

19. Nico Dragano

Signet

[0:04] Erschöpfung statt Gelassenheit. Warum Achtsamkeit die falsche Antwort auf so ziemlich jede Frage ist. Ein Podcast von Katrin Fischer. In der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist es common sense, dass wir es kombinieren müssen. Wir müssen a die Person Twitter machen, dort wo wir den Stress nicht rausnehmen können, aber überall dort, wo man ihn strukturell reduzieren kann, da muss man das tun. Also wir müssen es kombinieren. Und eben dieser zweite Teil der Formel, der wird halt eben ganz oft vergessen. Ich glaube, die arme Achtsamkeit, die kann ja gar nichts dafür, wenn man nicht die Grundregel der Prävention vergessen würde die ganze Zeit. Wir müssen beides tun.

Kathrin

[0:47] Ja, die arme Achtsamkeit, die kann einem schon leidtun, weil sie total überfordert wird. Wir predigen Achtsamkeit die ganze Zeit als Allheilmittel gegen Stress und bieten beispielsweise Resilienztrainings für Mitarbeitende an und ermitteln dann eben nicht in einem zweiten Schritt die Ursachen, die strukturellen Ursachen in der Organisation. Insgesamt nehmen wir in der Betrachtung von Stress und den Ursachen von Stress das Verhalten des Einzelnen immer sehr genau in den Blick und vergessen darüber oft die Verhältnisse. Ist vielleicht kein Wunder, die Verhältnisse sind von Macht und Herrschaft durchzogen und auch geprägt. Und das zu entdecken und vor allen Dingen zu ändern, ist eine ziemlich große politische Aufgabe. Über diese ganze Gemengelage habe ich mit Nico Dragano gesprochen. Er ist Professor für medizinische Soziologie an der Universität Düsseldorf. Er ist Direktor des Instituts für medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für medizinische Soziologie. Er forscht unter anderem zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit und hat beispielsweise die soziale Dimension der Covid-19-Pandemie untersucht.

Speaker0:

[1:57] Wir haben über die Frage gesprochen, ob die Deutschen wirklich erschöpfter sind als früher, wie man das messen könnte und warum Armut krank macht. Viel Freude mit einem Gespräch, in dem es immerhin eine ganz klare Erkenntnis gibt.

Ja, einen schönen guten Tag, Nico Dragano. Schön, dass Sie da sind. Ja, schönen guten Tag, Frau Fischer. Danke für die Einladung. Ja, ich freue mich auf das Gespräch. Wir haben uns ja verabredet über den Zusammenhang von Gesundheit bzw. Von Krankheit, Gesundheit und Gesellschaft zu sprechen. Also wir wollen über die sozialen Faktoren sprechen, die Menschen gesund erhalten oder krank machen. Und Einstieg in das sehr wirklich umfangreiche Thema ist ein gesellschaftliches Phänomen, das auch meinen Podcast inspiriert, nämlich Erschöpfung. Der heißt ja Erschöpfung statt Gelassenheit. Und immer mehr Menschen scheinen immer müder, immer abgeschlagener, immer antriebsloser, also mit einem Wort erschöpfter zu sein. Und die Zivilgesellschaft und auch die Medien in verschiedenen Formaten rätseln intensiv darüber, ob das so ist und falls ja, woran das liegen könnte. Und ich tue das hier auch ein bisschen. [3:01] Und mich interessiert jetzt erst mal, wie Sie zu der Diagnose einer Müdigkeitsgesellschaft stehen. Haben Sie Hinweise oder können Sie irgendwie den Eindruck teilen, dass die Deutschen, wenn wir mal hierbleiben, wir können natürlich auch von den Industrienationen reden, aber reden wir mal von den Deutschen. Haben Sie den Eindruck, dass die erschöpfter als früher sind?

Dragano

Also wenn man jetzt ganz spießig statistisch argumentiert, bräuchten wir jetzt Trenddaten, die vor 20 Jahren gemessen haben, jetzt nochmal messen, dann könnte man sagen, ja, die Erschöpfung ist angestiegen, aber da müssen wir vorher noch eine andere Sache tun, nämlich definieren, was Erschöpfung eigentlich ist und welche Form von Erschöpfung wir eigentlich messen wollen. Und wir kommen ja jetzt aus der epidemiologisch-medizinischen Forschung und wir versuchen ja Faktoren zu identifizieren, die das Krankheitsrisiko erhöhen. Und da gibt es unterschiedliche Konzepte von der Schöpfung. Und da müssen wir uns erstmal darauf einigen, welche wir eigentlich meinen.

Kathrin

Also da ich keins von denen kenne, können Sie ja vielleicht die Konzepte darlegen oder können eins nennen, das Sie für brauchbar halten, um so weiter zu überlegen?

Dragano

Ja, da wird es schon schwierig. Also Erschöpfung ist erstmal ein Normalzustand. Wenn wir uns verausgaben, körperlich oder auch geistig, dann erschöpfen wir. Das ist absolut normal. Das kennt jeder von uns. Und deswegen gibt es so Dinge wie Ruhepausen und den Schlaf. [4:31] Und Erschöpfung geht weg, wenn wir uns erholen. Und klar kann man auch diese Form von Erschöpfung messen. Da gibt es sogar physiologische Marker. Oder man könnte beispielsweise physiologische Erschöpfung nach einer sportlichen Leistung oder nach einem anstrengenden Arbeitstag, wenn Sie körperlich arbeiten, könnte man Laktatwerte messen. Oder man könnte Reaktionszeiten messen, das geht, aber das ist ja noch nicht krankheitswertig. Interessant wird es dann, wenn Leute aus der Erschöpfung nicht mehr rauskommen, wobei dann vielleicht weniger die Erschöpfung an sich das Problem ist, sondern die fehlenden Ruhepausen. Also wenn ich zwischendurch nicht mehr regeneriere, dann kann es sein, dass ich mich ständig erschöpft fühle. Aber auch das ist jetzt noch nicht zwingend gesundheitswertig. Aber über lange Sicht ist das mit Sicherheit ein Risikofaktor. Das tut einem weder körperlich noch geistig gut. [5:33] Und, sagen wir mal, populärer ist das Konzept im Bereich der medizinischen Forschung, ist die Fatigue. Aber das ist, glaube ich, etwas anderes als das, was Sie meinen. Die Fatigue ist ein Zustand der Erschöpfung, der nicht an eine vorangegangene Belastung geknüpft ist. Das heißt, diese Menschen sind müde, komplett antriebslos, aber der Grund ist nicht, dass sie sich vorher verausgabt haben. Und in den allermeisten Fällen ist das ein Begleitsymptom einer anderen Erkrankung. Ja, es ist zum Beispiel gut erforscht worden im Zusammenhang mit Krebserkrankungen, also Tumorfatigue und vielen weiteren Erkrankungen, zum Beispiel Infektionskrankheiten, wie jetzt auch mit Long-Covid beispielsweise. Also das ist dann nichts, was alleine kommt, sondern es kommt zusammen mit einer anderen Erkrankung, es vergesellschaftet mit anderen Erkrankungen. [6:31] Und ich glaube, das ist nicht die Erschöpfung, die Sie meinen, aber das geht in der Debatte immer so ein bisschen durcheinander. Denn die Risikofaktoren für diese Form der manifesten Erschöpfung, das Fatigue, die man auch diagnostizieren kann, die man behandeln muss bei diesen Patientinnen und Patienten, geht es richtig schlecht. Das ist ein ganz anderes Setting als, sagen wir mal, die vage definierte Erschöpfung. Und in epidemiologischen Studien muss ich ja ganz praktisch solche Faktoren erfassen, über Fragebögen, über Messverfahren, EKG, Biomarker im Blut und ähnliches. Und da ist es bei dieser allgemeinen diffusen Erschöpfung

schon etwas schwierig. [7:17] Und deswegen haben wir in den allermeisten dieser Studien so etwas allgemeiner ERschöpfung auch gar nicht drin.

Kathrin

Das ist interessant, da kommt man natürlich auf ein grundlegendes wissenschaftliches Phänomen. Wenn man jetzt sagen würde, wir kriegen irgendwie mit, dass es einen gesellschaftlichen Diskurs gibt, dass es vielleicht auch erhöhte Krankschreibungen gibt, wenn man, das weiß ich zum Beispiel auch nicht, sagt, psychische Erkrankungen würden auf Erschöpfung hinweisen. Angeblich steigen ja die Fehltage aufgrund von psychischen Erkrankungen. Also man hat einen Diskurs, aber man weiß nicht, wie man das Phänomen messen soll, wenn man es epidemiologisch erforschen will. Ist das richtig so?

Dragano

Ja, so könnte man das zusammenfassen. [8:02] Die Frage ist, ob man das wirklich eher, ob man das in der epidemiologischen Ecke überhaupt erfassen kann, sagen wir mal diffuse Zustände, weil wir schauen ja auf krankheitswertige Dinge. Ja, also Fatigue, erkrankungsbezogene Fatigue kann man messen, da gibt es Fragebögen zu und das tut man auch, aber so eine allgemeine Abgeschlagenheit oder Erschöpfung reliabel zu messen, ist alles andere als einfach, denn, wie ich eben gesagt habe, das ist ja erstmal ein natürlicher Zustand. Wenn ich jetzt, sagen wir mal, ich lade Sie jetzt zu unserer Studie ein und befrage Sie Freitagnachmittag und Sie haben die ganze Woche schon durchgeplockert. Ja, dann werden Sie vielleicht erschöpft sein, geben das dann bei meiner Befragung am Freitag an. Aber am Samstagmittag geht es Ihnen wieder blendend, weil Sie einen schönen Abend hatten und gut geschlafen haben. Und je diffuser ein Zustand ist und je volatiler, volatil, also zufällig, ja, oder es hat ja natürlich einen Rhythmus. Ja, mal kommt es, mal geht es und dann müsste man eher fragen, waren Sie in den letzten 14 Tagen häufiger müder als normal und selbst dann müsste man ausschließen, gibt es eine zugrunde liegende Erkrankung, ja oder nein? War das eine ungewöhnliche Zeit, ist es eine Erschöpfung, die mit Belastungen assoziiert ist, was ja normal ist, oder ist es eine Erschöpfung, die generalisiert auftritt, ohne dass sie sich verausgabt haben?

