

Klaus Hurrelmann im Gespräch  
mit Ullrich Bauer und Uwe H. Bittlingmayer

## Health Inequalities: Ein Schicksal moderner Industriegesellschaften?

### *Public Health und Medizin als Konkurrentinnen?*

U.B.: Lieber Klaus, du bist einer der Mitbegründer der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. Seinerzeit definierten sich die Gesundheitswissenschaften in erster Linie in Abgrenzung gegen die Medizin. Mittlerweile sind 20 Jahre vergangen und es scheint so, als gäbe es einen gemeinsamen Gegenstand der Gesundheitswissenschaften und der Medizin: Health Inequalities – sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit.

Unabhängig von all den disziplinären Auseinandersetzungen zwischen der Gesundheitswissenschaft und der Medizin und unabhängig von den Vereinnahmungsversuchen der Gesundheitswissenschaften durch die Medizin lässt sich doch eine Entwicklung beschreiben, bei der die Medizin aufmerksamer geworden ist für sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten. Wie würdest du als einer, der schon sehr lange die Diskussionen überblickt, die jetzige Debatte beschreiben, in der die Medizin zunehmend hellhörig geworden ist für ein Thema wie Health Inequalities?

K.H.: Um mit einer ganz allgemeinen und einleitenden Bemerkung zu deiner Frage einzusteigen: Ich denke, dass die Medizin – in dem engeren wissenschaftlichen Verständnis als Verkörperung einer disziplinären Arbeitsweise plus Praxisanwendung – ein sehr starkes professionelles Feld und eine sehr lernfähige Disziplin ist. Es wird häufig unterschätzt, was für eine riesige Lernfähigkeit diese Disziplin repräsentiert. Die Medizin hat auch in Deutschland Mitte der 1980er Jahre, als überhaupt Ende der 80er Jahre zum ersten mal wieder das Denken in Bevölkerungskategorien aufkam, diese Sensibilisierung mitgemacht. Man kann generell sagen, es hat zwei große Wellen von Gesundheitswissenschaften gegeben, die beide teilweise aus der Medizin heraus kamen bzw. in die Medizin zurückwirkten. Das ist in den 1920er Jahren die Erkenntnis, dass Infektionskrankheiten nicht alleine durch innerkörperliche Prozesse bekämpft werden können. Das war die Sternstunde des öffentlichen

Gesundheitsdenkens von Public Health: Außerhalb des eigentlichen Denkens der Medizin liegende Gründe wurden als Mitbedingung für Gesundheitsstörungen oder in dem Falle jetzt von Infektionskrankheiten wahrgenommen. Und dann die zweite Welle in den 1970er und 80er Jahren in Deutschland, weil bei uns das Gebiet durch den Nationalsozialismus ganz wegradiert worden war und man gar keine richtigen Anhaltspunkte für Public Health mehr besaß.

Die Wiedergeburtstunde für die Gesundheitswissenschaften bzw. Public Health war die – durch Bundes- und Landesförderung provozierte – Erkenntnis, dass die jetzt vorherrschenden gesundheitlichen Störungen, die chronischen Krankheiten, eine unheimlich starke Komponente in der Verursachung und in der Aufrechterhaltung durch Lebensgewohnheiten, Lebensstile, habituelle Muster haben. Wenn ich das nicht berücksichtige, werde ich den Ursachen, den Bewältigungsmechanismen und dann auch einer angemessenen therapeutischen Strategie nicht gerecht.

Wenn wir nun diese sehr sensible Betrachtung der sozialen Verursachung realisieren, sprechen wir von einer Entwicklung, die in einer gewissen Korrespondenz zur Fachmedizin gelaufen ist, dann aber beim zweiten Anlauf hier in Deutschland von der Medizin zunächst als Konkurrenz wahrgenommen wurde. Die Medizin hat auch lange Zeit versucht, die Entwicklung zurückzudrängen, hat betont, es handele sich um einen Ansatz, der soziologisch sei, als z.B. in Bielefeld der Versuch unternommen wurde, Public Health aus einer Gesundheitssoziologie heraus zu entfalten. Es waren Abwehrkämpfe. Aber die Medizin als große interdisziplinäre Profession – sehr offen, sehr lernfähig – hat dann sehr schnell das Potential erkannt, was in dieser erweiterten »Denke« steckt und gespürt, dass zum Verständnis der heute vorherrschenden Krankheiten der ganze soziale Lebenskontext, die Lebensgewohnheiten mit thematisiert werden müssen. Also man kann daran sehen, wie dieser Lernprozess auch ein gewisser Öffnungsprozess war. Und die Medizin hat beobachtet, wie das Feld sich öffnet, und wenn ich das jetzt zuspitze, würde ich sagen, heute versucht die Medizin die erfolgreich gebliebenen Komponenten von Public Health in Forschung, Lehre, Praxis, Ausbildung zu inkorporieren und wenn es irgend geht, dann in ihren Einflussbereich rüber zu ziehen, und ist da auch nicht ganz ohne Erfolg.

U.B.: Wenn wir den Rückblick auf die Disziplinentwicklung von Public Health in Deutschland einmal mit einem aktuellen Bezug verbinden, wo stehen wir international gesehen? Haben wir jetzt in dieser langen Unterbrechungsphase nach dem Zweiten Weltkrieg und der Wiederaufnahme des Faches einen internationalen Standard erreicht, was die Verbreitung

des Faches und die Verankerung im interdisziplinären Kanon angeht? Oder würdest du sagen, wir müssen einfach auch noch das Fach selbst bekannter machen, publikter werden und stärker wissenschaftlich verankern?

K.H.: Na ja, ganz ganz dünn sind die Anschlüsse an die internationale Diskussion da, das Nötigste ist vorhanden. Wir haben den Anschluss hergestellt, seit 1989 dann zum ersten Mal hier in Bielefeld eine Ausbildung etabliert. Das war der historische Start nach dem zweiten Weltkrieg und nach dem Niederreißen sämtlicher Ansätze von Gesundheitswissenschaften durch den Missbrauch im Nationalsozialismus, durch die Pervertierung des Ansatzes und danach die Mutlosigkeit, aber auch die Aussichtslosigkeit, einen solchen bevölkerungsbezogenen Ansatz wiederaufzubauen. Nutzlos, weil alle glaubten die Zeit sei vorbei und es sei die Stunde der Individualmedizin und die würde alles richten und würde, wissenschaftlich gesehen, auch Krebskrankheiten und Herz-Kreislaufkrankheiten usw. bewältigen können. Man sah eine ganze Zeit lang die Verhaltenskomponente einfach nicht. Dann, wenn man das heute einmal genau betrachtet, haben wir vielleicht fünf bis sieben Zentren, von denen man sagen kann, da wird gute Public Health-Forschung gemacht, die auch auf internationalem Niveau ist – darunter sind auch medizinische Fakultäten.

