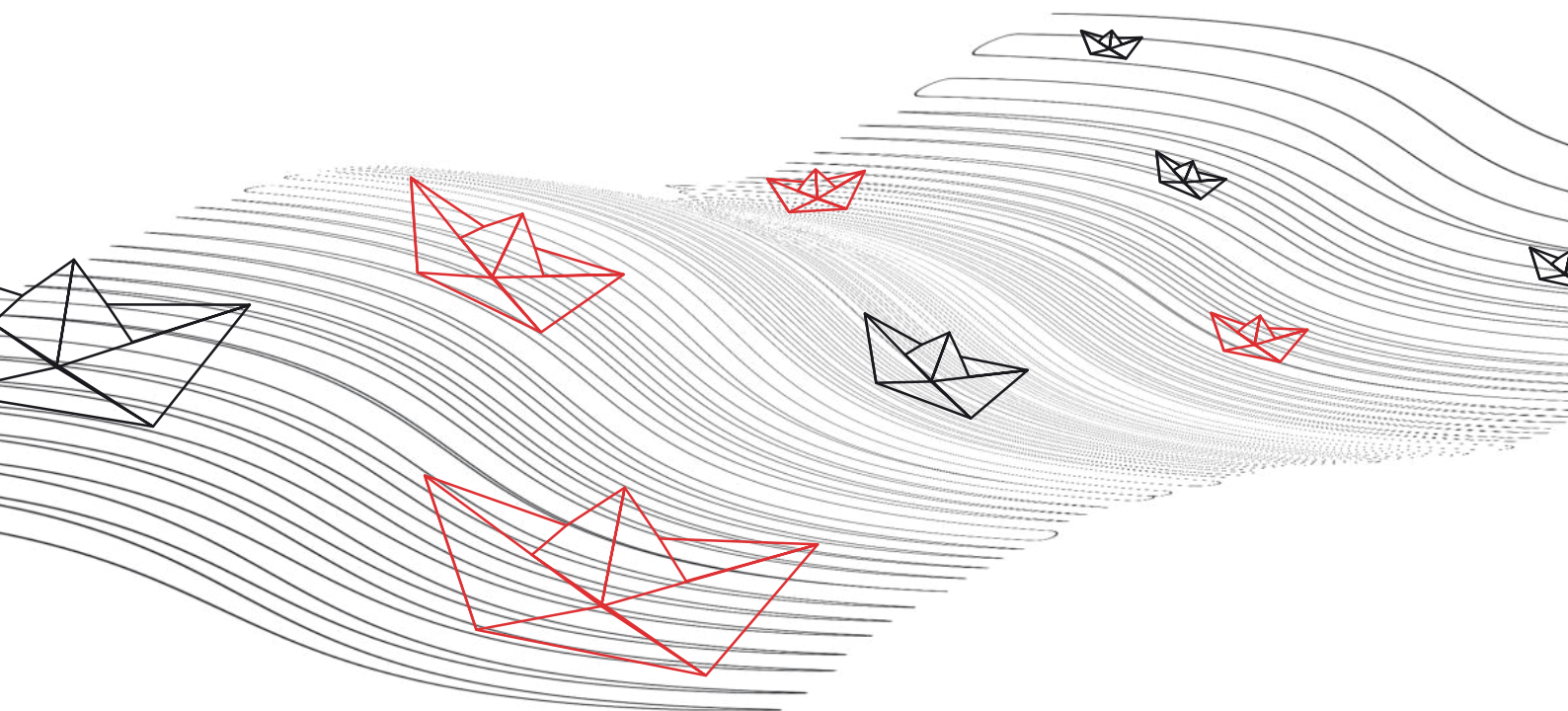


...wir sitzen eben nicht alle im selben Boot

Über soziale Determinanten von Gesundheit



Inhalt

Ein Blick auf Göttingen	01 - 03
Rechtsruck und globale Gesundheit	04 - 06
Behindert werden	07 - 08
Gender - eine kleine Einführung	09 - 10
Is it really just a kuli?	11 - 12
Calvin & Hobbes erklären DRGs	13
Rassismus und Rechts gefährden die Gesundheit	14 - 16
Selbstverständlich widerständig	17 - 18
Initiativen und Kanäle	19 - 20
Göttingen was geht?	21 - 22
Selbstverständnis	23 - 24

Zeit, Atemzuholen. Manchmal beschleicht uns dieser Tage das Gefühl, uns kaum auf die nächste Welle vorbereiten zu können, bevor sie hereinbricht. Doch dieser Sturm führt uns zurück zu uns und führt uns vor Augen, was wirklich zählt: sichere Lebensgrundlagen, menschlicher Kontakt, Gesundheit. Aber wir sitzen nicht alle im selben Boot. Wer schon zuvor durch Diskriminierung und prekäre Lebensumstände, durch Gewalt und Ausgrenzung getroffen war, dem können die Herausforderungen der Pandemie, des Rechtspopulismus und der Extremwetter umso wahrscheinlicher den Boden unter den Füßen entreißen. Als Gesundheitsprofessionelle sehen wir uns in der Verantwortung, den Hilfesuchenden gerecht zu werden. Deshalb mischen wir uns ein, wo Krankheit beginnt:

Medizin ist eine soziale Wissenschaft.

kommende Veranstaltung

Jeden Mittwochabend: Plenum. Wenn ihr dabei sein möchtet oder Fragen habt, meldet euch gerne unter info@bgmed.org oder schaut euch unsere Website an

06.-08.11.20: "Soziale Determinanten von Gesundheit in Zeiten der Krise" Gesundheitspolitisches Forum von vdää (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte) und solidarosches Gesundheitswesen e.V., online, offen für alle, Anmeldung unter info@vdää.de

12.11.20, 18:30, HS04: Unser Beitrag zur alternativen O-Phase: Strahlenkrankheit, wir zeigen einen Film über Hiroshima-Überlebende

18.11.20, 19:00, Online: Einstiegsabend, Link dazu über info@bgmed.de

24.11.20, 14:00-15:30, Online: Dr. Amma Yeboah spricht zu "Gesundheitsgefährdung durch Diskriminierung - was das System mit uns macht", Anmeldung über info@bgmed.de, Plätze sind begrenzt

2.12.20, Online: Aktionstag Medizin, Beitrag zu Schwangerschaftsabbrüchen

16.12.20, Online: Veranstaltung zu Sexismus im Gesundheitswesen

Ein Blick auf Göttingen

Klassismus, Rassismus und Wohnraumpolitik vor dem Hintergrund der Coronapandemie

Gesundheit wird von sozialen Faktoren, wie dem Einkommen, der Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen, dem Wohnort und vielen mehr beeinflusst (diese könnt ihr euch gerne nochmal in der Mind-Map anschauen). Auch der Fokus von Public Health hat sich dahingehend verschoben, weg von einzelnen Risikofaktoren wie Rauchen und Alkohol hin zu sozioökonomischen Faktoren, die den Ursprung der unterschiedlichen Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung darstellen. Unsere Lebenserwartung, wie gesund wir leben und leben können, steht in direktem Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit. Das zeigt auch das Buch Gleichheit von Wilkinson und Pickett anhand von vielfältigen statistischen Daten. Armut, Benachteiligung im Alltag, institutionelle Diskriminierung und der daraus folgende Mangel gesellschaftlicher Teilhabe stellen Gesundheitsrisiken dar. Und die Corona Krise ist ein weiterer deutlicher Beleg dafür, dass soziale Ungerechtigkeit die Gesundheit marginalisierter Gruppen überproportional gefährdet. Wir müssen nicht einmal bis in die Schlachtbetriebe von Tönnies schauen, denn auch hier in Göttingen ist dies sehr deutlich geworden.

In zwei großen Wohnkomplexen kam es im Juni 2020 zu Infektionen mit dem Corona Virus. Der kopflose Umgang der Stadt mit der Situation, die repressiven Maßnahmen von Sicherheitskräften und Polizei, sowie die rassistische Berichterstattung haben uns leider gezeigt, wo die Solidarität der Verantwortlichen endet. Als im Iduna Zentrum, ein Gebäudekomplex mit ca. 400 Wohnung am nördlichen Rand der Göttinger Innenstadt, mehrere Menschen mit dem Coronavirus infiziert waren, wurden von der Stadt die Infektionsketten sehr schnell auf so genannte „Großfamilien“, die Zuckerfest gefeiert hätten, zurück geführt. Später wurde klar, dass

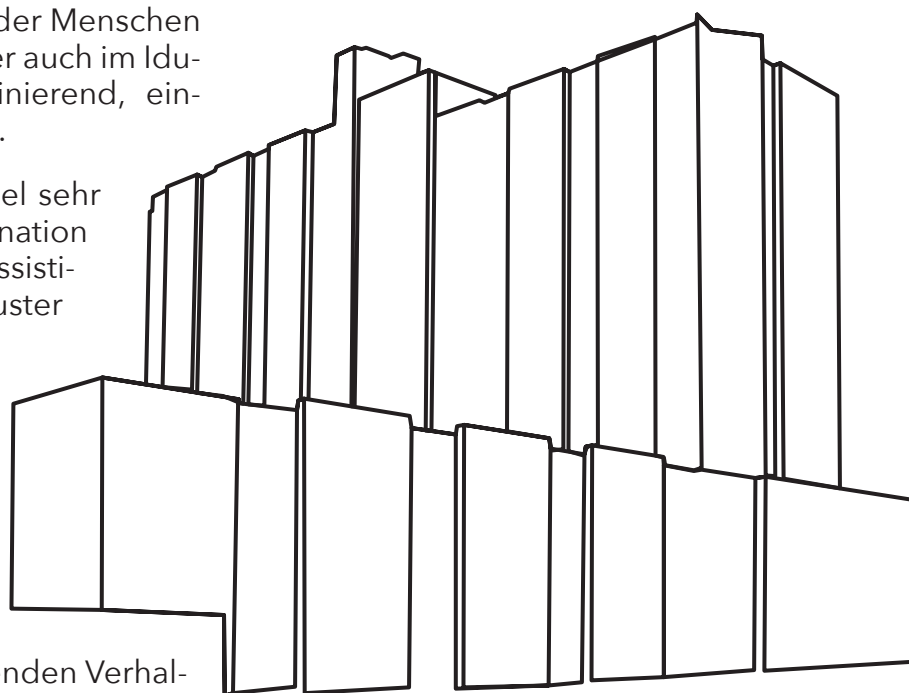
es für dieses Szenario keine ausreichenden Belege gab, und im Gegenteil ein anderer Bewohner, der positiv getestet worden war, gegen seine Quarantäneauflagen verstoßen hatte. Als es auch in dem Wohnkomplex der Groner Landstraße 9 zu Infektionen mit Covid-19 kam, hatte die Stadt nur wenig aus der Situation im Iduna Zentrum gelernt. Zwar ließ sie diesmal keine auf stereotypen Vorurteilen begründeten Vermutungen zu den Infektionsketten verlauten, aber der Umgang mit den rund 700 in dem Gebäudekomplex lebenden Menschen war geprägt von rassistischen und klassistischen Narrativen. Dort wohnen überwiegend prekarierte und migrantische Menschen, darunter viele Rom:nja und viele Menschen, die nur wenig Deutsch verstehen. Der Oberbürgermeister Köhler entschied den gesamten Wohnblock mit Bauzäunen zu umstellen und von Polizei und Sicherheitskräften abriegeln zu lassen, alle Bewohner:innen wurden unter Quarantäne gestellt. Es wurden kaum Informationen an die Bewohner:innen weitergeleitet und auch keine Versuche unternommen das Vorgehen für alle verständlich zu erklären. Die Bewohner:innen durften das Gebäude fünf Tage lang überhaupt nicht mehr verlassen, sodass ca. 600 nicht infizierte Menschen auf engstem Raum mit Corona-positiv Getesteten ausharren mussten. Diese Maßnahmen waren in keinem Sinne verhältnismäßig, um Gesundheit zu schützen, sondern gefährdete die Gesundheit der Bewohner:innen, durch das Risiko einer Infektion, fehlenden Zugang zu Lebensmitteln und die psychische Belastung. Auch die Wohnverhältnisse im Haus sind unzumutbar, auf 19 - 39 Quadratmeter leben teils Familien mit mehreren Kindern, die Flure sind eng und oft verschmutzt, Abstandhalten und entsprechend notwendige Hygienemaßnahmen sind unter diesen Umständen kaum einzuhalten. Eine Medizinstudentin, die an der Coronatestung in der Groner Landstraße 9 beteiligt war, berichtete gegenüber der jungen Welt, dass die Infektion