[9:31] Ja, also wenn man das tatsächlich empirisch messen möchte, muss man schon vorher einige Fragen beantworten. So einfach ist das eben nicht. [9:41] Und deswegen fehlen auch gerade für solche Faktoren halt häufig die Daten, weil wenn ich Trenddaten hernehme zur Gesundheit beispielsweise, dann nehmen wir Informationen aus der Gesundheitsberichterstattung, zum Beispiel vom RKI, die jedes Jahr einen telefonischen Survey machen. Da werden Leute befragt, aber die werden halt nur einmal befragt und es ist wenig Zeit und deswegen ist Erschöpfung jetzt in unserem Forschungsfeld und wir beschäftigen uns ja durchaus viel mit psychischen Erkrankungen, eher ein untergeordnetes Thema, was aber nicht heißt und das ist mir jetzt wichtig, dass es jetzt kein Thema ist oder kein gesellschaftliches Thema ist oder dass es den Menschen damit wirklich nicht gut geht. [10:28] Nur die Frage ist, ob wir dann wirklich ein Thema für die epidemiologisch-medizinische Forschung haben oder eher im Bereich der soziologischen Forschung dann sind.

Kathrin

Da kommen wir ja vielleicht drauf. Es gibt ja Menschen, die sich damit beschäftigen. Die Soziologin Stefanie Gräfe ist ja eine, die war hier auch schon zu Gast. Die spricht immer über Erschöpfung und Resilienz. Da würde ich Sie am Ende gerne noch zu Resilienz auch befragen. Ich habe jetzt nochmal eine Frage, weil Sie ja sagen, im Grunde genommen können wir das nicht verlässlich erheben. Das

leuchtet mir auch total ein. Trotzdem gibt es in den Medien ja dann immer wieder mal eine Berichterstattung. Zum Beispiel nach Angaben einer großen Krankenkasse ist die Zahl der Menschen, die an Erschöpfungssymptomen leiden, von 2021 auf 2022 um 48 Prozent gestiegen, habe ich jetzt gefunden. Sind solche Angaben dann überhaupt seriös?

Dragano

[11:17] Das kann ich nicht beantworten, ohne die Datenbasis gesehen zu haben. Also Punkt 1, was sind Erschöpfungssymptome? Ich habe ja gerade schon gesagt, das kann man nicht einfach so sagen, weil Erschöpfung ist erstmal normal und komplett gesund. Wenn Sie den ganzen Tag gearbeitet haben, Kinder sprangen abends noch um Sie rum, dann ist es komplett normal, dass Sie erschöpft sind. [11:39] Was ist in dem Fall ein Symptom? Von einem Symptom würden wir dann sprechen, wenn es zumindest auf eine Frühform eines gesundheitlichen Problems hindeutet. Jetzt müsste man sich mal anschauen, was für Symptome die abgefragt haben, wie sie ausgeschlossen haben, dass nicht körperliche Krankheiten dahinter stehen, wie sie ausgeschlossen haben, dass es stabile Symptome sind. Das mag jetzt ein bisschen erbsenzählerisch überkommen.

Kathrin

Ich finde es toll, es klingt sehr seriös. Es klingt wirklich so, ich freue mich.

Dragano

Man denkt so, ja, das stimmt, das leuchtet total ein. Ja, aber das ist jetzt kein untypisches Beispiel. Das heißt auch immer, der Stress wird immer mehr und dieses wird immer mehr. Und wir beschäftigen uns damit wissenschaftlich schon seit langem. Es gibt praktisch nur eine Handvoll Untersuchungen, die wirklich ernsthaft über längere Zeiträume hinweg richtig gut gemessen Arbeitsstress beispielsweise abbilden. Das ist eine Handvoll Studien. Ich kenne Pressemeldungen, es werden ja dann oft auch einfach kurz schnell Umfragen rausgehauen mit selbst gebastelten Fragebögen, um eine Pressemeldung zu erzeugen, sagen wir mal so. Und dann wird dann gefragt, wenn die Leute weggefallen und ist jetzt Stress häufiger geworden? [13:01] Wenn man jetzt mal wirklich drüber nachdenkt, wie soll man so eine Frage wirklich beantworten? Die meisten sagen dann, ja klar, irgendwie schon, weil hier und jetzt fühle ich das viel stärker, aber jetzt frage ich Sie mal, wie hoch war Ihr Stressniveau genau heute vor einem Jahr? An die Antworten, klar. Und ich glaube, es würde sich wirklich lohnen, hier deutlich strikter zu sein und auch die methodische Qualität von Studien wirklich streng zu prüfen, bevor man mal große gesellschaftliche Diagnosen stellt.

Kathrin

Ich würde Sie jetzt aber trotzdem aus diesem ganzen Dilemma noch nicht entlassen wollen. Ich habe das verstanden, aber ich habe mir überlegt, würde es Sie eigentlich als Epidemiologen interessieren, so ein präsent, aber vages Phänomen wie Erschöpfung, die jetzt eben in diesem Diskurs so breit getreten wird, wie wir es gerade festgestellt haben, doch irgendwie messbar zu machen? Und falls ja, Sie haben es ja jetzt schon ein bisschen angedeutet, aber gäbe es eine Art und Weise, wie Sie vorgehen würden? Also können Sie uns erklären, wie man Krankheiten messbar macht? Vielleicht ist ja Erschöpfung ein ganz schlechtes Beispiel. Und Sie sagen mir gleich, ich kann es Ihnen an was

anderem erklären. Aber mich würde es natürlich interessieren, ob es einen Weg gäbe, diese Lücke zu schließen.

Dragano

[14:24] Natürlich könnte man Erschöpfung, wenn man genau sagt, welche Form von Erschöpfung man meint. Also ich kann ja nur etwas operationalisieren. Das heißt, in eine Messung übersetzen, wenn ich vorher eine ganz klare Hypothese habe. Wenn ich vorher ganz klar sage, ich möchte diese Art der Erschöpfung messen und dann darf eben nicht alles durcheinander gehen. Zum Beispiel habe ich es auch schon gesehen, dass Leute eigentlich eine allgemeine Erschöpfung meinen, weil sie zu viel arbeiten und einfach keine Pausen machen. [14:55] Und dann sagen sie, sie haben Fatigue. Nein, Fatigue ist tatsächlich eine Diagnose. Wie gesagt, das kommt aus der Forschung zu schwerwiegenden Krankheiten. Und da geht viel zu viel durcheinander. Man muss also erst mal genau sagen, welche Erschöpfung meinen wir eigentlich? Meinen wir ein Phänomen, das eher vielleicht fehlende Regeneration ist, weil unser Leben so vollgepackt ist, weil wir auf der Arbeit überlastet werden, weil wir dann zu Hause nicht regenerieren, sondern weiter an unser Smartphone glotzen, weil überall Informationen um uns herum sind, die es uns nicht mehr erlauben. Ja, dann ist aber, glaube ich, weniger die Erschöpfung das, was ich jetzt erforschen würde, sondern der Gesamtkomplex. Nämlich warum gelingt es Leuten nicht zu regenerieren? [15:47] Über diesen Weg würde man wahrscheinlich schneller an die Ursache des Problems kommen, als wenn ich mich jetzt hinsetze und ewig überlege, wie messe ich, sagen wir mal, subklinische oder vorklinische oder subjektive Erschöpfung.

Kathrin

Harald Welzer war ja hier im Januar im Podcast und den habe ich auch gefragt, ob die Menschen erschöpft sind. Und er hat gesagt, nee, die sind okkupiert. Und das würde ja so ein bisschen zu dem passen, was Sie gerade gesagt haben, fehlende Ruhepausen, weil man damit beschäftigt ist, sich selber zu optimieren, sein Wohnzimmer zu optimieren. Also permanent Anforderungen einkommen und man nicht das Gefühl hat, man darf auf dem Sofa sitzen und nichts tun.

Dragano

Ja, und das ist ein weit verbreitetes Phänomen und das ist gut beschrieben und gut gemessen. [16:33] Also die fehlenden Ruhepausen oder die Überforderungen, das ist gut erforscht. Ja, zum Beispiel, hier gibt es einige Projekte zum Technologie-assoziierten Stress, der sogenannte Techno-Stress, ein schillernder Name. Da gibt es die sogenannte, das kommt jetzt alles aus der englischen Fachliteratur, Techno-Invasion. Das ist das Phänomen, das die weite Nutzung von Technologien, mobilen Technologien dazu geführt hat, dass Menschen praktisch keine Grenze mehr haben zwischen Privat und Arbeit. Weil sie können jederzeit, sie können halt abends im Bett auch noch Mails beantworten und als erstes nach dem Aufstehen Mails checken. Vielleicht wird das in ihrem Betrieb sogar erwartet. Das kommt von außen. Und sowas ist natürlich Gift für Regenerationszeiten. Ja, und den finde ich ganz gut, den Begriff des Okkupiertseins.

Kathrin

Was ist denn wichtig für, wenn ich mal so fragen darf, für Ruhephasen und für Regenerationen?

