur die Wiederaufnahmeverfahren, sondern findet sich auch noch über vierzig Jahre nach Kriegsende in (auto)biographischen Erinnerungen.¹¹ Als 1987 der »Bund der ‚Euthanasie‘-Geschädigten und Zwangssterilisierten e.V.« (BEZ) von Betroffenen gegründet wurde, bot er ein Forum, das Hoffnungen auf die Anerkennung der Gewalterfahrungen als Unrecht weckte. Betroffene berichteten [...] in Briefen und Interviews [...] nicht nur dar, dass sie zwangssterilisiert wurden, sondern liefern auch Gründe, warum der Eingriff in ihrem Fall unrechtmäßig erfolgte. Die Strategien, das individuelle Erbgesundheitsgerichtsurteil als falsch zu widerlegen, bezogen sich einerseits auf die NS-Zeit: Die Zwangssterilisation habe entweder auf politischer Verfolgung der Betroffenen oder ihrer Eltern, auf deviantem oder auffälligem Verhalten, auf Denunziation oder ihrem sozialen Herkunftsmilieu beruht oder eine Krankheit sei fälschlicherweise als unheilbar und/oder vererbbar betrachtet worden (vgl. Wierling 2017, S. 67, 77). Andererseits diente die Biographie nach 1945 als Widerlegung des Unwerturteils: Entweder bewiesen die Erzählenden anhand von Familiengründung, Bildungs- und Berufsweg,

dass sie sich im Leben bewährt hatten, denn man »hat immer im Leben seinen Mann gestanden« (o.A. 1987). Oder aber sie legten dar, dass das Stigma sie daran hinderte, ein normales Leben zu führen. [...] An diesen Widerlegungsstrategien wird ersichtlich, dass die Betroffenen noch immer vor dem Hintergrund der antizipierten Gültigkeit des GzVeN – aufgrund eines »fortgesetzten Rechtfertigungsdruck[s]« (Westermann 2010, S. 215) – argumentierten. Die Lebens(un)wert-Logik des GzVeN wurde damit aber wiederum performativ bestätigt. [...] Die Erzählungen offenbaren so die für die Anerkennung notwendige Anpassung an das Normalitätskonzept, in dem Gesundheit – auch gemessen an der sogenannten Lebensbewährung – als Maßstab für die Bemessung des individuellen Lebenswertes fungiert.

Eingeschränkter Wandel der Sprechbedingungen

Dass sich die Zuschreibung von Lebenswert in den Erzählungen der späten 1980er, 1990er und frühen 2000er tradierte, wirft die Frage auf, inwiefern sich die Grenzen der Diskursordnung zwischen Nachkriegszeit und heute verschoben haben. Der Umgang mit den Verbrechen vollzog in der Bundesrepublik in den späten 1970er und 1980er Jahren durchaus einen Wandel. [...] Auch die Gründung des BEZ 1987 und dessen bis 2009 öffentlichkeitswirksame Interessenvertretung können als Ergebnis veränderter kultureller und politischer Gelegenheitsstrukturen ge-

05/1989 92. Deutscher Ärztetag in Berlin unter Ellis Huber als Präsident der LÄK Berlin. **Protest der demokratischen Ärztinnen und Ärzte bei der Eröffnung gegen die rassistischen Ehrengäste:** der Chef der Berliner »Republikaner«, der südafrikanische Botschaftsrat und ein Vertreter des südafrikanischen Ärzteverbandes MASA mit einem Transparent: »Apartheid macht krank – deshalb: MASA-Ärzte sind nicht willkommen«.

17.-18.06.1989 Gründung des »Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP)« in Hamburg, die versuchen, eine stärker am Wohl des Patienten orientierte Pharmazie zu betreiben und sich aktiv gegen Ausländerfeindlichkeit, gegen Sexismus in der Gesellschaft und gegen die Ausbeutung der 3. Welt zu wenden.

Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdäa* ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Die vier Hefte pro Jahr widmen sich jeweils einem gesundheitspolitischen Schwerpunktthema und finden mittlerweile weit über den Verein hinaus Gehör. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Student*in für 10 Euro im Jahr zu abonnieren. Es gibt auch die Möglichkeit eines digitalen Abonnements: Für 26 Euro bekommen Sie zum Ende des Quartals die pdf-Datei des kompletten Hefts.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle: info@vdaae.de

lesen werden. Schließlich änderte sich auch der Umgang mit dem GzVeN (vgl. hierzu: Braun und Herrmann 2015): Wurde in den 1950er und 1960er Jahren noch von der Konformität mit dem Grundgesetz ausgegangen, erklärte erstmals 1986 ein deutsches Gericht, dass das GzVeN bereits seit 1949 als nicht grundgesetzkonform anzusehen sei. [...] Der Deutsche Bundestag erklärte zudem 1988 die Erbgesundheitsgerichtsurteile pauschal für NS-Unrecht – hob sie jedoch erst zehn Jahre später auf. Insofern kann von einer finanziellen und moralischen Anerkennung der NS-Verfolgung gesprochen werden. Diese nur angerissenen Entwicklungen laden zunächst zu einer optimistischen, gar teleologisch gestimmten Interpretation der bundesrepublikanischen Wiedergutmachung ein, wie sie unter dem Stichwort »intermittierender Lernprozess« (Tümmers 2011, S. 13) [...] vorgelegt wird¹². Es stellt sich jedoch die Frage, für wen und mit welcher Reichweite diese These gilt. Zunächst können aus Perspektive der im BEZ zusammengeschlossenen Zwangssterilisierten und »Euthanasie«-Geschädigten Zweifel artikuliert werden, denn zwei wesentliche Forderungen des BEZ wurden nicht eingelöst. So findet, erstens, bis heute keine Gleich-

stellung der Betroffenen mit den NS-Verfolgten nach BEG statt, da die finanziellen Leistungen im Rahmen des Allgemeinen Kriegsfolgengesetzes (AKG) geleistet und damit als allgemeine kriegsbedingte Schäden gekennzeichnet werden. Hierdurch aber bleibt der rassenpolitische Begründungszusammenhang der Zwangssterilisation und »Euthanasie« verdeckt (vgl. Scheulen 2017, S. 175–176). Zweitens setzte sich der BEZ seit seiner Gründung erfolglos für eine Nichtigkeitserklärung des GzVeN ein, mit der die Zwangssterilisationen sowie die Folgen für Betroffene in der Nachkriegszeit adressiert würden. Die Mehrheit des Bundestags stimmte 2007 jedoch nur für eine Ächtung, da – so die Argumentation – das GzVeN mit Inkrafttreten des Grundgesetzes 1949 seine Gültigkeit verloren habe. Dadurch ignorierte der Bundestag [...] nicht nur die Praxis der Nachkriegszeit, die Zwangssterilisationen als grundgesetzkonforme Maßnahme zu betrachten, sondern blendete auch die Wirkmächtigkeit der Unwerturteile nach 1949 aus.¹³ [...]

Angesichts dieser Verschiebung in die Zeit vor 1945 wird die Frage nach der Validität der Lernprozess-These, die eine Veränderung der symbolischen Ordnung suggeriert, noch auf einer anderen Ebene virulent. Wenn, wie dargelegt, der Umgang mit Zwangssterilisation und »Euthanasie« von der Aushandlung lebens(un)werten Lebens geprägt war, dann ist in der Beurteilung von Lernprozessen nicht allein die Geschichte der Anerkennung des Verfolgungsschicksals zu berücksichtigen, sondern muss auch die Geschichte der Zuschreibung von Lebenswert anhand der Differenzkategorie Krankheit berücksichtigt werden. Mit den Worten Emckes muss nicht nur die soziale Ausgrenzung, sondern auch die ihr vorausgehende moralische Verletzung adressiert werden, die in der Konstruktion des Kollektivs der *Erbkranken* liegt. Damit stellt sich die Frage, inwiefern die Konstruktion souveräner Subjekte sowie die Fremdbeschreibung als *Erbkranke* – als begründendes Element der Verbrechen – einem Wandel unterlagen. Erste Ansatzpunkte, die ein ambivalentes Bild zeichnen, bieten Einblicke in die Geschichte von Eugenik und Humangenetik sowie den Umgang der westdeutschen Gesellschaft mit Behinderungen.

Zunächst lässt sich eine wachsende gesellschaftliche Akzeptanz für Menschen mit Behinderung konstatieren: Die in den späten 1960er und 1970er Jahren entstandene Behindertenbewegung forderte insbesondere unter dem Paradigma der Selbstbestimmung mehr Rechte ein und stellte zum Teil erfolgreich die Kategorie Behinderung zur Disposition. Gerade durch die Einforderung von Selbstbestimmung konnte mehr Menschen der Status des souveränen Subjekts zugänglich gemacht werden (vgl. Stoll

1990 Erklärung des vdäa zur **Vereinigung der Gesundheitswesen der BRD und der DDR**, in der eine Chance gesehen wird, die offensichtlichen Defizite gerade auch im Gesundheitswesen der BRD zu beseitigen und Fortschritte im Dienste der Gesundheit für alle zu erreichen.

1994 **Erstes Medibüro in Hamburg**, in der Folge gründen sich Medibüros und Medinetze in verschiedenen Städten Deutschlands.

Während sich also einerseits ein Wandel im Umgang mit den NS-Verbrechen verzeichnen lässt, verweist die Geschichte der Behindertenbewegung und die Entwicklung humangenetischen Wissens andererseits auf die Kontinuität jenes Denkens, das die Verbrechen wie auch ihre Aufarbeitung prägte.

2016; Waldschmidt 2003). Anne Waldschmidt verweist jedoch auf zweierlei Probleme: Zum einen befördere das Paradigma der Selbstbestimmung die »Etablierung einer neuen Behindertenhierarchie, deren Rangordnung nach der Autonomiefähigkeit strukturiert ist« (Waldschmidt 2003, S. 20). So bleibt etwa die Zuschreibung geistiger Behinderung mit der Aberkennung von Autonomie verbunden. Zum anderen verweist Waldschmidt auf die Möglichkeitsbedingungen, aufgrund derer sich die Forderung der Behindertenbewegung habe durchsetzen können: Die Durchsetzung des neoliberalen Gesellschaftsmodells im späten 20. Jahrhundert. Diese gründe sich nicht nur auf der Vorstellung selbstbestimmter Subjekte, sondern etablierte vor dem Hintergrund der Dynamiken des sozialen Wandels Selbstbestimmung als »neoliberale Pflicht« (Waldschmidt 2003, S. 18) für die sich selbst managenden, flexiblen Individuen. Es stelle sich jedoch die Frage, inwieweit es im Interesse der Behindertenbewegung sei, »allein für sich verantwortlich zu sein, ohne Anspruch auf Hilfe und Unterstützung« (Waldschmidt 2003, S. 19) angesichts gesellschaftlicher Bedingungen, die noch immer *behindernd* wirken. Das Scheitern an diesen Bedingungen droht in der neoliberalen Gesellschaft als individuelles Versagen, also individualisiert, verstanden zu werden und damit die Schuld bei Menschen mit Behinderung zu suchen.

Ferner kann nicht übersehen werden, dass mit der wachsenden gesellschaftlichen Akzeptanz für Menschen mit Behinderung zugleich die Verbreitung der Norm der Verhinderung *erbkranken* Nachwuchses zusammenhing.

In den 1960er Jahren vollzog sich hier ein »Wandel vom Zwang zur Freiwilligkeit« (Hahn 2009): Unerwünschter Nachwuchs sollte nicht mehr durch staatlich regulierte Geburtenkontrolle wie Zwangssterilisationen verhindert werden, sondern durch die Einsicht aufgeklärter Individuen, dass die individuell unerwünschte Belastung der Eltern – mit der behinderte Kinder gleichgesetzt wurden – dank des neuen Wissens um den Gen-Code vermeidbar ist (vgl. Hahn 2000, S. 135–138). [...] Die – vor allem im hegemonialen medizinischen Diskurs – wenig umkämpfte Verbindung von Pränataldiagnostik und den Regelungen zum straffreien Schwangerschaftsabbruch verdeutlicht schließlich die gesellschaftliche Akzeptanz für die Norm »Behinderung verhindern« (Schenk 2016), insofern aus der prognostizierten (A)Normalität des Fötus jeweils unterschiedliche Rechte für das ungeborene Kind und die Schwangere abgeleitet werden (vgl. Lemke 2012, S. 255–256).

Während sich also einerseits ein Wandel im Umgang mit den NS-Verbrechen verzeichnen lässt, verweist die Geschichte der Behindertenbewegung und die Entwicklung humangenetischen Wissens andererseits auf die Kontinuität jenes Denkens, das die Verbrechen wie auch ihre Aufarbeitung prägte. So wurde zwar die Kategorie Behinderung geöffnet, so dass sie mehr Personen gesellschaftliche Teilhabe verspricht. Es bleibt aber nicht nur ein Rest jener, die als Träger*innen bestimmter Krankheiten abgewertet sind und deren Geburt es zu verhindern gilt. Vielmehr hat auch die Forderung von Selbstbestimmung in der neoliberalen Gesellschaft eine neue Bedeutung gewonnen. [...]

08.-09.12.1995 Erster Kongress »Armut und Gesundheit« in Berlin

1996 Spendenaufruf von Klaus Dörner zur Finanzierung der vollständigen Dokumentation des Nürnberger Ärzteprozesses. Dies war zuvor von der Bundesärztekammer abgelehnt worden.

Dicke Körper zwischen Normierung und Normalität

Friedrich Schorb

» In diesem Sommer konnte man es im Freibad und an den Stränden sehen: Die Deutschen sind nicht schlank.« Das sei für sich genommen noch gar kein Problem, doch leider seien die meisten nicht nur nicht schlank, sondern nach medizinischen Richtwerten nicht einmal mehr normalgewichtig. »Dick ist das neue Normal«, titelt die *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* vom 17. September 2023. Auch wenn es nicht der medizinischen Norm entspreche und obwohl es mit fatalen Folgen für die Bevölkerungsgesundheit und das Gesundheitssystem verbunden sei. Angesichts dieser Fakten müsse man sich fragen: Soll das Körpergewicht wirklich nicht bewertet werden? Maßgeblich die Body Positivity Bewegung – eine loser Zusammenhang von Influencer*innen und Aktivist*innen die vor allem im virtuellen Raum dazu aufrufen, Körper die in der einen oder anderen Weise gängigen Schönheitsidealen widersprechen, nicht zu verstecken sondern zu zelebrieren – wird im Text dafür verantwortlich gemacht, dass heute immer mehr Menschen außerhalb des Normalgewichtsbereichs sich nicht länger als übergewichtig wahrnehmen und glauben gar nicht abnehmen zu müssen.