von weiteren Bewohner:innen unter den vor Ort gegebenen Umständen billigend in Kauf genommen wurde. Bewohner:innen berichteten über eine katastrophale Versorgungslage, vor allem für Babys und Kleinkinder. Gruppen wie Solidarisch gegen Corona Göttingen oder die Basisdemokratische Linke versuchten das Notwendigste zu organisieren und dokumentierten bei Twitter unter dem Hashtag #GronerLandVoices die Stimmen der Bewohner:innen, sowie das Vorgehen der Sicherheitskräfte. Während eine klare Gefährdungslage erkennbar war, propagierte die Stadt, dass alle Maßnahmen im Rahmen des Infektionsschutzes für die Bevölkerung erfolgen würden. Doch wer sollte hier geschützt werden? Durch dieses Vorgehen scheint es, als gehörten die Bewohner:innen der Groner Landstraße 9 für die Stadt nicht zur schützenswerten Bevölkerung. Die Vorstellung, dass im Göttinger Ostviertel, wo überwiegend weiße wohlhabende Menschen leben, ähnlich vorgegangen worden wäre, scheint absurd angesichts der Unverhältnismäßigkeit der Maßnahmen. Und so kommt mensch nicht umher zu erkennen, dass die Behandlung der Menschen in der Groner Landstraße 9 aber auch im Idu-nazentrum eindeutig diskriminierend, eindeutig rassistisch motiviert war.

Es zeigt sich an diesem Beispiel sehr drastisch die soziale Determination von Gesundheit und wie tief rassistische und klassistische Denkmuster bei den Entscheidungsträger:innen und Institutionen verankert sind. Stefan Wallfort, ein Student und Bewohner der Groner Landstraße 9 stellt in seinem Text Hinter Gittern den Zusammenhang zwischen einer Tradition rassistischer Diskriminierung von Rom:nja und dem abwertenden Verhalten der Stadt und auch der Presse gegen-

über der Bewohner:innen der Groner Landstraße 9 dar. Race beeinflusst hier also, genauso wie die soziale Herkunft, die Gesundheit. Die Menschen wurden aktiv daran gehindert ihre Gesundheit zu schützen. Und auch weitere Folgen des mehrtägigen Eingesperrtseins, zum Beispiel Arbeitsverlust oder die psychische Belastung, können sich auf die Gesundheit der Bewohner:innen auswirken.

Die schlechten Wohnverhältnisse sind nicht nur während eines solchen Horrorszenarios ein Gesundheitsrisiko, sondern generell. Auch hieran hat die Stadt durch ihr Vorantreiben der Privatisierungspolitik auf dem Wohnungsmarkt eine Mitschuld. Die privaten Eigentümer der Wohnungen investieren seit Jahren nichts, um das Gebäude ordentlich in Stand zu halten. Der angespannte Wohnungsmarkt, steigende Mieten und Diskriminierung bei der Wohnungsvergabe sorgen dann dafür, dass es für viele keine andere Möglichkeit gibt, als weiter unter widrigen Bedingungen wie in der Groner Landstraße 9 zu leben. Das zeigt uns, dass auch



Wohnraumpolitik einen Platz auf der gesundheitspolitischen Agenda verdient und wie viele andere Themenfelder bearbeitet werden muss, wenn es um eine gute Gesundheitsversorgung geht. Das Wissen um die Determination von Gesundheit durch soziale und gesellschaftliche Faktoren ist somit nicht nur ein wichtiger Hintergrund vor dem Mediziner:innen arbeiten, sondern ist auch politisch. Wir können es nutzen, um gegen diskriminierendes Verhalten von Institutionen zu argumentieren und die Kapitalisierung von immer mehr Lebensbereichen in Frage zu stellen. Denn die dadurch zunehmende Ungleichheit in der Bevölkerung hat negative Folgen für die Gesundheit aller. Gesundheitsförderung muss eine Maxime aller politischen Entscheidungen werden. Wir brauchen eine Wohnraumpolitik, die auch armen und migrantischen Menschen ein gutes Lebensumfeld bietet, eine Informationspolitik, die für alle verständlich ist und ein Krisenmanagement, eine Politik, die sich nicht nur an Konzernen und Profitinteressen orientiert, sondern auch die sozial Benachteiligten auffängt und die Grundrechte aller schützt. Nur wenn wir es schaffen die gesellschaftliche Ungleichheit anzugehen, können wir die Gesundheit für alle verbessern. Wir sollten die aktuelle Krise also nutzen, um unsere bestehende Wirtschafts- und Gesellschaftsstruktur zu hinterfragen, damit Vorkommen wie in Göttingen sich nicht wiederholen und um dem Ziel einer gerechten und nachhaltig lebenden Gesellschaft in der Gesundheit für alle möglich ist, näher zu kommen.

Rechtsruck und globale Gesundheit

Über globale Gesundheit und Einfluss von Rechts

Wir kommen heute nicht umhin uns Gesundheitsfragen im globalen Zusammenhang zu stellen. Fast ebenso wichtig wie die Frage nach globaler Gesundheit zu stellen ist dabei, aus welchen Strukturen und Annahmen heraus sie gestellt wird. Wie eng nämlich die Kommunikation über globale Gesundheit mit politischer Einflussnahme zusammenhängt, und wie sehr die Umstände der kapitalistischen Globalisierung den Diskurs bestimmen, verändert Tausende von Einzelschicksalen, betrifft das Leben auf dem Planeten direkt und persönlich.

Ein Paradigmenwechsel kostet hier Leben: 1948 noch wurde die WHO mit der Zielsetzung gegründet, das Recht auf Gesundheit global durchzusetzen. Ein universelles Gut, das wir entstellt und ersetzt sehen müssen durch das Konzept der global health security, mit der Folge, dass gerade die offizielle Kommunikation über globale Gesundheitsgefahren anschlussfähig für rechte Propaganda wird.

Recht, Geld und Macht

Wer Recht hat, ist souverän. Aber wie lange ist Recht souverän? Die Unabhängigkeit und der Geltungsbezug der internationalen Gesundheitsrechte wird zusehends ausgehebelt. Nur noch 20 % der Mittel der WHO stammen heute aus den Pflichtbeiträgen. Sie kann so nicht mehr multilateral und unabhängig reagieren. (4) Die Hegemonie der reichen Staaten und privaten Geldgebern schmälert ihre Macht, weil nach den Interessen von zweckgebundenen Zuwendungen gehandelt wird und nicht nach universellen Rechten.

Wenn unveräußerliches Recht veräußert ist,

ist das menschliche Leben der nationalstaatlichen Gesundheitspolitik ausgeliefert.

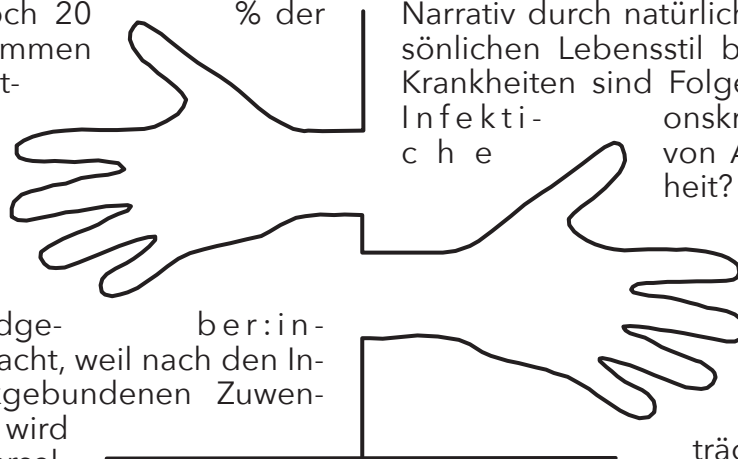
Ursache und Wirkung

Entscheidend ist, worin die Ursachen globaler Gesundheitsgefahren (v)erkannt werden. So heißt es im Programm des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in seiner selbstverpflichtenden Erklärung zu globalen Herausforderungen:

„Die Globalisierung befördert zugleich die weltweite Angleichung von Konsum- und Lebensgewohnheiten. Hiermit einher geht die Ausbreitung von nichtübertragbaren chronischen Erkrankungen insbesondere in der neuen Bürgerschicht vieler Schwellen- und Entwicklungsländer. Vermeidbare Todesfälle als Folge von Infektionskrankheiten und zunehmend von chronischen nichtübertragbaren Erkrankungen beeinträchtigen wirtschaftliches Wachstum und Entwicklungschancen sowie die soziale und politische Stabilität von ganzen Regionen. Sie sind eine wesentliche Ursache von Armut, verlorenen Entwicklungschancen, Ungleichheit und damit einhergehenden Konflikten.“(1)

Was wie eine Beschreibung der Problematik scheint, ist bei genauerer Betrachtung selbst problematisch: in der Zuordnung von Ursache und Wirkung nämlich. Gesundheitsgefahren werden biologisiert, sind in diesem Narrativ durch natürliche Faktoren und persönlichen Lebensstil bestimmt. Chronische Krankheiten sind Folge von «Entwicklung», Infektionskrankheiten die Ursache von Armut und Ungleichheit?

Damit machen wir uns passiv und lehnen einen ursächlichen Blick ab! Die globale Ungleichheit selbst trägt verheerend sowohl zu der Verbreitung von Infektionskrankheiten als auch der von chronischen Krankheiten bei; ganz zu Schweigen



davon, dass wir uns durch die massive Ausbeutung natürlicher Ressourcen neuen Gefahren aussetzen: Zoonosen wie die aktuelle Coronapandemie etwa gehen direkt auf den anthropogenen Biodiversitätsverlust zurück (2).

Anstatt die gesundheitsgefährdenden Mechanismen der „westlichen Lebensweise“ zu hinterfragen, klammert sich das BMU an marktradikale Ideologie: Die Globalisierung böte Lösungsansätze durch Logistik für Medizinprodukte und Pharmazeutische Produktion in „Schwellen und Entwicklungsländern“.

Der Marktradikalismus führt auf keinen Fall zu erhöhter globaler Gesundheit, weil er Ungleichheit nicht beseitigt, sondern zementiert. Es entsteht Überversorgung durch Medizinprodukte auf der einen Seite, Versorgungsengpässe auf der anderen. Fast ein Drittel der Weltbevölkerung hat keinen sicheren Zugang zu essenziellen Arzneimitteln! (3)

Überheblichkeit und Entwicklung

„Aus dem hohen Entwicklungsstandard des deutschen Gesundheitswesens ergibt sich zudem die Verpflichtung, die eigenen Erfahrungen beim Auf- und Ausbau des Gesundheitswesens interessierten Staaten insbesondere in Ost- und Mitteleuropa, aber auch in Asien, Afrika und Lateinamerika zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig gilt es, die Erfahrungen anderer Länder zu analysieren und in die eigenen Reformüberlegungen einzubringen.“(1)

Ungeachtet der Zerstörung, die dem (Neo-)Kolonialismus bis in die heutige Zeit weltweit Folge war, lebt die Ideologie von Überlegenheit der westlichen „Zivilisation“ gegenüber als hilfsbedürftig und unterentwickelt stigmatisierten Ländern des globalen Südens und des Ostens in der Kommunikation über globale Gesundheit fort. Sie haben sich als „interessierte Staaten“ nach den Prinzipien Europas und der USA zu richten. Diese Vorstellung von Entwicklung ist zutiefst kolonialistisch durchweht - und fügt sich ins Bild

des strukturellen Rassismus.