Dragano

[17:37] Eine allgemeingültige Antwort gibt es darauf nicht, wenn man in die Stressforschung guckt. Es ist etwas Individuelles. Es gibt Menschen, die zur Erholung von geistiger Anstrengung körperlich anstrengende Dinge tun, Sport treiben, was eine gute Idee ist bei Stress und Belastung. Denn Stress ist ja ein physiologisches Programm, um unseren Körper aktiv zu machen. Ja, wir sollen ja eigentlich unter Stress, evolutionär bedingt, sollen wir uns ja bewegen, weglaufen, kämpfen, irgendwas machen. Und wenn wir uns bewegen, werden diese Mechanismen zurückgedreht. Wir bauen die Stresshormone ab. Manche Menschen brauchen das. Andere Menschen brauchen Ruhe, um zu regenerieren. Andere Leute brauchen soziale Interaktionen. Es gibt verschiedene Funktionen, da kann man jetzt nicht sagen, für alle ist es das Beste, um 10 ins Bett zu gehen. Das ist ja auch Quark. Da würden die Eulen uns auch so eine Empfehlung um die Ohren hauen.

[18:44] Zentral ist halt nur, dass man tatsächlich kontert. Also die Belastung, die man hatte, nicht mit einer ähnlichen Belastung noch fortführt. Wenn Sie den ganzen Tag vor dem Rechner gehangen haben, ist es vielleicht nicht besonders erholsam, auch wenn Sie das dann gerne machen, den restlichen Abend auch noch aus irgendwelchen Gründen in Geräte zu gucken. Oder wenn sie körperlich erschöpft sind, weil sie eine körperliche Arbeit ausführen, sind auf dem Bau beschäftigt oder ähnliches, dann haben sie vor allem eine körperliche Erschöpfung und dann wäre es vielleicht nicht sehr regenerierend, abends noch Extremsport zu treiben. Es muss passen, es gibt keine universelle Empfehlung, aber wichtig ist, dass man Abstand gewinnt.

Kathrin

[19:34] Und das höre ich jetzt bei Ihnen raus, dass man es für sich selbst macht, dass man irgendwie nicht nochmal weitere Anforderungen erfüllt.

Dragano

[19:41] Ja, absolut. Es muss eine gewisse Zweckfreiheit haben. Denn, wie gesagt, es geht darum, dass sie regenerieren. Also der Ausgangspunkt ist ja, dass man erschöpft ist und zwar aus gutem Grund. Die Form der Erschöpfung, die wir jetzt reden, ist ja nicht die, die mit Krankheiten hergeht, sondern die, die vor allen Dingen mit dem hergeht, was wir den ganzen Tag lang tun. Manche sind kognitiv erschöpft, andere körperlich. Und dass man dann das Regenerationsprogramm wählt, was zu einem passt und auch zu der Belastung passt, die man hat.

Kathrin

Da habe ich jetzt noch eine Frage, die ist vielleicht auch ein bisschen spekulativ. Aber ich habe halt den Eindruck, wenn man sagt, es soll etwas sein, was nur für mich ist und es steht Regeneration im Mittelpunkt. Dass das etwas ist, was in der gegenwärtigen Gesellschaft, Sie haben das in einem Artikel auch mit Andreas Reckwitz einfach die digitale Spätmoderne dann genannt, aber dass eben diese Anrufung an Einzigartigkeit, an Leistungsfähigkeit und so weiter dazu führt, dass Regeneration, wenn sie nicht gerade auch wieder mit Leistungen zusammenhängt, ich male die tollsten Bilder, ich, keine Ahnung, spiele die tollste Art und Weise die Gitarre, dass das nicht sehr populär ist. Also dass

diese reine Regeneration ein bisschen in Verruf geraten ist. Ich weiß nicht, ob das zu spekulativ für Sie ist, aber da würde mich Ihre Meinung interessieren.

Dragano

[21:04] Das ist jetzt nichts, was wir hier mit Daten untersuchen und das ist eher was, was man als Eindruck gewinnt, wenn man in den Studien mit den Teilnehmenden spricht oder im Unternehmen beraten oder auch hier mit den Kolleginnen und Kollegen aus der Klinik sprechen über Patientinnen und Patienten oder das, was man halt so wahrnimmt, absolut. Also man hat eine Arbeitsleistungslogik auch in die privaten Felder einziehen lassen. Und das ist natürlich das Gegenteil von Regeneration. Ja, insbesondere kommen wir mal auf die kognitive Belastung, einen kognitiv anstrengenden Job. Und dann, wie gesagt, geht es halt beim Regenerieren darum, etwas zu tun, was vielleicht kognitiv nicht so anstrengend ist. Und wenn Sie Musik machen wollen, dann unbedingt, wenn Sie Musik lieben. Aber dann da wieder eine Leistungslatte dran zu legen, das ist ja dann wieder kognitiv herausfordernd. Also das ist nicht das, was mit Erholung gemeint ist. Also mit Erholung müssen Sie ja tatsächlich...

[22:10] Eine messbare physiologische Anstrengung des Körpers, ich nenne es jetzt immer Kontern, wenn sie körperlich angestrengt ist, das können sie ja tatsächlich messen. Der Herzschlag ist verändert, der Stoffwechsel ist verändert, sie haben eine andere hormonelle Zusammensetzung als sonst. Ja, da passiert ja wirklich was im Körper. Es ist ja nichts, wo wir uns jetzt mit freiem Willen entscheiden und mir, ich halte jetzt noch drei Stunden durch. Ja, aber ich muss mich nur anstrengen. Nein, das ist auch messbar, Erschöpfungszustände. Und das heißt, man muss, um diese Erschöpfungszustände wieder zurückzudrehen und wieder in den Normalzustand kommen, tatsächlich was tun. Ruhe oder Dinge, die eben nicht anstrengend sind.

Kathrin

Wir müssen das einfach Extreme Resting nennen. Und dann machen das die Leute alle.

Dragano

Ja, genau, der Best Rester.

Kathrin

[23:03] Also es klingt so, als wären wir keine, also wenn wir sagen, wir können Erschöpfung nicht messen oder die Epidemiologen können es nicht wirklich wissenschaftlich valide messen, dann würde man sagen, aber wir sind eine Gesellschaft, die schlecht erholen kann. Darauf könnten wir uns irgendwie einigen.

Dragano

Ja, die Bedingungen für Erholung in dieser Gesellschaft sind nicht gut.

Kathrin

Das ist doch mal eine Aussage. Ich würde jetzt mit Ihnen gerne nochmal sozusagen zu dem kommen, was messbar ist und fragen, weil wir wollten ja auch über den Zusammenhang von Gesundheit, Krankheit und sozialen Faktoren sprechen. Haben wir jetzt eigentlich schon anhand von Erschöpfung. Aber wenn wir das allgemeiner machen, ist, glaube ich, eine Ihrer Aufgaben, wenn ich das richtig

verstehe, herauszufinden, was Menschen krank macht und was Menschen gesund erhält. Und wie messen Sie zum Beispiel, was Menschen krank macht?

Dragano

Ja, das ist richtig. Wir suchen nach Risikofaktoren für Erkrankungen. Manche in unserer Arbeitsgruppe schauen eher auf psychische Krankheiten, andere auf körperliche Krankheiten. Ich selber habe lange Herz-Kreislauf-Epidemiologie gemacht, also das beeinflusst das Herz-Kreislauf-System. [24:09] Und dann die letzten paar Jahre ereignisbedingt dann auch sehr viele Infektionserkrankungen.

Kathrin

Sie haben viel Corona-Studien gemacht, mehrere Corona-Studien.

Dragano

Genau. Und als Medizinsoziologie sind die Faktoren, die wir untersuchen in sogenannten Arbeits- und Sozialepidemiologischen Studien, Faktoren, die mit der Arbeit oder mit unserem sozialen Leben zu tun haben. Und es kommt sehr stark auf den Faktor an, wie Sie das messen. Beispielsweise soziale Isolation, ein wichtiger Risikofaktor für Depressionen, für Angststörungen und für viele körperliche Erkrankungen im Übrigen auch. Da gibt es dann Fragebögen. Es gibt kurze Fassungen davon. Da fragen Sie Leute direkt, ob und wie oft sie sich einsam fühlen und in welchen Umständen. Es gibt auch lange komplizierte Fragebögen, wie das gesamte soziale Netzwerk abfragen und dann auch abfragen, ob dieses Netzwerk qualitativ auch Unterstützung bieten kann. Sie können ja hunderte Leute kennen, aber wenn es ihnen schlecht geht, ist keiner von denen eine echte Hilfe. [25:18] Also so operationalisiert, so nennen wir das, so operationalisiert man diese Risikofaktoren. Aber das ist ganz stark davon abhängig, was Sie gerade untersuchen. Berufliche Risikofaktoren gibt es auch zu den allermeisten, die wir kennen, gute und validierte. Das heißt, in eigenen Untersuchungen auf ihren Aussagegehalt hin abgeprüfte Fragebögen. Es gibt viele, viele Arbeitsstress-Fragebögen beispielsweise, die unterschiedliche Facetten von Belastungen messen. Und dann gehen sie mit diesen Bögen ins Feld, messen am besten alles Mögliche und dann im Idealfall warten wir dann ab, ob die Leute krank werden. Denn um zeigen zu können, dass ein Faktor an der Entstehung einer Erkrankung beteiligt ist, brauchen sie eine zeitliche Sequenz. Die Ursache muss ja vor der Wirkung kommen. Heißt, wenn ich untersuchen möchte, ob bestimmte stark belastende Arbeitsbedingungen [26:21] Längerfristig gesehen zu Depressionen führen, dann muss ich dann anfangen, wenn es den Leuten noch gut geht, die aber schon belastet sind. Das heißt, ich nehme eine große Gruppe an Menschen, befrage die dann und schaue mir dann an, ob diejenigen, die arbeitsbezogene Belastungen haben, in diesem Beispiel, ob die zum Beispiel nach zwei Jahren häufiger depressive Symptome entwickelt haben, als die, die das nicht hatten. So gehen wir ganz grob gesprochen vor.

Kathrin

Und wenn Sie diese Zusammenhänge feststellen können, dann werden daraus Maßnahmen oder Empfehlungen abgeleitet?

