

## **Gesundheit im Gespräch: Public Health Experten antworten**

Eines der wesentlichen Public Health-Konzepte stellt klar, dass Gesundheit nicht nur durch Gene, Gesundheitsverhalten und Therapie, sondern auch durch viele andere Determinanten bestimmt wird. Dazu zählen vor allem soziale Determinanten der Gesundheit, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umwelt-Bedingungen. Gesellschaftliche Gruppen, die hinsichtlich dieser Gesundheitsdeterminanten benachteiligt sind, haben auch schlechtere Gesundheitschancen. Darum fokussiert Public Health seine Forschung und Praxis auf solche vulnerablen Gruppen. Eine in den Gesundheitswissenschaften immer noch zu wenig beforschte Gruppe mit im Vergleich schlechten Gesundheitschancen sind Menschen mit Migrationshintergrund. Viele von ihnen sind nicht nur kränker als die „Mehrheitsbevölkerung“, oft kommt z.B. durch sprachlich-kulturelle Barrieren in der Krankenversorgung noch eine weitere Benachteiligung auf die ohnehin schon schlechte Gesundheit dazu. Diese Problematik war ein Kernthema der diesjährigen wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health in Linz. Einer der Plenarreferenten dieser Tagung war Prof. Dr. Oliver **Razum** von der School of Public Health der Universität Bielefeld. Seine Public Health-Forschungen und Publikationen beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit der Gesundheit sozial benachteiligter Gruppen, im Speziellen von Menschen mit Migrationshintergrund. Anlässlich seiner Teilnahme an dieser Tagung führte Mag. Werner **Bencic**, MPH (OÖGKK) mit Prof. Razum das folgende Interview.

### ***International gewinnen Public Health Konzepte wie die sozialen Determinanten der Gesundheit an Bedeutung, als Ergänzung zur traditionellen medizinischen Versorgung – warum ist das so?***

**Razum:** Bereits Rudolf Virchow, Arzt und Politiker im Berlin des ausgehenden 19. Jahrhunderts, sah soziale Ursachen der Krankheit. Er wies darauf hin, dass die Kindersterblichkeit in den armen Teilen der Bevölkerung erhöht ist. Dieses Denken hat sich in weiterer Folge z.B. in den USA kontinuierlich weiterentwickelt, in unserem Raum war ein gewaltiger Schnitt durch das rassistisch geprägte Gesundheitsdenken der Nationalsozialisten und die daraus resultierenden Verbrechen zu verzeichnen. Erst seit den 80-er und 90-er Jahren des vorigen Jahrhunderts kamen bei uns wieder soziale Determinanten der Gesundheit ins gesundheitswissenschaftliche Gespräch, vor allem seit die „Epidemie“ der Herz-/Kreislauf-Krankheiten in ihrem ganzen Ausmaß manifest wurde. Das machte verstärkte Investitionen im Bereich Prävention erforderlich. Als dann erkannt wurde, wie ungleich die Risiken für Herz/Kreislauf-Krankheiten in der Bevölkerung verteilt sind, wurden Public Health-Konzepte wie die sozialen Determinanten der Gesundheit wieder bedeutend.

***Im deutschsprachigen Raum hinkt die Akzeptanz von Public Health bei gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern – im Vergleich zu anderen Teilen Europas und der Welt – hinterher. Wie kann hier aufgeschlossen werden?***

