

Bernd Kalvelage

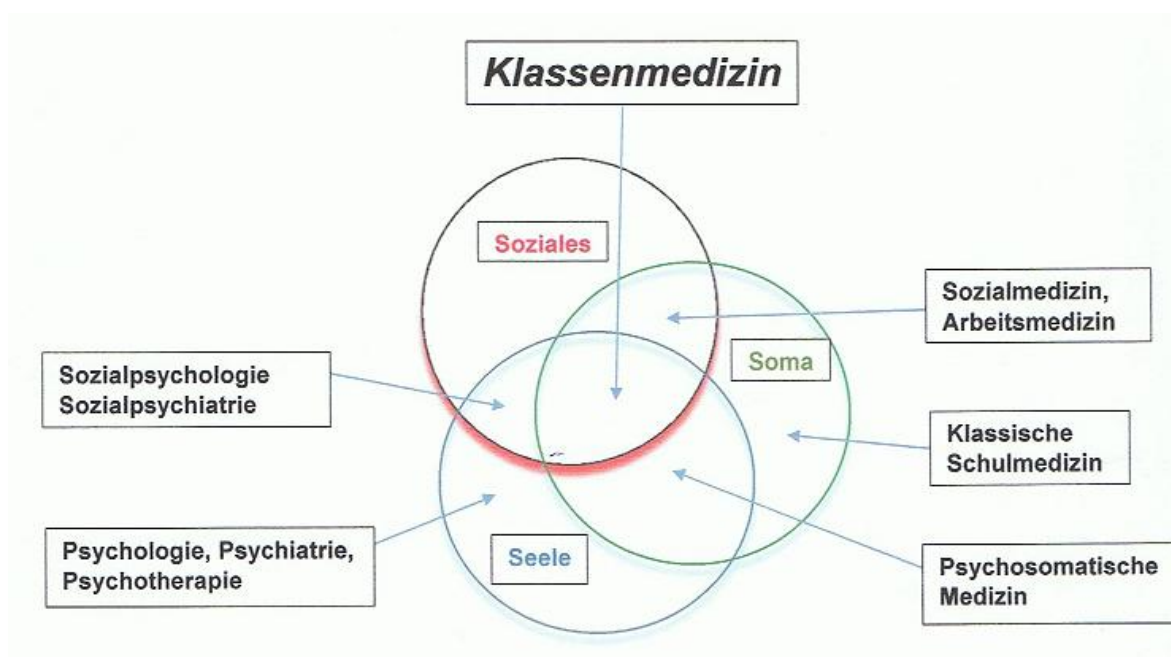
Klassenmedizin

Was ist Klassenmedizin? Was leistet Klassenmedizin in der Prävention?

Mortalität und sozioökonomischer Status

„Weil du arm bist, musst du früher sterben“, war in den 70er Jahren mehr eine - gerne benutzte - politische Agitationsformel als ein wissenschaftlich zu belegendes und belegtes Argument. Heute liegen beweisende nationale und internationale Studien vor, die die Frage, „ob“ dieser Spruch wahr ist, eindeutig bejahen, aber die nach dem „Warum“ nicht beantworten und auch nicht, warum die „Warum“-Frage zu beantworten der Wissenschaft so schwer fällt. Medizinsoziologen weisen uns darauf hin, dass das medizinische Versorgungssystem „nur“ mit ca. 30 Prozent für die Lebenserwartung und damit auch für die Ungleichheit verantwortlich ist (Rosenbrock 2014).

Unter „Klassenmedizin“ verstehe ich die bewusste Fokussierung auf dieses Drittel - nicht eine neue medizinische Disziplin, sondern die Einbeziehung der Lebenswirklichkeit zwischen dem Somatischen, Sozialen und Seelischen, die schulmedizinisch ausgeblendet wird: eine Heilkunst mit sozialem Gespür. Dafür ist ein simpler Perspektivenwechsel erforderlich: ´von oben (herab)´ wird zu ´von unten her´. Ich behaupte, eine solche Blickwendung könnte zur Klärung der „Warum“-Frage beitragen und (Be-) Handlungsalternativen aufzeigen.