Dragano

Ja, mit Vorsicht zu genießen. Das sind ja nun Beobachtungsstudien. Die sicherste Evidenz bekommen wir aus Experimenten, aus randomisierten Experimenten. Leider verbieten die sich in der Regel bei

der Risikofaktorenforschung. Wir können ja Leute nicht experimentell echten Gesundheitsrisiken aussetzen. So, hey, du hast jetzt mal drei Jahre richtig üblen Stress, verdienst gar nichts und du rauchst auch noch dazu. Dann gucken wir, was passiert. Genau, das geht natürlich nicht, sondern wir schauen uns die Realität an. Manche Leute haben halt hohe Belastungen, andere haben die eben nicht, sodass immer ein Rest Unsicherheit bleibt. [27:38] Natürlich lässt man sich ab und zu mal hinreißen, relativ frühe Empfehlungen zu geben, Aber eigentlich ist die gute Praxis, dass wir erstmal abwarten, wenn wir die zehnte, zwölfte und dreizehnte Studie zu einem Thema haben und die alle in dieselbe Richtung weisen. Und man die idealerweise auch nochmal in einer sogenannten Metastudie zusammenfasst, das heißt all diese Studienergebnisse nochmal statistisch auf den Punkt bringt und dann sieht, okay, wir haben jetzt in verschiedenen Ländern, bei Männern, bei Frauen, bei Alten, bei Jungen gesehen, dass beispielsweise überlange Arbeitszeiten ohne Regeneration das Risiko einer Depression oder einer körperlichen Erkrankung wie den Herzinfarkt erhöht. Dann würde man sagen, Leute, wir haben hier ein Problem und bitte interveniert hier. Dann kann man anfangen, Interventionen zu entwickeln.

Kathrin

Das bringt mich zu einem Thema, was Menschen krank macht, ist nach dem, was ich jetzt gelesen und gehört habe. Ich habe mich in den letzten Tagen ein bisschen mit Public Health und Epidemiologie beschäftigt in der Vorbereitung auf dieses Interview. Und da habe ich festgestellt, ganz oben steht Armut. [28:50] Armut und dann Klimawandel jetzt mittlerweile vielleicht auch noch, aber weil man sagt, Klimawandelfolgen treffen arme Menschen auch stärker als Wohlhabende. Warum ist Armut ein so großer Risikofaktor dafür, krank zu werden, früher zu sterben, Krankheiten schwerer zu haben?

Dragano

Es gibt eine schöne Studie von meinem leider zu früh verstorbenen Kollegen Thomas Lampert aus dem RKI. [29:15] Der hat da in des sozioökonomischen Panels eine große Langzeitstudie in Deutschland ausgewertet und hat gesehen, dass arme Männer in Deutschland 8,8 Jahre früher sterben. Also die Lebenserwartung ist um 8,8 Jahre kürzer als bei reichen Männern. Bei Frauen betritt der Unterschied noch 4,4. Und ich könnte jetzt hunderte Studien aus dem Hut zaubern zu allen möglichen Krankheiten, zu tödlichen, nicht tödlichen Krankheiten, die zeigen, dass Armutslagen mit das ungesündeste sind, was es gibt. Eine globale Erklärung, also man muss es sich für jede Krankheit anschauen. Die Prozesse bei Herzkrankheiten sind komplett andere als bei Infektionen. Wir können das auch nachziehen, aber grob gesprochen, ganz grob gesprochen, bedeutet es erstmal, dass uns materielle Ressourcen fehlen und die haben ganz viel mit Gesundheit zu tun. Zum Beispiel eine Wohnung, die schimmelfrei ist, die nicht direkt neben der Hauptstraße liegt, die groß genug ist, dass man sich zurückziehen und erholen kann, jetzt sind wir wieder bei der Erschöpfung. [30:20] Dass ich Geld für die Heizung habe, dass ich Geld für gesunde Ernährung habe und es gibt viele Menschen in diesem Land, die das nicht haben. Und das wirkt unmittelbar auf die Gesundheit. Ich glaube, das kann sich auch jeder Hörer unmittelbar vorstellen. Da brauchen Sie jetzt keinen Epidemiologen zu. [30:39] Außerdem ist Armut eine manifeste psychische Belastung. Das ist ja kein Zustand, den Leute anstreben. Wenn sie sich Sorgen machen müssen, ob sie am Ende des Monats was zu beißen haben, ist es eine existenzielle Bedrohung. Und auf existenzielle Bedrohung reagiert unser Körper mit Stressreaktionen, also körperlichen Reaktionen. Und die sind über vielfältige biologische Effekte mit Psyche und Körper verbunden. Und hinzu kommt die Stigmatisierung von Armut. Ja, auch das belastet Leute unmittelbar. [31:18] Niedriger sozialer Status, ne? Ja, also mir wird ganz schlecht,

wenn ich höre, wie manchmal in der Öffentlichkeit oder auch von der Politik, da hatten wir ja neulich ein paar Beispiele, über Menschen im Bürgergag geredet wird. Die sehen das ja auch und die hören das ja auch. Und ich kenne selber Armutsbetroffene, die empfinden das als absolut herabwürdigend und das belastet die extrem. Also Armut ist einer der Hauptrisikofaktoren im sozialen Bereich überhaupt, wenn nicht der Hauptrisikofaktor. Die Unterschiede zwischen Arm und Reich haben sich in den letzten 25 Jahren sogar noch vergrößert. Das bedeutet, das Risiko an Armut zu erkranken steigt eher gegenwärtig. Ja, hier in diesem Feld haben wir ein paar ganz gute Trendstudien, die also über längere Zeit mit derselben Methodik, mit belastbaren Daten gemessen haben, teilweise sogar mit amtlichen Sterblichkeitsdaten. Und es ist in der Tat so, dass die gesundheitlichen Ungleichheiten, die sich beispielsweise ans Einkommen knöpfen, tendenziell, also erstens überhaupt nicht kleiner geworden sind seit 40 Jahren und tendenziell eher größer werden. Na klar, wenn die Einkommensunterschiede größer werden, haben wir mehr Menschen in gesundheitlich gefährdeten Lagen. [32:42] Insofern wäre es, glaube ich, die beste Präventionsmaßnahme der Welt, sich mal schleunigst um Armut zu kümmern.

Kathrin

Ich wollte noch eine Frage stellen, bevor wir vielleicht darüber sprechen. Es wäre die direkte, kausale, beste Intervention, dass man das verhindert oder Armut nicht einfach nur lindert, sondern tatsächlich verhindert. Ich habe noch eine Frage zu Armut und den Gesundheitsrisiken. Man könnte ja auch sagen, weil Sie gerade gesagt haben, die Menschen haben weniger zu essen. Man sagt natürlich auch oft, wenn man über Armut spricht, naja, die ernähren sich halt auch ungesund. Die rauchen häufiger, die gehen häufiger zu McDonalds, essen Fastfood, haben Übergewicht, all diese Dinge. Und dann wird ja gerne gesagt, naja, die Menschen sind ja selber dran schuld. Die sind ja selbstverantwortlich. Die müssten nicht rauchen, die müssten kein Fastfood essen. Die könnten sich wahrscheinlich für weniger Geld Äpfel kaufen und tun es nicht. Also sind sie selber schuld. Was sagen Sie dazu?

Dragano

[33:41] Ja, das höre ich öfter mal. Und dann sollte man vielleicht mal in sich gehen und mal einfach eine eigene Verhaltensweise hernehmen, ob gut oder schlecht, und sich mal die Frage stellen, warum mache ich das eigentlich? Was auch immer das ist, nehmen Sie sich mal eine rein und versuchen Sie mal für sich selber zu erklären, wo kommt das eigentlich her. Und die allerwenigsten Dinge, die wir tun, haben wir uns immer mal hingesezt und gesagt, so, ich werde jetzt Raucher. Jetzt Tabelle, Rauchercheck. Genau, ganz einfach so, aus Frackigkeit. Sondern das sind Dinge, die sind angelegt. Wohnen Sie zum Beispiel in einem Land wie Deutschland, das immer sehr Tabakko-Industriefreundlich war. Überall waren Zigaretten. Wenn Sie jetzt etwas älter sind, die erinnern sich noch rund um den Schulhof, waren überall Zigarettenautomaten, überall war Zigarettenwerbung. Man hat Ihnen das ins Gesicht gehalten. Sie konnten das förmlich gar nicht umgehen. Und menschliches Verhalten ist super komplex. Es hat total viele Gründe und ganz viele Gründe sind strukturelle Gründe. [34:49] Das hat was mit den Opportunitätsstrukturen zu tun. Wie haben sie überhaupt Essen gelernt? Wir wissen beispielsweise, dass in armen Familien häufig das Geld schlicht fehlt für gesunde Ernährung. Also wird dort eine ganz bestimmte Ernährung gelebt. Das heißt, diese Kinder nehmen das schon mit. [35:08] Die nehmen schon eine ganz andere Ernährungsweise mit. Noch bevor die selber reflektieren können, noch bevor die selber in der Lage sind, was zu kaufen im Supermarkt, sind dort schon ganz andere Anlagen als bei Kindern, die, sagen wir mal, in einem finanziell super ausgestatteten Akademiker-Haushalt groß werden. Das ist einfach anders. Und hier von Schuld zu sprechen, ist freundlich formuliert, in keiner Weise zielführend. Es ist in keiner Weise zielführend,