Der dicke Körper in der Medizin

Tatsächlich sind die Ursachen für eine Gewichtszunahme komplex. Hohes Körpergewicht kann, muss aber nicht mit einer vermehrten Nahrungsaufnahme einhergehen. Wenn etwa aufgrund genetischer Veranlagungen Betroffene hormonell bedingt unter Dauerhunger leiden, geht dies tatsächlich mit einer höheren Nahrungsaufnahme einher. Häufig ist ein hohes Körpergewicht aber auf einen besonders effizienten Stoffwechsel zurückzuführen, der in der Evolution einen Überlebensvorteil darstellte. In diesen Fällen nehmen dicke Menschen sogar weniger Kalorien zu sich als dünne Menschen mit ineffizientem Stoffwechsel. Eine entscheidende Rolle hierfür spielen die Gene, wobei nur ein geringer Anteil nach heutigem Wissensstand monogenetisch bedingt ist, also ausschließlich aufgrund eines Defekts in einem einzelnen Gen auftritt.

Ein Teil der Fälle von Gewichtszunahme sind auf psychologische Ursachen zurückzuführen. Psychosoziale Probleme, negativer Stress, Schlafmangel und damit einhergehende hormonelle Störungen werden als Ursachen genannt. Manche Menschen kompensieren psychische Belastungen mit Überernährung und entwickeln Essstörungen. Als Beispiel dafür gilt das Binge-Eating-Syndrom. Betroffene leiden unter Essattacken und nehmen innerhalb kurzer Zeit hohe Kalorienmengen zu sich. Auslöser des Binge-Eating-Syndroms ist aber

25.-27.10.1996 Erster Kongress »Medizin und Gewissen« der IPPNW in Nürnberg anlässlich des Ärzteprozesses, der vor 50 Jahren stattfand. Der Kongress findet seither alle 5 Jahre statt.

1999 *Ärztliche Verbrechen im Nationalsozialismus* eigenes Thema auf dem Ärztetag in Köln

Umstritten sind die heute gültigen Grenzwerte aber vor allem deshalb, weil der BMI ganz grundsätzlich kein geeignetes Werkzeug für die Feststellung gesundheitlicher Risiken ist.

längst nicht immer die Kompensation negativer Gefühle, sondern häufig eine körperliche Abwehrreaktion auf den gescheiterten Versuch, mit Reduktionsdiäten Gewicht zu verlieren.

In Einzelfällen können Nebenwirkungen von Medikamenten, insbesondere Psychopharmaka, eine kurzfristige Gewichtszunahme hervorrufen. Mittlerweile weist zudem eine Vielzahl von Studien auf die Aufnahme von Mikroplastik und anderen gesundheitsschädlichen Chemikalien über Nahrung und Trinkwasser als Ursache für eine starke Gewichtszunahme bei Menschen mit entsprechender genetischer Veranlagung hin.

Auf der Makroebene wird die Frage, wie viele Menschen von einem hohen Körpergewicht betroffen sind, durch Umweltfaktoren beeinflusst. Hierzu zählen vor allem die Veränderung der Lebensumwelt in Bezug auf Ernährungs- und Bewegungsangebote. Die damit einhergehende Gewichtszunahme vieler Menschen wird heute als »Adipositas-Epidemie« bezeichnet. Der Begriff impliziert nicht nur, dass die Ursachen für die Gewichtszunahme so vieler Menschen mit medizinischen und psychologischen Modellen allein nicht zufriedenstellend erklärt werden können, sondern auch, dass sie nicht länger durch isolierte Maßnahmen dieser Fachdisziplinen zu bekämpfen sind.

Zusammenfassend lässt sich Adipositas als multifaktoriell bedingte polygenetische Störung der Energieregulation definieren, die zu lebenszeitverkürzenden Erkrankungen führen kann. Das relative Körpergewicht ist aber nur einer von mehreren für die Diagnose metabolischer Erkrankungen relevanten Faktoren. Menschen mit einem relativ hohen Body Mass Index (BMI), aber ohne weitere metabolische Risiken, die sogenannten metabolically healthy obese (MHOs), gelten als gesund. Dennoch wird Adipositas, definiert als ein BMI größer 30, in immer mehr Ländern und seit 2020 auch in Deutschland als Krankheit anerkannt, ohne dass es weiterer Indikationen bedarf, um eine medizinische Behandlung über die Krankenkassen abzurechnen.

Der Body Mass Index

Ursprünglich wurde der BMI gar nicht zur Messung gesundheitlicher Risiken konzipiert. Sein Erfinder, der belgische Astronom und Statistiker Adolphe Quetelet, der Mitte des 19. Jahrhunderts die Soziale Physik begründete, suchte lediglich nach einer Formel mit der sich das Körpergewicht in Abhängigkeit von der Körpergröße darstellen ließ. Quetelet argumentierte, dass soziale Phänomene wie biologische innerhalb einer Gesellschaft immer normalverteilt seien. Folglich wisse jede Gesellschaft ein gewisses Maß an Suiziden, Scheidungen, unehelichen Geburten, Diebstählen und Morden auf, und unerwünschte Phänomene ließen sich weniger durch moralphilosophische Erörterungen als mithilfe statistisch belegter Kausalzusammenhänge erklären und dann gegebenenfalls auch verändern. Ein für Quetelets Arbeiten eher unbedeutendes Detail bei der Konstruktion seines *homme moyen* (Durchschnittsmensch) war die Konzeption eines größenabhängigen Körpergewichts, das er auf Basis von Daten entwickelte, die er bei der Vermessung schottischer Rekruten gewonnen hatte.

Rund hundert Jahre später – die Sorge um Fett in der Nahrung und am Körper war längst zum gesellschaftlichen Dauerthema geworden – griff der US-amerikanische Ernährungswissenschaftler Ancel Keys den in Vergessenheit geratenen Quetelet-Index wieder auf und gab ihm den griffigen Namen »Body Mass Index«, allerdings zunächst noch, ohne konkrete Grenzwerte festzulegen. Zu jener Zeit orientierten sich Mediziner*innen an Faustregeln wie dem Broca-Index oder arbeiteten mit Daten des größten US-amerikanischen Lebensversicherers. Die Metropolitan Life Insurance hatte zur Feststellung des Idealgewichts, das als Gewicht mit der höchsten Lebenserwartung definiert wurde, Größe-Gewichts-Tabellen veröffentlicht. Diese Tabellen waren jedoch aus mehreren Gründen umstritten. Zum einen beruhten sie teilweise auf Befragungsdaten, die als chronisch unzuverlässig gelten,

01/2007 Gründung der Initiative »Mein Essen zähl' ich selbst – MEZIS«, die sich für eine industrieunabhängige Fort- und Weiterbildung einsetzt.

2008 Erster Medibüro Bundeskongress in Bochum, seitdem finden jährliche Bundeskongresse in wechselnden Städten statt.

weil Selbstangaben oft sozial erwünscht ausfallen. Zum anderen war die Gruppe der Versicherungsnehmer*innen nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung. Ethnische Minderheiten und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen waren im Versicherungskollektiv stark unterbeziehungsweise überhaupt nicht repräsentiert. Dennoch wurden die MetLife-Daten in den 1980er Jahren zur Orientierung genutzt, um erstmals universale Grenzwerte auf Basis des BMI zu etablieren. 1995 wurden diese Grenzwerte von der WHO übernommen. Allerdings verwendeten die staatlichen Gesundheitsinstitute in den USA bis 1998 noch auf eigenen Daten beruhende geschlechtsspezifische BMI-Grenzwerte, und diese lagen insbesondere im Übergewichtsbereich deutlich höher als die Grenzwerte der WHO. Die Absenkung der Grenzwerte auf das internationale Niveau führte dazu, dass über Nacht mehr als 35 Millionen bis dahin als normalgewichtig eingestufte US-Amerikaner*innen für übergewichtig erklärt wurden. Mit der Einführung der universalen WHO-Grenzwerte wurden zudem alle Differenzierungen nach Alter, Geschlecht, Körperbau und ethnischer Zugehörigkeit abgeschafft.

Umstritten sind die heute gültigen Grenzwerte aber vor allem deshalb, weil der BMI ganz grundsätzlich kein geeignetes Werkzeug für die Feststellung gesundheitlicher Risiken ist. Der BMI korreliert nur mit dem Körperfettanteil, erlaubt aber keine Unterscheidung zwischen Fett und Muskelmasse. Das führt unter anderem dazu, dass zum Beispiel Kraftsportler*innen und Bodybuilder*innen fast immer einen BMI im Adipositasbereich aufweisen. Vor allem aber kann der BMI keine Aussagen über die Körperfettverteilung treffen, die für die Einschätzung gesundheitlicher Risiken entscheidend ist.

Bis heute herrscht kein Konsens darüber, ab welchen BMI-Werten die Lebenserwartung beeinträchtigt wird. Während für den Bereich BMI 25–30 viele Epidemiolog*innen sogar eine längere Lebenserwartung als für Menschen im Normalgewichtsbereich (BMI 18,5–24,9) konstatieren, ergeben sich für den BMI-Bereich 30–35 keine signifikanten Veränderungen. Diese Ergebnisse haben zwar der fachlichen Überprüfung wiederholt standgehalten, umstritten sind sie dennoch. Sie würden das Gefahrenbewusstsein innerhalb der Bevölkerung für ein

hohes Körpergewicht trüben, so ein häufig geäußelter Vorwurf. Darüber hinaus spielen aber auch geschäftliche Interessen eine Rolle für die Dramatisierung eines geringfügig erhöhten Körpergewichts – etwa der Medizinindustrie, die Medikamente zur Gewichtsabnahme für eine möglichst große Zielgruppe anbieten will.

Gewichtsdiskriminierung

Maßnahmen der bariatrischen Chirurgie und Pharmazeutika zur Gewichtsreduktion beschern zwar der Medizinindustrie hohe Umsätze, sind aber bislang gänzlich ungeeignet, einen relevanten Beitrag zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit zu leisten. Zum einen sind die Abnehmerfolge oft nur temporär und die Einnahme der Mittel mit unangenehmen Nebenwirkungen verbunden. Zum anderen beruhen die Probleme dicker Menschen zu einem großen Teil auf Stigmatisierungserfahrungen, die von ebenjener gesellschaftlichen Kultur hervorgerufen werden, die dafür verantwortlich ist, dass metabolisch gesunde Menschen überhaupt auf die Idee kommen, sich diesen Behandlungen auszusetzen.

Bewegungen wie Body Positivity und Fat Acceptance aber auch holistische Ansätze der Gesundheitsförderung wie Health at Every Size (Gesundheit mit jedem Gewicht) können einen Beitrag leisten, die psychische und damit indirekt auch die physische Gesundheit dicker Menschen zu verbessern. Studien zeigen, dass dicke Menschen, die Gewichtsdiskriminierung erfahren, unterer größeren gesundheitlichen Problemen leiden als dicke Menschen, für die Gewichtsdiskriminierung im Alltag keine oder nur eine geringe Rolle spielt.

Eines aber muss den Verfechter*innen von Gewichtsvielfalt klar sein. Wenn das Überschreiten der medizinischen Norm in Sachen Körpergewicht zur Normalität wird, hat das Folgen: Zum Beispiel die, dass Menschen, deren Körper nicht der medizinischen Norm entspricht, das womöglich gar nicht wissen und genau deswegen entspannt ins Freibad gehen können, ohne permanent den Bauch einziehen zu müssen.

Friedrich Schorb, Soziologe, Universität Bremen,
schorb@uni-bremen.de; Literatur beim Autor

Friedrich Schorb ist einer der Autor*innen und Herausgeber*innen des Buchs: *Fat Studies. Ein Glossar*, Bielefeld 2022, das man beim Verlag kostenlos heruntergeladen kann: <https://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-6005-0/fat-studies/?number=978-3-8394-6005-4>

2010 Als erste medizinische Fachgesellschaft arbeitet die »Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin« die Rolle von Pädiater*innen bei den **Medizinverbrechen in der NS-Zeit** auf. Es folgen zahlreiche Fachgesellschaften und Landesärztekammern.

2011 Gründung der deutschen Plattform für globale Gesundheit (dpgg) durch mehrere zivilgesellschaftliche Akteure aus unterschiedlichen Handlungsfeldern wie z.B. medico international, Brot für die Welt, Ärzte der Welt, verd.i, vdpp, vdää. Sie versteht Gesundheit als Ergebnis öffentlicher Daseinsfürsorge, die staatlich garantiert sowie demokratisch und sozial organisiert sein muss.

Sensibilisierte Gesundheitsversorgung

Gemeinschaftlich gestaltet für unsere Communities

Sara Grzybek

Queermed
Deutschland

Queere Menschen werden immer noch häufig diskriminiert – auch im Gesundheitswesen. Sara Grzybek hat Queermed gegründet, eine Internet-Plattform, bei der queere Personen Empfehlungen für diskriminierungssensible Praxen posten können.

Diskriminierung kann krank machen. Laut einer Studie der ikk classic Krankenkasse von 2021¹ leiden Menschen mit einzelnen oder mehreren Diskriminierungserfahrungen deutlich häufiger unter Gesundheitsproblemen als Menschen ohne solche Diskriminierungserfahrungen. Zu den Gesundheitsproblemen gehören Schlafstörungen und Depressionen zu den am häufigsten genannten Beispielen.

Diverse weitere Studien legen bereits nahe, dass Minderheitenstress und Diskriminierung das körperliche und psychische Wohlbefinden negativ beeinflussen können. Dies wiederum erhöht die Anfälligkeit für verschiedene Gesundheitsprobleme. Es wurde bereits durch die Studie »Diskriminierungserfahrungen in Deutschland basierend auf sexueller Identität«² aus dem Jahr 2017, beauftragt von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, aufgezeigt, dass Diskriminierung auch im Gesundheitswe-

sen vorkommt. Immerhin 9,4% der Studienteilnehmenden gaben an, dass sie im Kontext der Gesundheitsversorgung bereits Diskriminierung erfahren haben, damit landet der Gesundheitsbereich an vierter Stelle im Vergleich zu anderen Kontexten.

Der Besuch bei einer/einem Ärzt*in ist daher zweifellos nicht immer unkompliziert. Besonders, wenn Menschen bereits täglich mit Diskriminierung konfrontiert sind und daher auch Befürchtungen vor möglicher Diskriminierung beim Arztbesuch haben. Die Diskriminierungsformen können unterschiedlich sein: beim Besuch einer gynäkologischen Praxis können beispielsweise das Praxispersonal und Behandler*innen Kommentare abgeben, die auf heteronormativen Vorannahmen bezüglich eines Kinderwunsches oder der Notwendigkeit von Kontrazeption beruhen. Diese Vorannahmen könnten dazu führen, dass Patient*innen sich gezwungen sehen zu outen und ihre sexuelle oder geschlechtliche Identität zu einem größeren Thema zu machen, obwohl sie vielleicht gar nicht dafür in die Praxis wollten.