(aus: Kalvelage)

Klassenmedizin hat mit Zweiklassenmedizin nichts gemein (sie ist vielmehr ihr paradigmatisches Gegenteil), weil – so paradox das klingt – sie nicht ohne Ansehen der Person behandelt, nicht alle gleich, sondern gleich gut behandelt. Klassenmedizin nimmt die unterschiedlichen Bedürfnisse, Ressourcen und Handicaps des konkreten Patienten wahr und verfügt über die medizinische und psychosoziale Kompetenz, Verständnis- und Verständigungsbarrieren in jedem Einzelfall gar nicht erst entstehen zu lassen. Sie versucht, kritisch die soziale Selektivität der Medizin mit konkreten Beispielen zu benennen und abzubauen.

Die erhöhte Morbidität und Mortalität von Angehörigen der Unterschicht erklärt sich nicht aus den soziologischen Kriterien, die wir heute zur Abgrenzung der Schichten (des sozioökonomischen Status, SES) benutzen: Beruf, Bildung und Einkommen sind nur schwach mit den Fähigkeiten korreliert, die ein Selbstmanagement (chronischer) Erkrankungen voraussetzt. Die *fehlende Erfahrung der Selbstwirksamkeit*, die schichtspezifisch unterschiedlich verteilt ist, ist *die* wesentliche Ursache, die allerdings schwerer zu quantifizieren ist.

Erfahrung der Selbstwirksamkeit

ist die auf positive Erfahrung begründete Zuversicht eines Menschen, seine Angelegenheiten überwiegend erfolgreich regeln zu können. Da ein (Medizin-)Studium ein hohes Maß an Selbstwirksamkeitserfahrung voraussetzt und mit sich bringt, passiert es im Alltag in Klinik und Praxis (und nicht nur in der Medizin) nicht selten, dass diese Erfahrung nicht mehr (dankbar und mit Demut) als etwas Besonderes wahrgenommen wird, sondern als allgemein gleich verbreitet unterstellt wird. Ein fataler Irrtum, der mental den Zugang blockiert zu den Unprivilegierten, die qua Geburt, Elternhaus, Schulbildung und Arbeitsplatz nicht die gleichen Chancen hatten wie ihr Arzt, ihre Ärztin. So entsteht oft unbewusst bereits im Studium eine *elitär-assozielle Grundimprägung*, die nur durch ein gezieltes sich „nach unten“ orientieren („*instant social descent*“ ähnlich dem „*instant aging*“, dem Erfahren der körperlichen Veränderungen des Alterns am eigenen Leib!) bewusst gemacht werden kann und dann vor einer sozialen Empathielosigkeit bewahrt:

- eigene Herkunft reflektieren
- Uni-Hierarchie kritisch wahrnehmen
- praktische Erfahrung in sozialen Einrichtungen machen, dies könnte auch zu einem Auswahlkriterium für die Zulassung zum Medizinstudium genutzt werden:
- Suppenküchen, Tafeln, Praxen in sozialen Brennpunkten
- Flüchtlingsberatungsstelle (Medibüros)
- Drogenambulanz, Beratungsstelle für Prostituierte
- psychosozialen Lernstoff mit Pflegeberufen gemeinsam absolvieren
- Protest gegen Ausgrenzung und Diskriminierung üben (Zivilcourage)
- Leitlinien und Studien, Lehrveranstaltungen und Lehrende auf eine sozial-selektive Ausrichtung ihrer Inhalte hin prüfen
- Lerngruppen vergleichbar den psychosomatisch orientierten Balint-Gruppen gründen