Gerade im aktuellen Szenario ist es also kein Wunder, dass internationale Stimmen anprangern aufstehen. So schreibt der senegalesische Autor Prof. Felwine Sarr in seinen Beiträgen für die Süddeutsche Zeitung von der rassistischen Herablassung, die furchtbare Todeszahlen in Afrika projiziert. Er zeigt die „Obszönität dieser Todesprophezeiung“ für afrikanische Länder (5) Wir sind es gewohnt, dass im globalen Süden viele Menschen sterben. Heute stellen wir uns die unbequeme Frage: warum empfinden wir dies als normal? Es bedeutet, dass wir Gesundheit diesseits und jenseits der Trennlinie kolonialer Hegemonialstrukturen anders bewerten, und, überdies, ihren Erhalt oder ihr Fehlen allein mit einer Gesellschaftsstruktur nach europäischem Bild verknüpfen.

Recht auf Gesundheit statt global health security

Aus dem Konzept der Bundesregierung zu Globaler Gesundheitspolitik:

„Die deutsche globale Gesundheitspolitik beruht auf einer realistischen Einschätzung der Chancen und Potentiale, die durch einen deutschen Beitrag zur globalen Gesundheitspolitik erzielt werden können. Hierzu konzentrieren wir uns auf fünf Schwerpunkte:

Wirksam vor grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen schützen

Gesundheitssysteme weltweit stärken - Entwicklung ermöglichen

Intersektorale Kooperationen ausbauen - Wechselwirkungen mit anderen Politikbereichen

Gesundheitsforschung und Gesundheitswirtschaft - Wichtige Impulse für die globale Gesundheit setzen

Globale Gesundheitsarchitektur stärken“ (1a)

Der Kernpunkt meiner Kritik an der Kommu-

nikation über globale Gesundheit kreist um die Frage: was sind grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren? Die Antwort fällt ins Auge, wird täglich von den Medien aufgegriffen: grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren sind grenzüberschreitende Menschen. So jedenfalls wird Gesundheitspolitik seit fünf Jahren von rechts instrumentalisiert – mit einigem Erfolg. Irreführend wird von Sicherheit gesprochen, wo Menschen in Lebensgefahr ihr Menschenrecht abgesprochen wird.

„Globale Gesundheit ist ein wichtiges Thema der G7. Deutschland engagiert sich auch im Rahmen der Global Health Security Initiative.“(1)

(Anm.: Mitglieder sind Canada, USA, Europäische Kommission, Frankreich, Italien, Japan, das Vereinigte Königreich, Mexiko, die Who und Deutschland)

Sicherheit ist ein extrem unsicherer Begriff, denn er ist nicht normativ – im Gegensatz zu Menschenrechten, und genau in diese Schwachstelle kann bricht rechte Ideologie ein und verschiebt den normativen Diskurs:

„Sicherheitspolitiker dagegen sorgen sich eher darum, wie das Elend der anderen nicht zur Gefahr für das eigene werden kann. Sie fragen nicht, wie ein würdevolles Leben für alle aussehen kann, sondern wie man Seuchen eindämmen und sich auf künftige Gesundheitsrisiken vorbereiten kann.“(3)

Tödliche Abschottung

Dem Paradigma der Sicherheit folgend, geraten wir in eine Situation der Abschottung: Finanzverteilung zugunsten von Frontex, Waffenlieferungen an subsaharische Staaten, Verantwortungsdement und Kriminalisierung von Seenotrettung und Geflüchtetenversorgung. Im Namen des Gesundheitsschutzes werden seit Monaten Menschen ihrer Freiheit und Hoffnung beraubt und in Situationen festgehalten, in denen kein Infektionsschutz möglich ist. Schon lange bevor Moria in Flammen aufging war klar: unsere Stimme als Professionelle des Gesundheits-

bereichs muss dem rassistischen Narrativ entgegenstehen. Das Konzept der global health security legitimiert Nationalismus und Verletzung von Menschen- und Völkerrecht.

Wir kommen heute nicht umhin, uns Gesundheitsfragen im globalen Zusammenhang zu stellen. Wenn wir über globale Gesundheit sprechen, sprechen wir über Menschenleben und universelle Rechte. Wir müssen Gesundheit neu denken. Eine cordon sanitaire in kolonialer Tradition, wie sie zurzeit besteht, ist keine Lösung – sie tötet.

Globale Gesundheit durchsetzen heißt gegen Rechts kämpfen! Evakuiert die Lager.

Quellen

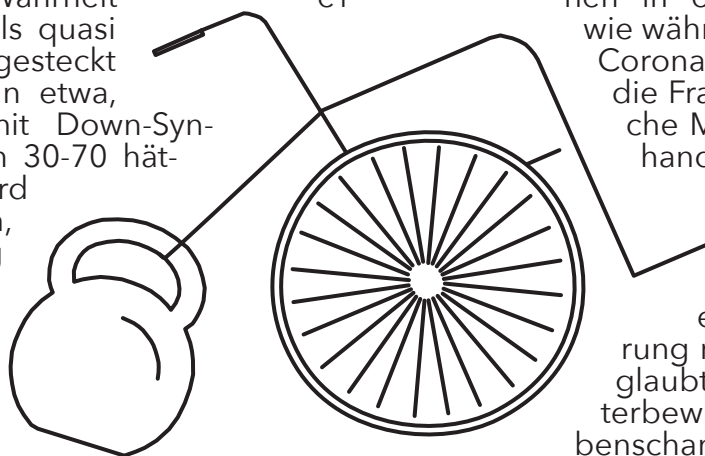
1. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/global-globale-herausforderungen.html>
(1a) Anm.Broschüre „Globale Gesundheitspolitik – Konzept-der- Bundesregierung.pdf“ ist hier runterzuladen
2. <https://www.de-ipbes.de/de/Online-Dossier-zum-Zusammenhang-zwischen-Biodiversitätsverlust-und-Epidemien-2004.html>
3. T.Gebauer, Abschottung statt Solidarität; Dr.med. Mabuse Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe Nr.238
4. <https://www.fr.de/politik/kritik-corona-who-bill-gates-interessenskonflikte-struktur-probleme-13773059.html>
5. <https://www.sueddeutsche.de/kultur/coronavirus-felwine-sarr-sengal-welt-im-fieber-1.4875023>
<https://www.sueddeutsche.de/kultur/serie-welt-im-fieber-felwine-sarr-senegal-1.4882279>
<https://www.sueddeutsche.de/kultur/coronavirus-senegal-gesellschaft-1.4869649>
6. T.Kunkel, Humanitäre Hilfe in zeiten tödlicher Abschottungspolitik; Gesundheit braucht Politik Nr.2/2017
7. Kritis on Air podcast Vol 2,3,4
8. uni-bielefeld.de/2020/04/23/gefluechtete-in-den-lagern-sind-dem-coronavirus-schutzlos-ausgeliefert/

Behindert werden

Behindert wird mensch ständig. Beim Wandern im Wald kommt einem Unterholz in die Quere, in der Bahn sind die Gänge viel zu eng, als dass der Koffer durchpassen würde, und dank des Kapitalismus ist halbwegs freie Entfaltung erst mit genügend Geld auf dem Konto möglich. Na toll. Alle diese Beispiele sind von außen kommende Ärgernisse, die uns als Betroffene aber nicht definieren, schließlich sind sich alle einig, dass hier, mehr oder weniger einfach, die Bedingungen geändert werden müssten: Die Gänge in der Bahn ein bisschen breiter, Pflege von Wanderwegen, die Errichtung einer solidarischen und herrschaftsfreien Gesellschaftsordnung... Problem gelöst! Diese Logik aber auf Menschen mit Behinderungen zu übertragen, übersteigt dann doch den Horizont von vielen¹. Dabei ist es dasselbe Wort. Trotzdem werden in der Gesellschaft insgesamt und in der Medizin Menschen mit Behinderungen oft noch vereinzelt. Behinderung wird gleichgesetzt mit Krankheit und da wissen wir: Krankheit muss geheilt werden, Krankheit ist ein Problem des Individuums und mit Leiden verknüpft.

Eine solche Herangehensweise wird (nicht umsonst) „medizinisches Modell von Behinderung“ genannt. Und tatsächlich ist es auch im Medizinstudium zu finden, zum Beispiel, wenn IQ (eine weitgehend gesellschaftlich geschaffene Kategorie) in ihrer wahrgenommenen absoluten „Wahrheit“ einer Behinderung als quasi unveränderlich angesteckt wird. Es heißt dann etwa, dass Menschen mit Down-Syndrom einen IQ von 30-70 hätten. Kein Wort wird darüber verloren, wie diese Messung zustande kommt, dass sich in den letzten hundert Jahren deren durchschnittlich gemessener IQ von 15 auf 50 gehat, also wahrscheinlich etwas mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu tun hat. Dass Intelligenztests sowieso nur Parameter messen, die ganz besonders gut die

Eignung für den kapitalistischen Produktionsprozess anzeigen, nur mal nebenbei. Das hat ganz konkrete Auswirkungen, beispielsweise darauf, ob ein Kind auf eine Sonderschule kommt oder ins normale System ein- geht, ob eine Einbahnstraße in Werkstätten für behinderte Menschen führt oder in den sogenannten ersten Arbeitsmarkt, kurz: ob Menschen mit Behinderungen abgeschottet werden, „zu ihrem eigenen Besten“, obwohl die UN-Behindertenrechtskonvention seit 2009 Inklusion als Leitziel angibt. Was hier deutlich wird, ist vor allem eine mitleidige, paternalistische Haltung. Beides drückt ein Machtungleichgewicht aus. Wo dieses sich im Paternalismus zeigt, muss hier wohl nicht erklärt werden. Aber jetzt könnte mensch denken: „Mitleid? Das ist doch nicht schädlich! Das ist doch gut!“ Klar, generell ist das keine schlechte Emotion. Aber allein der Blick in die Geschichte zeigt, dass es sehr wohl Schaden anrichten kann. Die theoretische Inspiration für den NS-Massenmord an Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen (Aktion T4), das Buch *Die Vernichtung lebensunwerten Lebens*, verband sozialdarwinistische und nationalistische Vorstellungen über einen „gesunden Volkskörper“ mit der Vorstellung der „Erlösung“ der Betroffenen von ihrem „Leid“. Darin liegt auch heute noch die Gefahr, wenn etwa über die Einführung neuer pränataler Tests diskutiert wird. Oder, wenn die Ärzt:innen in einer Ausnahmesituation, wie während des Höhepunkts der Corona-Pandemie in Italien, vor die Frage gestellt werden: Welche Menschen können wir behandeln? Wer hat die besten Chancen? Solche Entscheidungen sind immer von tiefsitzenden Überzeugungen beeinflusst. Wer Behinderung mit Krankheit identifiziert, glaubt wahrscheinlich, auch unterbewusst, dass sie die Überlebenschancen beeinträchtigt. Und wer entscheidet muss, ob ein Mensch mit intellektueller Behinderung ein Beatmungsgerät bekommt oder ein nicht-behinderter Mensch, muss sehr genau hinterfragen, was die eigenen Vorstellungen von Le-



bensqualität ausmacht, um nicht zu diskriminieren.