denn es negiert die Komplexität des Problems und vor allen Dingen verstellt es die Sicht darauf, was wir alles ändern könnten. Ja, wir können natürlich, natürlich wird es, die Menschen sind ja frei, die werden immer, immer Sachen tun, von denen die Medizin dann sagt, das ist aber gesundheitsgefährdend, ja, aber wir sollten doch allen Menschen dieselbe Chance geben, sich gesundheitlich oder ungesund zu verhalten, das ist im Moment nicht der Fall. Wir wissen, dass Armut eben, sagen wir mal, ungesunde Lebensweisen förmlich provoziert. [36:20] Zum Beispiel Sport kostet. Sie wohnen dann in einem Stadtviertel, wo sie nicht einfach rausgehen und joggen. Sie haben vielleicht den ganzen Tag in ihrem prekären Job geplockert, sind durch die Stadt gefahren, haben Pakete ausgeliefert oder sind einfach durch. Das alles prägt das Verhalten. Und die reine Reduktion auf irgendwie, die haben sich selber dafür entschieden, das widerspricht allem, was wir aus der Verhaltensforschung wissen und aus der Philosophie. Und das widerspricht auch dem gesunden Menschenverstand, wenn man mal seine eigenen Verhaltensweisen hinterfragt. Und noch eine Sache zum Rauchen, das ist ja auch noch ein starkes Suchtmittel. Es ist ein Giftstoff. [36:58] Wenn Menschen einmal da dranhängen, ist es gar nicht so einfach, wieder wegzukommen. und dort haben Leute mit hoher Bildung, gutem Netzwerk, die vielleicht drei Ärzte kennen, viel bessere Chancen, dann von der Fluppe wegzukommen. Und so könnte ich wahrscheinlich vier Stunden weiter erzählen. Und es gibt so, kann man im Podcast nicht zeigen, es gibt so grafische Versuche zum Beispiel, bekannte Faktoren, die das Ernährungsverhalten beeinflussen, in eine Grafik zu bringen. Das sieht dann komplett wahnsinnig aus, fast wie ein Kunstwerk mit 10.000 Punkten. Das ist halt wirklich komplex. Viele Gründe sind strukturell und die können wir ändern. Die können wir ändern.

Kathrin

Da komme ich drauf. Den Kollegen kennen Sie garantiert, Rolf Rosenbrock, Gesundheitswissenschaftler, Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und seit vielen Jahren in Public Health unterwegs. Der hat im Deutschlandfunk gesagt, Politik müsse generell so handeln, dass die positiven gesundheitlichen Folgen überwiegen. Und dann wird er zitiert, würde diese Maxime gelten, hätten wir die 30-Stunden-Woche, hätten eine ganz andere Qualität der Partizipation in der Arbeitswelt, hätten wir eine Kindergrundsicherung, wir hätten armutsfeste Renten und wir hätten eine Besteuerung großer Einkommen und Vermögen, die der gesundheitsfeindlichen Einkommensspreizung entgegenwirkt. Dem stimmen Sie zu, oder?

Dragano

[38:21] Ich stimme allem zu, was Rolf Rosenbock jemals gesagt hat.

Kathrin

Aber damit sind Sie doch in einem Riesenkonflikt. Wenn Sie als Epidemiologe, als Gesundheitswissenschaftler, als Sozialmediziner sagen, wir müssen Armut verhindern. Und wir wissen, es war auch ein Kollege vom Netzwerk Steuergerechtigkeit hier im Podcast, der sehr schön nachweisen konnte, wie in den letzten 30 Jahren die Besteuerung von großen Vermögen abgenommen hat. Wir erleben, dass genau das Gegenteil passiert. Und jetzt sagen Sie, die beste Prophylaxe wäre, die Armut abzuschaffen. Schere Utopie scheint einem das so anzukommen.

Dragano

Ich bin Medizinsoziologe und es gibt einen schönen Satz von Michael Marmot. Sir Michael Marmot, das ist einer der Sozialepidemiologen der ersten Stunde, der hat gesagt, Armut ist eine politische Entscheidung. [39:12] Was man aus dem Bereich der Gesundheitsforschung, der medizinischen Forschung tun kann, kann man natürlich immer wieder auf das Problem hinweisen. Und immer wieder darauf hinweisen, dass vielleicht andere Themen, die gerade durchs Dorf getrieben werden, überhaupt nicht den Durchbruch bringen werden, sondern dass wir am allermeisten erreichen würden. Ich sage immer, das allermeiste würden wir erreichen, wenn wir das Geld für Prävention in die Verbesserung der Lebenssituation von Kindern in Armut stecken. Damit die anders aufwachsen, damit die nicht mit sozusagen fehlgesteuertem Essverhalten oder sowas aufwachsen, damit die gleich eine andere Chance haben. Absolut. Also wir sehen ja schon, dass die allermeisten Erkrankungen des Kindesalters, ernstzunehmende Erkrankungen des Kindesalters, Kinder in Armut häufiger treffen. Ja und jetzt nochmal zurück zu dem Schuldargument. [40:04] Das zeigt nochmal, wie absurd das ist. Was können die Kids dafür? Natürlich kann man das verbessern durch ein gerechtes Bildungssystem, durch ein Steuersystem, das dazu führt, dass wir schlicht die Lebenssituation von Familien in Armut von Alleinerziehenden verbessern. Und die Vorteile liegen auf der Hand. Erstens, finde ich, ist es fast schon moralisch geboten. Zweitens hätte man auch gesellschaftliche Vorteile, denn wir hätten weniger erkrankte Kinder. Und wir wissen auch, dass Armut in der Kindheit Erkrankungen im Erwachsenenalter beeinflusst. Bis hin zu Dingen, die spät im Leben passieren. Zum Beispiel massive Armut im Kindesalter erhöht das Risiko, dass Leute im mittleren Erwachsenenalter Schlaganfälle, Infarkte, Tumore bekommen. Da muss der gesellschaftliche Diskurs, glaube ich, in eine etwas andere Richtung mal nehmen. Aber mir ist natürlich auch klar, dass man da ganz schnell schrappt, man dann sozusagen aus der Gesundheitsschiene kommt, an den großen politischen Debatten, wie Verteilung funktioniert. Und das ist natürlich was, was man jetzt hier aus der Sicht der Grundlagenforschung in diesem Bereich sieht. [41:15] Auch manchmal halt davorstehen und denkt, wie kann das eigentlich sein? Aber ich bezweifle, dass es nicht zu ändern ist, sondern ich bin mir völlig sicher, dass man das ändern könnte, wenn der politische Wille da wäre und wenn der Wille der Bevölkerung da wäre.

Kathrin

Also Sie haben ja gerade gesagt, wie gesund oder krank jemand in einer Gesellschaft ist, hängt davon ab, ob er weiter oben oder weiter unten auf der sozialen Leiter steht. Und dann gibt es ein ganz berühmtes Buch, das Sie natürlich auch kennen, das mich sehr fasziniert hat. Gleichheit ist Glück von 2012. Die beiden britischen Gesundheitswissenschaftler Kate Pickett und Richard Wilkinson haben empirische Daten über ungleiche Gesellschaften gesammelt und haben festgestellt, je ungleicher eine Gesellschaft ist, umso krankheitsanfälliger ist die ganze Gesellschaft. Und das heißt ja eigentlich auch die Frage, wie lang die soziale Leiter ist, entscheidet darüber, wie gesund oder krank man in einer Gesellschaft ist. Also ich als Mittelklasse würde in einem eher egalitären Land vielleicht sogar noch länger leben, als ich in Deutschland lebe. Und das ist ja wirklich verrückt. Das heißt, wir sind ganz stark von unserem sozialen Umfeld geprägt.

Dragano

[42:25] Das ist ja sehr solide mit Daten unterfüttert, was Wilkinson und Pickett da vorgelegt haben. Ungleichere Gesellschaften, die große Einkommensungleichheiten zulassen, sind eigentlich für die allermeisten Menschen in diesem Land ungesund. Das hat damit zu tun, dass Gesundheit zu einem sehr großen Teil aus den Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen entsteht, denen wir ausgesetzt sind. Und wir haben ja schon viele Beispiele jetzt angeführt und das passt ja auch auf das, was Sie in

Ihrem Podcast diskutieren. Dieses Erschöpfungsthema, wo man ja ganz schnell eben bei einer bestimmten gesellschaftlichen Formation landet, die zum Beispiel verhindern, dass ich mich regenerieren kann. Das haben wir eben besprochen. Und dieses Ungleichheitsthema ist ungesund. Es schlägt sich einfach nieder in der Bevölkerungsgesundheit. Stättungsstoss nimmt zu. Ja, es gibt verschiedene Wege. [43:29] In besonders ungleichen Gesellschaften haben sie schlicht viel härtere Ausprägungen von Armut. Es gibt ja Länder, die noch nicht mal ein basales Soziales Sicherungssystem haben, wo ja da wirklich die Existenz unmittelbar gefährdet ist. Aber es sind dann auch einfach viel, viel mehr Leute, die belastet sind. Und das bedeutet viel mehr Erkrankungen. Aber offensichtlich profitieren auch die, die oben auf der Leiter stehen in so ungleichen Gesellschaften nicht besonders viel davon. Also ihr geht es natürlich viel, viel besser als den Menschen, die wenig abbekommen. Aber sie haben recht, also die Daten sind da relativ klar. In einem egalitären Land wird es ja noch besser gehen.

Kathrin

Ja, da können wir ja gleich drüber sprechen, auch wenn wir darüber reden, was eigentlich einen gesund erhält, warum das so stressig ist. Ich wollte jetzt noch mal ganz kurz, also wir haben ja eigentlich gesagt, im Grunde genommen oder Sie haben gesagt, im Grunde genommen müssten wir Armut abschaffen. Das wäre die beste Prävention. [44:24] Wenn man jetzt sagt, bisher scheint für diese Art von Konflikt der politische Wille zu fehlen, dann gibt es immerhin einen Herrn Lauterbach, der sozial benachteiligte Menschen besser versorgen wollte mit den Gesundheitskiosken, muss man ja mal sagen. Natürlich ist medizinische Versorgung nur ein Teil von Gesundheit. Aber trotzdem würde es mich mal interessieren, die Liberalen scheinen dem Ganzen ja schon den Garaus gemacht zu haben. Aber in tausend Stadtteilen niedrigschwellige Gesundheitsvorsorge-Kioske, wie finden Sie die Idee?