Aus der Kampfparole „Chancengleichheit!“ ist eine Formel geworden, die Menschen aus der Unterschicht statt zu fördern weiter diskriminiert. Thilo Sarrazin (2010 in „Deutschland schafft sich ab“) argumentiert beispielsweise, die Chancengleichheit in unserer Gesellschaft ermögliche es jedem Befähigten aufzusteigen. Wer unten verbliebe, sei selbst schuld, er habe seine Chance nicht wahrgenommen. Es nutzt aber niemandem eine deklarierte oder auch garantierte Chancengleichheit, wenn der Zugang zu den Möglichkeiten, diese wahrzunehmen, unüberwindlich verbarrikiert ist. Lehrbücher und Vorlesungen der Medizin lassen leider die Barrieren und Konflikte oft unbenannt, die im Medizinbetrieb die Chancengleichheit behindern. Auch Gesundheitswissenschaftler sollten diesen Zusammenhang mehr in den Vordergrund rücken und sich nicht nur auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen beziehen.

Einige der ärztlich zu verantwortenden Faktoren:

- IGeLn (Erbringung sogenannter individueller Gesundheitsleistungen in der Praxis gegen Bezahlung), Koppelung von GKV-Leistungen an IGeL (z.B. Augendruckmessung, siehe Fallbeispiel unten)
- 2-Kassenmedizin, Abweisung von GKV-Patienten
- bewusst verlängerte Wartezeiten für GKV-Patienten, Streiks der nichtangestellten, niedergelassenen Ärzte (mit beschämenden Parolen wie: „Ich muss sie jetzt umsonst behandeln, das Geld der Krankenkasse reicht nicht bis zum Ende des Quartals“)
- unverständliche Sprache
- Patienten-„Incompliance“ als Rechtfertigung für einen therapeutischen Nihilismus - siehe Fallbeispiele
- unreflektierte soziale Vorurteile
- Forderungen nach Rationierung ärztlicher Leistungen, die als „Priorisierung“ akzeptabel gemacht werden soll
- Beschlüsse des Deutschen Ärztetags (z.B. über die Aufhebung des Sachleistungsprinzips 2011, d.h. alle Patienten sollten Arztrechnungen bezahlen, danach Kostenerstattung durch die Krankenkasse)

Fallbeispiele:

- Eine 42-jährige Patientin kommt mit einer Überweisung vom Hausarzt: „Seit 4 Jahren Diabetes Typ 2, entgleist, aus Kosovo, Incompliance, lehnt Insulin ab, spricht kein Deutsch, Analphabetin“. Der Kollege hatte sich telefonisch bereits entschuldigt, dass er einen solchen Fall überweise. (Die Patientin war mit ihrer Tochter als Dolmetscherin und Kotherapeutin mit Insulin gut einzustellen. Ein Fall von erfolgreicher Tertiärprävention.)
- Mein Zahnarzt berichtet mir beim Bohren, er verberge Termine für GKV-Patienten nur noch in 6 Wochen, viele blieben dann weg, kein Schaden, damit kann ich nichts verdienen, und er habe auch – wie es früher war – ein Extra-Wartezimmer für Privatversicherte eingerichtet.
- Ein 62-jähriger Patient weigert sich, die Überweisung zu einem Augenarzt anzunehmen (Fundus-Kontrolle bei diabetischer Retinopathie), weil er nicht die 15 Euro für die Augeninnen-

druckmessung bezahlen könne und alle Augenärzte dies zur Voraussetzung machen für die Ausführung des Überweisungsauftrags (Wir fanden einen korrekten Kollegen für ihn.)

- Ein Kollege am neuen Wohnort einer Patientin verweigert ihr die Fortsetzung der Chemotherapie bei myelodysplastischem Syndrom. Das Mittel sei zu teuer und bringe ihn in den Regress. Er war von der bestehenden Ausnahmeregelung nicht zu überzeugen.
- Die Hepatitis C- Therapie mit Interferon wird mit gleicher Begründung von einem anderen Kollegen abgelehnt.

Praxen und Kliniken zu Lernorten machen!