Wie geht es anders? Im 18. und 19. Jahrhundert gab es auf der kleinen Insel Martha's Vineyard in den USA eine interessante Beobachtung zu machen: Unter den recht abgeschotteten Einwohner:innen gab es eine ungewöhnlich große Anzahl an gehörlosen Menschen. In einer Zeit, zu der Gehörlose oft noch nur eingeschränkt als bildungsfähig angesehen wurden und Gebärdensprache verpönt war, beherrschten diese hier fast alle, auch die Menschen ohne Gehörlosigkeit. Hier war Gehörlosigkeit also ziemlich normal, dementsprechend auch die Infrastruktur, die Teilhabe ermöglichte. Dabei konnte auch von anderen Lebensrealitäten profitiert werden. Weil sich alle mit Gebärdensprache verständigen konnten, war es kein Problem, dies selbst bei heulendem Wind über längere Entfernungen zu tun. Hier wird deutlich, dass Behinderung stark vom Umfeld abhängt. So kommen wir zum „sozialen Modell von Behinderung“. Grob gesagt wird hier eine Teilung geschaffen. Es gibt das *Impairment*, die „Beeinträchtigung“, und die Behinderung. Laut diesem Modell ist die Behinderung nur die soziale Ausschließung wegen einer Schädigung des Körpers, sie folgt nicht direkt oder gar natürlich. Behinderung ist also, keine Rampen für Rollstuhlfahrende zu bauen, Menschen mit intellektuellen Behinderungen in Sonderschulen abzuschotten und Veranstaltungen ohne Gebärdendolmetscher:innen abzuhalten. Dadurch besteht die Möglichkeit, durch politische Aktion eine möglichst barrierefreie Welt aufzubauen. Aber auch dieses Modell erfährt Kritik. So ist die klare Trennung zwischen *Impairment* und Behinderung in der Realität, in der Erfahrung von Menschen mit Behinderungen nicht gegeben und manche Aktivist:innen plädieren sogar dafür, auch *Impairment* als sozial konstruiert statt als „objektives“ biologisches Faktum zu sehen. Zuletzt stellt sich die Frage, woher die Diskriminierung überhaupt kommt, welche gesellschaftlichen Strukturen dahinterstehen - und ob es reicht, Infrastruktur- und Inklusionsprojekte zu fördern, anstatt die behindernde Gesellschaft als Ganze anzugehen.

Bei all diesen Diskussionen aber ist es vor al-

lem wichtig, darauf zu achten, was Menschen mit Behinderungen eigentlich selbst zu ihrer Situation zu sagen haben. Denn insgesamt nehmen Stimmen von Menschen mit Behinderungen zwar deutlich mehr Raum in der Gesellschaft ein als früher; aber wirklich ernst genommen werden gerade Menschen mit intellektuellen Behinderungen nicht. Schon die Erfolge der verschiedenen Behindertenbewegungen der Vergangenheit mussten hart erkämpft werden. Umso wichtiger für ein gemeinsames, schnelles Voranschreiten ist also jetzt die Zusammenarbeit. Zur Einbeziehung wirklich *aller* in die Gestaltung unserer Umwelt, unserer Institutionen und unserer Gemeinschaft gehört, eigene Vorurteile zu hinterfragen. Es gehört dazu, sich von einer überkommenen Sichtweise zu verabschieden, die Behinderung und Krankheit in einen Topf wirft. Denn behindert ist mensch nicht. Mensch wird es.

Zum Weiterlesen:

Menschen mit Behinderungen, Aus Politik und Zeitgeschichte 23/2010, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn,
www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/32700/menschen-mit-behinderungen

Menschen mit Behinderungen, Aus Politik und Zeitgeschichte 6-7/2019, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn,
www.bpb.de/apuz/284886/menschen-mit-behinderungen

Gender - eine kleine Einführung

Als zukünftige Ärzt:innen behandeln wir viele unterschiedliche Patient:innen. Und alle wollen und sollen wir gleich und gut behandeln. Um das realisieren zu können, brauchen wir Wissen über die Situationen und Bedürfnisse unsere Patient:innen. Dies soll eine kleine Einführung in das Thema Gender sein.

Warum müssen wir uns mit dem Thema auseinandersetzen?

Wir alle sind geschlechtliche Körper, wir können uns dem Thema nicht entziehen. Und an diese Geschlechter, also an unsere Körper, werden Erwartungen gestellt. Diese Erwartungen umfassen typische Klischees wie, dass Männer stark sein müssen und Frauen emotionaler sind, aber auch ganz unbewusste. Wichtig ist dabei, dass Geschlecht/Gender vor allem sozial konstruiert ist. Die einfache und biologistische Formel „Y-Chromosom = Mann“ geht nicht auf. Schon auf biologischer Ebene ist das verkürzt, denn neben den Chromosomen kommen noch weitere Faktoren wie Hormonrezeptoren dazu, die unser geschlechtliches Empfinden beeinflussen. Aber als Menschen sind wir nicht nur biologische Wesen, sondern insbesondere gesellschaftliche Wesen und in dieser Gesellschaft müssen wir unser Geschlecht tagtäglich in den zwischenmenschlichen Handlungen kommunizieren.

Was bedeutet Gender?

In der Genderforschung wird oft zwischen sex und gender unterschieden. Sex wird als das biologische Geschlecht, also die anatomischen Gegebenheiten aufgefasst und gender als soziale Geschlecht. Junge und Mädchen werden anders erzogen. In jüngeren Debatten wird auch diese Unterscheidung zwischen gender und sex infrage gestellt, denn ganz so klar ist die Trennung nicht. Zum Beispiel lesen wir Eigenschaften von Körperteilen ab, so ist der Penis eng mit Machtvorstellungen verknüpft. Aber eigentlich ist es andersrum. Wir schreiben den Körperteilen oder auch den Genen Eigenschaften zu. Diese geschlechtlichen Zuschreibungen, die viel älter sind als etwa die

Entdeckung von Chromosomen, wurden später in die moderne Medizin aufgenommen. Damit hilft auch diese dabei, Geschlechterrollen zu manifestieren.

Intersexualität:

Bis heute werden in Deutschland noch auf Wunsch der Eltern intersexuelle Babys operiert. Intersexuelle Menschen können bei der Geburt nicht eindeutig als männlich oder weiblich identifiziert werden. Sie passen also nicht in die sogenannte binäre Geschlechterordnung. Den Babys wird das vollkommen egal sein. Sie sind meistens kerngesund. Doch anscheinend irritiert es Menschen noch immer so sehr, nicht zu wissen, ob sie jetzt rosa oder blaue Sachen kaufen müssen, dass sie ihre Kinder einer schweren OP unterziehen. Begründet wird eine solche OP meist mit gesundheitlichen Risiken, die entstehen könnten, wenn mensch nicht operierte. Die Datenlage ist dazu tatsächlich gering. Allerdings sprechen erwachsene Intersexuelle, die als Babys operiert wurden, häufig selbst von Verstümmelung. Die Frage bleibt also, wem mit einer solchen OP wohl getan wird.

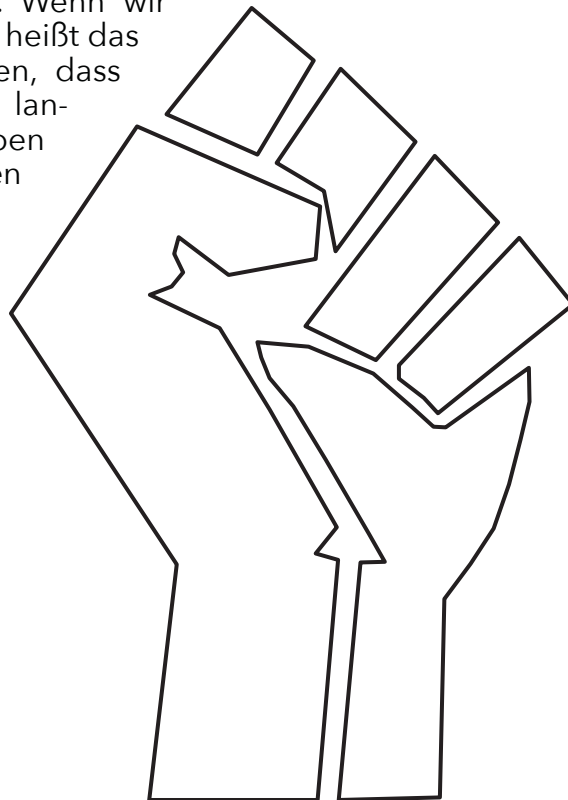
Transgeschlechtlichkeit:

Als trans* bezeichnen sich Personen, die sich mit dem bei ihrer Geburt zugeteilten Geschlecht nicht identifizieren. Es gibt trans* Männer und trans* Frauen und Menschen, die sich als nicht-binär (oder nonbinary/enby/...) bezeichnen und die binäre, also zweigeteilte Geschlechterordnung ablehnen. Sie fühlen sich also weder als Männer noch als Frauen. Auch bei trans* Personen spielt die Medizin immer wieder eine fragliche Rolle. Beispiele hierfür sind die Psychopathologisierung (= also die bis heute gängige Annahme, trans* Sein sei eine psychische Erkrankung) und die Zwangssterilisierung, die bis 2011 in Deutschland galt und trans* Personen dazu zwang, sich vor einer Personenstandsänderung die Fertilität nehmen zu lassen. Hier lässt sich das Muster ablesen, dass Mediziner:innen scheinbares Wissen und Expertise zu Themen anführen, um folgen-

schwere Diagnostik und Therapie zu rechtfertigen. Statt den Leuten zuzuhören, die selbst trans* sind, entscheiden noch heute oft Mediziner:innen über deren Köpfe hinweg. Es ist an der Zeit, dass Mediziner:innen ihre Rolle hinterfragen, die sie beim Thema Gender spielen.

Warum ist Gendern wichtig?

Sprache ändert das Bewusstsein bzw. Sprache ist Ausdruck sozialer Ordnungen. Unsere Gesellschaft ist durchsetzt von patriarchalen Strukturen. Schaut euch nur an, wie viele Chefärzte es gibt und wie viele Chefärztinnen. Gendern dient dazu, die männliche Dominanz in der Sprache zu brechen und andere geschlechtliche Identitäten zu integrieren. Es gibt gute Studien, die belegen, dass Gendern Effekte hat. Wenn mensch nur das generische Maskulinum benutzt (also nicht gendert), dann denken die Proband:innen auch vermehrt an Männer. Gendern ist Veränderung und Utopie. Wenn wir also Chefärzt:innen sagen, heißt das vielleicht in einigen Jahren, dass Menschen an der Spitze landen, weil sie es drauf haben und nicht weil zwischen ihren Beinen ein Penis baumelt.



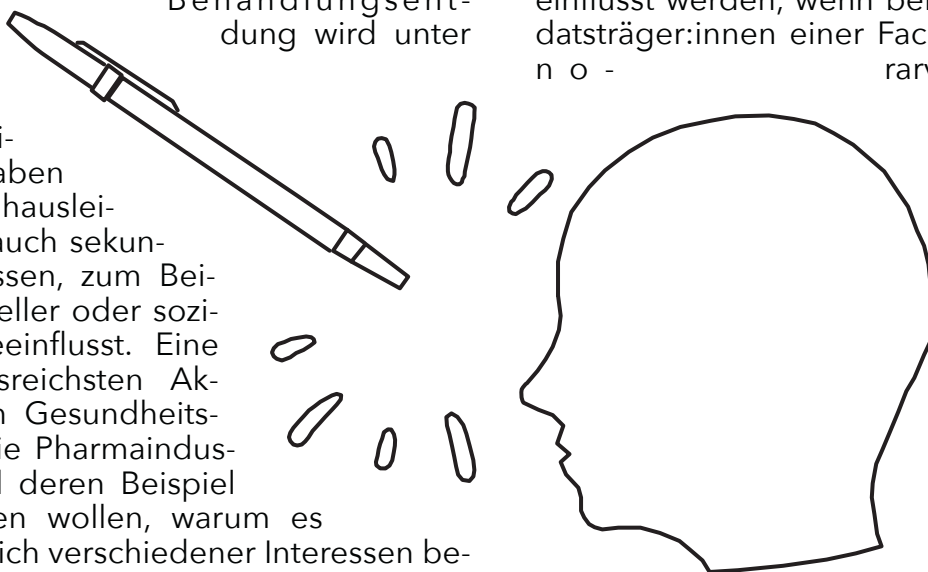
Is it really just a kuli?