Insgesamt aber finde ich die Fokussierung zu wenig und es ist nicht gelungen, durch die 1989/90 einsetzende Förderung wirklich breite Struktureffekte zu erzielen. Also die Fakultät für Gesundheitswissenschaften in Bielefeld wäre immer noch ein positives Beispiel. Der Fachbereich in Bremen ist nicht ganz ausgebaut und kann jederzeit noch kippen, ist also keineswegs gesichert. Die Berliner Situation ist auch sehr prekär. Man weiß nicht, ob es sich auf Dauer hält und da, wo an den medizinischen Standorten Public Health-Forschung betrieben wird, was können wir da nennen? München, Dresden, zwei, drei weitere Standorte. Man kann nicht sagen, dass dies schon eine ganz starke Basis ist. Ich wundere mich immer, dass nicht noch mehr Hochschulen Zentren für Public Health oder Zentren für Gesundheit, für interdisziplinäre Gesundheitswissenschaften etablieren. Das wäre eigentlich auch meine Perspektive, dass die durchaus vorhandenen Lehrstühle und Institute für Sozialmedizin, Bevölkerungsmedizin, Umweltmedizin, Arbeitsmedizin jetzt nicht nur in die Medizin hineinstrahlen, sondern mit anderen sozialwissenschaftlichen Disziplinen in einem universitätsweiten Zentrum zusammengefasst werden. Das wäre eine vernünftige Zwischenlösung, die dann auch eine gewisse Infrastruktur haben müsste. In Berlin gibt es in Ansätzen so etwas, Frankfurt hat es gemacht. Wenn das jetzt nicht

weiter geschieht in den nächsten Jahren, kann es auch passieren, dass wir den Anschluss wieder verlieren an die weltweite Forschung in dem Bereich. Denn von den Gewichtungen her und von der Denkweise her dominiert bei uns die starke Medizin und beherrscht das Feld und setzt ihre Akzente immer wieder durch.

### *Gesundheitliche Ungleichheiten und die medizinische Praxis*

U.H.B: Also wenn ich da mal einhaken darf: Dein Rückblick war, so würde ich das beschreiben, stark wissenssoziologisch, also sozusagen aus der Perspektive der Disziplin. Um nun zu unserer Kernfrage zu kommen: Ich frage mich, ob die stärkere Sensibilisierung für Health Inequalities, die im Augenblick wahrnehmbar ist, in der Profession der Medizin nicht auch etwas damit zu tun hat, dass es parallel zu einer Verschärfung sozialer Ungleichheiten und sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten gekommen ist, die sich auch in der medizinischen Praxis so niederschlägt, dass sie stärker sichtbar wird? Etwa im Rahmen der gesundheitspolitischen Entscheidung für Praxisgebühren, stärkeren Zuzahlungen usw., bis zu dem Thema, das in Deutschland ja fast ein Tabuthema ist, der Frage der Versorgungsungleichheit. Also die Frage wäre dann, inwieweit die Profession der Medizin sich auch deshalb für ein Public Health-Thema wie Health Inequalities öffnet, nicht allein weil Public Health da sehr viel Produktives entwickelt hat, sondern weil die gesamtgesellschaftlichen sozialen Ungleichheiten so zugenommen haben, dass es nur ein Ausdruck der verlängerten medizinischen Praxis ist?

K.H.: Das würde ich anders akzentuieren. Nach meiner Einschätzung ist die Medizin offen und sensibel gewesen für eine Berücksichtigung von Lebensbedingungen als Verursachung, Aufrechterhaltung und auch als Zurückdrängung von Gesundheitsstörungen und Krankheiten. Das heißt aber nicht, dass sie bis heute sensibel ist für soziale Ungleichheit als eine starke Komponente der sozialen Lebenssituation. Das kann man eigentlich nicht sagen. Das liegt wohl auch an der Arbeitsweise der Medizin, an der Behandlungspraxis, die wahrnimmt, dass sie alle Menschen gleich behandelt. Von diesem Ansatz her siehst du als Medizinerin und als Mediziner Körperfunktionen, und die sind nicht »sozial unterschiedlich« verteilt. Deshalb liegt die Wahrnehmung von gesundheitlichen Ungleichheiten der Medizin nicht sehr nahe. Ob es darum wirklich der Fall ist, so wie du jetzt gerade vermutest, dass die Medizin auch im Alltag bis hin in die Umsetzung ihres Handelns spürt, dass soziale Gradienten zugenommen haben, da wäre ich mir gar nicht so sicher.

Der Anstoß kam von außen und ist auch außen geblieben. Das ist bis heute ein Antrieb, der sehr stark aus der Sozial- und Politikwissenschaft, inzwischen auch aus der Ökonomie kommt, also wenn man jetzt wieder in die Public Health-Gebiete hinein geht. Die Gesundheitssoziologie, die Gesundheitspsychologie und auch zu einem Teil die Gesundheitsökonomie, die Gesundheitspolitik sowie die Gesundheitsökologie haben die Ungleichheitsthematik entdeckt. Wie stark jetzt die Medizin diesen Strang aufnimmt, da wäre ich mir nicht ganz sicher. Oder wie stark der schon berücksichtigt wird. Da müssten die sozialmedizinischen und die arbeitsmedizinischen Komponenten eigentlich stärker sein. Da ist also die Sensibilität des großen Ausgangsfaches Medizin nicht so groß und da sieht man jetzt die Notwendigkeit auch von wissenschaftlichen Kristallisationspunkten neben der Medizin. Also wir kriegen auf Dauer keine ausreichende Analyse, kein Verständnis für »moderne« und heute sehr verbreitete Gesundheitsstörungen und Krankheitsdynamiken, wenn wir nur medizinisch denken. Sondern da muss das medizinische Denken als ein ganz zentraler Bestandteil wahrgenommen werden, aber daneben gehören andere Denkweisen. Und das ist ja der Charme von Public Health.