**Razum:** Grundsätzlich wollen politische Entscheidungsträger am liebsten Konzepte für schnelle Hilfe gegen akute Erkrankungen haben, das ist den Wählern und Steuerzahlern am leichtesten zu vermitteln. Längerfristig wirksame Konzepte wie z.B. der Nichtraucher-Schutz, werden immer wieder einmal verzögert und aufgeweicht, obwohl die gesundheitswissenschaftliche Evidenz über die Wirksamkeit auf die Bevölkerungsgesundheit hundertprozentig vorliegt. Die größere Akzeptanz von Public Health-Konzepten in einzelnen Ländern wurde dort von den Public Health-Wissenschaften getrieben, und zwar bis auf die politische Bühne. Und oft findet sich eine einzelne Person als Promotor für die politische Umsetzung von Public Health. So hat eine herausragende Public Health Persönlichkeit, Prof. Pekka Puska in Finnland seit den 70-er Jahren des vorigen Jahrhunderts beginnend mit dem mittlerweile weltberühmten Nordkarelien-Projekt in Finnland eine umfassende Public Health-Orientierung der Gesundheitspolitik mit seiner persönlichen Überzeugungskraft vorangetrieben. Andernorts haben Public Health-Experten oft auch das Pech, z.B. den falschen Zeitpunkt zu erwischen. So wurde in Deutschland eine große Herz-/Kreislauf-Initiative begonnen, gerade als der allgemeine und internationale Rückgang der Herz-/Kreislauf-Mortalität sichtbar wurde, und das in Deutschland noch dazu von einem weit niedrigeren Niveau aus als in Finnland.

***Welche sind die relevantesten Zielgruppen in unseren Gesundheitssystemen, auf die Public Health fokussiert?***

**Razum:** Wie ich ja schon erwähnte, stehen die sozialen Unterschiede als Ursache für Gesundheit und Krankheit im Blickfeld von Public Health. Da in vielen europäischen Ländern diese sozialen Unterschiede leider zunehmen, fokussiert Public Health naturgemäß immer stärker auf die sozial Benachteiligten in der Gesellschaft: Arbeitslose, Migranten, Obdachlose, die Armen am Rande der Gesellschaft. Diese Gruppen leben unter schlechten Rahmenbedingungen und sie haben aber auch ein gesundheitsschädlicheres Verhalten, z.B. was das Rauchen betrifft. Schlechtere Gesundheitschancen und ungünstigeres Gesundheitsverhalten werden im Krankheitsfall dann noch durch geringere Inanspruchnahme von Krankenversorgungsleistungen verstärkt.

Ein Phänomen, das stärker als bisher mitgedacht werden sollte, ist die geographische Segregation sozial benachteiligter Gruppen. In Deutschland gibt es z.B. ganze Stadtviertel, die immer weitgehender von Arbeitslosen oder Menschen mit Migrationshintergrund, und immer weniger von Vertretern anderer gesellschaftlicher Gruppen bewohnt werden. Es entstehen „Ghettos“ sozial Benachteiligter. Nun

scheint es so, als ob diese Segregationsprozesse als weiterer Faktor gesundheitlicher Benachteiligung in Erscheinung treten. In solchen Stadtvierteln und Regionen ist die öffentliche Infrastruktur vernachlässigt, Ärzte wandern ab, Lärm- und Luftbelastungen sind ausgeprägt. Das hat konkrete Auswirkungen auf die Gesundheit und letztlich auf die Lebenserwartung der Menschen, die dort wohnen. Diese Segregation von benachteiligten Bevölkerungsgruppen ist innerhalb von Städten und Regionen zu bemerken, zwischen Städten untereinander, zwischen den alten und den neuen Bundesländern Deutschlands. Gerade der aktuelle wirtschaftliche Niedergang von Regionen wird zu regional konzentrierter Armut mit vielen sozialen Auswirkungen führen, auch mit gesundheitlichen Auswirkungen. Dazu kommt noch die innerstaatliche Migration, die durch das Entstehen von Krisenregionen ausgelöst wird. Junge Menschen, vor allem junge Frauen, wandern von Ost nach West ab, wandern vom Land in einige Städte, wo sie sich größeren Wohlstand versprechen. Diese Kontextvariablen kumulierter sozialer Benachteiligung stellen eine zunehmende neue Dimension für den Public Health-Diskurs dar. Diesen Phänomenen ist zunehmend Aufmerksamkeit zu widmen.