Bestimmte Gruppen, wie zum Beispiel trans*Personen, müssen aufgrund der noch aktuellen Rechtslage nach wie vor den oft

1 <https://www.ikk-classic.de/gesund-machen/vorurteile-machen-krank> (letzter Aufruf 13.08.2023)

2 https://www.antidiskriminierungsstelle.de/Shared-Docs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_diskrimierungserfahrungen_in_de_anhand_der_sex_identitaet.html (letzter Aufruf 13.08.2023)

03/2012 Die erste Ausgabe der Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« erscheint und löst den traditionellen Rundbrief des vdä* ab.

2013 Aus einer Idee von Aktiven des medibüros Hamburg konkretisiert sich das **Konzept der Poliklinik** und wird auf dem Medibüro Bundeskongress 2013 in Jena erstmals öffentlich vorgestellt.

demütigenden Pfad beschreiten, den das Transsexuellengesetz vorschreibt. Die Fragebögen, die im Rahmen von klinisch-psychologischen Gutachten auf dem Weg zu geschlechtsangleichenden Hormontherapien, Operationen oder verwendet werden, enthalten teilweise sehr respektlose und intime Fragen gegenüber trans*Personen, die gezwungen sind, diese zu beantworten, um das oben genannte Gutachten zu erhalten.

Es bleibt abzuwarten, wann das Selbstbestimmungsgesetz tatsächlich in Kraft treten wird. Die Kritik diesbezüglich seitens Organisationen und Aktivist*innen, dass es eher den Angreifer*innen dieses Gesetzesentwurfes in die Karten spielt, ist bekannt. Zum einen soll Asylsuchenden das Recht auf eine Hormontherapie oder anderen geschlechtsangleichenden Maßnahmen verwehrt werden, wenn innerhalb ihres Asylverfahrens eine Absage wahrscheinlich ist. Oder es soll die Möglichkeit geben, dass eine Unmenge an Behörden, unter anderem Kriminalämter, Zugänge zu den Namensänderungen und den abgelegten Deadnames³ verfügen. Alles unter dem vermeintlichen Schutz vor Straftaten. Aber das stellt alle trans*, inter und nonbinäre Menschen automatisch unter Generalverdacht

Diskriminierung unter vorgehaltener Hand: Mikroaggressionen

Neben der offensichtlichen strukturellen und institutionellen Diskriminierung erfahren viele Menschen auch Diskriminierung, die nicht direkt als solche erkennbar ist. Die Rede ist von Mikroaggressionen. Bei Mikroaggressionen handelt es sich um Aussagen, die nicht direkt diskriminierende Worte enthalten, aber für einige Menschen eindeutige wertende und beleidigende Wirkung haben können. Mikroaggressionen können auch in Form von Handlungen oder abwertenden Blicken passieren. Vor allem Menschen aus der LGBTQIA+ Community, von Rassismus betroffene und dicke_fette⁴ Menschen

3 Deadname bezeichnet bei einer Person, die einen neuen Vornamen angenommen hat (üblicherweise Trans-gender und nichtbinären Personen), den alten, von der betreffenden Person abgelegten Vornamen.

4 Es gibt in den betroffenen Communities viele Diskurse, welche Selbstbezeichnung für mehrgewichtige und hochgewichtige Personen verwendet werden können. Abgelehnt werden Begriffe wie »adipös« oder Begriffe, die verniedlichend wirken (»vollschlank«). Bei dick_fett sollen alle Personen mitgemeint werden, die sich als dick oder fett sehen. Jedoch ist es immer eine individuelle Entscheidung, was zutrifft. Für viele betroffene Menschen kann der Begriff zu direkt und diskriminierend sein, andere möchten ihn aber als Selbstbezeichnung empowernd verwenden.

erhalten im Kontakt mit Behandler*innen aus dem Gesundheitswesen vielerlei unterschwellige Kommentare, die zu Diskriminierungserfahrungen zählen. Und wenn sich diese Menschen selbst in Praxen und Kliniken nicht mehr sicher fühlen können, werden diese eben gemieden – auch bei behandlungsnotwendigen Gesundheitsproblemen.

■ **Eine dominante Lebensrealität, die andere ausgrenzt**

Zusätzlich zeigt die Medizin in Deutschland allgemein eine noch stark heteronormative, weiße und nicht-behinderte Lebensrealität. Dies spiegelt sich in den Webpräsenzen vieler Praxen, den Informationsmaterialien vor Ort und der begrenzten Barrierefreiheit von Praxen wieder. Wenn beispielsweise Gynäkolog*innen nur von binärgeschlechtlichen Beziehungen sprechen, in denen eine cis-Frau und ein cis-Mann involviert sind, wie soll eine queere Person in dieser festgelegten Machtkonstellation, unter Berücksichtigung der alltäglichen Diskriminierungserfahrungen, den Mut aufbringen, dem/der Ärzt*in mitzuteilen, dass sie mit ihrer Partner*in den Wunsch nach Kindern hegt?

■ **Queermed Deutschland – Von einer kleinen Idee zum unerwarteten Erfolg**

Durch Zufall bin ich im Februar 2021 über soziale Medien auf ein Projekt in Österreich gestoßen, bei dem queere Personen Empfehlungen für diskriminierungssensible Praxen für andere queere Personen abgaben. Nach einer Analyse der aktuellen Situation in Deutschland war mir klar, dass ein derartiges Projekt auch hierzulande ins Leben gerufen werden sollte. Nach der Liveschaltung der Website (<https://queermed-deutschland.de/>) Ende Mai 2021 war der Erfolg und das Echo aus den Communities überraschend. Schon nach wenigen Monaten hatten sich die ersten 100 Empfehlungen angesammelt. Inzwischen verzeichnet die Website bis zu 250 User*innen täglich und seit August 2023 gibt es weit über 900 Empfehlungen auf der Website deutschlandweit.

■ **Bedürfnisse intersektional betrachtet**

Wichtig bei der Schaffung vom Verzeichnis war, dass so viele Menschen wie möglich in der Lage sein sollten, Queermed zu nutzen. Denn nicht nur queere Menschen erfahren Diskriminierung. Es kann ebenfalls sein, dass queere Menschen wegen anderer Aspekte ihrer Identität, sei es wegen ihres Alters oder

2015 Erster Streik für einen »Tarifvertrag Entlastung« an der Charité Berlin: Ganze Stationen und Betten werden geschlossen wegen angekündigtem Streik; Demokratisierung der Tarifverhandlungen durch sog. Tarifexpert*innen (später Streikdelegierte o.ä.); »Streik-Uni«

2015 Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik« gründet sich zum Zwecke der Kritik des seit 2003 bestehenden DRG Systems zur Abrechnung im Krankenhaus. Gründungsmitglieder sind u.a. vdää, attac, ver.di Landesverbände.

ihrer Herkunft, Diskriminierung erfahren. Wie kann da im schlimmsten Fall ein queerfreundlicher aber gleichzeitig rassistischer Arzt helfen?

Auf Queermed ist es möglich, nach verschiedenen Aspekten zu filtern: Stadt, Fachbereich, Besuchsgrund, Sprache, Barrierefreiheit und Personengruppen. Letztere umfasst etwa 30 Selbstbezeichnungen von trans* zu Autist*in, Drogenkonsument*in, Sexarbeiter*in, Jüdinnen*Juden oder Menschen mit Erfahrung sexualisierter Gewalt. Die Filtermöglichkeiten basieren alle auf Angaben, die die Menschen im anonymen Fragebogen abgegeben haben. Verfügbar sind die Empfehlungen auf Deutsch und Englisch.

Das Projekt hat Behandler*innen ins Bewusstsein gerufen, dass viele Menschen sich beim Arztbesuch unsicher fühlen. Viele Ärzt*innen reagieren äußerst positiv, wenn Patient*innen berichten, dass sie durch Queermed auf die Praxis aufmerksam wurden. Diese Rückmeldungen führen oft dazu, dass sich in den Praxen intensiver mit dem Thema auseinandergesetzt wird. An anderer Stelle fragen aber auch immer häufiger Behandler*innen an, wie sie auf das Verzeichnis gelangen. Jedoch funktioniert dies nur über Patient*innenempfehlungen.

Als Reaktion darauf wurde ein Leitfaden für einen sensiblen Umgang mit Patient*innen auf der Webseite erstellt, der verschiedenste Themen wie geschlechtergerechte Sprache oder die Websitepräsenz thematisiert. In Zukunft sollen auch zusätzliche Workshops von Queermed Behandler*innen ein selbstkritischen Umgang in ihrer eigenen Arbeit näher bringen.

■ Patient*innenempowerment

Eines der zentralen Anliegen von Queermed ist es, das Empowerment der Patient*innen zu fördern. Die Möglichkeit, diskriminierungssensible Praxen zu finden, stärkt Menschen in ihrer Selbstbestimmung und ermutigt dazu, aktiv für ihre Gesundheitsversorgung einzutreten. Durch den Zugang zu einer verlässlichen Plattform können Menschen sicherere Räume identifizieren, in denen sie sich respektiert und verstanden fühlen.

Dass die eigenen Erfahrungen dabei sehr individuell sein können zeigt sich daran, dass vereinzelte Praxen, die auf Queermed zuvor gelistet waren, nach Gespräch mit anderen Patient*innen wieder runtergenommen werden mussten. Oder es mussten Einschränkungen bei der Empfehlung hinterlegt werden.

Gleichzeitig bietet Queermed verschiedene Ressourcen wie die Bücherliste und den Blog an, sowohl für Patient*innen als auch Behandler*innen zur Stärkung des eigenen Wissensstands.

■ Empathie als zentraler Aspekt in der Behandler*innen-Patient*innen-Beziehung

Der empathische Aspekt seitens der Ärzt*innen wird bei der Behandlung oft vernachlässigt oder als »weniger wichtig« betrachtet. Die Patient*innen fühlen sich häufig abgefertigt, als wären sie auf einem Fließband, und nicht wirklich wahrgenommen oder respektiert. Dies mag zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass auch Ärzt*innen unter Stress stehen, manchmal immer mehr Patient*innen betreuen müssen und Praxen leider oft den Zwängen des kapitalistischen Systems unterliegen⁵. Dennoch ist Empathie im zwischenmenschlichen Kontakt unerlässlich. Zudem zeigt sich, dass vor allem Studierende in medizinischen und psychologischen Studiengängen mittlerweile kritischer mit dem Umgang mit Patient*innen umgehen. Forderungen seitens der Studierendenvertretungen werden laut, dass vielfältigere Lebensrealitäten auch an deutschen Universitäten gelehrt werden müssen, um eine gerechtere Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten. Es gibt keine Allheilmethode, es liegt an uns allen als Gesellschaft, gegen diskriminierende Strukturen anzugehen, Lösungen zu bieten und an uns selbst zu arbeiten, um ein respektvolles Miteinander für alle Menschen zu schaffen.

Sara Grzybek (keine Pronomen) hat Queermed gegründet und führt die gemeinnützige Organisation als Geschäftsführung. Sara schreibt für Queermed hauptsächlich über die Themen Gesundheitswesen und das Patient*innen-Ärzt*innenverhältnis. Außerhalb von Queermed schreibt Sara über Mental Health, SEO, queeres Leben und Herkunft. sara.grzybek@queermed-deutschland.de

⁵ Melanie Stucke und Gesine Enwaldt (2023): Medizin im Hamsterrad, <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/arzt-zeitmangel-100.html>, abgerufen am 13.08.2023

2016 1. Bundesweites Treffen der studentischen Gruppen
»Kritische Medizin«

25.02.2017 Eröffnung »Poliklinik Veddel« als Stadtteilgesundheitszentrum im gleichnamigen Hamburger Stadtteil

Designer Vagina

Julius Poppel wirft einen kritischen Blick auf Intimchirurgie

Die ästhetische Arbeit am Körper macht auch vor der Vagina nicht halt. Julius Poppel diskutiert diesen Trend kritisch und stellt auch die Frage, wo die Grenzen zur gewaltsamen Genitalverstümmelung laufen. Die Bilder in diesem Text sind in Zusammenarbeit mit den Fotografinnen Le Nguyen und Stella Traub entstanden.

Die kosmetische Chirurgie der weiblichen Genitalien (engl. female genital cosmetic surgery, abgekürzt FGCS) ist ein Oberbegriff in der medizinischen Fachsprache für plastisch-chirurgische Eingriffe, die das ästhetische Erscheinungsbild der Vulva angeblich verbessern sollen. Der Begriff «Designer Vagina» wird umgangssprachlich oft für diese Art der Körperanpassung verwendet, obwohl bei den meisten Eingriffen die Labien und die umgebenden Strukturen und nicht die Vagina selbst verändert werden. Wir verwenden in diesem Beitrag den in der Medizin üblichen Begriff der weiblichen Genitalien für Vulva und Vagina, im Wissen, dass es auch Frauen mit anderen Genitalien gibt, auf denen ebenfalls Druck lastet, ihr Genital chirurgisch der (als weiblich gelesenen) Norm anzupassen. Außerdem soll erwähnt sein, dass obwohl operative Eingriffe an Vulven den Großteil der intimchirurgischen Operationen ausmachen, auch Eingriffe an männlichen Genitalien (wie z.B. die Penisverlängerung oder -vergrößerung) eine kritischen Betrachtung benötigen.

Das überproportionale Angebot an weiblicher Intimchirurgie hat zwar zum einen schlicht chirurgische Ursachen, da die Eingriffe oftmals einfacher sind. Zum anderen hat es aber auch damit zu tun, dass Frauen* in unserer patriarchalen Gesellschaft stärker unter dem Druck stehen, Schönheitsidealen zu entsprechen.

Insgesamt haben die Nachfrage und das Angebot intimchirurgischer Eingriffe in den letzten

Jahren stark zugenommen. Diese Entwicklung wird von verschiedenen Expert*innen in Zusammenhang gebracht mit einem sich seit den 90er Jahren ausbreitenden Schönheitsideal des weiblich gelesenen Körpers. Dazu gehört unter anderem die Verbreitung der völligen Entfernung von Intimbehaarung. Nach dem Medizinsoziologen Elmar Brähler entstand so durch die «neue Sichtbarkeit» der äußeren Genitalien eine Schönheitsnorm und ein intimästhetischer Gestaltungsimperativ [1]. Reproduziert durch Werbung und Medien gelten heute eine völlige Intimirasur, wie auch unsichtbare innere Labien als Schönheitsnorm – so die Expert*innen. Ob es diesbezüglich gesellschaftliche Unterschiede gibt und dies eher ein Phänomen in den Ober- oder in den Unterschichten oder überall gleich stark ist, haben wir leider nicht in Erfahrung bringen können.