Public Health nehme ich immer als Ellipse mit zwei Brennpunkten wahr. Der eine Brennpunkt ist das biomedizinische Denken mit dem entsprechenden Fächerkanon, und der zweite Brennpunkt ist das bevölkerungs- und sozialwissenschaftliche Denken, was jetzt die Gesundheitssoziologie, die Gesundheitsökonomie, die Gesundheitspolitik, Gesundheitspädagogik, teilweise auch Gesundheitspsychologie und die Sozialpsychologie als Verhaltenswissenschaft umfasst. Die beiden aufeinander zu beziehen, das ist die Kunst von Public Health. Also sowohl zu sehen, was die sozialen Komponenten von Gesundheit und Krankheit sind, als auch, was die körperlichen Komponenten von Gesundheit und Krankheit sind. Und in den weiten Begriff von Gesundheit und Krankheit geht das für mich ein. Das ist eine – ich spiele gerne mit den Begriffen – psycho-sozio-öko-somatische Analyse, die notwendig ist. Und das schaffen nur Gesundheitswissenschaften als Komposition der unterschiedlichen Ansätze. Und da ist jetzt Medizin eine Komponente und ein Bestandteil. Alleine kriegt die Medizin bestimmte Sichtweisen nicht hin. Zum Beispiel nicht die Sichtweise auf gesundheitliche Ungleichheit. Das kommt nicht aus dem Denkansatz von Medizinern heraus. Das ist gar keine Kritik, das können sie gar nicht sehen können, weil sie andere Akzente setzen müssen.



*Health Inequalities als »Profilierungschance« für die Gesundheitswissenschaften?*

U.B.: Ich würde da ganz gerne einmal einhaken. Ich würde gerne den Strang verfolgen, inwiefern dieses Thema »Health Inequalities« einmal eine Profilierungsmöglichkeit unseres Faches darstellen kann? Ist die Betonung der Bedeutung sozialer Umfeld- und Kontextfaktoren für die Gesundheit, für das Risiko von Krankheit zur Beschreibung und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit vielleicht, so zynisch das klingt, ein Glück für die Public Health-Disziplin?

K.H.: Ja, das ist ein wichtiger konstituierender Punkt. Wenn man jetzt mal wissenschaftsstrategisch denkt, was könnte ein Kristallisationspunkt für die Identität des Gebietes Gesundheitswissenschaften sein, dann würde ich in der Tat sagen, das wäre ein solches Feld, das die ungleichen Formen von gesundheitlichem Verhalten, von gesundheitlicher Versorgung, von gesundheitlichen Ergebnissen in unterschiedlichen Gesundheitsbilanzen nach sozialen Parametern bemisst; und die daraus sich ableitenden politischen Implikationen, die ja weit über die Gesundheitspolitik im engeren Sinne hinausgehen.

In der Tat dürfte, wenn man das Fach etablieren und eine Strategie entwickeln will, die Ungleichheitsthematik von enormer Bedeutung sein. Dies ist ein allgemein anwachsendes Problem aller Gesellschaften und hat ganz offensichtlich wenig mit nationalen Strukturen zu tun. Die Forschung – selbst in der Medizin wird das ja akzeptiert – bestätigt immer wieder, dass die Qualität des medizinischen Versorgungssystems allein daran gar nicht viel ändern kann, sondern dass es tiefer verankert ist. Also deswegen dürften das auch Fragen mit Zukunftsbedeutung sein, die uns so schnell auch nicht wieder loslassen. Deswegen wäre es für die Gesundheitswissenschaften ein wirklich ganz hervorragender Identifikations- und Kristallisationspunkt, der die Medizin mit einschließen kann und wird.

U.H.B.: Also es gibt einen Reflex bei der Diskussion um Health Inequalities, der kommt m.E. insbesondere aus der Sozialepidemiologie: »Wir haben nicht genug Daten, wir brauchen erst einmal immer mehr und immer mehr Daten.« Der Ruf ist mindestens 15 bis 20 Jahre alt und noch lange nicht verhallt und es gibt eine Studie nach der anderen und es werden ständig und permanent Daten erhoben. Es gibt jetzt aus meiner Perspektive aber eine ganze Reihe von verlässlichen Daten, die zeigen, dass wir in Deutschland ein gestiegenes und ein meiner Einschätzung

nach inakzeptables Maß an gesundheitlichen Ungleichheiten haben. Ich würde dich deshalb nach deiner Einschätzung fragen wollen, ob denn dieses »Wir brauchen mehr Daten« noch eine sinnvolle Forderung ist im Hinblick auf unsere Forschung zu Health Inequalities? Man könnte ja behaupten, wir haben genug Daten. Jetzt geht es zunächst darum, auf der Grundlage dieser Daten viel stärker zu verstehen, was sind die Ursachen dieser gestiegenen gesundheitlichen Ungleichheit. Ich denke, es geht im Augenblick gar nicht mehr so sehr darum, Daten zu erheben, sondern viel stärker mit den Daten zu arbeiten, vernünftige Analysemodelle zu entwickeln und von da aus möglicherweise aus der Perspektive der Gesundheitswissenschaften unmittelbar politikberatend zu werden.

K.H.: Ja, das ist auch meine Auffassung, dass die Datenlage in all ihrer Begrenztheit heute ausreichend ist, um zu der Aussage zu kommen, dass wir eine sehr hohe soziale Ungleichheit in der Ausprägung von Gesundheitsstörungen haben. Das weiter zu belegen, dazu bräuchten wir meiner Ansicht nach keine weiteren Daten. Wir brauchen eine Dauerbeobachtung, die uns sagt, ob wir Zeittendenzen haben, Zunahme, Abnahme, Verschiebungen innerhalb der sozialen Gradienten. Dazu muss eine sehr gute Empirie durchgeführt werden, sagen wir mal nach dem Modell des sozialökonomischen Panels oder man könnte die Empirie auch dort eingliedern. Bei so einer seriösen Datenbasis muss dann eine sehr gute Monitoringstrategie möglich sein. Aber zu sagen, wir bräuchten zur Einschätzung des Phänomens weitere Daten, das halte ich nicht für richtig. Was nicht heißt, dass so ein Thema von einer derart epochalen Bedeutung nicht ständig weiter in der Tiefe untersucht werden müsste. Aber man sollte schon unterscheiden: Wir brauchen keine neuen Daten, um zu sagen, dass wir Ungleichheit haben. Aber, ob sie wächst oder nicht und ob sie historisch gewachsen ist oder nicht, da muss man vorsichtig sein. Das ist unheimlich schwer in den Griff zu bekommen und da rutschen einem sehr schnell die Bezugsmaßstäbe weg. Dass man in den letzten 15 Jahren sagen kann: Wir haben auch in Deutschland ein Auseinanderklaffen von einer Komponente der Ungleichheit, nämlich der finanziellen Mittel, die Haushalten zur Verfügung stehen, das dürfte sich dingfest machen lassen. Dann hätte man mal einen festen Indikator in der Hand und dürfte sagen, dass in diesen 15 Jahren, die ja durch eine starke Arbeitsmarkt- und Wirtschaftskrise gekennzeichnet sind, die Schere auseinander gegangen ist.