Ein niedriger SES muss nicht zwingend das gesundheitliche Risiko für den Patienten erhöhen. Eine von Pädagogen als sensationell bewertete Studie der Lernforschung geht von einer ähnlichen Korrelation des Schulversagens entlang des SES bei Schülern aus, wie sie in der Medizin für Morbidität oder Mortalität der Unterschicht besteht. Hattie (2013) analysierte 900 Metastudien bei 50.000 zugrunde liegenden Studien mit insgesamt 250 Mio. Lernenden und extrahierte 135 Faktoren, die er nach ihrer Bedeutung für den Lernerfolg gewichtete. Das Ergebnis war verblüffend: *Auf den Lehrer kommt es an!* Wichtig ist, Schüler nicht zu „etikettieren“, deren Feedback zu suchen und zu berücksichtigen, „durch die Augen der Schüler zu sehen“ und klar und eindeutig zu sein. Auch der SES ist entscheidend beim Lernerfolg. Interessanterweise ist der SES der Schule noch wichtiger als der des Elternhauses.

Auf die Medizin übertragen: 1. Der Arzt und seine Haltung und Einstellungen sind ausschlaggebend für die Risikominimierung von Patienten mit niedrigem SES, er muss Partei für seine Patienten ergreifen. 2. Die Versorgungseinrichtungen in Regionen mit niedrigem SES bedürfen – im Gegensatz zum Ist-Zustand! - einer exzellenten Ausstattung. Ärzte dürfen nicht mit Verweigerung der Versorgung drohen und Patienten benutzen, um honorarpolitische Ziele durchzusetzen. 3. Wir brauchen dringend eine Reform des Medizinbetriebs, eine Änderung der zunehmend ökonomisch kontaminierten ärztlichen Grundhaltung, einen veritablen Paradigmenwechsel.

Erkenntnis und Interesse

Das geplante Präventionsgesetz spricht von „Gesundheitsförderung in Lebenswelten“. Dies geht mit Recht weit über den ärztlichen Bereich und die Krankenversorgung hinaus. Aber auch in Klinik und Praxis können (und dies ist bisher der Eigeninitiative des Arztes überlassen) soziale Ressourcen nutzbar gemacht werden. Das ist aber unser aller konkreter Arbeitsauftrag. Leitlinien gehen in der Regel auf soziale Faktoren nicht ein, die oft ihrer Umsetzung im Wege stehen. Der Vorwurf an ihre Verfasser und die universitären Träger der Arztausbildung ist: Praxisferne! Es wird meist systemkonform die, „bürgerliche“, an der Mittel-Oberschicht orientierte Medizin beschrieben und praktiziert aber kaum kritisch hinterfragt: Kassenärztliche Vereinigungen, lobbyistische Ärztevereinigungen und eine ständische, patientenfeindliche Berufspolitik (s.o.) und deren gefährliche Auswirkungen für unprivilegierte Patientengruppen werden nicht ausreichend offengelegt. Der Hinweis, wissenschaftlich sei kein Unterschied im Gesundheitszustand zwischen GKV- und den privat Versicherten festzustellen, vernebelt zum

Beispiel die hier thematisierten schichtspezifischen Unterschiede. So werden nicht nur Konflikte vermieden, es bleiben auch entscheidende Ressourcen ungenutzt.

Ressourcen nutzen!

Eine wichtige, bisher in der Praxis zu wenig genutzte Ressource ist die Familie. Erwachsene Angehörige sind vielfach hilfreich für:

- Verständigung, Verständnis, „Handling“ technischer Geräte, *Empowerment „par proxi“* (= über die Information und Befähigung des Angehörigen als Kotherapeut)
- *nachholende Erwachsenenbildung* (Gesundheitskompetenz)
- optimierte *Memotechnik*: „Vier Ohren hören mehr...“
- verbesserte *Therapietreue*
- verlässliche *Terminetreue*
- Überwindung von *Hemmschwellen* und Erkennen von *Dissimulationen* (besonders bei Männern)

Klassenmedizin und Prävention

Die Schulung und Beratung eines Patienten kann einen (*primär*)-*präventiven Effekt* auch für andere prädisponierte Familienangehörige bedeuten: gesunde Ernährung, Übergewicht vermeiden (ohne Gewichtsabnahme primär zu fokussieren, Cave Jojo-Effekt, fehlende Evidenz bzgl. kardiovaskulärer Endpunkte: siehe LOOK AHEAD-Studie 2013), vermehrte Bewegung (vermittelt nicht als „Sport“ sondern als „grundloses Bewegen von Armen und Beinen“).