Hier wollen wir einen kurzen Einstieg in das Thema Interessenkonflikte geben. Schau dich einmal in deinem Arbeitsumfeld um. Was steht auf deinem Kuli oder der Tasse deiner Kollegin? Nicht selten finden sich dort Markennamen von den Herstellern von Medizinprodukten. Können uns kleine Geschenke beeinflussen? Warum setzen Unternehmen, auf solche Werbeartikel? Eine Erklärung dafür kann die Reziprozitätsregel sein. Denn eine Grundlage des menschlichen Handelns, ist die Wechselseitigkeit: wer etwas bekommt, möchte etwas zurückgeben (Fugh-Berman/ Ahari, 2007). Und hier können Interessenkonflikte entstehen. „Ein Interessenkonflikt ist definiert durch das Vorhandensein von sekundären Interessen. Ob sich diese tatsächlich auf das Urteilsvermögen auswirken, ist unerheblich.“ Der Begriff Interessenkonflikt bezeichnet somit nicht zwangsläufig eine unangemessen beeinflusste Beurteilung oder Handlung (Klemperer, 2008). Im Krankenhausalltag treffen viele verschiedene Interessen aufeinander. Das primäre ärztliche, aber auch pflegerische Interesse ist zum Beispiel in der Genfer Deklaration festgehalten. Es ist die bestmögliche Behandlung für die Patient:innen. Die Behandlungsentcheidung wird unter anderem

durch Leitlinien, Vorgaben der Krankenhausleitung, aber auch sekundäre Interessen, zum Beispiel materieller oder sozialer Art beeinflusst. Eine der einflussreichsten Akteurinnen in Gesundheitswesen ist die Pharmaindustrie, anhand deren Beispiel wir skizzieren wollen, warum es wichtig ist, sich verschiedener Interessen bewusst zu sein und die daraus resultierenden Konflikte zu beachten. Wichtig ist es dabei zu erkennen, dass das primäre Interesse der pharmazeutischen Firmen von dem der Ärz-

t:innen abweicht. Denn sie sind Unternehmen, die den Regeln des Marktes unterliegen und deren Hauptziel deshalb die Gewinnerzielung und Gewinnsteigerung sein muss. Wenn nun Vertreter:innen der Pharmaindustrie zu Besuch auf Stationen und in Praxen kommen und kleine Geschenke, Infolyer zu neuen Medikamenten oder ein paar Proben anbieten, so tun sie dies nicht im Interesse der Patient:innen, sondern im Interesse ihres Unternehmens. Ähnlich verhält es sich bei gesponsorten Weiterbildungen. Die vermittelten Inhalte dienen der Werbung, die z.B. darauf abzielen kann, das Verschreibungsverhalten zu beeinflussen. Ein Zusammenschluss von Ärzt:innen, die sich dieser Einflussnahmen entziehen möchte, in dem sie die Besuche von Pharmavertreter:innen ablehnen und keine Zuwendungen annehmen, sind die MEZIS.[3] Auch setzen sich verschiedene Initiativen für unabhängige Fortbildungen ein. Dazu gründete sich das Aktionsbündnis Fortbildung 2020[4] und ein Zusammenschluss von Neurolog:innen: Neurologyfirst. Sie geben konkrete Leitfäden für die Durchführung von pharmunabhängigen Fortbildungen an die Hand. Auch Leitlinien können durch Interessenkonflikte beeinflusst werden, wenn beispielsweise Mandatsträger:innen einer Fachgesellschaft Honorarverträge mit einer

Firma haben, deren Medikament für die Empfehlung der Leitlinie in Frage kommt, oder Aktien dieser besitzen. (Schott et al., 2010-2013) Eine Anlaufstelle zur Bewertung der Wissenschaftlichkeit und Unabhängigkeit von Leitlinien ist die Website leitlinienwatch.de. Es gibt also zahlreiche Möglich-



keiten sich zu informieren und Interessenkonflikte zu vermeiden. Auch das Thematisieren in der medizinischen Lehre und das Sichtbarmachen von Interessenkonflikten, ist ein wichtiger Schritt zu einem professionellen Umgang damit. Es kann der Vermeidung unangemessener, das heißt nicht mit dem primären, ärztlichen Interesse übereinstimmender, Beeinflussung dienen.

Jede:r kann einen Teil dazu beitragen. Dafür sind Transparenz und eine offene Kommunikation unter Kolleg:innen und im Team wichtig! Damit wir, im Sinne und mit unseren Patient:innen, gute und unabhängige Entscheidungen treffen können.

Anne Harzendorf (Basisgruppe Medizin Göttingen) und Leonie Mac Fehr (Kritische Mediziner:innen Hannover) für die AG Interessenkonflikte der bvmd und UAEM

Literaturverzeichnis

- Fugh-Berman A., Ahari S: Following the Script. How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors. PLoS Medicine 2007; 4: e150
- Interessenkonflikte: Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(40): A-2098 / B-1797 / C-1757 David Klemperer
- Mezis.de – Mein Essen zahl ich selbst!
- Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte
- Deklaration und Umgang mit Interessenkonflikten in deutschen Leitlinien
- Eine Untersuchung von S1-Leitlinien deutscher Fachgesellschaften der Jahre 2010-2013
- Gisela Schott, Klaus Lieb, Jochem König, Bernd Mühlbauer, Wilhelm Niebling, Henry Pacht, Stephan Schmutz, Wolf-Dieter Ludwig oder Deutsches Ärzteblatt, Jg. 112, Heft 26, 26.06.2015
- leitlinienwatch.de – Das Transparenzportal für medizinische Behandlungsleitlinien
-

Calvin & Hobbes erklären DRGs

In Deutschland gibt es eine "Duale Krankenhausfinanzierung", die Länder übernehmen Investitionskosten, GKV und PKV laufende Betriebskosten. Laut "Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH" müsste man jährlich etwa 6 Mrd Euro investieren...

woher kommt eigentlich das Geld, das die Krankenhäuser brauchen?

leider stellen die Länder immer weniger Geld, weniger als 3 Mrd, sodass für den Investitionsbedarf Gewinne bei den Betriebskosten erzielt werden müssen. Dafür gibt es die DRGs, "Diagnose Related Groups", das Fallpauschalensystem. Das I nEK nimmt Daten aus sogenannten Kalkulationskrankenhäusern und ordnet einer möglichst homogenen Patient*innengruppe ein Relativgewicht RG zu, das dann mit dem Landesbasisfallwert LBFW multipliziert...

What? Relativgewicht, LBFW?! Slowly please...

Der Durchschnittswert aller DRGs ist das RG=1. Daran gemessen kann zum Beispiel eine Lebertransplantation ein RG=32,718 bekommen, ein einfacher Eingriff an der Tränendrüse ein RG=0,541. Codiert wird die DRG dann auch noch. Der LBFW ist die Vergütung, die ich für eine DRG mit RG=1 bekomme. Der ist aber ein politisch ausgehandelter Betrag zwischen dem Bundesland und den Kassen, orientiert sich also gar nicht explizit an den Kosten der Krankenhäuser!

Dasjenige Krankenhaus, das die kürzesten Liegezeiten hat, in dem am meisten Patient*innen pro Pflegekraft bei möglichst geringem Lohn betreut werden und natürlich das Krankenhaus, das sich auf die lukrativsten Bereiche spezialisiert!

Aber warum? Wer gewinnt bei der ganzen Sache?

Bis 1985 war es per Gesetz verboten, in Krankenhäusern Gewinne zu erzielen, heute ist der Markt quasi frei. Die verlustreiche Grundversorgung - Notaufnahmen, den Kreißaal oder Kinderkliniken - stellen wenige öffentliche Kliniken bereit und private Krankenhauskonzerne behandeln nach Rosinenpicker-Mentalität besonders lohnenswerte Patient*innen überdurchschnittlich häufig und besonders invasiv!

Da sie Großunternehmen am Kapitalmarkt sind, schütten sie Dividenden als Gewinnbeteiligung aus...

Das heißt ja, Aufwand und Kosten im Krankenhaus sinken nicht, aber eine systematische Unterversorgung wird entwickelt?! Und in private Taschen wandert Gewinn, der aus unser aller solidarischen Krankenkassenbeiträgen erwirtschaftet wurde! Der dem Zyklus einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung fehlt?! Und den öffentlichen Kliniken wird wohl bald auch noch ihre Existenzberechtigung abgesprochen!

Rassismus und Rechts gefährden die Gesundheit

Hier lest ihr einen Ausschnitt eines Inputs, der im Rahmen einer unserer Veranstaltung von uns Anfang 2020 entstanden ist. Es geht um ein Thema, das leider kein Randphänomen in der Gesellschaft ist und einen zentralen, ideologischen Bestandteil von Rechtsextremismus und Rechtspopulismus darstellt.

Rassismus - er zeigt sich in allen Teilen der Gesellschaft und bietet so rechten Ideologien Anschlusspunkte. Rassismen zeigen sich als Mikroaggressionen im Alltag und diskriminierende Strukturen, die sich in rassistischer Polizeigewalt, Benachteiligung auf dem Wohnungsmarkt, aber auch im Kontext medizinischer Behandlung ausdrücken. Wie Tupoka Ogette in ihrem Buch *Exit Racism* sagt: „Rassismen sind mehr als bloße Diskriminierung anderer aufgrund äußerlicher Merkmale, sie stellen viel mehr ein System dar, welches die Überlegenheit und Vorteile von Weißen legitimieren und absichern soll.“ (1) Das zu beachten, ist wichtig, um zu verstehen, wo Rechte Strömungen und ihre menschenfeindlichen Ideologien anknüpfen.

Rassismus hat auch Geschichte in der Medizin und wird dort heute noch reproduziert. Ich bin keine Expertin, dennoch möchte ich hier kurz aufzeigen, wie sich im medizinischen Alltag rassistische Narrative halten, die auch ohne Expert:innenwissen zu erkennen sind.

Besonders kritisch ist der medizinische Kontext deshalb, weil es biologistischen, rechten Erklärungsmodellen in die Hände spielt, wenn Personen, die gesellschaftlich hohes Vertrauen genießen, Rassismus reproduzieren. Dies erfolgt durch die Verbreitung biologistischer Annahmen, getreu dem Motto „das liegt an genetischen Unterschieden“, kultureller und religiöser Stereotype. Die Zuschreibungen dienen dem Versuch, Menschen in diametrale Gruppen einzuteilen und konstruieren die vermeintliche Fremdheit der „Anderen“.

Voreingenommenheit und fehlende interkulturelle Sensibilisierung sind Probleme, die nicht nur indirekt, weil sie Rassismen reproduzieren, ein großes Problem darstellen, sondern auch weil sie zu gesundheitlicher Unter- und Fehlversorgung führen.

Wie sich dies im medizinischen Alltag zeigt, lässt sich gut am Beispiel „Schmerzen“ erklären. Schmerzen haben eine körperliche, aber auch eine soziale Komponente. Aus biologischer Sicht gibt es keine Hinweise darauf, dass Menschen auf Grund ihrer Genetik Schmerzen in verschiedener Intensität oder Qualität spüren. Trotzdem werden Schmerzen von Menschen unterschiedlich wahrgenommen, verbalisiert und es gibt verschiedenste subjektive Erklärungsmodelle.

Der Umgang mit Schmerz und die Vorstellung, was er bedeutet, sind kulturell determiniert. In arabischen Kulturkreisen werden Beschwerden häufiger im Kopf verortet, in Lateinamerika beispielsweise wird den Nerven große Bedeutung für die Entstehung von Schmerzen zugeschrieben. In einigen Kulturen wird Krankheit direkt mit Schmerz verbunden. Kranke werden erst dann als erkrankt ernst und wahrgenommen, wenn sie Schmerzen artikulieren. Auch von Patient:innen mit hoher externaler Kontrollüberzeugung werden Schmerzen, aus der Überzeugung heraus, dass diese nur mit Hilfe zum Beispiel der Familie überwunden werden können, oft deutlich kommuniziert.