Und nun ist aber die große Frage: Wie hat sich das ausgewirkt, dieses Anwachsen von ökonomischer Ungleichheit auf die gesundheitliche Ungleichheit? Darüber kann man selbstverständlich streiten, ob die

vorliegenden Studien diesen Zusammenhang herstellen, ob die Daten schon belastbar sind oder ob wir noch nicht genau wissen, wie die Mechanismen sind. Da kann man sagen: »more research is needed«. Wie laufen die Mechanismen im Einzelnen von so einer ökonomischen Schere, die auseinander geht, bis hin zu einer möglicherweise gesundheitlichen Schere? Wir wissen das noch nicht, das stimmt. Trotzdem, es gibt Indikatoren dafür und die sind schon sehr stark, dass auch die »gesundheitliche Schere« auseinander geht. Ich würde aber ganz vorsichtig sein mit der Aussage, dass alles zugenommen hat gegenüber früheren historischen Phasen. Das ist schwer, da haben wir keine belastbaren Daten. Dass die Schere aber innerhalb dieser 15 Jahre auseinander geht, das wäre schon mal interessant und da deutet ja sehr vieles darauf hin.

U.H.B.: In der internationalen Diskussion wird tatsächlich so argumentiert, dass die gesundheitliche Ungleichheit relativ kontinuierlich seit den letzten 80 Jahren zugenommen hat. Verschoben hat sich dabei das Ungleichheitsverhältnis, denn selbst wenn die allgemeine Lebenserwartung steigt, können trotzdem die Relationen zwischen ressourcenstarken und ressourcenschwachen Gruppen, zwischen Arm und Reich, sozial ungleicher werden (vgl. auch den Beitrag von Mel Bartley im Heft). Man könnte hier von einem »Fahrstuhleffekt in der Gesundheit« sprechen, wenn man die unscharfe Metapher einmal gelten lässt. Das heißt aber auch, es ist noch stärker als jemals zuvor eine Verteilungsfrage. Die Ungleichheitsfrage wird so durch gesamtgesellschaftlich gestiegene Wohlfahrt sogar noch virulenter. Das ist auch der Maßstab der frühen Kritischen Theorie: die konkrete Gesellschaft mit ihren historischen Möglichkeiten zu konfrontieren. Und gerade gemessen an dem, was heute möglich ist in Hinblick auf gerechte Versorgung, auf Prävention und Gesundheitsförderung, auf Gesundheit insgesamt, klafft eine schreckliche Lücke und die wird immer größer, weil die Möglichkeiten in Jahrzehnten gesamtgesellschaftlicher Entwicklung immer größer geworden sind.

U.B.: Mit anderen Worten: Wir verschenken Potentiale. Zu dem historischen Vergleich müssen wir sagen, dass das jetzt der Vergleich ist, der auch relativ belastbar ist mit empirischen Daten aus der Frühphase des 20. Jahrhunderts. Aber das ist eben nur ein Teil des historischen Rückblicks, da sind wir in einer Phase relativer Prosperität, schon einer ersten Public Health-Welle, der Gesundheitshygiene-Bewegung etc. Und insofern gilt das Argument von Klaus ja erst einmal: Wir können die Daten nicht stichhaltig vergleichen mit anderen Epochen, so den Zeitraum vor



zwei-, dreihundert Jahren. Mit Blick auf die vergangenen siebenzig, achtzig Jahre wird das aber schon eher möglich. In diesem Zeitraum gibt es eine relative Ähnlichkeit der wirtschaftlichen Strukturen, der Vergesellschaftungsformen und das erste Mal eine verlässlichere empirische Basis der Beschreibung. Wenn wir in diesen Zeitraum Vergleiche anstellen, dann ist das Überraschende, dass wir offenbar tatsächlich Potentiale der Herstellung von Chancengleichheit verschenken. Und das, obwohl die Möglichkeiten dafür immer weiter zunehmen, wir uns als eine sehr moderne gesellschaftliche Formation begreifen, die entsprechenden Institutionen es aber offenbar nicht leisten können, einen als sicher geglaubten Maßstab, Egalität in der Chancenvergabe, einzuhalten.

K.H.: Ich sehe zwei Quellen, die genau untersucht werden müssen: Eine haben wir jetzt benannt, die wirtschaftliche Ungleichheit und da würde ich sagen, da sind die Daten inzwischen ziemlich belastbar. Die wirtschaftliche Ungleichheitsschere ist also weiter auseinander gegangen, mit einem Fahrstuhleffekt, und die Schere ist breiter geworden. Ich denke, das kann man so sagen und das gilt auch für die Bundesrepublik Deutschland vor und nach der Vereinigung der beiden deutschen Teilstaaten. Das ist ein Prozess. Und dass er am Ende auch auf die gesundheitliche Ungleichheit über verschiedene »Stationen« der sozialen Ungleichheit auf die gesundheitliche Ungleichheit durchschlägt, ist durch gute Daten wohl abgesichert.