In diesem Kontext finden pornographische und soft-pornographische Inhalte wie das Playboy-Magazin immer wieder Erwähnung. Nach Bildbearbeitung, Weichzeichnung oder angepasstem Fotowinkel erscheint das Genital als schmaler, glatter Spalt. Eine Studie, die 2011 in dem *Journal of Sex Research* veröffentlicht wurde, zeigte, dass Personen mit Vulva, denen zuvor Bilder von Playboy-Models gezeigt wurde, ihre eigenen Labien als signifikant länger einschätzen [2]. Die retuschierten Bilder dienten ihnen offensichtlich als Vergleichsmaßstab. Die Psychoanalytikerin Ada Borkenhagen betrachtet diese Entwicklung

24.11.2017 Die Gießener Ärztin **Kristina Hänel** wird wegen **Werbung für Abbruch einer Schwangerschaft** (STGB §219a) zu einer Geldstrafe verurteilt. Es entsteht eine breite Solidaritätskampagne in deren Folge im Juni 2022 der Paragraph aus dem Gesetzbuch gestrichen wird.

2021 **4 Wochen Streik bei Vivantes und Charité** in Berlin; es gibt einen ärztlichen Solidaritätsaufruf (mit eigener Homepage) u.a. organisiert vom vdää*



© Le Nguyen

kritisch und warnt davor, dass die Vorstellung, dass nur ein vorpubertär, jugendlich aussehendes Genital sexuell anziehend und funktional (im Sinne der **Verbesserung des weiblichen Lustempfindens**) sei, zu einer erheblichen Einschränkung der weiblichen* Sexualität führe [3].

Zur Norm avancierte sexuelle Befriedigung

Ein weiterer Aspekt der Normierung kommt hinzu, so Borkenhagen e.a.: »In den Berichten über kosmetische Genitalchirurgie wird die Verbesserung des weiblichen Lustempfindens als Ziel und Ergebnis der Eingriffe dargestellt. So wird die FGCS zum probaten Mittel, mit dem über die Anpassung an die neue Intimästhetik auch die zur Norm avancierte sexuelle Befriedigung erreichbar wird: Danach erlauben erst die chirurgischen Maßnahmen den Frauen, ihr sexuelles Repertoire zu erweitern.« [3].

Darüber hinaus haben alle chirurgischen Eingriffe auch Komplikationsrisiken und Borkenhagen kritisiert, dass insbesondere die Labienverkleinerung medial lediglich als kleiner Eingriff dargestellt werde. Komplikationen können aber auch hier schwerwiegende Sexualfunktions- und Empfindungseinschränkungen zur Folge haben. Zudem gebe es keinen wissenschaftlichen Nachweis dafür, dass diese Eingriffe anhaltende psychische oder funktionelle Verbesserungen bewirken. So begründet beispielsweise

das *Hanseatikum* in Hamburg (eine Praxis für plastische Chirurgie) ihre Angebote der Intimchirurgie damit, dass Druckgefühle und unangenehmes Reiben beim Sport wie Radfahren, Reiten oder Joggen stören könnten und Sex schmerzhaft sein könne, weil die Schamlippen sich während des Aktes einschlagen und nach innen rutschen [4]. Evidenz hierfür gibt es aktuell nicht.

Laut Borkenhagen verbergen sich hinter dem Wunsch nach einem genitalchirurgischen Eingriff oft auch Depressionen, narzisstische Störungen, Sexualstörungen oder Reifungskonflikte [3]. Die Reproduktion der Barbie-Doll-Ästhetik und die gesellschaftliche Verbreitung des Kindchenschemas können dabei eine grundlegende Gefährdung der Gesundheit von Personen mit Vulva darstellen. Vor diesem Hintergrund erscheint es wichtig, die Verhältnisse zu untersuchen, die dazu führen, dass es bei Körperteilen Hierarchien von schön und hässlich gibt.

Vagina als Einnahmequelle für Ärzt*innen

Ein Großteil der intimchirurgischen Eingriffe finden privatmedizinisch statt, was bedeutet, dass diese als elektive Zusatzleistungen von Patient*innen privat bezahlt werden müssen und nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Eingriffe, wie beispielsweise die Labienplastik können dabei weit mehr als 1.000 Euro kosten [5]. Daher erscheint es wenig überraschend, dass immer mehr Pri-

2022 11 Wochen Streik des nichtärztlichen Personals an 6 Unikliniken in NRW für einen Tarifvertrag Entlastung. Hier ging es um Personalquoten für alle Berufsgruppen im KH; es gibt einen ärztlichen Solidaritätsaufruf (mit eigener Homepage) u.a. organisiert vom vdää*.

2022 Eröffnung des »Stadtteilgesundheitszentrums in Neukölln/Berlin«, das vom Gesundheitskollektiv Berlin e. V. (gegr. 2016) entwickelt wurde

vatpraxen das lukrative Geschäft betreiben und entsprechende Werbung dafür machen. So haben beispielsweise Umfragen gezeigt, dass ein Großteil der Befragten die Möglichkeit der Labienverkleinerung über Medien und medizinische Werbung erfahren haben.

Ärzt*innen haben folglich eine besondere Rolle in der Verbreitung dieses Schönheitsideals. Das vermehrte Angebot birgt die Gefahr, falsche und realitätsferne Anreize zu setzen. Die Psychologin Lih Mei Liao und die Gynäkologin Sarah M. Creighton vermuten, dass die Entscheidungen der Frauen* zu chirurgischen Eingriffen auf falschen Annahmen über die Normalmaße beruhen könnten [6]. So ist in den Internetauftritten vieler intimchirurgischer Anbieter immer wieder zu lesen, dass die Labia minor »normalerweise« von den Labia major umschlossen werde. Diese Norm mag zwar in Pornos vorherrschen, lässt sich aber statistisch nicht belegen. In Studien waren bei mehr als der Hälfte der befragten Personen mit Vulva die inneren Schamlippen länger als die äußeren und die Maße wiesen eine sehr hohe Varianz auf [7].

Ärzt*innen pathologisieren durch ihre Machtposition und auf medizinischer Kompetenz ruhenden Deutungshoheit natürliche Körperunterschiede. Den Betroffenen wird damit ein nicht vorhandener Krankheitsstatus suggeriert. Selbst in der Ärzt*innenschaft herrscht Unklarheit darüber, wie der statistische Normbereich für Vulven aussieht und welche Bedeutung dieser statistische Normbereich hat. Denn: Annahmen über eine Krankhaftigkeit von Vulven, die außerhalb der statistischen Norm liegen, lassen sich wissenschaftlich nicht stützen. Umso wichtiger ist es, dass von Seiten der Fachwelt eine kritische und differenzierte Perspektive eingenommen wird. Bereits 2012 äußerte sich die *Medical Women's International Association (MWIA)* besorgt über die zunehmende Verbreitung der intimchirurgischen Eingriffe. Laut Vizepräsidentin Waltraud Diekhaus werde »den Frauen eingeredet, alle [Labien] müssten gleich und möglichst jugendlich aussehen.« Es sei inakzeptabel, dass vermeintliche Abweichungen der Norm als OP-Indikation dargestellt werden [8]. Notwendig sind also eine umfassende Aufklärung sowie eine entsprechende Positionierung der Fachwelt.

Intimchirurgie und Genitalverstümmelung

Laut WHO umfasst die weibliche Genitalverstümmelung (female genital mutilation, kurz: *FGM*) alle nicht-medizinisch indizierten Eingriffe, bei denen die äußeren weiblichen* Genitalien teilweise oder vollständig entfernt oder beschädigt werden [9]. Vor diesem Hintergrund wird immer wieder die unklare Abgrenzbarkeit zur weiblichen*

Intimchirurgie diskutiert. Hauptunterscheidungsmerkmal sei dabei die Freiwilligkeit und, dass FGM primär an Jugendlichen und Kindern durchgeführt werde. Inwiefern jedoch von Freiwilligkeit gesprochen werden kann, bei einer durch gesellschaftliche und patriarchale Machtstrukturen etablierten Körpernorm, bleibt dabei außen vor. Die Psychologin Almut Dorn betont außerdem in diesem Kontext, dass es im Hinblick auf die westeuropäischen Bemühungen, gegen FGM in vor allem afrikanischen Ländern vorzugehen, verwunderlich erscheint, wenn Frauen* sich freiwillig »beschneiden« lassen [10]. Ronan Conray geht sogar so weit und sieht in Eingriffen wie der Labienplastik eine weitere Form der FGM, bei der Frauen* verstümmelt werden, um den durch pornographische Inhalte reproduzierten männlichen Sexphantasien zu entsprechen [11].

Bedenklich ist auch, dass gerade bei jungen Frauen* das Normbild der idealen Vulva am stärksten verbreitet ist und hervorstechende innere Labien als unschön empfunden werden [12]. Die Entscheidung zum medizinischen Eingriff erfolgt daher selten wegen körperlicher Beschwerden – wie häufig durch Werbung suggeriert wird – sondern oftmals aufgrund einer Unzufriedenheit mit dem Aussehen der eignen Vulva. Studien aus den USA zeigen unter anderem, dass zunehmend schon bei weiblichen Jugendlichen der Wunsch nach einer Labienplastik auftritt [13]. Dabei stellt vor allem das Internet eine wichtige Informationsquelle dar, denn Jugendliche, die versuchen, ihren Körper und ihre Sexualität zu erforschen, nutzen den Cyberspace als Bildungsressource, oftmals ohne Aufsicht. Sie sind unweigerlich mit explizitem Material konfrontiert. Die zunehmenden Darstellungen von unbehaarten Genitalien ohne sichtbare Schamlippen vermitteln ein verzerrtes Bild von dem, was normal ist, und repräsentieren nicht die wahre Vielfalt des menschlichen Körpers. Diese verzerrte Wahrnehmung in Kombination mit dem aktiven Marketing der chirurgischen Praxen und Zentren sowie der zunehmenden Akzeptanz der Schönheitschirurgie hat möglicherweise zu der jüngsten, wachsenden Nachfrage nach FGCS beigetragen – so Lina Michala [14].

Gerade bei Jugendlichen zu Beginn der Pubertät können Abweichungen von durch Medien und Pornographie im Internet geschürten Normerwartungen zu Unsicherheiten und Selbstzweifeln führen. Die Professorin für Gesundheitswissenschaften, Ingrid Mühlhauser betont in diesem Kontext die Wichtigkeit einer adäquaten und frühzeitigen Sexualpädagogik und der Beschäftigung mit dem eigenen Körper [15]. »Es müsse viel stärker ins öffentliche Bewusstsein gelangen, dass es ein Spektrum der Normalität und des Variantenreichtums des menschlichen

2023 Gründung des Dachverband »Poliklinik Syndikat – Verband der solidarischen Gesundheitszentren«

2020-2022 Corona-Pandemie: Kritische Mediziner*innen streiten über einen rationalen Umgang mit der Pandemie. Eine Auseinandersetzung, die noch lange nicht abgeschlossen ist. Einig ist man sich in der Kritik des für arme Länder aus ökonomischen Gründen eingeschränkten Zuganges zu Vakzinen.



© Le Nguyen

Körpers gebe, das nicht einer bestimmten Norm entsprechen sollte«, wird Mühlhauser im SPIEGEL referiert. Trotz oder gerade auch wegen dieser Entwicklungen gibt es zudem auch eine wachsende Anzahl feministischer Bemühungen, gerade auf diese Vielfalt und Varianz von Vulven aufmerksam zu machen und Angebote zu schaffen, dass Mädchen und Frauen* sich Fotos, Zeichnungen oder Plastiken von Vulven ansehen können, um sich eine realistische Vorstellung jenseits von Pornos und Online-Werbung machen zu können.

Julius Poppel ist Mitglied der Kritischen Mediziner*innen München und der Redaktion von Gesundheit braucht Politik.

Literaturverzeichnis

<https://idw-online.de/de/news289305#>, abgerufen am 01.09.2023

Schick VR, Rima BN, Calabrese SK. Evulvalution: the portrayal of women's external genitalia and physique across time and the current barbie doll ideals. *J Sex Res.* 2011 Jan;48(1): 74-81. doi: 10.1080/00224490903308404. PMID: 19916105

Ada Borkenhagen, Elmar Brähler, Heribert Kantenich: Intimchirurgie: Ein gefährlicher Trend, in: *Deutsches Ärzteblatt.* 106(11), 2009, S. A-500 / B-430 / C-416

<https://www.hanseaticum.de/plastische-chirurgie/intimchirurgie/schamlippen-und-schamhuegelkorrektur/>, abgerufen am 01.09.2023

Sylvia Unterdorfer, Maria Deutinger, Michaela Langer, Claudia Richter: Wahnsinnig schön: Schönheitssucht, Jugendwahn & Körperkult, Kapitel-Volltext (Memento vom 5. Juli 2010 im Internet Archive)

Lih Mei Liao, Sarah M. Creighton: Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond?, in: *BMJ.* Band 334, Nr. 7603. *British Medical Journal*, 26. Mai 2007, S. 1090-1092, doi:10.1136/bmj.39206.422269.BE, PMID 17525451, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1877941/>

Kreklaue, A, Vâz, I, Oehme, F, Strub, F, Brechbühl, R, Christmann, C, Günther, A. Measurements of a »normal vulva« in women aged 15-84: a cross-sectional prospective single-centre study, *BJOG* 2018; 125: 1656-1661

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52204/Aerztinnen-gegen-kosmetisch-Operationen-in-der-Gynaekologie>, abgerufen am 01.09.2023

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>, abgerufen am 01.09.2023

A. Dorn, F. Gallitzendörfer, K. Walgenbach, A. Borkenhagen, A. Rohde (2008): Brustaugmentation und Schamlippenreduktion – für die moderne Frau ein Muss?, in: *Der Gynäkologe.* 41(12), 995-1004 doi:10.1007/s00129-008-2239-0

Conroy RM. Female genital mutilation: whose problem, whose solution? *BMJ.* 2006 Jul 15;333(7559):106-7. doi: 10.1136/bmj.333.7559.106. PMID: 16840444; PMCID: PMC1502236

Michala L, Koliantzaki S, Antsaklis A. Protruding labia minora: abnormal or just uncool? *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2011 Sep; 32(3):154-6. doi: 10.3109/0167482X.2011.585726, Epub 2011 Jun 23. PMID: 21696338

Kalampalikis, A., Michala, L. Cosmetic labiaplasty on minors: a review of current trends and evidence. *Int J Impot Res* 35, 192-195 (2023), <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00480-1>

Michala L. The adolescent and genital dissatisfaction. *Clin Obstet Gynecol.* 2020;63:528-35

Intimchirurgie: Riskante Operation unter der Gürtellinie, Spiegel Online 06.03.2013, abgerufen am 01.09.2023

03.-05.11.2023 Gesundheitspolitisches Forum des vda* und Solidarischen Gesundheitswesens zum Thema »Kritische Medizin von damals bis heute – der Marburger Kongress 1973 als Impulsgeber für den Kampf um ein Solidarisches Gesundheitswesen«

Barrierefreiheit in der Münchner Medizin

Antonella Opdensteinen, Nele Guderian, Helene Schricker und Julius Poppel haben die Münchner Arztpraxen auf Barrierefreiheit geprüft. Daraus entstanden sind dieser Text und die Fotos in dieser Ausgabe.