Auch eine *Frühdiagnose* (=sekundär-präventiver Effekt) kann für Angehörige, Kinder oder das Umfeld bewirkt werden, weil Symptome bei Familienmitgliedern erkannt werden, z.B. durch die Blutdruckselbstmessung oder Blutzuckerselbstkontrolle mit dem Gerät des bei uns behandelten Patienten (bisher unbekannter Hypertonus oder Diabetes mellitus 2). Die Verschreibung dieser Geräte ist deshalb für diese Patienten doppelt wichtig!

Der - kaum zu überschätzende - *tertiärpräventive Effekt* (Verhütung von Folgekrankheiten) der Behandlung von als „incompliant“ oder „dumm“ abgestempelter Patienten (s.o. Fallbeispiel) kann nur erreicht werden, wenn die der „Incompliance“ immer zugrunde liegenden Widerstände als Symptom (oft von Angst, Unwissen, irreführenden health beliefs u.a.) erkannt werden und die nötige Überzeugungs-Arbeit nicht gescheut wird.

10 klassenmedizinische Gebote:

1. *Selbstwirksamkeit* vermitteln und bestärken, Partei für Patienten ergreifen und sie beschützen vor gesellschaftlichen *Vorurteilen* (Selbstverschuldung, „falsche Lebensweise“, statt Etikettierung z.B. „Incompliance“ → Widerstand als Symptom begreifen), eigene Vorurteile kritisch hinterfragen und nicht handlungsbestimmend werden lassen
2. *Ressourcen* (Familie, health beliefs) nutzen, *Handicaps* wahrnehmen („positive Diskriminierung“)
3. *leichte Sprache* verwenden
4. Praxen als *Lernorte* begreifen (didaktische Reduktion), Kooperation mit Schulen

5. *Perspektive* wechseln („instant social descent“, Hausbesuch, Sozialpraktikum im Studium, psychosoziale Fächer im Studium mit Pflegeberufen gemeinsam absolvieren)
6. *Wahrnehmung* schulen, Körpersprache verstehen
7. Team: Auswahl der Mitarbeiter und *Philosophie* von Klinik und Praxis (Tabus etablieren über Wertungen bzgl. Patienten-Herkunft, -Verhalten, - Aussehen, -Körperfülle, -Geruch...), Teambesprechungen nutzen, Klassenmedizin als Teil des Qualitätsmanagements aufnehmen
8. *Hierarchien* (Klinik) und Zugangsbarrieren (z.B. bei Psychotherapie, Wartezeiten) abbauen
9. Opponieren gegen die Standespolitik (gegen Priorisierung=Rationierung, IGeLn, fehlende Bedarfsanalyse bei Fehlversorgung und regionaler Unterversorgung, Ökonomisierung, Korruption)
10. *Zwei-Kassenmedizin* abschaffen, gleicher *Arzt-Mindestlohn* in allen Praxen plus Qualitätszuschläge für praktizierte Sozialkompetenz und Spezialisierungen, statt Quantitäten
→ Qualitäten honorieren.

Literatur / Quellen:

Rosenbrock, Rolf (2014): Massive Unterversorgung, in: Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für soziale Medizin, 1, 4-6

Kalvelage, Bernd (2014): Klassenmedizin – Plädoyer für eine soziale Reformation der Heilkunst, Springer Heidelberg

Hattie, John (2013): Lernen sichtbar machen, Schneider, Hohengehren

Kontakt

Dr. med. Bernd Kalvelage

Facharzt für Innere Medizin / Diabetologie

E-Mail: drmedbkalvelage@aol.com