Bei der zweiten Quelle müssen wir jetzt schauen, wie stark sie nur soziologisch zu fassen ist. Die sehe ich darin, dass durch die Individualisierung von gesellschaftlichen Formationen und Strukturen die Anforderung an jedes Individuum gewachsen ist, für sich selbst zu sorgen, eine Art Selbstmanagement zu betreiben. In der Soziologie ist es die Abkehr von festen Normierungen, festen Rollenvorstellungen, inklusive festen Geschlechtsrollenvorstellungen, die dazu führt, dass man offen und frei ist, dass man emanzipiert ist, dass man aber auch seine eigene Verantwortung für die Gestaltung hat. Im Lebensverlauf – das ist ja noch so ein spannendes Forschungsfeld (vgl. hierzu auch Blane et al. im Heft) – fällt auf, die Taktung des länger gewordenen Lebensverlaufs verändert sich. Die einzelnen Lebenslaufabschnitte verschieben sich. Kindheit wird kürzer, Jugendzeit wird länger, aber irgendwie auch konturloser, offener. Das Erwachsenenalter wird kürzer, aber konturloser, das hohe Alter nimmt zu und ist schwer definierbar in seinem Status. Es ist eine Neustrukturierung des ganzen Lebenslaufes. Der kommt auch noch mit dazu und unterstreicht die hohen Anforderungen, die sich heute an jeden stellen, seinen eigenen Lebensplan zu »managen«. Und das kann

man jetzt auch übertragen auf den gesundheitlichen Bereich. Man kann in dieser Gesellschaft dann besonders gesund leben, wenn man selbst weiß, welchen Körper man hat, welche Psyche man hat, wie man den Körper pflegen kann, wie man die Psyche pflegen kann, wie man da gesund bleiben kann, wie man seine Umwelt mit gestalten kann. Also es ist für die Gesundheit sehr vorteilhaft, wenn man beispielsweise ein sehr aufgeschlossener Mensch ist, ein sehr selbst-aktiver Mensch ist, wenn man die entsprechende Bildung hat – da kommt der Bildungsfaktor stark mit hinein – und Ressourcen zur Verfügung hat – da kommt der Integrationsfaktor mit hinein. Ich glaube, genau das ist die zweite Quelle für eine Zunahme von Ungleichheit. Dass dieser Faktor, dieser Selbstgestaltungs-, Selbstmanagementfaktor an Stellenwert gewonnen hat über die Jahrzehnte und nun sehr stark nach den sozialen Ausgangsbedingungen Wirkungen entfaltet. Ob man in der Lage ist, sich selbst zu managen hängt von der sozialen Herkunft ab, vom Bildungsgrad, von der kulturellen Einbettung in der Familie.

*Gesundheitliche Ungleichheiten als theoretische und praktische Herausforderung*

U.H.B. Ich stimme Dir zu, aber das heißt, dass wir mit rein gesundheitsbezogenen Interventionsstrategien kaum gegen Health Inequalities ankommen. Denn dein Argument bedeutet ja den Abbau von ökonomischer Ungleichheit als Ausgangspunkt.

U.B.: Genau, die dann wiederum auch, wenn das mal versucht wurde, nur sehr bedingt unmittelbar Einfluss nimmt. Denn das sind ja sehr träge Effekte. Und deswegen ist diese Korrelation zwischen ökonomischen Ressourcen und individueller Gesundheit für uns natürlich eine wichtige Wissensbasis, aber sie sagt uns sehr wenig über die dahinter liegenden Mechanismen aus. Was bedeutet also weniger Einkommen und ein geringerer Bildungsgrad für die Gesundheit? Wie wirkt sich das unmittelbar auf ein höheres Risiko für bestimmte Krankheiten aus etc.? Dein Weg verläuft über die Analyse von Kompetenzen zum Selbstmanagement. Aber was bedeutet Selbstmanagement? Ich will darauf hinaus, dass wir vermeiden, mit solchen konzeptionellen Überlegungen nur eine Tautologie herzustellen. Danach wären diejenigen, die gesund sind, immer die, die sich offenbar gut selbst managen können. Die Tautologie ist dann, wenn man so will, wer gesund ist, hat ein gutes Selbstmanagement und was ein gutes Selbstmanagement ist, erkennt man daran, wie gesund jemand ist. So erfahren wir aber nichts darüber, was es denn eigentlich

bedeutet, ein gutes Selbstmanagement zu betreiben? Was steckt hinter dieser Fähigkeit, was sind das für kognitive, emotionale Ressourcen, die man offenbar nutzen kann und die andere nicht haben? Wie lässt sich das konkreter konzeptionalisieren, damit wir der Verbindung zwischen sozialer Ungleichheit und der individuellen Kompetenzausstattung etwas näher kommen?

K.H.: Wir kommen da nur raus, wenn wir untersuchen, wie sich diese Kompetenzen des Selbstmanagements ausbilden. Wie sind sie entstanden und wie sind sie beeinflussbar? Ich glaube, nur dann kommen wir aus der Gefahr heraus, die du beschreibst. Und ich denke, das wäre jetzt das unmittelbare Metier der Sozialisationsforschung, die Bausteine nun heraus zu holen, die erklären, wie es zu den unterschiedlichen Kompetenzen kommt und warum eine bestimmte Familienkonstellation so und nicht anders wirkt. Warum eine öffentliche Intervention in den Erziehungsprozess bestimmte Wirkungen hat. Ich glaube, dann kommt man aus einer tautologischen Erklärung heraus, wenn man jetzt ursächlich oder jedenfalls von der Ablaufdynamik her erklären kann, wie es zu solchen unterschiedlichen Fähigkeiten kommt. Also die Fähigkeit, mit dem eigenen Körper sensibel, pfleglich und angemessen umzugehen, wird ja ganz offenbar unterschiedlich angeboten, schon im familiären Kontext, und könnte ein Schlüssel sein zur Erklärung und Interpretation. Wo würdest du da eine Tautologiegefahr sehen, wenn man so vorgeht?

U.B.: Dass wir nicht wirklich ursächlich sagen können, dass ein bestimmtes Verhalten wie die Fähigkeit zum Selbstmanagement zu einer besseren Gesundheitsausstattung führt. Dass wir immer nur sagen, die sind gesund, länger gesund und deswegen haben sie offenbar diese Fähigkeiten. Nach dem Motto: Das sind produktive Eigenschaften, weil sie produktiv sind. Wir schauen aber nur auf das, was die in gesundheitlicher Hinsicht »erfolgreichen« Gruppen an Lebensstilmerkmalen auszeichnet und schließen von da aus auf ein erfolgreiches Prinzip der Lebensführung. Wir können das aber nur postulieren, kaum kausal begründen.

K.H.: Das wäre aber wieder eine Sache, bei der wir sagen: »More research is needed«. Andererseits haben wir wichtige Hinweise darauf, wie wichtig es ist, seine eigenen Ressourcen abschätzen und einsetzen zu können. Dass ich meine Schwächen kenne, wenn ich behindert bin, dass ich entsprechend damit umgehe, mein Behinderungspunkt nicht ins Zentrum rücke, sondern umschiffe. Solche Fähigkeiten, also an

so etwas denke ich. Dass die dann ursächlich dafür sind, dass meine Gesundheitsbilanz günstiger ist, als wenn ich das nicht tue. Doch da würde ich mal unterstellen so weit sind wir in der Forschung, das man da schon die Belege dafür hat.