Die hier im Heft abgebildeten Fotos, die wir für eine Ausstellung gemacht hatten, stellen unsere erste Beschäftigung mit dem Thema Inklusion in der Medizin dar. Sie sind als ein Prozess der Auseinandersetzung zu verstehen, den wir mit Ihnen teilen möchten. Auch wir fordern eine Thematisierung von Behinderung im Medizinstudium. Zudem möchten wir auf die in Deutschland fehlende Chancengleichheit und Inklusion im Medizinstudium aufmerksam machen. Im Rahmen des Entstehungsprozesses haben wir verschiedene ambulante Gesundheitseinrichtungen in München besucht und mit Betroffenen gesprochen. Die dabei entstandenen Gedanken und Eindrücken haben wir versucht, in folgenden Texten und Bildern zum Ausdruck zu bringen.

Zum Jahresende 2019 wurden in Deutschland 7,9 Millionen schwerbehinderte Menschen gezählt, das sind fast 10% der Bevölkerung. In der Bevölkerungsgruppe der über 64-jährigen sind sogar über 25% der Menschen schwerbehindert (Statistisches Bundesamt 2021). Dementsprechend häufig sind daher die Berührungspunkte mit Behinderung, Beeinträchtigung und Barrierefreiheit im medizinischen Alltag. Dennoch findet sich der Themenkomplex Inklusion nicht im Medizinstudium in Deutschland wieder. Es ist also nicht verwunderlich, dass die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung weiterhin mit großen Hürden und Wissenslücken verbunden ist. So beschwerten sich Betroffene und Vertreter*innenverbände schon lange und weiterhin, wie beispielsweise am Internationalen Protesttag für Menschen mit Behinderung am 5. Mai 2021 hier in München.

Nach der 2015 verabschiedeten UN-Behindertenrechtskonvention haben Menschen mit Behinderung ein Recht auf ungehinderten Zugang zur medizinischen Versorgung. Diese ist jedoch aufgrund fehlender Barrierefreiheit häufig schwierig bis unmöglich. Im Gegensatz zu öffentlichen Einrichtungen besteht nämlich für Praxen keine Verpflichtung auf einen barrierefreien Zugang. Dies schließt immer noch viele Betroffene von der Gesundheitsversorgung vor Ort aus. Durch die Covid-Pandemie haben sich diese Bedingungen weiterhin verschlechtert. Frauke Schwaiblmair, Vorsitzende des *Behindertenbeirates BBLKM*, forderte am Aktionstag: «Medizinisches Fachpersonal muss besser im Umgang mit den unterschiedlichen Bedarfen von Menschen mit Behinderung ausgebildet sein. Und der erhöhte Zeitbedarf muss angemessen honoriert werden!«

Viele bauliche und strukturelle Aspekte einer medizinischen Praxis können für Menschen mit Mobilitätseinschränkung hinderlich sein. Einige der Gegebenheiten lassen sich nicht ganz aus der Welt räumen. So werden nicht ebenerdige Praxisräume immer mittels Aufzug, Rampe oder Rollstuhllift erreichbar bleiben müssen. Auch enge Gänge oder zu schmale Aufzüge können für Rollstuhlfahrer*innen oder Menschen mit Gehhilfen zum Hindernis werden und können, wenn überhaupt, nur



durch sehr teure Umbaumaßnahmen behoben werden. Dennoch lassen sich einige Vorkehrungen treffen, um den Zugang zur Praxis zu erleichtern. Türklinken und Klingeln können beispielsweise rollstuhlnah angebracht werden. Auch Namensschilder und Öffnungszeiten können in doppelter Ausführung auf unterschiedlicher Höhe installiert und beispielsweise auch in Brailleschrift angebracht werden. Eine hohe Theke am Empfang dient zwar zum Teil für Mitarbeiter*innen als Sichtschutz, stellt jedoch auch eine Barriere für Menschen im Rollstuhl dar. Wie unzureichend jedoch die Ausstattung deutscher Praxen ist, zeigte eine Studie der *Stiftung Gesundheit*. Danach verfügt etwa nur ein Drittel der Praxen in Deutschland über wenigstens eine Vorkehrung der Barrierefreiheit. Die häufigste ist der stufenfreie Zugang. Viele Praxen sind außerdem rollstuhlgerecht, bieten einen Aufzug oder Behindertenparkplätze. Erst auf Platz neun stehen Orientierungshilfen für Sehbehinderte, die 4.820 Ärzt*innen bieten. In München sind mehr als 8.000 Ärzt*innen tätig, dennoch fehlt eine offizielle Angabe zu Barrierefreiheit in ihren Praxen. Der *Club Behinderter und ihrer Freunde e.V. München und Region (CBF)* betreibt ein Suchportal für rollstuhlgerechte ärztliche und therapeutische Praxen: 3.868 Stellen in München und im Umland kommen für Rollstuhlfahrer*innen infrage.

Für Menschen mit Sehbeeinträchtigungen gibt es mittlerweile einige digitale Werkzeuge, welche die Verwendung nicht barrierefreier Internetseiten ermöglichen.

Dennoch können gewisse Anpassung der eigenen Website den digitalen Zugang deutlich angenehmer und inklusiver gestalten. Eine übersichtliche Seitenstruktur mit Überschriften, Absätzen und Listen sowie eine flexible Darstellung, das heißt die Anpassungsmöglichkeit von Kontrast, Farbe und Textgröße können schon viel bewirken. Zudem bietet es sich an, Textalternativen für Nicht-Text-Inhalte wie Bilder zu verfassen, damit Screenreader die Möglichkeit haben, diese zu verwenden. Ein etwas aufwändigerer Schritt ist eine Alternativdarstellung der Website in leichter Sprache. Insgesamt lässt sich jedoch sagen, dass sich digitale Barrierefreiheit nicht nur auf körperliche Einschränkungen wie Blindheit oder Schwerhörigkeit beziehen sollte, sondern auch auf alltägliche Beeinträchtigungen wie zum Beispiel schlechten Empfang, eine laute Umgebung oder die fehlende Möglichkeit, Ton abspielen zu können. Websites und digitale Inhalte sollten einfach und übersichtlich gestaltet sein. Oft ist weniger mehr. Wichtig sind klare und genaue Angaben, insbesondere auch zu Praxisausstattung und Angebot. Besonderen Wert sollte dabei auf die Anfahrtsbeschreibung und den Praxiszugang gelegt werden: In welchem Haus und Stock befinden sich die Räumlichkeiten, wie ist der Zugang gestaltet, wo befinden sich die Parkplätze?

Für die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung existiert mittlerweile eine Vielzahl an medizintechnischen Hilfen. Die schon erwähnten baulichen und strukturellen Gegebenheiten wie stufenlose Zugänge,



selbstöffnende, breite Türen und geräumige Fahrstühle oder eine rollstuhlgerechte Toilette sind dabei nur der Anfang. Zudem sollte darauf geachtet werden, dass genügend Sitzgelegenheiten vorhanden sind, hier sind vor allem Stühle mit Armlehnen zum Abstützen gut. Handläufe und Stützgriffe zum Festhalten und rutschhemmender Bodenbelag senken das Risiko von Stürzen. Außerdem sollte auf Stolperfallen wie Kabel geachtet und bei Bedarf eindeutig markiert werden. Insgesamt sollten schwierige oder wichtige Stellen wie große Glasflächen, Stufen oder Türschwellen in gut lesbarer Schrift beschriftet sein. Ausreichende und blendfreie Beleuchtung und die Verwendung von Brailleschrift unterstützen Menschen mit Sehbeeinträchtigung. Höhenverstellbare und unterfahrbare Behandlungsliegen ermöglichen Menschen im Rollstuhl oder mit Mobilitätseinschränkungen eine angenehmere Mobilisierung zur Untersuchung oder Behandlung. Ein Hebelift zählt zwar sicherlich zur Sonderausstattung, ist aber je nach Patient*innenkollektiv mittlerweile keine unbezahlbare Anschaffung. Grundsätzlich sollte für die Patient*innen gelten: Kein Stress beim Praxisbesuch. Zu eng getaktete Termine verursachen Zeitstress und erschweren unter anderem den Zugang.

Mit mangelnder Barrierefreiheit verbinden wir zunächst das Fehlen eines rollstuhlgerechten Zugangs oder ähnliche Einschränkungen für Menschen mit körperlicher

Behinderung. Eine Studie zu Barrierefreiheit für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zeigt jedoch auch hier erhebliche Mängel auf. Gemeint sind dabei Menschen, die in ihrer psychischen Gesamtentwicklung und Lernfähigkeit so beeinträchtigt sind, dass sie voraussichtlich lebenslange soziale und pädagogische Unterstützung benötigen. So zeigte sich, dass eine der größten Barrieren der gleichberechtigten Teilhabe am Gesundheitssystem das Fehlen von Informationen über gesundheitsspezifische Fragen, wie beispielsweise über Verhütung, Menstruation und Menopause sowie Brustkrebsvorsorge ist. Weitere Barrieren werden darin gesehen, dass Ärzt*innen, Krankenpflegepersonal und Beratungspersonen nur geringe Erfahrung im Kontakt mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben und es zudem zu wenige Angebote gibt, die sich speziell an diese Personen richten. Außerdem wird eingeschätzt, dass viele Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen keine Vertrauensperson an ihrer Seite haben, mit der sie gesundheitliche Probleme oder körperliche Auffälligkeiten besprechen könnten. So bleiben häufig Symptome unentdeckt oder werden teilweise auf die kognitive Beeinträchtigung zurückgeführt. Dies gilt insbesondere für psychische Erkrankungen. Zu enge oder überfüllte Wartezimmer können für bestimmte Personen anstrengend sein und zur Überforderung führen. Auch komplexe Fragebögen zur Anamnese des gesundheitlichen Zustands können eine Barriere sein. So wird beispielsweise betont, dass Kinder und Jugendliche mit kognitiven Beeinträchtigungen bei Studien zur Gesundheit unterrepräsentiert sind, da keine barrierefreien Erhebungsinstrumente zur Verfügung stehen.

- https://www.barrierefrei.bayern.de/magazin/besucht_barrierefreie_arztpraxis.php
- <https://www.arzt-auskunft.de/muenchen/>
- <https://www.cbf-muenchen.de/arzt-suche>
- <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/67819/Studie-Barrierefreiheit-in-Arztpraxen-oft-unzureichend>
- Holleder, Alfons: «Barrierefreiheit als (k)ein Qualitätskriterium in der ambulanten Gesundheitsversorgung», Public Health Forum, vol. 27, no. 3, 2019, pp. 214-216, <https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0038>
- <https://www.gfdb.de/digitale-barrierefreiheit>
- <https://www.einfach-fuer-alle.de/blog/id/2793/>
- Trescher, Hendrik: Kognitive Beeinträchtigung und Barrierefreiheit. Eine Pilotstudie, Bad Heilbrunn 2018, – (Klinkhardtforchung) – URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-160438 <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0111-pedocs-160438>

PlanB.hamburg – gescheitert

Transparenz über Zugangsbedingungen in Hamburger Arztpraxen

Von Kerstin Hagemann

Es begann mit einer Recherche: Wo finde ich im Hamburger Stadtteil Alsterdorf eine gynäkologische Praxis, die für Rollstuhlnutzerinnen zugänglich ist? Es fiel zuerst auf, dass die veröffentlichten Informationen weder zuverlässig noch vollständig sind. Nur über wenige Arztpraxen gibt es überhaupt Angaben dazu, ob zum Beispiel Stufen vorhanden sind oder ein Assistenzhund mitgebracht werden darf. Missverständlich sind genutzte Begriffe wie »behindertengerecht« oder »bedingt barrierefrei«. Sie sagen nichts über die tatsächlichen Zugangsbedingungen aus. Immer wieder werden Zahlen veröffentlicht, wie viele Praxen angeblich barrierefrei zugänglich sind oder ein, zwei oder drei Kriterien zur Barrierefreiheit erfüllen.

Dabei kann es überhaupt keine Daten dazu geben, da die Bedingungen nirgends erfasst werden.

Das wollten wir ändern und haben ein Projekt initiiert, das zuverlässige und detaillierte Informationen zur Barrierefreiheit in Arztpraxen erhebt und dann veröffentlicht. Die AOK Rheinland/Hamburg hat das Vorhaben vier Jahre lang bis Ende 2019 finanziert. Wir haben zuerst Kriterien zur Barrierefreiheit gesammelt und uns bei Verbänden von Menschen mit Behinderung rückversichert, ob wir an alles gedacht haben. Was ist wichtig für den Arztbesuch? Gehörlose brauchen eine Praxis, in der auch schriftlich Termine verabredet werden können. Menschen mit einer Gehbehinderung achten auf eine gute Verbindung mit Bus oder Bahn. Rollstuhlnutzer*innen brauchen ein geräumiges WC und jemand im E-Rolli will sicher sein, dass die Fahrstuhltür breit genug ist. Aus den Kriterien haben wir eine Checkliste mit konkreten Fragen entwickelt, die dann bei Besuchen in den Arztpraxen beantwortet wurden.

Nach der Erfassung erhielten die Arztpraxen die Zusammenfassung der Ergebnisse sowie ein kleines Handbuch mit weitergehenden Informationen. Mit schriftlicher Zustimmung zur Veröffentlichung wurden die Informationen in unserer WebApp *PlanB.hamburg* angezeigt.

Unser Ziel war, ein Instrument für die Erfassung von Kriterien zur Barrierefreiheit in Arztpraxen zu entwickeln und diese Informationen für die Suche nach passenden Praxen für Patient*innen mit Behinderung zu veröffentlichen. Das war uns mit der WebApp gelungen!

Trotzdem ist das Projekt an der mangelnden Resonanz der Hamburger Ärzteschaft und ihrer Vertretung gescheitert.

Es war von Anfang an schwierig, Ärzt*innen für eine Teilnahme zu gewinnen. Im Praxisalltag kommt eine Erhebung vor Ort ungelegen. Viele halten das Vorhaben für überflüssig, weil zum Beispiel eine Stufe vor der Tür ist und sie meinen, damit ja nicht barrierefrei zu sein. Wir erklären, dass Stufen für viele kein Problem sind und die Praxis vielleicht durch andere

Ausstattungsmerkmale gut aufgestellt sein kann. Andere - und zwar erschreckend viele - äußern unverblümt, dass sie kein Interesse haben, Patient*innen mit Behinderung zu behandeln.

Barrierefreie Praxen, die offen sind für die Versorgung von Menschen mit Behinderung, wollen keine Veröffentlichung der Angaben, damit keine zusätzlichen Patient*innen »angelockt« werden. Verständlich, denn diese Ärzt*innen behandeln überdurchschnittlich viele Patient*innen mit Behinderung, weil ihre Kolleg*innen das nicht tun.