Es gibt auch Kulturen, in denen es gilt Schmerzen auszuhalten. Dies kann verknüpft sein mit Geschlechterrollen. In „westlichen Kulturen“, in denen einem männlichen Geschlecht aus stereotypen Vorstellungen heraus oft Attribute wie Stärke und Emotionslosigkeit zugeordnet werden, kann der Ausdruck von Schmerzen als Schwäche gedeutet werden.

In sogenannten „warmen Kulturen“ werden eher viele Gesten genutzt, sich emotional

ausgedrückt und harmonische Beziehungen sind wichtig. Schmerz wird dann mit vielen Emotionen zum Beispiel weinen oder stöhnen artikuliert, was in einer „kalten Kultur“, wie der deutschen, als übertrieben wahrgenommen werden kann. (2) Gleichzeitig ist Patient:innen oft auch die harmonische Beziehung zum Pflegepersonal wichtig. Nachfragen oder Ablehnen von Medikamenten kann als die Beziehung gefährdend gewertet und deswegen vermieden werden. In „kalten Kulturen“ wird Wert auf direkte, präzise Sprache gelegt, die problem- und nicht beziehungs-zentriert ist. Vom medizinischen Personal in Deutschland wird dies oft als hilfreich und objektiv empfunden.

Kulturspezifische Schilderung von Schmerzen kann also zu Missverständnissen zwischen Patient:innen und medizinischem Personal führen, das für solche kulturellen Unterschiede nicht sensibilisiert ist. Erschwerend kommen oft Sprachbarrieren hinzu. Wenn ein:e Patient:in sich missverstanden oder nicht ernstgenommen fühlt, werden Äußerungen vielleicht etwas vehementer getätigt. Auch das kann den Eindruck von Übertreibung verstärken.

Mit Begriffen wie „Mittelmeersyndrom“ „Morbus Mediterraneus“ oder „Morbus Bosphorus“ wird dann über Patient:innen geredet, deren Schmerzäußerung als übertrieben wahrgenommen werden. „Solche Begriffe homogenisieren eine Gruppe und werten sie verallgemeinernd herab, das ist per se Rassismus.“ (3) Und das wirkt sich auch auf die Behandlung der Patient:innen negativ aus.

Der Nationale Aktionsplan gegen Rassismus der Bundesregierung von 2017 beschreibt, dass die Prävalenz von schweren psychischen Krankheiten, besonders bei Frauen, erhöht ist. Es wurden weniger Behandlungen und eine erhöhte Suizidrate von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund gezählt. Eine Studie vom Robert Koch Institut

zeigt, dass nur 55% türkischstämmiger Patient:innen ihre eigene Diagnose korrekt angeben konnten. Menschen mit Migrationshintergrund haben generell eine deutlich kürzere stationäre Verweildauer in Krankenhäusern. Außerdem verringern Schamgefühl, Stigmatisierungsängste oder das Gefühl ausgeliefert zu sein die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems von Betroffenen. Vorsorgeuntersuchungen werden weniger wahrgenommen und Anamnesegespräche fallen viel kürzer aus. Die Untersuchungen zeigen also, die Gesundheit von Menschen wird durch rassistische Diskriminierung im Gesundheitssystem gefährdet.

Ich möchte hier kurz auch auf das Problem der unklaren Datenlage hinweisen. Aus vielen Studien und Erfassungen, so zum Beispiel auch zu psychischer Gesundheit, fallen Menschen heraus, die nicht männlich, weiß und muttersprachlich deutsch sind. Dafür gibt es vielfältige Ursachen, die jedoch nicht rechtfertigen, dass kaum Bemühungen stattfinden daran etwas zu ändern. Das Problem Rassismus als Gesundheitsrisiko wird kaum erforscht.

Aber zurück zum medizinischen Alltag. Das Gesundheitssystem wird von vielen Menschen wegen negativer Erfahrungen gemieden. Oft fehlen Mediziner:innen entsprechende Kompetenzen, um allen Menschen gleichermaßen gerecht zu werden. Denn der Prototyp eines Patienten, ich gendere bewusst männlich, ist nämlich männlich, weiß, mitteleuropäisch, jung und hat keine Behinderung. An diesem Prototyp ist alles ausgerichtet, die Kontaktaufnahme, die Diagnostik und Therapieformen bis zur Medikamentendosierung und auch die Lehre im Medizinstudium. Hieran zeigt sich eine Problematik, die sich durch die gesamte Gesellschaft zieht. Es wird eine vermeintliche Normalität präsentiert, die sich eher mit rechten Ideen deckt, als mit der gesellschaftlichen Realität.

Die aktuelle Situation der Coronapandemie zeigt, dass Rechte sich nicht scheuen Gesundheit und Krankheit für die Verbreitung ihrer Ideologie zu instrumentalisieren. Asiatisch gelesene Menschen erfahren auf Grund des Coronavirus vermehrt Rassismus und nationale Abschottungsideen werden ernsthaft diskutiert. Sozialdarwinistische Vorstellungen, nach dem Motto: „Ältere und schwächere Menschen würden ja so oder so sterben“, werden von Rechts genutzt, um gegen die gesamten Coronamaßnahmen zu demonstrieren und offenbaren die Menschenfeindlichkeit dieser Akteure. Und unter den Anhängern solcher Forderungen finden sich auch Ärzt:innen. Auch innerhalb des medizinischen Berufsstandes spielt also rechtes Gedankengut, aber auch und vermutlich oft unbewusste rassistische Diskriminierung eine Rolle. Überholte Theorien zu Genetik und Krankheit werden von rechten Ideologen immer wieder genutzt, um ihre Menschenfeindlichkeit vermeintlich wissenschaftlich zu rechtfertigen, auch die Medizin wird hier instrumentalisiert. Rechtspopulisten nutzen Krisen wie die Aktuelle, um Abgrenzung eines vermeintlich homogenen Volkes als identitätsstiftendem Moment und ihre antipluralistische Auffassung zu propagieren. Nährboden dafür sind der strukturelle Rassismus und Alltagsrassismus, den wir auch in der Medizin wiederfinden. Besonders wegen der vulnerablen Situation von Patient:innen ist es extrem wichtig, sich im Gesundheitssektor klar gegen Rassismus und jede Form der Diskriminierung zu positionieren, sich weiterzubilden und interkulturelle Kompetenzen zu erwerben.

(1) T. Ogette: exit Racism, UNRAST-Verlag 2019

(2) Sarah Lanier, Überall ZU HAUSE?!, Francke, 2016

(3) <https://www.bento.de/politik/morbus-mediterraneus-das-rassistische-klischee-von-wehleidigen-migranten-a-7eced19d-851a-406e-aeb8-bea60ae28873> (zuletzt aufgerufen 08.09.20)

(4) Der Schmerz Ausgabe 5/2015, Schmerzmedizin aus einer interkulturellen und geschlechterspezifischen Perspektive
Autoren: Prof. Dr. M. Schiltenswolf, E.M. Pogatzki-Zahn

(5) <https://rosa-mag.de/einsames-leiden-alltagsrassismus-in-der-medizin/>

Selbstverständlich widerständig

2020 ist ein besonderes Jahr. Schon für sich selbst genommen wäre es das. Es ist schon so viel passiert, dass diese letzten Monate den Einfluss von Jahren zu haben scheinen. Unsere Welt wirkt wie ein:e Seefahrer:in, die:der nach Monaten auf dem Meer wettergerbt, von Stürmen geschüttelt und vom Salzwasser verkrustet um zehn Jahre älter erscheinend wiederkehrt. Noch bevor das alles aber geschah, liefen (noch ganz hoffnungsvoll) die Vorbereitungen auf dieses Jahr schon. Denn es sollte auch von der Vergangenheit bestimmt werden.

75 Jahre ist es her, dass Nazideutschland bezwungen wurde. Bis zum Augenblick des Untergangs mordeten allerdings die Nazis weiter, bis zum Augenblick des Untergangs half die Bevölkerung fleißig mit. Unter den Opfern des Jahres 1945 waren auch so prominente Figuren des Widerstands wie Dietrich Bonhoeffer und Georg Elser. Ihre Ziele wurden erreicht, als sie den Tod fanden. Grund genug, 2020 die Erinnerung auch an den Widerstand gegen den Faschismus zu intensivieren. Die offiziellen Veranstaltungen zu einem solchen Gedenken konnten nicht in geplantem Maße stattfinden. Umso wichtiger ist es, sich nun selbst mit dem Thema zu beschäftigen, Freund:innen und Verwandte darauf aufmerksam zu machen. Darin könnte auch eine Chance liegen.

Erinnerung birgt nämlich die Gefahr, zum bloßen Gedenken zu werden. Ein vergangenes Ereignis wird dabei in seiner Vergangenheit bestätigt und in diese verbannt. Ritualisierung und Mystifizierung beginnen, die Menschen dieser Zeit in eine Sphäre zu entrücken, die der Welt der Lebenden vollkommen fremd wird. So ähnlich analysiert der Publizist Max Czollek das deutsche Gedächtnistheater, die offizielle Erinnerungskultur. Sie fördere ein meist in der Vergangenheit verbleibendes Gedenken, das ironischerweise zum Aushängeschild einer repressiven deutschen „Leitkultur“ und eines neuen Nati-

onalstolzes geworden sei. Der Typus des:der Erinnerungsweltmeister:in bedauert die kollektive deutsche Schuld, weist aber die Schuld der eigenen Familie gleichzeitig von sich. Er:sie identifiziert sich mit den „guten Deutschen“, seien es Personen aus dem Rest der deutschen Vergangenheit, die gerne vom Nationalsozialismus abgetrennt wird, sei es in Verfilmungen der öffentlich-rechtlichen wie „Unsere Mütter - Unser Väter“, wo keine:r der Protagonist:innen wirklich Nazi war. Eigentlich waren unsere Mütter - unsere Väter ja alles zumindest innere Widerständler:innen. Zwinkersmiley. Gleichzeitig, und das ist entscheidend, verbleibt diese Identifikation in der Vergangenheit. Sie ist Läuterung, nicht Inspiration. Nachdem der Fernseher aus, der Hannah Arendt-Essay weggelegt ist, wird Schwarz-Rot-Gold geschwenkt.

Das verweist auf die Notwendigkeit, neue Erinnerungsformen zu finden, zumal während der jetzigen Ausnahmesituation. Denn auf der einen Seite muss sich mehr mit persönlicher Schuld im Nationalsozialismus und danach auseinandergesetzt werden, muss sich selbst klargemacht werden, was die eigenen (Ur-)Großeltern getan haben. Auf der anderen Seite kann man sich natürlich mit den Widerständler:innen beschäftigen. Das wäre sogar erstrebenswert! Denn eine eigene Beschäftigung mit den Personen im Widerstand und ihren Taten, die offen ist für die Verschränkungen der Geschichte und der eigenen Gegenwart, kann zu einem Eingedenken führen. Es kann die Vergangenheit aus dem Rahmen des Zeitstrahls herreißen und für einen Moment deutlich machen, dass sie in der Gegenwart enthalten ist. In diesem Moment wird auch die Vergangenheit mit Gegenwart erfüllt. Das ermöglicht eine tiefere Identifizierung mit denen, die alles gaben, zu dem sie fähig waren, um die Unterdrückung so vieler zu beenden. Diese Verflechtung mit der Gegenwart ist



nun der Unterschied zu den Pappmachékulissen des Gedächtnistheaters, hier erst zeigt sich unsere historische Verantwortung. Dieser Verantwortung können wir nämlich nur gerecht werden, wenn wir auch im Hier und Jetzt widerständig sind, ständig rechten Ideologien entgegentreten, neuen Formen der Unterdrückung die Stirn bieten. Sonst ist jeder abgelegte Kranz und jeder Kniefall wertlos.