Dragano

[45:01] Ja, nicht scheinen dem den Garaus gemacht zu haben. Die haben denen den Garaus gemacht. Im Gesetzentwurf sind die Gesundheitskioske nicht mehr drin. [45:12] Das ist ein interessantes Thema, absolut. Wir haben ja jetzt gesehen, dass die Ursache, also die Grundlage vieler Krankheiten liegt natürlich außerhalb des Gesundheitssystems. Das können wir hier aus der Uniklinik Düsseldorf nicht ändern. Also nur im ganz geringen Umfang. Ich kann natürlich was dafür tun, dass ich das Thema auf die Agenda nehme und das sind dann Ungleichheiten in der Versorgung. Und wir sehen, dass in Deutschland gerade Menschen mit wenig Ressourcen, die wenig Kohle haben, die eine geringe Bildung haben, die vielleicht die Sprache auch nicht so richtig gut verstehen, dass die Probleme haben, Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Und die Gesundheitskioske sind ja der Versuch, so eine Art Schnittstelle zu bilden, genau für diese Menschen, die da mit einfachen Fragen hingehen können, das Ganze halt niedrigschwelliger als einen Termin bei der Niedergelassenen zu machen. [46:10] Wo man auch mal hingehen kann. Wenn man gerade von der Ärztin kommt und sagen kann, die hat mir das und das erzählt, ich habe das einfach nicht verstanden. Das klingt nach einer guten Idee, definitiv. Und es gibt auch Bedarf dafür, denn wir sehen auch im deutschen System, was an sich relativ egalitär ist, was ja von seiner Anlage her durchaus das Ziel hat, jedem und jeder unabhängig vom Geldbeutel eine gute Versorgung angeneihen zu lassen, haben wir auch in unserem System Defizite und die Gesundheitskioske hätten ein Weg sein können oder könnten der auch immer noch sein, es wird ja noch mal in Zukunft Gesetze geben. [46:54] Soviel ich weiß, ist aber auch die Evaluation noch nicht wirklich abgeschlossen und es ist noch nicht so ganz klar, ob die ihr Ziel wirklich erreichen. Ich habe jetzt vor dem Podcast, also die Studie speziell dazu jetzt nicht nochmal gesehen, deswegen bin ich jetzt ganz vorsichtig, aber nach dem, was ich weiß,

gibt es jetzt noch keine eindeutigen, klaren Evaluationen, die zeigen, okay, wir verbessern tatsächlich, sagen wir mal, die Adhärenz, also das Patientinnen, Patienten, nachdem sie im Gesundheitskiosk waren, wissen, was sie jetzt zu tun haben und ihnen danach besser geht oder dass sie an der richtigen Stelle im Gesundheitssystem landen. Das ist noch nicht 100 pro geklärt und ich würde das auch nicht so am Gesundheitskiosk festmachen, sondern wir brauchen irgendeine Maßnahme. Deswegen ist die Debatte wichtig, dass da was getan werden muss. Das steht, glaube ich, außer Frage. Die Gesundheitskioske waren eine Idee, vielleicht gibt es andere, bessere Ideen. Das ist, glaube ich, Gegenstand von Debatten, aber auch von Forschung. Aber dass wir das brauchen, steht für mich außer Frage.

Kathrin

Die FDP geht ja einen anderen Weg. Die will die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken, etwa mit einem Schulfach und natürlich, wie das die Liberalen ja immer gerne mögen, mit digitaler Prävention, mit verschiedenen digitalen Applikationen. Frage an Sie, wie bewerten Sie diese Herangehensweise im Hinblick auf gerechte Gesundheitsvorsorge?

Dragano

[48:21] Wird nicht viel bringen. Wird nicht viel bringen. Nein, also es ist so, es wird aber auch nicht schaden. Nur sie werden dadurch natürlich Chancenungleichheit nicht verringern, denn es gibt für praktisch alle digitalen Anwendungen Nachweise, dass genau die Menschen, die häufig krank werden, da sind wir wieder eben bei schwierigen Lagen, die schon psychische Probleme haben, die arm sind, die vielleicht kein Glasfaser im Haus haben, Die nutzen die weniger, zumindest so, wie sie heute gemacht sind. Deswegen werden sie damit bestimmt die gesundheitliche Ungleichheit nicht reduzieren. Auch nicht mit Gesundheitskompetenz, denn wir haben ja jetzt eine Stunde darüber geredet, dass viele Gründe halt eben strukturell sind. [49:11] Und natürlich ist Gesundheitskompetenz wichtig, aber sie ist nur ein Baustein. Und selbst in Bereichen, von denen man denkt, zum Beispiel beim Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Leistungen, da würde man jetzt denken, oh, wenn ich eine hohe Gesundheitskompetenz habe, dann fluckt das so durch. Wir wissen aber aus der Forschung, dass allein das Inanspruchnahmeverhalten hat mindestens 25 verschiedene Einflussfaktoren auf der individuellen Ebene und davon ist Gesundheitskompetenz nur eins.

Kathrin

Also ob ich zu einer Vorsorgemaßnahme gehe? Ja, exakt.

Dragano

[49:43] Genau, da spielen so viele andere Faktoren eine Rolle. Im Zusammenspiel mit strukturellen Faktoren des Systems, das alleine Gesundheitskompetenz wird jetzt nicht dazu führen, dass alles gut ist. Ja, deswegen fordert die Public Health schon, ich dehne es jetzt mal ganz weit aus, seit 170, 180 Jahren, ich gehe mal zurück zu Rudolf Virchow und Salomon Neumann, die Medizin ist eine soziale Wissenschaft und Politik ist nichts anderes als Medizin im Großen. Wir fordern, dass man die Verhältnisse gesund gestaltet. Und dieser Ansatz, dann haben wir wieder eine App, dann machen wir

ein Schulfach. Wir haben ja schon ein Schulfach im Übrigen. Also wir könnten ja zum Beispiel Schulsport wieder ernst nehmen und allen Schülerinnen und Schülern drei, vier Stunden Sport in der Woche gönnen. Das wäre eine super Präventionsmaßnahme.

Kathrin

Da müsste man aber die Sportlehrer so ausbilden, dass sie daraus keine Demütigungsveranstaltungen machen. Ich habe sehr schlimme Erinnerungen an den Schulsport und es scheint sich nach allem, was ich höre, nicht unbedingt geändert zu haben. Aber das ist vielleicht nur ein Sidekick.

Dragano

Ja, das tut mir leid. [50:56] Ich hatte auch nicht immer positive Sachen. Ich erinnere mich an 5-Kilometer-Läufe, weil ich 5 Minuten zu spät gekommen war und irgendwie die Außenbahn nicht gefunden hatte. Und klar, das müsst ihr dann einfach...

Kathrin

Ja, dass man Freude an der Bewegung hat, dass es darum geht, nicht öffentlich gewählt zu werden, ob man jetzt da mitspielt oder nicht. Aber da müssen wir nicht vertiefen. Aber Sport, es gibt Verbraucher- und Ernährungsbildung, zumindest in Schleswig-Holstein, also es gäbe andere Fächer sozusagen.

Dragano

Ja, ich sage ja auch nicht, dass das falsch ist, aber das ist ein Tropfen auf den heißen Stein, denn die Probleme entstehen eben bei den größeren gesellschaftlichen Verwerfungen. Und dagegen kommen sie halt, das sind ja alles personenbezogene, individuenbezogene, verhaltenspräventive Einzelmaßnahmen. Da wissen wir, das ist so oft erforscht und so oft beschrieben worden, dass der Effekt gering ist, insgesamt gering ist und dass er gerade bei denen, die sie erreichen wollen, häufig gar nicht mehr zu messen ist.

Kathrin

[51:53] Ich bin sehr froh, dass Sie das sagen, weil das ist ja Teil meiner Kritik an Achtsamkeit. Natürlich weiß ich, dass Achtsamkeit helfen kann. Aber Sie sagen jetzt gerade auch, wir haben darüber gesprochen, wie sozial das Ganze geschehen, um Gesundheit, um Krankheit, um Wohlbefinden ist. Und dann bekommt man, und das wird ja zum Beispiel von dem Ron Purser in seinem Buch, wie Achtsamkeit die Spiritualität des Kapitalismus wurde, stark kritisiert, dass er sagt, dann bekommt man so eine Mindful Based Stress Reduction als Maßnahme, sitzt eben vielleicht weiter in der Wohnung, die sie gerade geschildert haben, die keinen Rückzugsort hat, die Schimmel hat und so weiter. Aber ich habe so eine sechswöchige Maßnahme bekommen, darf einmal eine Rosine ganz langsam essen und mir meiner Umgebung bewusst werden. Und natürlich ist es gut, wenn ich persönlich ungünstige Bedingungen resilienter abfedern kann. Das will ich überhaupt nicht negieren. Aber was mich wundert oder wütend macht, ist, dass immer mehr ausschließlich das Individuum adressiert wird und dass das so scheint, als ob man diese großen Zusammenhänge gar nicht mehr adressiert, als ob die so wahrgenommen werden wie ein Naturereignis.