Ende des Jahres 2022 waren in Hamburg 5.100 Ärzt*innen niedergelassen und unser Projekt war mit **einer** Teilzeitmitarbeiterin ausgestattet. Uns war klar, ohne Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg kommt es viel zu langsam voran. Die KV Hamburg hat die besten Voraussetzungen, ihre Mitglieder für das Thema zu sensibilisieren und sie aufzufordern, einer Erfassung der Zugangsbedingungen zuzustimmen. Wir waren zuversichtlich, dass mit dieser Verabredung die Zahl der teilnehmenden Arztpraxen rasch steigen würde. Die Erwartungen haben sich nicht erfüllt.

Weiterhin mussten wir die Praxen akquirieren, Absagen notieren, in Warteschleifen geduldig bleiben und immer wieder erklären, warum Transparenz über die Zugangsbedingungen für viele Bürger*innen wichtig ist. Mit dem Recht auf freie Arztwahl (§ 76 SGB V) und dem auf eine gleichwertige, diskriminierungsfreie gesundheitliche Versorgung (Artikel 25 UN-Behindertenrechtskonvention) haben wir an dieser Stelle nicht argumentiert.

Wir haben dann den Entschluss gefasst, das Vorhaben zu beenden. Ohne Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg ging es nicht weiter und diese hält weiterhin die Angaben ihrer eigenen Arztsuche für ausreichend.

Auf der KV-Homepage heißt es dazu einleitend: »Die Angaben zur Barrierefreiheit erfolgen durch die Praxen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg kann deshalb nicht für die Vollständigkeit oder Richtigkeit dieser Daten garantieren.«

Genau so ist es also weiterhin. Die Daten sind nicht zuverlässig und Ratsuchende mit Behinderung werden sich weiterhin nicht darauf verlassen können. Und damit sind wir nach insgesamt acht Jahren Engagement wieder bei dem Ausgangspunkt unseres Projekts angekommen. Es gibt keine zuverlässigen Daten zur Barrierefreiheit in Hamburger Arztpraxen.

Kerstin Hagemann arbeitet für die Patienten-Initiative e.V. Hamburg, www.patienteninitiative.de

1 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1082560/umfrage/niedergelassene-aerzte-in-hamburg/#statisticContainer>

Ärzt*innen unter Druck

Reformen und Machtverlust der medizinischen Intelligenzia in der Türkei ab den 2000er Jahren

Toprak Erdeniz

Auch in der Türkei soll die Ära des Arztes als »Halbgott« vorbei sein, so R.T. Erdoğan. Hier hat das aber eine ganz andere Bedeutung: In der Türkei werden kritische fortschrittliche Ärzt*innen unter diesem Slogan von einem extrem konservativen repressiven politischen System stillgestellt. Toprak Erdeniz erklärt uns die Zusammenhänge.

»Die Ära des Arztes als »Halbgott« ist vorbei« (Mesude, 2022), erklärt R.T. Erdoğan, Premierminister der türkischen Republik im Jahr 2011 und fasst damit den Machtverlust der historischen medizinischen Intelligentsia zusammen. Dieser Verlust an Autonomie und Autorität der Ärzt*innen im Krankenhaus und in der öffentlichen Politik ist Folge einer Reform aus dem Jahr 2003, die als »Transformation des Gesundheitswesens« bezeichnet wird. Diese Reform, die unter der Führung der *Partei für Gerechtigkeit und Entwicklung (AKP)* und der Weltbank vorbereitet und umgesetzt wurde, verfolgte einen marktradikalen Ansatz, unter dem Vorwand, die Probleme des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in der Türkei lösen zu sollen (Yilmaz, 2013). Sie spielt auch eine wichtige Rolle bei der Bildung des Wahlkonsenses zugunsten der AKP und bei der Privatisierung¹ der öffentlichen Krankenhäuser, indem sie den Aufstieg von Krankenhäusern in öffentlich-privater Partnerschaft (PPP, »partenariat public privé«) vorbereitet. Dieser Artikel untersucht den Zusammenhang zwischen der Transformation des Krankenhaussektors und dem Prozess des Machtverlusts der Ärzt*innen.

1. Vom SSK-Krankenhaus zum PPP-Krankenhaus

Vor der Reform von 2003 war die Gesundheitsversorgung dominiert von den öffentlichen Krankenhäusern – die

verschiedenen Bevölkerungsgruppen zugeordnet waren, über die Zugehörigkeit zu einer Krankenversicherung anhand ihres Status als Angestellte, Beamte, informelle Arbeiter*innen, Rentner*innen etc. (Massicard, 2014), sowie von den Privatpraxen der Ärzt*innen. Die Krankenhäuser der Sozialversicherungsanstalt (*Sosyal Sigortalar Kurumu, SSK*), auch bekannt als Arbeiterversicherungsanstalt (1946), hatten eine Quasi-Autonomie gegenüber dem Staat mit Vertreter*innen der Arbeiter*innenschaft in ihrer Leitung (Yilmaz, 2017). Mit der Reform wurden die Krankenversicherungsträger vereinheitlicht (2006) und die Verwaltung der Krankenhäuser vom SSK auf das Gesundheitsministerium übertragen. Darüber hinaus schloss die Reform private Krankenhäuser ein, sowie private Arztpraxen aus dem staatlichen Krankenversicherungssystem aus. Dieser Kontext ebnete den Weg für private Krankenhausketten und Krankenhäuser in öffentlich-privater Partnerschaft (Stadt-Krankenhäuser, *şehir hastanesi*), die dazu bestimmt waren, die neuen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen zu werden.

Diese Veränderungen wurden durch eine starke Beeinflussung der *öffentlichen Meinung* (im Original »*orientation de l'opinion publique*«, anglehnt an Gramsci², vgl. Thomas, 2009) im Sinne einer Kritik am Gesundheitssystem vor 2002 verbreitet, wobei besonders die »langen Warteschlangen« in den Krankenhäusern des SSK hervorgehoben wurden. Diese wurden zum Symbol der alten Türkei, die aus den historischen Herrschern des »kemalistischen Establishments« hervorgegangen ist. Im Zusammenhang mit dieser »berühmten« Frage der langen War-

1 Mit dem Begriff Privatisierung beziehen wir uns auf die von Batifoulou (2014) vorgeschlagenen Kategorien der Privatisierung im Gesundheitssektor: Übertragung von Kompetenzen (an den gewinnorientierten Privatsektor), Erlernen unternehmerischen Verhaltens durch den Patienten und Übergang zum New Public Management.

2 Für Gramsci stellen Gewalt und Zustimmung eine doppelte Perspektive im politischen Handeln und im Leben des Staates dar. Dennoch definiert er die politische Hegemonie in Form der öffentlichen Meinung als Berührungspunkt zwischen Zustimmung und Gewalt (Q 7, § 83).



Zu eng für einen Elektrofahrradstuhl...

tezeit spricht Selçuk Özdağ, ein Abgeordneter der AKP, davon, »als minderwertig« oder »wie Tiere« behandelt zu werden (Asil, 2018).

Das Projekt der PPP-Krankenhäuser vollendet als letzter Schritt der Reform (2017) die Transformation der öffentlichen Krankenhäuser. Diese werden als Stadt-Krankenhäuser bezeichnet, die meist mit mehr als 1.000 Betten ausgestattet sind (z.B. Ankara Etlik Şehir Hastanesi, 4.050 Betten) und sich an ähnlichen Erfahrungen in Großbritannien orientieren (Pollock et al., 2013). Diese großen Komplexe zeichnen sich durch das Erscheinungsbild einer »Einkaufspassage« aus und wurden zum Symbol der neuen Türkei. Dieser Ansatz beinhaltet eine Gleichsetzung von Patient*in und Kund*in im Rahmen der Reform, die durch eine Neudefinition der Patient*in als Individuum gekennzeichnet ist, das in der Lage ist, ein als »Fünf-Sterne-Hotel« bezeichnetes Krankenhaus zu besuchen, selbst wenn es gesund ist (Erdoğan, Van, 2011) und das ebenso die Freiheit hat, in ein Privatkrankenhaus zu gehen. Was den Bau dieser Komplexe betrifft, so überlässt der Staat den Unternehmen, die mit dem Bau beauftragt sind, kostenlos Grundstücke in öffentlichem Besitz, zahlt 25 Jahre lang Miete an diese Unternehmen und garantiert ihnen, die Bettenzahl in der Stadt vor der Eröffnung des Stadt-Krankenhauses durch die Schließung öffentlicher Krankenhäuser anzupassen. Im Gegenzug für die Finanzierung bietet der Staat den Anbieterunternehmen das Recht, die Dienstleistungen zu betreiben (Gesetz Nr. 6428) und garantiert ihnen einen Kostendeckungsgrad von 70% pro Krankenhaus (Toker, 2022). Damit wird die Kapazität der öffentlichen Krankenhäuser eingeschränkt

und der Weg für eine Privatisierung auf nationaler Ebene geebnet, bei der die angehäuften Schulden nicht mehr privat, sondern sozialisiert und von der Allgemeinheit getragen werden. Darüber hinaus garantiert der Staat den Banken, die diese Projekte finanzieren, die Zahlung der Schulden anstelle der Projektträger, wenn diese zahlungsunfähig würden.

2. Das Ende der Ära des »Halbgott«

Die eingeleitete Reform brachte einen Machtverlust der Ärzt*innen, der damit begann, dass die Regierung die Ärzt*innenschaft in den Medien (Fernsehsendungen, Serien, Twitter) und auf politischer Ebene (politische Reden von Ministern, Präsidenten und Abgeordneten) in ein schlechtes Licht rückte. Die Ärzt*innenschaft wurde beschuldigt, für die Probleme beim Zugang zu medizinischer Versorgung sowohl in Privatpraxen als auch in Krankenhäusern des SSK verantwortlich zu sein. Dies scheint eines der wichtigsten Elemente im Prozess der öffentlichen Meinungsbildung zu sein, die für die Umsetzung der Reform notwendig war.

Um diese Dynamik zu verstehen, müssen wir bis zur Gründung der türkischen Republik zurückgehen, in der Ärzt*innen als organisierte Gruppe betrachtet wurden, die während des Aufbaus der Republik eine ideologische Rolle in der politischen Organisation spielte (Yılmaz, 2017). In der republikanischen Türkei schützten die Ärzt*innen ihren Status als Elite in der Gesellschaft und waren Teil des herrschenden Blocks. Der *Türkische Ärzteverband (TTB)* wurde 1953 gegründet, offiziell als

Dialektik der Aufklärung

Messen – für den Sarg

»Die jüdische Tradition vermittelt die Scheu, einen Menschen mit dem Meterstab zu messen, weil man die Toten messe – für den Sarg. Das ist es, woran die Manipulatoren des Körpers ihre Freude haben. Sie messen den anderen, ohne es zu wissen, mit dem Blick des Sargmachers. Sie verraten sich, wenn sie das Resultat aussprechen: sie nennen den Menschen lang, kurz, fett und schwer. Sie sind an der Krankheit interessiert, erspähen beim Essen schon den Tod des Tischgenossen, und ihr Interesse daran ist durch die Teilnahme an seiner Gesundheit nur dünn rationalisiert. Die Sprache hält mit ihnen Schritt. Sie hat den Spaziergang in Bewegung und die Speise in Kalorien verwandelt, ähnlich wie der lebendige Wald in der englischen und französischen Alltagssprache Holz heißt. Die Gesellschaft setzt mit der Sterblichkeitsziffer das Leben zum chemischen Prozeß herab.«

(Max Horkheimer / Theodor W. Adorno: Dialektik der Aufklärung, Frankfurt/M 1969, S. 250)

Berufsverband zur Unterstützung der Gesundheitspolitik. 1977 wurde der sozialistische Arzt Erdal Atabek zum Präsidenten des TTB gewählt, was einen historischen Wandel in der politischen Positionierung des Verbands widerspiegelte. Er begann nun, das universelle Recht auf Gesundheit und die Autonomie des ärztlichen Berufs gegenüber der politischen Autorität des Staates und dem gewinnorientierten Privatsektor zu verteidigen. Der Putsch von 1980, der den Weg für die Einführung eines neoliberalen Kapitalismus ebnete, unterdrückte diese Autonomie hart (u.a. durch die Inhaftierung von Atabek). Von da an wurden politische Maßnahmen ergriffen, um die staatliche Kontrolle über den TTB und den medizinischen Beruf zu festigen (ebd.).

Nach 2002 wurde der TTB von der Vorbereitung der Reform ausgeschlossen und von der Regierung aufgrund seiner Kritik an der Reform (Kritik am Markt und Eintreten für die Autonomie der Ärzt*innen) delegitimiert. Die Regierung beschuldigt den TTB, »ideologisch« und »pro Status quo« sowie korporatistisch (er würde die Interessen der vom alten System profitierenden Ärzt*innen vertreten) zu sein; Vorwürfe, die auch von der Weltbank unterstützt wurden (ebd.). Diese Diskurse beschränken sich nicht auf die Mitglieder des TTB, sondern schlossen alle Ärzt*innen ein: Das Bild von »inkompetenten«, »faulen« und »herrsüchtigen«, »gierigen« Ärzt*innen wird in diesen politischen Diskursen und in den Medien vermittelt. Die AKP beschuldigt sie, für die Probleme beim Zugang zur Gesundheitsversorgung verantwortlich zu sein, sowohl in Privatpraxen als auch in SSK-Krankenhäusern.

Ein weiteres wichtiges Element in Bezug auf die Macht der Ärzt*innen betrifft die Gesamtheit der Veränderungen ihrer Arbeitsbedingungen durch die Einführung des

neuen öffentlichen Managements: Einführung der neuen leistungsorientierten Vergütung (2006), Änderung der Bedingungen für den Nachtdienst (2010), Schließung von Privatpraxen (2010). Hinzu kommt die Entstehung einer aktiven Rolle der Patient*innen: Beschwerdesystem für Patient*innen über die Praktiken von Ärzt*innen auf der Website des Kommunikationszentrums der Präsidentschaft, Prozesse wegen Kunstfehlern (mit Urteilen, die auf Unklarheiten in der Abgrenzung von Komplikation und Kunstfehler beruhen) sowie körperliche und verbale Gewalt gegen Ärzt*innen. Diese drei Elemente werden durch das Paradoxon zwischen der Macht der Patient*innen aufgrund ihrer Kundenautorität und der von der AKP angenommenen »Rache« (gegen die historischen Eliten) auf der einen Seite und der Macht der Ärzt*innen aufgrund ihrer Wissensautorität auf der anderen Seite zu den größten Ängsten der Ärzt*innen im öffentlichen Krankenhaus.