U.B.: Die Frage ist aber, was ist mit den Kontextstrukturen, wenn sie etwa ein bestimmtes Maß an Stress beinhalten. Das ist der Gegenstand der Expositionsforschung. Man ist bestimmten Dingen ausgesetzt, die man – jetzt projiziert auf unseren Argumentationsstrang – nicht beeinflussen kann ...

K.H.: ... wozu durchaus der Faktor der ökonomischen Lage gehört. Also da haben wir jetzt die Verbindung. Wenn du relativ knappe ökonomische Ressourcen hast, das ist ja auch mit Forschung hinreichend belegt, bist du auch geringer in der Lage diese Kompetenzen zu entwickeln. Wir sind gerade dabei zu klären, wie der Mechanismus zusammenhängt. Aber so einigermaßen kriegen wir jetzt die Baustellen zumindest benannt. Wie gestalten sich die »Transportwege« von der relativ schlechten ökonomischen Lage zum relativ schlechten Bildungsgrad, zum relativ schlechten Integrationsgrad – das sind ja auch die wichtigsten Komponenten von relativer Armut. Und natürlich gehören die äußeren Bedingungen, also Arbeitsbedingungen, Familienbedingungen, Wohnbedingungen bis hin zu klimatischen Bedingungen im ökologischen Spektrum, mit ins Bild als Kontextfaktoren und es gibt solche äußeren Bedingungen, bei denen die individuellen Anpassungs- und Adaptionenkräfte vollständig überfordert sind.

U.B.: Diese Korrelation mit dem ökonomischen Hintergrund, die ist offenbar bei sehr vielen Faktoren vorhanden. Daraus folgt eine klare theoretische Aufgabe. Wir brauchen ein theoretisches Gerüst, mit dem wir abschätzen können, welcher externer oder interner Faktor, welcher Umweltfaktor, welcher individueller Faktor welches Gewicht hat bei der Ausprägung sozialer Ungleichheiten. Habitusunterschiede, das ist so ein spannender analytischer Bezugspunkt, Kompetenzunterschiede im engeren Sinne und die Frage nach den Bewältigungskompetenzen. Von dort aus, in einem solchen theoretischen Gerüst, ist dann wieder empirische Forschung zu integrieren, die diese Ungleichheiten auch messen können.

U.H.B.: Ich tue mich ein bisschen schwer mit dieser zurechenbaren Größe des Selbst und den dann anschließenden Bezugspunkten des

Selbst wie Selbstmanagement, Selbstkompetenzen und alle diese Selbst mit einer Liste, die immer länger wird und die einen unspezifischen Individualisierungsprozess als Ausgangspunkt hat. Individualisierung ist ein »Catch-All-Term«. Ich glaube, dass der Begriff der Individualisierung insgesamt zu stark ist, um dann von da aus nur noch das Individuum ins Zentrum zu stellen und als zentrale Erklärungsgröße zu begreifen.

An der ganz grundlegenden interaktionistischen oder sozialökologischen Einsicht: »Wir sind, was wir sind, durch unser Verhältnis zu anderen« hat sich meines Erachtens überhaupt nichts geändert. Was sich möglicherweise geändert hat, und deshalb würde ich immer zunächst von sozialen Gruppen ausgehen und nicht von einzelnen Subjekten, sind die Anpassungsstrategien an makrostrukturellen Wandel. Weil das, was als gesamtgesellschaftlicher Unsicherheitshorizont immer mitschwingt, sieht ja, je nachdem in welcher Familie man geboren wird, völlig unterschiedlich aus. Also das, was ich zu managen habe an Stress, das, was ich zu managen habe an Bildungskarrieren usw. gestaltet sich ja völlig anders, ob ich etwa in einer »Hartz IV-Familie« groß werde, die das selber schon in der 3. Generation ist, oder ob ich Sohn eines Professors bin, der natürlich ganz andere Startbedingungen hat. Von da ausgehend ist die Frage nach Unsicherheitsbewältigungskompetenzen eine, die viel spezifischer gestellt werden müsste, indem die Kontextfaktoren angemessen einbezogen werden. Insofern ist es gar keine Frage nach dem mehr oder weniger von Unsicherheitsbewältigungskompetenzen, weil Unsicherheitsbewältigungskompetenzen alle Menschen besitzen. Nur sind die sozialen Situationen so unterschiedlich, dass da am Ende auf der einen Seite eine Gesundheitsbelastung auf der anderen Seite eine Gesundheitsbildung als Ergebnis herauskommt.

U.B.: Aber sind die beiden Positionen nicht kompatibel?

U.H.B.: Ich bin mir nicht ganz sicher.

U.B.: Das, was Klaus vorgestellt hat, das Konzept der Selbstkompetenz, das ist quasi die Spitze des Eisbergs, den du da gerade beschreibst, eine Kompetenz, die nutzen kann oder schaden kann. Und die Aufdeckung der Genese dieser Prozesse, die wäre dann eher an der Kontextstruktur orientiert.

U.H.B.: Ich würde aber diesen Kompetenzbegriff selbst rückbinden wollen an makrostrukturelle Bedingungen. Denn beispielsweise die Einführung ganz anderer sozialpolitischer Instrumente, die ganz viel Stress



rausnehmen – etwa die eines einfachen garantierten Bürgergeldes, eines garantierten Grundeinkommens –, würde viele Selbstkompetenzen, die heute zur Gesundheit führen sollen, ja gar nicht mehr nötig machen. Insofern ist das, was als Kompetenz in einer bestimmten historischen Situation überhaupt relevant ist, überhaupt gilt, nach wie vor unmittelbar abhängig von makrostrukturellen Bedingungen. Und dieses Wechselverhältnis, das wäre das, was wir glaube ich stärker erforschen sollten als die einzelnen Pole.