Dragano

[53:10] Das ist eine Beobachtung, die wir teilen in der Gesundheitsforschung. Das ist aber nichts Neues. Denn wenn Sie anerkennen, dass Sie ein großer Teil gesundheitlicher Probleme oder ein gewisser Teil gesundheitlicher Probleme verhältnisbezogen sind, dann müssten Sie ja was ändern. Das berührt ja Dinge, die ja auch an Machtstrukturen rühren und es gibt Leute, die möchten das nicht. Aber es ist, glaube ich, auch nicht ganz so einfach. Also Mindfulness-Based Prevention, zumindest im betrieblichen Bereich, die klinischen Studien, die es dazu gibt, zahlen, das funktioniert durchaus bis zu einem gewissen Maß. Jetzt nicht so, dass das keine Wirkung hat. Denn eigentlich ist das ja erstmal eine gute Sache. Ich komme in eine Erholung rein. Das kann für eine Person okay sein. Wie gesagt, wie wir am Anfang des Gesprächs gesagt haben, die andere braucht vielleicht eine andere Intervention, nicht Achtsamkeit. Und wir wissen auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist es common sense, dass wir es kombinieren müssen. Wir müssen A, die Person fitter machen, dort wo wir den Stress nicht rausnehmen können, aber überall dort, wo man ihn strukturell reduzieren kann, da muss man das tun. Also wir müssen es kombinieren. Und eben dieser zweite Teil der Formel, der wird halt eben ganz oft vergessen. Ich glaube, die arme Achtsamkeit, die kann ja gar nichts dafür. [54:37] Wenn man nicht die Grundregel der Prävention vergessen würde, die ganze Zeit, wir müssen beides tun, wir müssen Menschen stärken und deswegen war ich ja eben auch, als wir eben über den Vorschlag Gesundheitskompetenz, habe ich das ja auch nicht verdammt, im Gegenteil, das ist aber nur ein Baustein und der wird nur dann einen nachhaltigen Effekt haben, wenn wir ihn mit strukturellen Veränderungen kombinieren und so ist es mit dem Achtsamkeitsthema auch. Wenn ich hochgradig belastet bin, weil man in meinem Startup halt erwartet, dass man rund um die Uhr arbeitet und mich dafür schlecht bezahlt. Und das ist jetzt kein völlig aus der Luft gegriffenes Beispiel. Ja, und weil ich denke jetzt an, sagen wir mal so Umfeld, wo dann damit um die Ecke gekommen ist. Weil dann ist es nämlich ganz oft nicht so, dass sich mal das Startup hinsetzt und sagt, okay, wir sind jetzt ein bisschen gewachsen, ich sehe meinen Leuten geht es schlecht. oder es ist ein bisschen Tension, ein bisschen Anspannung im Raum. Jetzt fange ich mal an, eine Gefährdungsbeurteilung zu machen, gucken wir mal meine Arbeitszeit an, sondern dann wird es, ja, hier Achtsamkeit, wir haben jetzt einen Coach und so weiter. Und das funktioniert natürlich nicht. Ja, aber dann sind die Beschäftigten weiter in der Mühle und sind dann noch gestresst, weil sie ihre Meditation machen müssen. [55:54] Auch da kann man wieder an den Anfang des Gesprächs gehen. Regeneration muss wirklich passen, die muss ernst genommen werden. Also sie müssen ja tatsächlich echte biologische Vorgänge dadurch beeinflussen. Und ja, wie gesagt, Achtsamkeit ist völlig okay. Sie funktioniert auch in klinischen Untersuchungen, im Alltag aber eben oft nicht, weil dann die Kombination mit den Verhältnissen fehlt.

Kathrin

Mein Eindruck ist auch immer, dass die Verhältnisse natürlich viel schwieriger zu analysieren und zu verändern sind. Da sind wir ja auch wieder darüber geredet, als das Verhalten eines Einzelnen zu adressieren. Also wenn man, das Start-up ist jetzt das eine, manchmal gibt es vielleicht auch einfach nur eine vage, schlecht gemanagte Organisation, in der es Stress gibt aufgrund von ganz viel Unklarheiten oder so. Und dann müsste man die Stressursachen finden und müsste vielleicht auch vom Management sehr gekonnt Dinge verändern. Und mir scheint, da fehlt oft Kompetenz. Und dann ist es halt einfacher zu sagen, da ist ein Mensch, der kriegt jetzt zwölf Stunden Resilienztraining und dann ist die Sache vom Tisch.

Dragano

Ja, ich weiß gar nicht, ob das so schwer ist. Es gibt ja Systeme, es gibt die Verpflichtung im Arbeitsschutzgesetz, das zu tun. [57:06] Also und wenn sie die Kompetenz nicht haben, dann müssen sie sich die besorgen. Das tun sie auch in anderen Bereichen der unternehmerischen Tätigkeit. Mein Eindruck ist, dass es manchmal eher am Willen fehlt, das zu tun. Und die Systeme sind alle da. Es gibt auch wirklich kleine, leichte, komprimierte Systeme, wo sie sagen, das sind die wichtigsten fünf Themen, die ich in meinem Betrieb jetzt mal angehen muss. Arbeitszeilen, soziale Beziehungen, Führung und so weiter. Das ist echt kein Hexenwerk. Das ist wirklich kein Hexenwerk. Sie können sich Hilfe bei den Krankenkassen holen. Wir haben EDV-gestützte Systeme dazu entwickelt. Also wenn man das wirklich möchte, ist es wirklich gar nicht schwierig und häufig können sie mit kleinen Dingen auch schon was verändern. Und dass strukturelle Veränderungen möglich sind, zeigen ja auch viele Unternehmen. Zum Beispiel nehmen sie die Unternehmen, die in diesem Vier-Tage-Woche-Versuch drin waren.[57:57] Ich gebe meinen Leuten mehr Zeit. Das heißt, die haben jetzt einen Tag mehr zu regenerieren, sich sozial zu kümmern, Care-Arbeit anders zu strukturieren und plötzlich passiert etwas Wunderbares, die Verhältnisse sind verändert und plötzlich rücken sich Dinge einfach zurecht, die Leute sind nicht mehr so belastet und so weiter. Aber das muss natürlich jetzt nicht jedes Unternehmen die Viertagewoche einziehen. Ja, aber zumindest die Probleme messen. Es gibt einfache Messverfahren und dann sehen sie das Problem, dann setzen sie sich mit ihren Leuten hin und überlegen, was machen wir jetzt hier. Also das ist ja überhaupt kein Hexenwerk. Das wundert mich immer, dass gesagt, uns fehlt das so. Aber es ist gar nicht so schwierig.

Kathrin

Ich habe jetzt noch eine letzte Frage oder ein letztes Thema. Wir haben jetzt viel darüber gesprochen, was krank macht. Aber wir haben ja gesagt, wir reden auch darüber, wie sozusagen Gesundheit und soziale Umwelt miteinander zusammenhängen. Also die letzte Frage an Sie oder das letzte Thema, wenn man es nicht einfach umdrehen will und sagen will, was nicht krank macht, macht gesund. Was erhält Menschen gesund? Ja.

Dragano

[59:01] Und jetzt muss ich vorweg schicken, dass ich da so ein bisschen betriebsblind bin, weil ich jetzt, weiß ich nicht, über 20 Jahre klassische Risikofaktoren Epidemiologie gemacht habe und wir gucken mal auf das, was krank macht. Natürlich weiß ich, dass es auch Schutzfaktoren gibt, aber so in der eigenen Forschung habe ich mich da nicht so drauf spezialisiert.

Kathrin

Aber ich nehme an, Sie wissen trotzdem mehr als ich.

Dragano

Das weiß ich nicht genau. Ich kenne natürlich das Konzept der Salutogenese. Das ist Ihnen ja auch geläufig von Aaron Antonowski. Der sagt, dass unsere Gesundheit kein binärer Code ist, gesund krank, sondern es ist ein Kontinuum. Mal sind wir erschöpft da. Dann können wir aber auch das Pendel wieder auf die andere Seite ziehen, indem wir beispielsweise Schutzfaktoren haben, wie eben Freiräume zur Regeneration. Und Regenerationszeiten, generell Zeit, ist ein Faktor, der definitiv gesund erhält. Ein starker Schutzfaktor ist soziale Integration, dass sie sozial integriert sind, dass sie sich anderen Menschen nahe fühlen, dass sie auch andere Menschen sehen und sprechen können. Das sind zentrale Schutzfaktoren und es gibt natürlich auch personelle Schutzfaktoren. Also es gibt [1:00:24] Bestimmte Persönlichkeitsmuster, die es Leuten leichter machen, gesund zu bleiben. Das ist was Schönes, aber das können wir natürlich jetzt nicht diskutieren, weil wir können es nicht

verändern. Also wir können jetzt jemand, der es nicht hat, nicht dazu machen. Aber es gibt eben auch erlernte Verhaltensweisen, wie Selbstwirksamkeit, dass Menschen die Erfahrungen gemacht haben in ihrem Leben, dass sie tatsächlich Dinge ändern können, also auch eigene Verhaltensweisen. Und das sind klassische Faktoren, die Leute gesunder halten, aber leider sind auch die strukturell gebunden. Wir sehen zum Beispiel bei Kindern, die in sozialer Benachteiligung aufwachsen, dass sie häufig ein geringeres Selbstbewusstsein ausbilden, eine geringere Selbstwirksamkeit, weil die halt die ganze Zeit negative Erfahrungen machen. Und zwar, wir haben das Geld nicht, kann ich mit auf Klassenfahrt fahren, ich werde hier in der Klasse als Arm verspottet, die Lehrer trauen mir auch nichts zu und wenn sie das dem Kind über Jahre zumuten, ja, dann haben sie diesen Schutzfaktor sicher zerstört.

Kathrin

[1:01:29] Und da würde ich einmal nachfragen, weil da gibt es ja auch einen Punkt, den ich kritisiere, das ist der Begriff der Resilienz, weil der wird ja immer wieder herangezogen und immer mehr, das ist der Zusammenhang zum Beispiel bei der Stefanie Gräfe, die sagt, je krisenförmiger unsere Umgebung wird, umso mehr fordern wir von den Einzelnen Resilient zu werden. Und bei diesen Kindern, da sagt man dann also, ja gut, du hast vielleicht schwierige Umgebungsbedingungen, aber andere Kinder sind halt auch resilient und wachsen unter ungünstigen Bedingungen gut auf. Also müssen wir daran arbeiten, dass du persönlich deine ganz individuelle Resilienz stärkst. Das kommt mir auch zynisch vor.