3. Schlussfolgerung

»Bis zum Ende sind wir für den Führer [R.T. Erdoğan]! Erinnern Sie sich nicht an das, was er getan hat, was er erreicht hat? ... Jetzt schlagen wir die Ärzt*innen. Jetzt, wenn wir die Ärzt*innen nicht mögen, schlagen wir sie, wir rechnen mit dieser Bequemlichkeit ab.«

Dies sind die Worte einer Frau, die am Vorabend der Präsidentschafts-Stichwahlen (2023) zwischen AKP-Führer Erdoğan und dem Führer der *Republikanischen Volkspartei (CHP)*, dem ehemaligen SSK-Bürokraten Kemal Kılıçda-roğlu, auf der Straße interviewt wird. Die Befragte erläu-

tert den Grund für ihre Unterstützung für Erdoğan – ein Beispiel für eine veränderte Wahrnehmung des Gesundheitswesens und des Arztberufs in der Gesellschaft.

Es stellt sich die Frage: Ermöglicht eine solche Wahrnehmung die Herstellung eines gleichberechtigteren Zugangs zur Gesundheitsversorgung oder einer gleichberechtigteren und gerechteren Gesellschaft? Mit dieser rhetorischen Frage versuchen wir, die politische Tendenz des zeitgenössischen Regimes zu verstehen. Die Reform von 2003 baut auf einer Politik auf, die kritisch gegenüber den Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen ist, die bis dahin auf dem beruflichen Status der Versicherten basierten, führt aber gleichzeitig neue Formen der Ungleichheit ein, die auf dem Einkommen basieren (Yilmaz, 2014). Wie dieser Artikel herausarbeitet, wäre diese neue Form der Ungleichheit nicht möglich gewesen ohne den dargestellten Prozess des Machtentzugs der Ärzt*innen.

Wenn wir also zu unserem einleitenden Zitat zurückkehren: »Die Ära des ›Halbgott‹ ist vorbei«, bleibt uns die folgende Frage zu beantworten: Was macht die neue »Ärzt*in« aus? Sie verkörpert das neue Modell des Gesundheitsdienstleisters, der durch einen Angestellten des Krankenhauses repräsentiert wird, der die wirtschaftlichen Interessen des Marktes garantiert. Beispielsweise verursachen die leistungsorientierte Vergütung, die »drei Ängste der Ärzt*innen« (offizielle Beschwerden, Prozesse, Gewalt) und die Angleichung der Patient*innen-Rolle an die Rolle der Kund*in das folgende neue Modell der Ärzt*in als Versorger: Sie verschreibt pharmazeutische Produkte und fordert (teils unnötige) Untersuchungen an; sie individualisiert sich; widmet den Patient*innen weniger Zeit; meidet Patient*innen, die sie für riskant hält, und bevorzugt weniger riskante Patient*innen, um unnötige Untersuchungen durchzuführen³. Vor diesem Hintergrund des Prozesses der (Re-)Kommerzialisierung des Gesundheitswesens lässt sich die Zunahme der Ärzt*innen-Streiks auf der einen Seite und der Abwanderungen in Privatkrankenhäuser, in den Ruhestand oder ins Ausland⁴ auf der anderen Seite begreifen.

Toprak Erdeniz ist Doktorandin in Politischer Ökonomie an der Universität Sorbonne Paris Nord und an der EHESS, unter der

- 3 Beispielsweise ist die Dauer des Krankenhausaufenthalts in der Türkei die niedrigste in den OECD-Staaten; und mehr noch, die Türkei ist der zweitgrößte OECD-Staat in Bezug auf die jährlichen Arztbesuche pro Jahr im Jahr 2019. Gleichzeitig wird die Türkei innerhalb der OECD-Staaten zum größten Verbraucher von Antibiotika (2014) und CT-Untersuchungen (2021) pro Person. Darüber hinaus wird der Gang in die Notaufnahme zu einem neuen allgemeinen Phänomen für Patienten, das ab der Einführung der Reform allmählich ansteigt und 2021 150 Millionen Notfallpatienten bei einer Bevölkerung von 87 Millionen Menschen erreicht.
- 4 Beispielsweise gingen 2012 nur 59 Ärzte ins Ausland, während es 2022 bereits 2.153 waren. Diese Auswanderung ist eine Folge der Gesundheitspolitik seit 2003. INANC, Yusuf, Salman (27.12.2022); »Turkish doctors increasingly seeking posts abroad as Covid and currency issues bite«, in middleeasteye, [online] <https://www.middleeasteye.net/news/turkey-doctors-abandon-posts-abroad-violence-low-pay-covid> [eingesehen am 03.12.2022].

gemeinsamen Leitung von Hamit Bozarslan und Samira Guennif am Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS). Ihre Forschungsschwerpunkte sind Privatisierung im Gesundheitssektor, Regimetransformation und Kapitalismus.

(Aus dem Französischen übersetzt von der Redaktion)

Bibliographie:

- ASIL Murat, (6 juin 2018) »Çevre ve Şehircilik Bakanı Özhaskei: Kayseri Şehir Hastanesi 5 yıldızlı oteller kadar lüks« dans AA [en ligne] <https://www.aa.com.tr/tr/politika/cevre-ve-sehircilik-bakani-ozhaskei-kayseri-sehir-hastanesi-yildizli-oteller-kadar-luks/1136955> [consulté le 21.12.2021]
- BATIFOULIER, Philippe, Capital santé. Quand le patient devient client, La Découverte, 2014
- BOLTANSKI, Luc; CHIAPELLO, Ève, Le nouvel esprit du capitalisme, Paris, Gallimard, 1999
- BOZARSLAN, Hamit, Crise, violence, dé-civilisation, Paris, CNRS Éditions, 2019
- IRVINE, Rob, »Fabricating ›health consumers‹ in healthcare politics«, dans HENDERSON Sara ; PETERSEN, Alan, (eds.), Consuming Health: The Commodification of Healthcare, pp. 31–46, Londres et New York, Routledge, 2002
- INANC, Yusuf, Salman (27.12.2022), »Turkish doctors increasingly seeking posts abroad as Covid and currency issues bite«, dans middleeasteye, [en ligne], <https://www.middleeasteye.net/news/turkey-doctors-abandon-posts-abroad-violence-low-pay-covid> [consulté, 03.12.2022]
- MASSICARD, Elise, »Une décennie de pouvoir AKP en Turquie : vers une reconfiguration«, Les Études du CERI, (205), 2014
- MESUDE, Ersan (07.07.2022), »Sağlıkta reform'un faturası: 10 yılda 110 bin şiddet olayı« [le bilan de réforme de la santé : 110000 affaires de violences en 10 ans], dans diken, [en ligne], <https://www.diken.com.tr/saglikta-reformunun-faturasi-10-yilda-110-bin-siddet-olayi/> [consulté le 25.08.2022]
- POLLOCK Allyson et al., »Blaming the victims: the trust special administrator's plans for south-east London«, Centre for Primary Care and Public Health, Queen Mary, University of London, Londres, 2013
- THOMAS Peter, The Gramscian Moment: Philosophy, Hegemony and Marxism, Brill, 2009
- TOKER, Cigdem, Şehir Hastaneleri: Milletin Cebinden Kamu-Özel İşbirliği [Hôpitaux urbains: Partenariat public privé de la poche du peuple], Tekin, Istanbul, 2022
- YILMAZ, Volkan, The Politics of Healthcare Reform in Turkey, Cham, Springer Nature, 2017
- YILMAZ, Volkan, »Changing Origins of Inequalities in Access to Health Care Services in Turkey: From Occupational Status to Income«, New Perspectives on Turkey, 2013, pp.55-77

Gemeinsam für Rechte und Anerkennung

Gesundheitsfachkräfte, die in Südasien an vorderster Front arbeiten, haben ein gemeinsames Dokument veröffentlicht, in dem sie Regierungen und internationale Organisationen auffordern, ihre grundlegenden Rechte anzuerkennen und zu wahren. Wir dokumentieren einen leicht gekürzten Text aus dem People's Health Dispatch.

Im indischen Bundesstaat Haryana streiken seit drei Wochen rund 20.000 kommunale Gesundheitsarbeiter*innen (community health workers). Die so genannten »Accredited Social Health Activists« (ASHAs) gehören zu den über eine Million Frauen in ganz Indien, die in ländlichen und städtischen Gebieten an vorderster Front für die öffentliche Gesundheitsversorgung zuständig sind. Obwohl sie fast 60 wichtige Aufgaben in den Bereichen Prävention, Fortpflanzung, Mutter und Kind und allgemein in der Gemeindepflege wahrnehmen, werden ASHAs von der Regierung nicht als Beschäftigte des öffentlichen Sektors anerkannt. Stattdessen werden sie als »Freiwillige« eingestuft – eine prekäre Kategorie, die diesen Frauen keine grundlegenden Arbeitsrechte und keinen Schutz bietet, wie etwa einen Mindestlohn, Krankheitsurlaub oder Renten.

Der laufende Streik in Haryana ist Teil eines langen Kampfes der ASHA-Beschäftigten um Anerkennung und gerechte Entlohnung. Seit Beginn der COVID-19-Pandemie haben sie sich an fünf landesweiten Arbeitskämpfmaßnahmen und mehreren Protesten und Streiks auf bundesstaatlicher und lokaler Ebene beteiligt und mobilisiert.

Die ASHA-Mitarbeiter in Indien sind nicht allein. Auch in anderen südasiatischen Ländern haben die Beschäftigten des Gesundheitswesens ähnliche Kämpfe ausgefochten, die von ihrem Status als Staatsbedienstete über Löhne und sozialen Schutz bis hin zu Problemen im Zusammenhang mit sexueller Belästigung und Sicherheit reichen. Beschäftigte des Gesundheitswesens in Indien, Pakistan und Nepal haben sich nun zusammengeschlossen, um eine Charta mit Forderungen zu veröffentlichen, in der sie die Regierungen und internationale Organisationen auffordern, ihre Rechte anzuerkennen und zu wahren. Das Dokument, das mit der Erklärung »Community health work is work!« beginnt, wurde von der *Global Union Federation* und der *Public Services International (PSI)* unterstützt.

»CHWs spielen eine wesentliche Rolle bei der Gesundheitserziehung, der Überwachung und bei Impfprogrammen. Durch ihre Arbeit in den Gemeinden sind sie die

wichtigsten Botschafter für die Politik und die Kampagnen der Regierung... Sie sind das Rückgrat für die Verbesserung der Mütter- und Säuglingssterblichkeitsraten in allen Ländern... Sie erkennen Fälle von Krankheiten wie Tuberkulose, Diabetes und Bluthochdruck in den Gemeinden«, sagte Kate Lappin, Regionalsekretärin für den asiatisch-pazifischen Raum der IÖD, in einer Presseerklärung.

Arbeitskräfte, nicht »Freiwillige«

Eine der Hauptforderungen der Charta ist die Anerkennung der CHWs als Beschäftigte des öffentlichen Gesundheitswesens, die Anspruch auf Löhne, Schutz und Leistungen des öffentlichen Sektors sowie auf die von der *Internationalen Arbeitsorganisation (ILO)* definierten Standards für menschenwürdige Arbeit haben. Dazu gehören eine Entlohnung, die mindestens dem geltenden Mindestlohn entspricht, Überstundenzuschläge und eine der Erfahrung entsprechende Vergütung.

Gita Thing, die Präsidentin der *Nepal Health Volunteers Association (NEVA)*, die zu den Gewerkschaften gehört, die die Charta erarbeitet haben, arbeitet seit fast 30 Jahren als Community Health Worker (*Female Community Health Volunteer – FCHV*) in Kathmandu. Während das Verhältnis von einer FCHV zu 1.500 Menschen festgelegt ist, betreuen die Community Health Worker derzeit etwa 3.000 Menschen, so Thing gegenüber *Peoples Dispatch*.

Zu den vielfältigen Aufgaben der FCHVs in Nepal gehören die Identifizierung von Tuberkulosekranken und die Verabreichung von Medikamenten, die Erfassung von Daten über schwangere Frauen, Säuglinge und Kinder unter fünf Jahren, die Durchführung von Aufklärungsprogrammen über Ernährung, Krankheiten und Hygiene, Impfkampagnen (einschließlich der Beförderung von Menschen zu Impfzentren), die Beratung zur Familienplanung und die Verhütung. Neben diesen gesundheitsbezogenen Aufgaben spielen die CHWs auch eine wichtige soziale Rolle innerhalb der Gemeinden als Vermittler bei Streitigkeiten in Haushalten und anderen Angelegenheiten. Sie haben auch die Aufgabe, Fälle von Kinderarbeit in der

Gegend festzustellen, die sie dann den Gemeindebehörden melden müssen.

Anstelle eines festen Gehalts erhalten die FCHVs in Nepal eine jährliche Reisekostenpauschale von 12.000 nepalesischen Rupien (90,3 USD). Darüber hinaus erhalten sie für die Dauer eines jeden Regierungsprogramms oder einer Kampagne, mit der sie betraut sind, ein tägliches »Taschengeld« von 400 Nepali Rupien (3 USD). »Die 400 Rupien, die wir jetzt bekommen, haben wir durch den Kampf unserer Gewerkschaft erreicht. Wir fordern nun, dass die Zulage auf 1.000 nepalesische Rupien (7,5 USD) angehoben wird.« fügte Thing hinzu.

Da es sich bei den CHWs überwiegend, wenn nicht sogar ausschließlich, um Frauen handelt, ist es auch wichtig zu wissen, dass diese Arbeit zusätzlich zur unbezahlten Arbeit der Frauen in ihren eigenen Haushalten geleistet wird. »Wir sind nicht in der Lage, unsere Familien zu ernähren und die Schulgebühren für unsere Kinder zu bezahlen. Wir raten den Familien, ihre Kinder gut zu ernähren, aber wir sind nicht in der Lage, das Gleiche für unsere eigenen Kinder zu tun«, sagte Archana Mishra, eine ASHA-Mitarbeiterin aus dem indischen Bundesstaat Uttar Pradesh und Mitglied der Hind Mahila Sabha, einer Gewerkschaft von Frauen im unorganisierten Sektor, gegenüber Peoples Dispatch. Die ASHA-Mitarbeiterinnen in Uttar Pradesh sollen ein monatliches Honorar von Rs. 2.000 (24,1 USD) von der Zentralregierung und Rs. 1.500 (18 USD) von der Landesregierung erhalten. Die Auszahlung dieses ohnehin mageren Betrags verzögert sich jedoch um bis zu sechs Monate, so Mishra.