K.H.: Das sehe ich auch so. Also im Sozialisationsmodell der Erklärung von Ungleichheit würde das voll enthalten sein, dass einerseits die Lebensbedingungen in allen Facetten und andererseits die individuellen Fähigkeiten zum Umgang mit den Lebensbedingungen in einem Wechselprozess stehen. Das macht ja dieses Erklärungsmuster aus. Und dass die unterschiedlich ausgeprägte Fähigkeit eines Selbstmanagements – wozu die Fähigkeit zu einem souveränen Gesundheitsverhalten, zu einem vernünftigen Umgang mit Gesundheitsangeboten und der Versorgungsstrukturen sowie das Aufsuchen von präventiven Angeboten gehört – selbst zurückzuführen ist auf die Gesundheitsverhältnisse, das ist klar. Es kann auch sein, dass die beiden Erklärungsstränge ökonomische Ungleichheit und Ungleichheit des Selbstmanagements zusammenhängen. Das halte ich für denkbar, dass sie eine enge Linie bilden und nicht voneinander unabhängig betrieben werden können.

Wenn es stimmt, dass auch die gesundheitliche Ungleichheit zunimmt – zugenommen hat und zunimmt –, dann bräuchten wir in der Tat eine Verbindung der beiden Dimensionen, weil wir als einzigen Faktor die Zunahme von ökonomischer Ungleichheit haben. Wir bräuchten jetzt die Verbindungsglieder, also die Transportwege von der einen zur anderen Dimension. Soweit würde ich auch in deine Richtung gehen. Dann kann es sein, dass das Gesundheitsverhalten ein Vermittlungsschritt ist. Das hängt aber bereits ab von der sozioökonomischen Ausgangslage.

### *Der Zusammenhang von Bildungsungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit*

K.H.: Worauf ich aber vorhin hinauswollte ist, dass die Bedeutung des Faktors Bildung im Sinne der Fähigkeit sich selbst zu erkennen, der Fähigkeit seinen Körper, seine Psyche, seine Lebenssituation zu erkennen, der Fähigkeit, die eigenen Kräfte mit den äußeren Anforderungen in ein Verhältnis zu bringen und damit auch sein Leben zu gestalten, zugenommen hat. Das ist meine These. Dass der Faktor Bildung auf dem

Transportweg von ökonomischer Ungleichheit bis zur gesundheitlichen Ungleichheit heute ein stärker erklärender Faktor ist als das noch vor zwei, drei Generationen der Fall war. Er war schon immer von Bedeutung oder hat an Bedeutung weiter zugenommen, und das kann nur daran liegen, dass die Gestaltungsmöglichkeiten objektiv größer geworden sind, denn wer die Gestaltungsmöglichkeiten seines Lebens ausschöpfen kann, mehr »rausholen« kann als der, der sie nicht ausschöpfen kann, vergrößert die Ungleichheiten oder die Relationen. Deswegen würde ich es mir auch nicht als unabhängigen Erklärungsstrang vorstellen. Also wenn du das meinst, da würde ich zustimmen.

Aber meiner Ansicht nach muss noch eine weitere Komponente mit hinein. Vielleicht müssen wir den Begriff der sozio-ökonomischen Ungleichheit erweitern und sehen, dass Ungleichheit heute eine ganz starke Bildungskomponente und auch eine Netzwerkkomponente enthält, die an Bedeutung zugenommen haben gegenüber früheren gesellschaftlichen Formationen, die einfach andere Sozialstrukturen aufwiesen. Das ist alles von riesiger Bedeutung heute. Wir haben Forschungen darüber, dass ich anders auch mit meinen Krankheiten umgehe, wenn ich weiß, wo ich mir die Informationen holen kann und wenn ich die Informationen einordnen kann, gehe ich ganz anders mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem um. Mit Ärzten gehe ich anders um, wenn ich weiß, womit ich es zu tun habe. Ich hole mir eine zweite Meinung usw. usw. Und das alles fördert nachweislich die Gesundheit und fördert die Lebensdauer. Diese Faktoren haben heute eine größere Durchschlagskraft als das vor drei, vier Generationen oder zwei Generationen der Fall war. Das wäre meine These, so würde ich die Daten interpretieren, die wir haben und das wäre natürlich was. Das wäre ein Kristallisationspunkt für das Selbstverständnis von Gesundheitswissenschaften, der weit über die Möglichkeiten der Medizin hinausgeht und erkennbar macht, dass das ein anderer Zugang ist als der rein medizinische Zugang.

U.B.: Wenn man deiner Argumentation folgt und deine Beispiele zusammenfasst, dann geht es um unterschiedliche Strategien im Umgang mit sich selbst, der eigenen Gesundheit, der Zukunft und die damit verbundene gesundheitliche Situation. Und hier sehe ich eine besondere Analogie: Wir sprechen über Ungleichheiten nicht nur im Gesundheitsbereich, sondern auch im Bildungsbereich. Vielleicht ist das auch unsere deutsche Sondersituation an der Debatte, dass wir von zwei großen Diskursen überrascht wurden. Der eine ist der über gesundheitliche Ungleichheit, worüber wir gerade sprechen. Der andere, der über Bildungsungleichheit. Über den so genannten PISA-Schock sind wir

richtig drauf gestoßen worden, dass sich seit der Bildungsexpansion in der Nachkriegszeit gar nicht so viel verändert hat, die Abstände ganz stabil geblieben sind und das, obwohl wir relativ viele Bemühungen auf ganz unterschiedlichen Ebenen durchgeführt haben, an diesem Ungleichheitsmaß etwas zu verändern. Ganz ähnlich wird der Diskurs um gesundheitliche Ungleichheiten geführt und es passiert auch hier gar nichts. Wir haben ja zwei Bereiche, die wir mit dem Begriff der Lebenschancen auch beschreiben, die eigentlich nicht reglementiert oder sanktioniert sind. Nicht in formaler Hinsicht. Alle Menschen möchten viele Lebenschancen ausschöpfen in Hinblick auf Bildung und Gesundheit. Und wir versperren eigentlich Zugangswege fast überhaupt nicht, weder beim Bildungswesen noch im Gesundheitswesen. Trotzdem bleiben Ungleichheiten relativ stabil. Oder diese Analogie ist nicht nur etwas für das Verständlichmachen von Ungleichheiten, sondern möglicherweise auch bei der Beschreibung, die wir hier ätiologisch versuchen, ganz zentral. Bei der Suche nach Ursachen und nach Mechanismen führt das vielleicht weiter und der Strategiebegriff, den du gerade hier bemühst, ist ja in der Bildungsforschung seit mehreren Jahrzehnten ein richtig gut ausgebildetes Instrument, mit dem man beschreiben kann, warum sich Menschen in ihrem Bildungserfolg unterscheiden. Weil sie unterschiedliche Vorstellungen davon haben, was sie wollen, was sie können, wo sie sich einbringen können, wo sie ihre Unterstützung holen, wo sie sich engagieren. Wir können diese beiden Gegenstände Bildung und Gesundheit fast austauschen, wäre jetzt mein Verdacht.