Denn auch heute, gerade heute, ist die Bewegung zur Freiheit wichtig. In Ungarn schwingt sich Orbán zum Diktator auf, hetzt dabei mit unverhohlenem Antisemitismus gegen das Feindbild George Soros. In Rumänien, der Slowakei und Bulgarien werden Rom:njasiedlungen teils durch Polizei und Militär abgeriegelt, den dort lebenden Menschen wird so klargemacht, dass sie ausgeschlossen sind aus dem Rest der Gemeinschaft, auch wenn es offiziell dem Schutz vor Covid-Ansteckungen dient. In den USA spielt Trump den Virus herunter, gleichzeitig diffamiert er China, während sein autoritärer Sicherheitsapparat die gegen Rassismus aufbegehrenden Bürger:innen niederknüppelt. In Deutschland weht Schwarz-Weiß-Rot vor dem Reichstag, Coronaleugner:innen demonstrieren ohne Maske, während rassifizierte Menschen auf den bloßen Verdacht hin, sie könnten Kontaktbeschränkungen nicht befolgen, von der Polizei in ihren Wohnungen eingesperrt wurden. Diese autoritären Tendenzen gibt es an vielen Orten der Erde. Es gab sie auch schon vor der Coronakrise. Trotzdem ist es gerade jetzt wichtig, sie nicht aus den Augen zu verlieren, sonst wird für viele der Ausnahmezustand ewig bleiben.

Die Beispiele zeigen, dass antifaschistischer und antiautoritärer Widerstand nicht der Vergangenheit angehören darf. Die beste Art des Erinnerns an die Kämpfer:innen gegen den Faschismus ist also nicht das Anbeten leerer Hüllen. Schließlich sind sie im Gedanken daran in die Gefahr und in den Tod gegangen, dass sie in einer Reihe stehen mit verschiedensten Formen des Kampfes gegen Unterdrückung in verschiedensten Epochen und dass in ihrem Kampf auch schon die Bewegungen der Zukunft enthalten wa-

ren. Diese Bewegung der Zukunft müssen wir sein. Die Vergangenheit ist ein Teil von uns. Und wir sind ein Teil der Zukunft.

Initiativen

Göttingen

- Amnesty Gruppe Göttingen
- Antifaschistische Linke International (A.L.I.)
- aqut*
- Basisdemokratische Linke Göttingen (B.L.)
- Basisgruppen an verschiedenen Fakultäten
- Bündnis für sexuelle Selbstbestimmung
- Conquer Babel | Students for Refugees
- DGB-Jugend
- Ende Gelände Göttingen - Kohle stoppen. Klima schützen.
- FILTA-Café
- Freie ArbeiterInnen Union (FAU) Göttingen
- Fridays for Future Göttingen
- IPPNW Göttingen
- Links unten | Medienkollektiv
- Medinetz - Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Migrant*innen
- Peloton e. V. | Kulturverein
- Projekt OM 10 e.V. „Our house“
- RADIKARLA* | Feministische Zeitung
- redical M
- SCHLAU Göttingen
- TV Stud Göttingen
- ver.di Jugend
- Viva con Agua | Wasser für alle.
- Wohnrauminitiative Göttingen

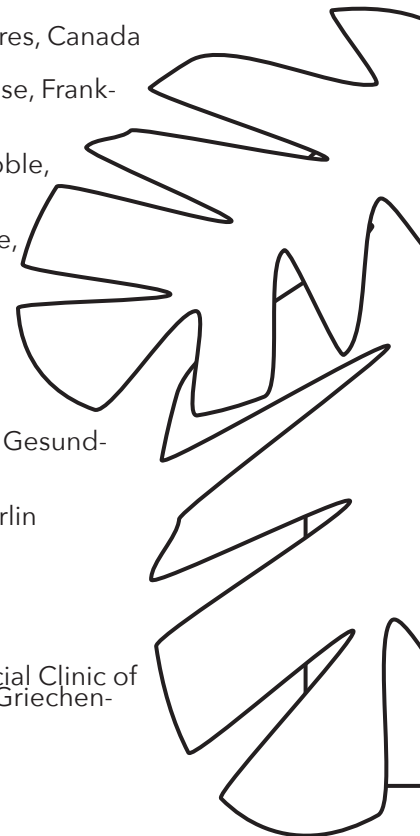
Bundesweite Organisationen und Zusammenschlüsse

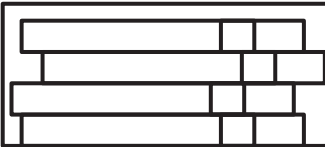
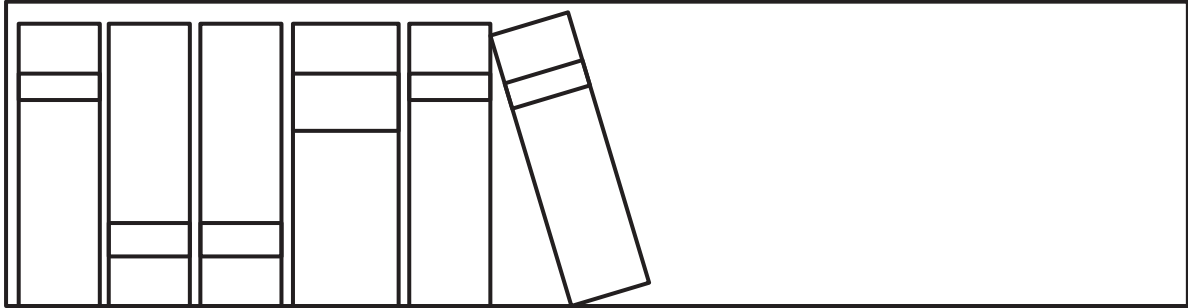
- BUKO Pharma-Kampagne
- Care Revolution Netzwerk
- Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG)

- Gesundheit für Geflüchtete
- Gewerkschaft ver.di, Bereich Gesundheit
- Internationale Ärzte gegen den Atomkrieg - Ärzte in sozialer Verantwortung (IPPNW)
- Krankenhaus statt Fabrik
- Netzwerk Kritische Medizin
- Medibüro Berlin
- Medico International
- Mein Essen zahl ich selbst (MEZIS)
- Solidarität mit Kristina Hänel, §219a STGB abschaffen
- Universities allied for essential medicines (UAEM)
- Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää)
- Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP)

Alternative Gesundheitsprojekte

- Community Health Centres, Canada
- La case de santé, Toulouse, Frankreich
- Le village 2 santé, Grenoble, Frankreich
- Médecine pour le Peuple, Belgien
- Poliklinik Syndikat
- Poliklinik Veddel (Hamburg)
- Poliklinik - Solidarisches Gesundheitszentrum Leipzig
- Gesundheitskollektiv Berlin
- SoliMed Köln
- Soliklinik Dresden
- Praxiskollektiv Berlin Social Clinic of Solidarity, Thessaloniki, Griechenland



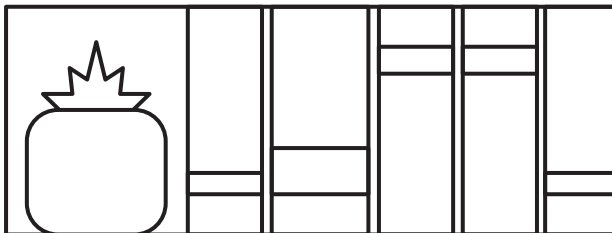


Telegram

- We Care - Gesundheit & Politik (ein Telegramchannel von uns ;))

facebook

- Basisgruppe Medizin (bgmedgoe)
- Basisgruppen Bündnis Göttingen (BBgoettingen)
- Schwarz Rot Kollabs (schwarzrotkollabst) - Satire der Göttinger Hochschulpolitik

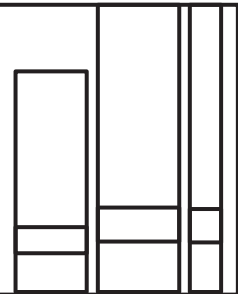


Instagram

- linksunten_goe
- cafe_kollektiv_kabale
- bipoc_kollektiv_goe
- redical.m
- galerie_sakuku
- feministischefrauengruppe

Podcasts

- Heile Welt Podcast - Medizin, Politik, Ethik
- Kritis on Air - Linke Stimmen zu Gesundheit und Gesellschaft Podcast



Bücher & Zeitschriften

- gesundheitspolitisches Bücherregal in der Medi-Bib (auch für nicht Mediziner*innen sehr spannend ;)
- Buch Gleichheit ist Glück: Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind - Kate Pickett, Richard Wilkinson
- Gesundheit braucht Politik - Zeitschrift des VdÄÄ
- Dr.med Mabuse - Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe (auch im Regal!)
- radikarla* - Zeitschrift des Fachschaftsrats der Sozialwissenschaftlichen Fakultät. Erstmals in den 90er erschienen, wurden die alten Ausgaben 2017 wiederentdeckt und seitdem gibt es die radikarla* wieder!

Göttingen was geht?

Cafes, Kneipen, Kultur und Klassenkampf

AliBaba/ Café Botanik Kleines gemütliches Cafe beim Alten Botanischen Garten (der auch immer einen Besuch wert ist, je nach Jahreszeit unterschiedliche Öffnungszeiten), das leckere Speisen und Getränke mit persischem Einfluss zu fairen Preisen serviert.

Déjà vu Während die meisten Kneipen um 2.00 Uhr schließen, hat das Déjà bis morgens geöffnet. Hier treffen sich dann im Laufe der Nacht alle diejenigen, die noch nicht nach Hause wollen.

Dots Schniekes Café und Bar im Börner Viertel, ab und zu auch Live-Musik im Innenhof oder tanzbare Musik im Keller. Betrieben von einem Kollektiv.

Deutsches Theater Ein Schauspielhaus, das neben Klassikern auch viel Abwechslung auf dem Spielplan bietet. Für Studis sind die meisten Stücke durch das Kulturticket sogar kostenlos. Es lohnt sich auf jeden Fall für alle Theaterfans, aber auch jene, die es noch nicht sind.

Galerie SaKuKu Der Salon für Kunst und Kultur (SaKuKu) in der Gotmarstr.10 ist eine feministische Galerie, die von einer Gruppe aus Göttingen geführt wird. Ihr Wunsch und Ziel ist es in Göttingen mehr feministische Kunst zu schaffen, zu zeigen und zu teilen. Im Salon gibt es Ausstellungen, außerdem kann mensch kleinere und größere Kunstwerke erstellen und auch selber machen! Regelmäßig werden Workshops zu verschiedenen Themen angeboten, Material und Anleitung inbegriffen, du zahlst, was du kannst.

Goethe-Allee Eine Straße in Göttingen, die der Dönermeile in nichts nachsteht. Ganz im Gegenteil, hier findest du viele leckere Imbisse, (Shisha)bars und Sinem, einen türkischen Supermarkt.

Junges Theater (JT), Theater im OP (ThOP) Für Leute, die auch mal gerne ins Theater gehen wollen, aber auf den Klassikkrams aus

dem Deutschkurs gerade keinen Bock haben. Im JT kann man im Sommer auch nett draußen sitzen und zwischendurch finden hier auch Partys statt. Das ThOP ist eine studentische Initiative. Hier kann sich jede:r, die der Lust auf Bühne, Technik, Dramaturgie und so weiter hat, beteiligen und an den Produktionen mitarbeiten. Das ganze findet im damaligen Präp-Saal des alten Uniklinikums statt, daher der Name. Die Aufführungen des ThOPs stehen allen anderen Göttinger Theatern in nichts nach.

Juzl = Jugendzentrum Innenstadt. Seit den 1980er Jahren ein selbstverwaltetes und -bewusstes Jugendzentrum. Ein Ort für politische Veranstaltungen, Austausch, Zusammenleben und Partys. Regelmäßige Termine sind zum Beispiel: Dienstags um 20 Uhr die Soliküche, jeden dritten Do ab 21 Uhr Queerbar und jeden ersten Sonntag im Monat von 16-19 Uhr Frauen*Lesben*Trans-Café.

Klamotte und KIMs Klamotte ist ein wirklich gut sortierter Second Hand Klamottenladen. Und wer kein Problem damit hat sich durch ein paar Sachen zu wühlen, wird auch bei Kims sicher fündig. Hier gibt es zusätzlich zu Kleidung auch alle möglichen Haushaltsdinge, Möbel und Kinderkleidung. Im Second Hand einzukaufen schont auf jeden Fall den Geldbeutel.