Nach der in Indien geltenden Norm ist jeder ASHA-Mitarbeiter für eine Bevölkerung von 2.500 Menschen oder für 500 Haushalte zuständig. In Kanpur gibt es derzeit 450 ASHA-Mitarbeiter, die für eine Bevölkerung von 250.000 Menschen zuständig sind, sagte Mishra. »Was ist das, wenn nicht wirtschaftliche Ausbeutung? Wir sollten als Beschäftigte des öffentlichen Sektors anerkannt werden, unsere Beschäftigung sollte geregelt werden, damit wir wenigstens einen Mindestlohn bekommen können. Wir sollten respektiert werden, wir sollten eine Gesund-



Wo ist hier Platz für einen Rollstuhl?

heitspolitik haben, eine Gehaltserhöhung, Aufstiegsmöglichkeiten und Renten.«

In Pakistan sind die CHWs oder *Lady Health Workers (LHWs)* zwar offiziell als Arbeitnehmer*innen anerkannt, aber es gibt noch andere Probleme. »Wir setzen uns für eine umfassende Gesundheitsversorgung, regelmäßige Krankheitstests und psychologische Betreuung ein. Die Charta fordert menschenwürdige Arbeitsbedingungen, überschaubare Arbeitszeiten und gesetzlichen Schutz wie bezahlte Krankheitstage und vorgeschriebenen Mutterschaftsurlaub«, so Iram Fatima, Vorsitzende der *Punjab Ladies Health Workers Union* in Pakistan.

Das Rückgrat des öffentlichen Gesundheitssystems

In Anbetracht der entscheidenden Rolle der CHWs im öffentlichen Gesundheitssystem fordert die Charta auch die Einbeziehung der Arbeitnehmer und ihrer Vertreter in die nationale Politikgestaltung, insbesondere wenn es um die Gestaltung und Umsetzung von Protokollen für öffentliche Dienste wie die Ausschüsse für den COVID-19-Gesundheitsplan geht. »Die Regierung sagt, dass ASHA-Mitarbeiter das Rückgrat des Gesundheitssystems sind. Wenn das der Fall ist, sollten sie dann nicht das Rückgrat stärken, anstatt es zu schwächen?«

SOLIDARISCHES GESUNDHEITSWESEN



»Armut und Ausgrenzung machen krank«

Das muss und soll nicht so bleiben. Der Verein »Solidarisches Gesundheitswesen e.V.« engagiert sich für ein Gesundheitswesen, das allen Menschen einen sicheren Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung sowie Teilhabe an gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht. Wir treten für den Abbau gesundheitsgefährdender Verhältnisse in Gesellschaft und Umwelt ein. Und wir wollen uns besonders dafür einsetzen, dass bisher sozial und ökonomisch benachteiligte gesellschaftliche Gruppen (z.B. Arme, Geflüchtete, Migrant*innen) an der medizinischen Versorgung und Gesundheitsförderung teilhaben können. Wir widersetzen uns deshalb allen Tendenzen, soziale Gruppen von der medizinischen Versorgung auszuschließen oder ihre Gesundheitsressourcen zu beschneiden.

Der gemeinnützige Verein steht allen offen, die seine Ziele teilen. Wir engagieren uns in Kooperation und Vernetzung mit bereits bestehenden Organisationen und Initiativen.

Kontakt:

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.
Falkstraße 34, 60487 Frankfurt/Main
solid.g-wesen@gmx.de
<http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/>

Spendenkonto:

Bank: Frankfurter Sparkasse 1822
IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25

Die CHWs haben die Regierung auch aufgefordert, angemessene Arbeitsschutzbestimmungen einzuführen, einschließlich der Bereitstellung von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) und anderer Ausrüstung, einschließlich Sicherheitswerkzeugen und Taschenlampen, sowie Entschädigung im Falle von Krankheit oder Verletzung. Die CHWs haben auch auf die Notwendigkeit hingewiesen, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das frei von Gewalt und Belästigung ist und in dem es Möglichkeiten zur Beilegung von Beschwerden und andere Formen der Unterstützung gibt. »Unser Wohlbefinden ist wichtig, und wir verdienen das Recht auf Pflege«, hatte Iram Fatima betont.

In diesem Zusammenhang fordert die Charta die Regierungen auf, dafür zu sorgen, dass CHWs einen umfassenden Kranken- und Lebensversicherungsschutz, eine Entschädigung im Falle von Verletzungen oder Tod, auch bei berufsbedingten Reisen, regelmäßige kostenlose Tests und Behandlungen von übertragbaren Krankheiten, bezahlten Krankheitsurlaub und Mutterschaftsurlaub erhalten. Außerdem haben sie das Recht auf einen Achtstundentag und das Recht, die Arbeit individuell oder kollektiv zu unterbrechen, wenn die Arbeitsbedingungen unsicher sind oder eine Gefährdung droht. Die Regierungen müssen auch Zugang zu psychischer und psychosozialer Unterstützung in Form von regelmäßigen Untersuchungen und Beratung, nahrhaften Lebensmitteln entweder in den ausgewiesenen Gesundheitsposten oder in Form eines Lebensmittelzuschusses sowie Wohnraum für CHWs, die keinen Zugang zu angemessenem Wohnraum in der Gemeinde haben, bieten.

Schließlich wird in der Charta die Forderung nach einem »Gesundheitssystem, das der Gesundheit Vorrang vor dem Reichtum einräumt« und auf dem Grundsatz beruht, »dass jeder eine Versorgung erhalten kann und muss«, erhoben.

(Quelle: Dies ist ein von der Redaktion leicht gekürzter Text aus People's Health Dispatch September 09, 2023 by Tanupriya Singh, <https://peoplesdispatch.org/2023/09/09/community-health-workers-in-south-asia-forge-joint-struggle-for-rights-and-recognition/?ref=peoples-health-dispatch.ghost.io>)

Lesen Hören Lesen

– Empfehlungen –

Lesen: kultuRRevoluTion – zeitschrift für angewandte diskurstheorie, herausgegeben von Jürgen Link in Verbindung mit der Diskurswerkstatt Bochum.

(<https://zeitschrift-kulturrevolution.de/>)

Die kultuRRevoluTion bringt ständig diskurstheoretisch orientierte Beiträge über verschiedene Bereiche, beschäftigt sich intensiv mit: Normalismus. Das vergessene Dispositivnetz »moderner« Kulturen: Was sind verdatete Gesellschaften – wie stellen sie Normalitäten (und »Anormalitäten«) her und warum.

Malone Mukwende / Peter Tamony / Margot Turner: Mind the Gap. Handbook of clinical signs in black and brown skin, kann kostenlos unter folgender Website heruntergeladen werden:

<https://www.blackandbrownskin.co.uk/mindthegap>

Die Veröffentlichung *Mind the Gap* (2020) ist ein klinisches Handbuch über dermatologische Erkrankungen und Symptomen bei nicht-weißer Hautfarbe. Es wurde im Rahmen eines Partnerschaftsprojekts zwischen dem Medizinstudenten Malone Mukwende, der Dozentin für Diversität und medizinische Ausbildung Margot Turner und dem Dozenten für klinische Fähigkeiten Dr. Peter Tamony an der St. George's University of London erstellt. Das Ziel des Handbuchs sei es – so Mukwende – Studierende der Medizin und anderer Gesundheitsberufe darüber aufzuklären, dass sich dermatologische Erkrankungen sowie anderweitige Symptome bei dunklerer Haut anders als üblich gelehrt präsentieren. Dies ist etwas, das in medizinischen Lehrbüchern nicht häufig vorkommt, da es einen »white skin bias« gebe.

Anja Herrmann, Tae Jun Kim, Evangelia Kindinger, Nina Mackert, Lotte Rose, Friedrich Schorb, Eva Tolasch, Paula-Irene Villa (Hg.): Fat Studies. Ein Glossar, transcript Verlag, Bielefeld 2022

In einer Gesellschaft, die soziale und politische Anerkennung an Körper knüpft, kommt dem Gewicht eine besonders prominente Rolle als Klassifizierungskategorie zu. Darum geht es in diesem Buch. Mit den Fat Studies hat sich ein multidisziplinäres wissenschaftliches Forschungsfeld entwickelt, das sich kritisch damit beschäftigt, wie Körpergewicht zu einer sozial gewichtigen Chiffre werden konnte und wie sich dies möglicherweise überwinden

ließe. Das Anliegen ist deshalb, die Fat Studies sichtbar, verständlich und anschlussfähig zu machen sowie ihre theoretischen und empirischen Perspektiven vorzustellen. »Fat Studies. Ein Glossar« versteht sich als Nachschlagewerk, das eine Vielfalt an Perspektiven, Themen und Methoden versammelt. Für jene, für die das Feld noch fremdes Terrain ist, versteht sich der Band als Einladung, sich neuen Denkweisen zum Dicksein anzunähern, die kritische Distanz zu den hegemonialen problemfixierten und stigmatisierenden Narrativen herstellen. Für jene, die mit den Fat Studies bereits vertraut sind, liefert das Buch einen breiten Überblick zum aktuellen internationalen Forschungsstand, zu zentralen Themen und Protagonist*innen des Feldes.

Lesen: Andrea Schöne: Behinderung und Ableismus, 2., ergänzte Auflage, Unrast Verlag, Münster Juli 2023, ISBN: 978-3-89771-152-5, 92 Seiten, 8,90 €

Aus der Verlagsankündigung: In den letzten Jahren haben Behindertenrechtsaktivist*innen den Begriff »Ableismus« in den Diskurs eingebracht, da er das strukturelle System der Diskriminierung und Unterdrückung behinderter Menschen, das sich auf verschiedenste Weise und mit zahlreichen Wechselwirkungen durch all ihre Lebensbereiche zieht, sehr viel tiefer zu fassen vermag als »Behindertenfeindlichkeit«. Um zu veranschaulichen, wie tief verankert die strukturelle Form der Diskriminierung behinderter Menschen in unserer Gesellschaft ist, legt die Autorin die historischen Wurzeln von Ableismus frei. Dabei richtet sie ihren Fokus auf Alltagsableismus und hinterfragt ableistische Sprachmuster, Stereotype und Phänomene wie beispielsweise Inspiration Porn. Das Buch macht deutlich, dass Denksysteme und gesellschaftliche Strukturen, die auf Leistungsfähigkeit beruhen, in der modernen »Burnout-Gesellschaft« auch die Lebenswelt nichtbehinderter Menschen prägen, was diesen meist gar nicht bewusst ist. Es enthält zudem Tipps und Empfehlungen für Nichtbehinderte, die einen Weg raus aus der ableistischen Gesellschaft suchen und sich gegen Ableismus verbünden möchten. Und nicht zuletzt ist es Ausdruck seines Anliegens: durch »Disability Pride« der nichtbehinderten Mehrheitsgesellschaft ein Bild von Behinderung entgegenzuhalten, das dem Facettenreichtum der Realität endlich zu seinem Recht verhilft.

der Marburger Kongress von 1973 als Impulsgeber für den Kampf um ein solidarisches Gesundheitswesen

3.–5. November 2023 im Technologie- und Tagungszentrum in Marburg

Programm

Freitagabend, 3. November

- 19:30 **Marburger Kongress 1973 – Geschichte, Fragestellungen, Teilnehmende, Rezeption damals und später**
- Begrüßung durch den Oberbürgermeister der Stadt Marburg, Thomas Spies
 - Hans-Ulrich Deppe: Aufbruch in die Kritische Medizin – Gesellschaftliche, politische und kulturelle Hintergründe des Kongresses
 - Luca Baetz, Phil Dickel und Bernhard Winter fragen Zeitzeug*innen: Winfried Beck, Hans-Ulrich Deppe, Wulf Dietrich, Udo Schagen u.a.

Gesundheitspolitisches Forum von vdää* und Solidarisches Gesundheitswesen e.V.

Samstag, 4. November

- 09.00 **Begrüßung**
- 09.15-10.45 **Panel I Geschichte des vdää*, der Kritischen Medizin, der Ärzteopposition, des Bunds gewerkschaftlicher Ärzte**
- Abgedriftet: »Ganzheitliche Medizin« und die Folgen für die kritische Medizin – Nadja Rakowitz
 - Verlorengegangen: Gewerkschaftliche Orientierung – Udo Schagen
 - Steckengeblieben: Marsch durch die Institutionen – haben die Kammern noch eine Bedeutung für unsere Politik – Bernhard Winter
- 10.45-11.15 **Kaffeepause**
- 11.15-13.00 **Panel II Kritische Medizin heute**
- Politische Initiativen: vdää*, Kritische Mediziner*innen, Ärzt*inneninitiative gewerkschaftliche Organisation bei Vivantes/Berlin
 - Kritische Wissenschaft – Kritische Medizinsoziologie: Sebastian Durben, Kritische Medizin: Norbert Donner-Banzhoff
 - Kritische Praxis: Medibüros, Poliklinik, medico international
- 13.00-14.30 **Mittagspause**
- 14.30-17.00 **Workshops parallel**
1. Krankenhaus-Reformen und Kämpfe der Krankenhausbeschäftigten (auch Tarifvertrag Entlastung am Uniklinikum Gießen - Marburg) - mit Sebastian Durben, Winfried Beck u.a.
 2. Ambulante Versorgung: Gruppenpraxen damals und heute: Was waren die Probleme damals und konnten / können sie in den aktuellen Projekten vermieden werden? Sind die Bedingungen heute besser als damals? – mit Michael Janßen, Phil Dickel u.a.
 3. Psychiatrie – von der Psychiatrieenquête zur Psychiatriereform zu PEPP – Fragestellungen, Antworten, Probleme und auch Sackgassen 1973 bis heute - mit Karl H. Beine, Tobias Hofmann, Felix Ahls
 4. Reproduktive Selbstbestimmung – historische und heutige Kämpfe, Fragen, Konflikte, neue Probleme, Siege und Niederlagen - mit Kristina Hänel und Alicia Beier
 5. Gründung kritischer Organisationen wie medico international u.a. – mit Thomas Gebauer
 6. Über den ärztlichen Tellerrand – Community Health Nurses und multiprofessionelle Zusammenarbeit – mit Bernadette Klapper
- 17.00-17.30 **Kaffeepause**
- 17.30-18.30 **Aktuelles aus der Gesundheitspolitik**
- 18.30 **Abendessen**
- 19.30 **Vernetzungstreffen Kritische Mediziner*innen + Reden, Tanzen**

Sonntag, 5. November

- 09.00-14.00 **Mitgliederversammlung des vdää***
- Rechenschaftsbericht, Wahl eines neuen Vorstands etc.
 - Diskussion des neuen Kapitals des vdää*-Programms zu Klimawandel und Gesundheit

Anmeldungen sind ab sofort möglich bei der Geschäftsstelle des vdää*. Es gibt eine Bettenbörse, Kinderbetreuung ist geplant. **Preise für TN am Gesundheitspolitisches Forum (Samstag) – basierend auf Selbsteinschätzung:**

Vollzeitarbeitende 90 € | Geringverdienende 45 € | Studierende/Arbeitslose/Rentner*innen 20 €

Ermäßigung auf Anfrage; bei Teilnahme an nur einzelnen Panels ist eine Ermäßigung auf Anfrage möglich.

Bitte frühzeitig melden bei [info\(at\)vdadee.de](mailto:info(at)vdadee.de) – Tel: 06181 432 348

Die Veranstaltung wird unterstützt durch die Universitätsstadt Marburg.