***Eine benachteiligte Gruppe, nämlich die jener mit Migrationshintergrund, ist zunehmend im Gesundheitsbereich präsent, als Kunde oder als Health Professional – welche Grundregeln im Umgang mit Menschen aus anderen (Gesundheits)Kulturen empfehlen Sie?***

**Razum:** Grundsätzlich gelten im Umgang mit Migranten alle Grundregeln, die mit benachteiligten und vulnerablen Gruppen innerhalb unserer Gesellschaft gelten. Zu diesen Grundregeln gehört, dass z.B. Migranten nicht nur als „vulnerabel“ gesehen werden, sie sind über weite Strecken auch eine äußerst leistungsbereite und -fähige Gruppe. Leider wird dieses Potential dann aber oft dadurch zerstört, dass sie mit wenig Chancen partizipieren können. Folge ist, dass sie zunehmend vulnerabel werden.

„Die“ Migranten sind im Übrigen keine homogene Gruppe, selbst innerhalb einer Nationalität begegnen wir Vertretern unterschiedlicher sozialer Schichten, da gibt es alle Berufe vom Arzt bis zum angelernten Arbeiter. Eine Neuausrichtung der Gesundheitsdienste in einer derartig heterogenen Gesellschaft ist das eigentliche Generalthema, Diversity Management ist ein gängiges Schlagwort dazu. Der Umgang mit Menschen unterschiedlicher sozialer Hintergründe kommt in den Krankenhäusern langsam als Thema an. Z.B. wird dort zunehmend am Respekt gegenüber den Patienten oder Klienten gearbeitet. Wenn sich dieser wertschätzende Umgang generell durchsetzt, hat natürlich auch die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund etwas davon. Natürlich gibt es auch spezifische Erfordernisse für spezifische Gruppen, für Migranten z.B. den Dolmetscher im Krankenhaus als Hilfsangebot. Solche kleineren Lösungen sind eine Hilfe, viel wichtiger wird es

allerdings sein, die großen Lösungen im Umgang mit sozial benachteiligten Menschen zur Förderung ihrer gesundheitlichen Chancen zu finden und umzusetzen.

### **Prof. Dr. med. Oliver Razum, MSc**



- ◆ Seit Oktober 2004: Leiter der Abt. Epidemiologie & International Public Health an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.
- ◆ 2003 - Sept. 2004: Oberassistent an der Abt. Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg
- ◆ 2002: Habilitation im Fach „Öffentliches Gesundheitswesen“. Habilitationsschrift: „Der Healthy-migrant-Effekt in Epidemiologie und öffentlicher Gesundheitspflege“.
- ◆ 1994 - 1995: MSc-Kurs in Epidemiologie an der London School of Hygiene and Tropical Medicine als Stipendiat des DAAD-Sonderprogramms „Epidemiologie“.
- ◆ 1994: Promotion zum Dr. med. Dissertationsschrift: Action research to improve service quality in the Expanded Programme on Immunization.
- ◆ 1990 - 1992: Acting District Medical Officer im Distrikt Chimanimani und Arzt am Chimanimani Hospital, Zimbabwe. Verantwortlich für einen Gesundheitsdistrikt mit einer Bevölkerung von 115.000 Menschen und mit 140 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Forschung u.a. zur Akzeptanz und Qualität der Impfdienste und zu Mangelernährung bei Kindern

### **Ausgewählte Publikationen:**

- ◆ Razum, O./ Altenhöner, T./ Breckenkamp, J./ Voigtländer, S.: Social epidemiology after the German Reunification: East vs. West or Poor vs. Rich? International Journal of Public Health 2008; 53(1):13-22.
- ◆ Razum, O./ Samkange-Zeeb, F.: Populations at Special Health Risk: Migrants. In: Heggenhougen, K./ Quah, S. (editors): International Encyclopedia of Public Health. San Diego: Academic Press (Elsevier); 2008. 233-241.
- ◆ Razum, O./ Zeeb, H./ Meesmann, U./ Schenk, L./ Bredehorst, M./ Brzoska, P. et al.: Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut; 2008.
- ◆ Razum, O./ Breckenkamp, J./ Reitmaier, P. (Hg.): Kindergesundheit in Entwicklungsländern. Frankfurt/M.: Peter Lang Verlag; 2008.
- ◆ Razum, O.: Globale Gerechtigkeit als Herausforderung für die angewandte Ethik. Das Beispiel Kindersterblichkeit. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2008; 51(2):184-190.