Dragano

So wie Sie das gerade erzählen, kommt mir das auch wie Zynismus vor. Also das ist natürlich hochgradig zynisch, so zu argumentieren. Und das ist auch empirisch falsch, denn all diese Studien, die wir durchführen, das sind statistische Untersuchungen, das sind Durchschnittswerte. Es gibt keinen Automatismus und Garantie. Ja, du arbeitest jetzt drei Jahre lang 60 Stunden die Woche und danach kriegst du einen Infarkt. Das ist ja nicht so. Sondern das sind alles Risikofaktoren, die kleine Beiträge zu einem Gesamtbild der gesundheitlichen Schädigung beitragen. Das sind kleine Bausteine. [1:02:49] Und manchmal ist es einfach Glück, dass nichts passiert. Manchmal reichte die Dosis nicht aus. Manchmal sind andere Faktoren wichtiger gewesen. Also die Entstehung von Krankheiten ist viel, viel komplexer, als wir das oft thematisieren. Und dann einen zu nehmen, der nicht krank geworden ist und dem, der krank geworden ist, zu zeigen, guck mal, der hat es aber auch geschafft. Das ist absolut zynisch und falsch. [1:03:18] Und ja, keine Ahnung, wer sowas macht, das ist ja schlimm. Jetzt passt ja dieses Bild der Strukturblindheit, wie ich das immer nenne, was wir besprochen haben. Es wird halt immer mehr das Individuum adressiert statt die Strukturen. Ja, und dann lädt man dann noch die Verantwortung für die eigene Gesundheit da ab. Das ist natürlich katastrophal. Es ist ohnehin nicht möglich. Also all diese Informationen, die wir haben über Risikofaktoren, über Umgebungsfaktoren, was könnte krank machen, kann man an der einzelnen Person nicht rekonstruieren. Wenn ich einen Kranken vor mir habe, ist es praktisch unmöglich, zu sagen, woran es gelegen hat. Weil ich ja nicht weiß, was passiert wäre, zum Beispiel, wenn die Person nicht geraucht hätte. [1:04:05] Vielleicht hätte sie trotzdem einen Infarkt gekriegt. Ja, ich weiß es ja schlicht nicht, weil es ist kontrafaktisch, nennen wir das. Das heißt, bei der einzelnen Person retrospektiv das zu tun, ist schlicht nicht zulässig. Das ist auch wissenschaftstheoretisch gar nicht möglich. Ja, es sei denn, sie haben natürlich eine völlig eindeutige Ursache. Sie sind mit dem Kopf vor die Tür gerannt, dann ist natürlich klar. Aber bei den meisten Komplexerkrankungen, wo wir bei der Depression hunderte Risikofaktoren haben, in einer komplexen Verwebung, wo es in

unterschiedliche Richtungen geht, kann man das so gar nicht tun. Und deswegen ist es immer gefährlich, wenn jemand sagt, komm, ich habe jetzt einen Faktor für dich, das ist die Resilienz. Und dann läuft alles. Das kann nicht funktionieren, weil es so viele andere Faktoren gibt, die ebenfalls eine Rolle spielen. Und die verhindern, dass man jetzt sagen kann, du musst einfach nur ein bisschen resilienter werden, dann bleibst du schon gesund. Ich meine, Schaden kann es wahrscheinlich auch wieder nicht, aber was genau soll Resilienz denn heißen?

Kathrin

[1:05:12] Widerstandsfähigkeit gegen ungünstige Bedingungen.

Dragano

Ja, aber das ist ja auch viel zu global. Also wenn Sie jetzt mal überlegen, wenn man über manifeste Erkrankungen redet, was bedeutet Resilienz beispielsweise im Zusammenhang mit den Folgen von massivem Übergewicht? Für den Stoffwechsel ist das Kreislaufsystem. Was soll da Resilienz sein? Also es gibt bestimmte Faktoren, die, wir nennen das technisch Effektmodifikatoren, die Leute schützen. Es mag bestimmte genetische Anlagen geben oder vielleicht ist die Person trotzdem super sportlich. Auch das gibt es. Das sind dann Schutzfaktoren. Aber ich glaube, so eine globale Resilienz, das wird ja so ein bisschen global verwendet, dieser Begriff. Das ist so Resilienzfaktoren, wäre mir zu unbestimmt. Und müsste man wahrscheinlich auch für jedes einzelne gesundheitliche Problem da mal sagen, was genau der Resilienzfaktor ist. Bei der Psyche sind es andere Faktoren, die uns stabil halten. [1:06:16] Soziale Einbindung, Selbstwirksamkeitserfahrung, das sind die Faktoren von oben, aber auch die geben jetzt keine Garantie, dass sie keine psychische Erkrankung bekommen. Da ist niemand von uns vorgefeilt, auch die nicht, die sich für super resilient hält.

Kathrin

Also das heißt, das ganze Geschehen ist in alle Richtungen komplex und diffus, aber in einer Sache ist es schon eindeutig, dass man sagen kann, Armut schadet. Ja, absolut.

Dragano

[1:06:47] Das klingt jetzt immer ein bisschen blöd, das ist alles super komplex, aber es ist wirklich komplex. Wir reden ja wirklich über die Entstehung von Erkrankungen. Von manifesten Erkrankungen. Und das ist wirklich ein komplexes Geschehen. Das ist nicht so, wie man sich das so vorstellt, ein einfaches Reizreaktionsschema, Faktor A kommt, bumm, wird die Person krank. Ja, aber ganz viele Krankheiten, da ist sogar noch ein Zufallselement dabei, wo wir überhaupt gar nicht erklären können, aus keinem Faktor heraus, entweder haben wir den noch nicht gefunden oder es ist einfach wirklich Zufall, dass was passiert. Einfach Pech gehabt in dem Moment. Und bei degenerativen Erkrankungen, die immer multikausal sind, wo wir immer ganz, ganz viele Gründe haben, die über die Zeit zusammenwirken, ist es nun mal wirklich komplex. Ja, aber das heißt aber nicht, dass wir nicht bei vielen Krankheiten im Detail, wenn wir einen eigenen Podcast jetzt machen würden, wirklich zu einem Krankheitsbild, COVID-19-Infektionen oder, weiß ich nicht, Hepatitis-Infektionen oder ein Herzinfarkt, könnten wir schon deutlich mehr sagen. Also man kann das schon, da steht schon mehr Wissen und Information dahinter und klare Aussagen sind durchaus möglich. Also das soll jetzt nicht so tun, als wüssten wir ja gar nichts. So ist es überhaupt nicht. [1:08:06] Genau, ich beende den Absatz und sage ja, aber absolut, Armut macht krank. Ja, so ist es.

Speaker0:

Kathrin

[1:08:11] Darum ging es mir auch. Es ging gar nicht um den Versuch zu diskreditieren oder so.

Dragano

Nein, nein, das habe ich nicht verstanden. Genau, sondern zu sagen, okay, wir können aber festhalten, Armut macht krank. Es gibt wirklich eine massive strukturelle Einwirkung. Und das ist ja eben die Kritik, die ich hier führe im Podcast und die Sie damit ja auch bestätigen, zu sagen, einfach nur Anrufung an sozusagen eine achtsame, resiliente Persönlichkeit zu werden. Das ist so ein bisschen wie die FDP, die sagt, wir brauchen Gesundheitskompetenz. Das ist zu sehr aufs Individuum gedacht und hilft nicht.

Kathrin

Und damit bin ich eigentlich sehr zufrieden, weil sie dann meine Herangehensweise bestätigen. Auch wenn Goethe sagt, das Bedürfnis, Recht zu haben, ist das Bedürfnis eines gewöhnlichen Geistes. Finde ich es ganz schön jetzt gerade.

Dragano

Ja, sie sind auf dem Boden der Evidenz, wie man so schön sagt. Denn bei der Krankheitsentstehungsforschung sind einfach strukturelle Faktoren nachgewiesen extrem bedeutsam.

Kathrin

Ja, dann Nico Dragano, dann bleibt mir nur, mich wirklich für das Gespräch zu bedanken. Ganz, ganz vielen Dank, dass Sie uns mitgenommen haben durch Was macht krank, was hält gesund. Und jetzt haben wir gar nicht über Covid geredet. Das müssen wir ein andermal nachholen.

Dragano

Ja, gar nicht so schlimm. Alles gut. Ich muss noch mal nachzählen, wie oft ich komplex gesagt habe in dem Gespräch. Aber ansonsten bedanke ich mich bei Ihnen für die Diskussion, die Fragen.

Kathrin

Naja, wenn es komplex ist, muss man es halt auch komplex nennen. Und die Komplexität hat sich ja durchaus mit Klarheit gepaart.

Speaker0:

[1:09:38] Armut macht krank. Das war die klare Aussage, die deutlich macht, wie stark wir Menschen von den sozialen Verhältnissen geprägt sind, in denen wir leben. Das vergessen wir nur sehr oft und augenscheinlich auch sehr gerne und beschäftigen uns lieber mit der Macht des Individuums.

Speaker0:

[1:09:56] Über diese vermeintliche Macht hat mein nächster Gast ein Kapitel in einem Buch geschrieben, das Ende Juni 2024 erscheinen wird. Viel Lärm um Achtsamkeit heißt es und es stammt von Jakob Schmidt. Jakob Schmidt hat bei dem Jena-Soziologen Hartmut Rosa über Achtsamkeit promoviert und veröffentlicht die Ergebnisse seiner Doktorarbeit nun in einem Buch, das den Untertitel trägt, warum es schwer ist, in unserer Gesellschaft ein gutes Leben zu führen. Also, die soziologischen Hintergründe zum Hype um Achtsamkeit sind Thema der Juni-Ausgabe meines Podcastes. Und bis dahin, wie immer, euch allen eine gute Zeit. Das war Erschöpfung statt Gelassenheit. Warum Achtsamkeit die falsche Antwort auf so ziemlich jede Frage ist. Ein Podcast von Katrin Fischer.