Nörgelbuff Ein Göttinger Urgestein. Wer keine Lust auf den üblichen Elektro oder Charts hat, ist hier an der richtigen Adresse. Es gibt Indie, Salsa und Balkan-Beats. Außerdem Konzerte mit lokalen Bands.

Obere-Masch-Straße 10 / Altes DGB-Haus Das ehemalige DGB-Haus wurde im letzten Jahr besetzt, um der ubiquitären Wohnungsnot etwas entgegenzusetzen. Heute ist die OM10 teils dauerhafter, teils übergangsweiser Wohnort von Geflüchteten, soziales Zentrum und beliebter Treffpunkt.

Roter Buchladen und linksUnten Hier gibt's Bücher aller Art und besonders solche die das linkspolitische Herz höherschlagen lassen. Wenn's ein Buch nicht gibt, kann es bestellt werden. Der Buchladen wird von einem freundlichen Kollektiv betrieben und führt viele Bücher, die's woanders nicht gibt. Im Keller vom Buchladen findet sich linksUnten. Hier gibt's auch Bücher, aber auch T-Shirts, Buttons, Plakate, Aufkleber, Kaffee, Infos, Kontakte und alles, was das Revolutinär:innenherz sonst noch erfreut. Weiter Buchladenempfehlungen: Laura Frauen- und Kinderbuchladen (war früher zentraler Treffpunkt der Frauen und Lesbenbewegung) und Vaternahm (hier bekommt man viele Bücher zu reduzierten Preisen)

Salamanca Kneipe mit sehr leckerer, frittiert-freudiger Küche, darunter viele vegetarische/vegane Angebote zu studi-freundlichen Preisen und Zeiten. Außerdem gibt's Kicker, Billard und einen beheizten Raucherraum.

Shirin Ein kleiner vegetarischer Imbiss mit immer frisch zubereitetem persischem Essen und anständigem italienischen Kaffee.

sonderbar Eher klein, ab dem frühen Abend eher voll (Laden und Leute) und immer eher verraucht. Laut Göttinger Tageblatt No-go-area für Nazis.

Stilbrvch Ein kleiner studentisch betriebener Keller unter dem Verfügungsgebäude, also quasi mitten auf dem Campus. Ein linker Raum in dem immer wieder coole Partys, verrückte Live-Musik und Konzerte stattfinden und sich gerne auch mal eine lange Schlange am Eingang bildet.

T-Keller | Café Kabale | Lumière In der Geismarer Landstraße gelegen, alles im selben Gebäude. Das Kabale hat auch schon tagsüber auf, mit charmantem Cafécharakter, und leckerem Essen. Hier finden auch inter-

essante Veranstaltungen, Kleinkunst und Musikabende statt. Der T-Keller, wie schon der Name sagt, weiter unten im Gebäude, mit Kneipencharakter wird ab und zu auch zum Club. Ebenfalls im Gebäude das Lumière, ein wunderbares Programmkinos in Göttingen, Filme laufen häufig auch in Originalsprachen, sehr zu empfehlen! Seit September 2020 gibt es auch das MÉLIÉS (Bürgerstraße 13), ein zweites Programmkinos!

Wilhelmsplatz Der wohl günstigste Ort in Göttingen, um Feiern zu gehen. Im Sommer ist der "Willi" eine gute Alternative zu Kneipen, Clubs und co.

Fahrradwerkstätten in Göttingen

RadSPORTcorner: Gotmarstraße 3

Oelles Bike Service: Jüdenstraße 4

Allgem. deutscher Fahrradclub (ADFC): Geiststraße 2

my.worX: Güterbahnhofstr. 11

R & W Zweirad Team: Gronerlandstraße 21

Selbstverständnis

Medizin in größeren Zusammenhängen denken

Wir - die Basisgruppe Medizin - sind eine aktive Gruppe in der Fachschaft Medizin. Wir setzen uns aus Studierenden verschiedener Semester zusammen, stehen aber auch allen anderen interessierten Menschen offen! Basisgruppen haben eine lange Tradition und entstanden im Zuge der Unirevolten der 60er Jahre. Diese waren erste erfolgreiche Versuche, die starren und sehr autoritär hierarchisierten Strukturen an den deutschen Hochschulen aufzubrechen, den Bedürfnissen der Studierenden Gehör zu verschaffen und aktiv politischen Einfluss auf unser Leben und Lernen in der Universität zu nehmen. Zu diesen Idealen und der basisdemokratischen Organisation stehen wir auch heute noch. Wir richten uns nach antifaschistischen und feministischen, also auch antikapitalistischen Grundsätzen. Im Studium und darüber hinaus!

Erweitere deinen Horizont

„Was man nicht versteht, lernt man halt auswendig.“ - So glauben viele Student:innen blind und unkritisch jedem Lehrbuch und vielen Dozent:innen. Besonders in Schule und Medizinstudium verfallen wir leicht in enge, unreflektierte Denkmuster. Wir als Basisgruppe versuchen uns mithilfe von weiterführender Literatur über aktuelle Diskurse zu medizinischen und gesellschaftswissenschaftlichen Themen zu informieren. Gemeinsam entwickeln wir unsere Fähigkeiten zum kritischen Hinterfragen und Diskutieren weiter. Gesellschaftliches, soziales Verständnis und ethisches Bewusstsein kommen im Studium oft zu kurz. Es geht uns darum, uns nicht einfach nur eine Sparte in einem verkorkten System zu suchen. Wir akzeptieren vorherrschende Missstände nicht, sondern erkennen und verändern sie.

Gesundheit statt Profit

Eine zunehmend gewinnorientierte Politik macht auch vor dem Gesundheitsbereich keinen Halt. Als Ausdruck neoliberaler Tendenzen werden immer mehr Krankenhäuser privatisiert und somit dem Diktat des Marktes überlassen. Geschäftsführer:innen von Kliniken rühmen sich damit, die schwarze Null eingehalten zu haben und ignorieren dabei, auf wessen Kosten das geschieht - oft ganz bewusst. Denn es ist vor allem das Personal des Gesundheitssystems, das diese Last tragen muss: Das Pflegepersonal wird weggekürzt, so dass den Pflegenden kaum mehr Zeit für die Versorgung der Patient:innen bleibt - von einer guten und menschenwürdigen Zuwendung ganz zu schweigen. Auch den Ärzt:innen wird eine bedarfsorientierte Beratung und Behandlung erschwert. Beispielsweise bietet das bestehende DRG-System Anreize, benötigte Therapien zu verkürzen oder aber nicht indizierte und sogar risikoreiche Therapien durchzuführen. Des Weiteren finanzieren sich niedergelassene Ärzt:innen zunehmend durch Zusatzleistungen, die von Patient:innen selbst getragen werden müssen. Insgesamt fördert das aktuelle Abrechnungssystem eine Mehr-Klassen-Medizin und widerspricht solidarischen Prinzipien. Wenn aber die Gesundheitsförderung nicht mehr im Fokus steht, sondern nur Nebenprodukt wirtschaftlicher Interessen ist, widerspricht das unseren ethischen Grundsätzen. Deswegen fordern wir, dass das Gesundheitssystem dem Wettbewerbsmarkt entzogen wird, damit der oder die Patient:in nicht mehr Mittel für Profit ist, sondern wieder im Mittelpunkt der Behandlung steht.

Medizin muss feministisch sein

Auch im Gesundheitssystem ist die Ungleichheit zwischen Geschlechtern deutlich sichtbar. Das gesamtgesellschaftliche Problem der Benachteiligung von FLINT-Personen schlägt sich im Bereich der sogenannten „Care“-Arbeit besonders hart nieder, da die-

se mit einem weiblichen Stereotyp konnotiert ist. Ein Großteil der Pflege wird von FLINT-Personen gestemmt, im Krankenhaus wie auch zu Hause. In diesem Zusammenhang sind auch andere Bereiche wie Reinigung und Wäscherei zu nennen, die für die Klinikabläufe unabdingbar sind. Es sind meist Berufe, die gesellschaftlich wenig anerkannt und deswegen schlecht (bis gar nicht) vergütet werden. Das ist keine notwendige Situation, sondern gesellschaftlich gewachsen und veränderbar! Wir setzen uns dafür ein, dass diese strukturell wichtigen Tätigkeiten gesehen, gewürdigt und angemessen entlohnt werden. Zurzeit bedeuten Schwangerschaft und Elternzeit häufig eine Behinderung der beruflichen Weiterbildung und Karriere. Wir fordern: Weder Familienplanung noch Geschlecht dürfen jemandem zum Nachteil gemacht werden.

(FLINT schließt F = Frauen, L = Lesben (homosexuelle Frauen), I = Intersexuelle Personen, N = Nicht-binäre Personen, T = Trans Personen (trans Männer und trans Frauen) oder Trans*gender ein)

Respektvolles Miteinander

Jeder Mensch hat einen Anspruch auf adäquate medizinische Versorgung. Egal aus welchem Kontext heraus, Menschen in Not muss geholfen werden. Stereotypen und diskriminierende Denkmuster in der Medizin müssen reflektiert und kritisch hinterfragt werden. Das gilt sowohl für die Arbeit mit Patient:innen als auch für die Arbeit miteinander. Medizin ist Teil der Gesellschaft und als solche kann sie nicht losgelöst betrachtet werden, sondern auch immer sozialpolitisch. Deswegen gilt es gesellschaftliche Missstände, die im Gesundheitssystem reproduziert werden, zu bekämpfen.

Medizin ist Politik im Kleinen

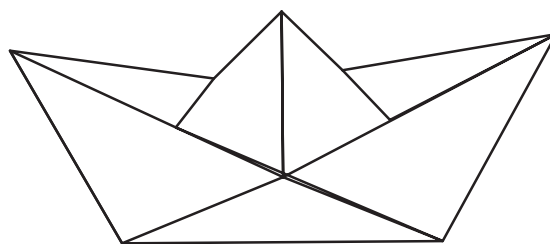
Viele vergessen neben Fachwissen und Spezialisierung immer wieder, dass medizinisches Personal eine hohe soziale Verantwortung innehat. Für Hilfesuchende ist nicht nur

entscheidend, dass ihnen die richtige Pille verschrieben wird, sondern sie müssen Ansprechpartner:innen finden, die sie in ihren Problemen ernst nehmen. Viele gesundheitliche Probleme entstehen durch Armut, Ungleichheit und gesellschaftliche Ausgrenzung. Um Menschen wirklich zu helfen, dürfen die gesellschaftlichen und sozialen Aspekte nicht vernachlässigt werden. Dies bedeutet für Ärzt:innen, sich nicht in ihr Fachgebiet zurückzuziehen und sich nicht durch überhebliches Statusgefühl von komplexen Behandlungsansätzen abhalten zu lassen.

Nur gemeinsam sind wir stark

Von der gegenwärtigen schlechten Arbeitssituation ist die psychische und physische Verfassung der Beschäftigten stark betroffen, die direkten Einfluss auf die Patient:innenversorgung nimmt. Mit dem gemeinsamen Arbeitsziel der Gesundheitsversorgung ist es unserer Meinung nach essentiell, sich solidarisch zusammenzuschließen und gemeinsam für eine Verbesserung der bestehenden Arbeitsbedingungen zu kämpfen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit darf nicht an konstruierten hierarchischen Grenzen halt machen.

“Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Grossen.” - Rudolf Virchow -

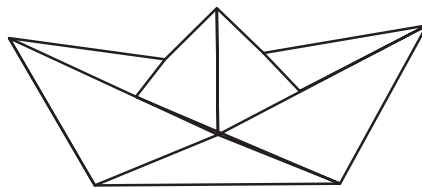


Basisgruppe Medizin

info@bgmed.org

www.bgmed.org

Facebook: [bgmedgoe](#)



Gestaltung und Layout

Grafikkollektiv Göttingen

grafikkollektiv@riseup.net