K.H.: Genau. Ja, das finde ich sehr spannend. Also es sind die beiden größten Infrastrukturbereiche. Gesundheit und Bildung gemessen am Bruttoinlandsprodukt. Die soziale Ungleichheit hier zu sehen – ich folge da deiner Interpretation – ist uns in Deutschland so schwer gefallen, auch den Wissenschaftlern, weil das beides flächendeckend organisierte, qualitativ hochwertige, in staatlicher oder parastaatlicher Struktur befindliche Versorgungssysteme sind. Beide! Das schulische Bildungssystem und das öffentliche Gesundheitssystem haben auch ganz ähnliche Wurzeln und sind auch flächendeckend für alle erreichbar und zugänglich. Da wird keiner ausgeschlossen, da ist kein direkter Exklusionsprozess vorhanden wie etwa in den USA oder anderen Ländern. Das haben wir so nicht.

Und deswegen lautet die Vermutung, die auch Wissenschaftler im Kopf haben, ja das ist ein System, in dem kann soziale Ungleichheit nicht eintreten. Jetzt hast du genau den Effekt. Wir wissen es aus dem Bildungssystem, wir wissen es aus dem Gesundheitssystem, dass das nicht der Fall ist. Und das ist jetzt unsere Aufgabe zu erklären und

plausibel zu machen, warum das nicht der Fall ist, obwohl das System flächendeckend ist. Und da wären wir wieder an so einem Punkt – nämlich weil die Fähigkeit, sich das System mit seinen Angeboten zu erschließen, unterschiedlich verteilt ist und weil aus dem System heraus auch unterschiedliche Fähigkeiten da sind, alle Menschen anzusprechen. Natürlich sind da beide Seiten betroffen, eine subjektive und eine strukturelle. Aber auch diese eine ist eben auch dabei, die besondere Fähigkeit von Menschen, aus dem System das heraus zu holen, was es anbietet, die ebenfalls ungleich verteilt ist. Und das muss man erst mal verstehen.

Beim gesundheitlichen System sind wir noch nicht ganz soweit, weil wir keine PISA-Studien in dieser Form haben, um wie beim Bildungssystem zu erkennen, dass auch wir in Deutschland wie alle anderen Länder – wir unterscheiden uns da ja nur graduell – diese ungleiche Verteilung von Ressourcen und von Zugängen haben. Also die Leistungen des Systems kommen den Menschen unterschiedlich zu Gute und verstärken damit die schon vorhandenen Ungleichheiten. Das ist dann ja ein Aufschaukelungsprozess.

U.H.B.: Nur als Ergänzung: Die Angebote im Bildungs- und Gesundheitsbereich sind ja auch alles andere als neutral, sondern sie spiegeln ein ganz bestimmtes Ethos wider im Umgang mit Körperlichkeit, ein bestimmtes Vorsorgeverhalten, eine Einstellung zur Zukunft. Das ist vielleicht das Moment, wo das dann konvergiert. Bildung und Gesundheit verlangen beide eine bestimmte Vorsorge, eine bestimmte Fürsorge für sich selbst, für die eigene Biographie. Und alle Angebote vom Kompetenztraining bis hin zur Rückenschule repräsentieren ja ganz spezifische Vorstellungen der eigenen Lebensführung. Und insofern wäre das noch eine dritte Komponente über Ressourcen und über Strategien hinaus. In der Bildungsforschung war lange Zeit ein blinder Fleck, dass diese Angebote überhaupt nicht neutral sind, weil die Leute, die Gesundheitskurse anbieten und auch die WeiterbildnerInnen natürlich selber einen bestimmten Hintergrund haben.

K.H.: Was auch dafür spricht, diesen Zusammenhang von Bildung und Gesundheit als Markenzeichen von Gesundheitswissenschaften ganz stark zu machen.

U.B.: In der Tat, so wie Uwe argumentiert ist das eine zentrale Diskussionslinie. Darum haben wir alle drei ja auch den Blick immer in die Bildungsforschung gerichtet. Und jetzt ist die Überraschung, dass die ganzen Fragen hier in der Health Inequality-Forschung wieder

auftauchen und wir können offenbar einige der alten Antworten geben. Das gilt auch für deinen spezifischen Ansatz mit dem du, Klaus, argumentiert hast. Das so genannte Passungsverhältnis, nach dem Strukturen eines Angebotes mit dem, was ich mitbringe als Kompetenz und Fähigkeit der Inanspruchnahme von Angeboten, zusammenpassen müssen. Und dieses Modell eines Passungsverhältnisses wirkt offenbar in den Gesundheitsbereich hinein. Nicht alle individuellen Bedürfnisse werden von diesem System bedient. Es gibt so etwas wie ein Gesundheitsfeld mit unterschiedlichen Möglichkeiten, sich zu bewegen. Und auch da sind die Ansprache- und Reaktionsmöglichkeiten sehr unterschiedlich. Und wenn es passt, dann entsteht vielleicht so ein günstiges Gleichgewicht. Sobald aber Kompetenzen und Angebote nicht zusammenpassen, dann haben wir das, was wir eben noch etwas undeutlicher als Probleme des Selbstmanagements beschrieben haben.

Also ich habe das Gefühl, wir haben so ein bisschen diese Forschungslücke, die sich da auftut, mit dieser Analogie zum Bildungswesen relativ schnell beschrieben und könnten eventuell auf den Spuren der Bildungsforschung viel schneller vorankommen. Wenn wir diese Erkenntnisse der Bildungsforschung ganz ernst nehmen, dann ist ja eine Konsequenz, dass der erhobene Zeigefinger, der sagt »bildet euch mal richtig, strengt euch mal richtig an«, relativ konsequenzlos geblieben ist. Vielmehr muss man dann in Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten, wenn man an diesen Erscheinungen arbeiten will und unsere Ätiologie ernst nimmt, die ja sehr komplex ist, offenbar sehr grundsätzlich ansetzen.

### *Gesundheit als Steigerung der Autonomie: Zur Aktualität der WHO-Programmatik*

U.H.B.: Ich würde gerne noch einmal auf ein mögliches Spannungsfeld in der aktuellen Public Health-Diskussion kommen. Die identitätsstiftende Institution bis heute – das ist ja einer ihrer identitätsstiftenden Kerne – ist die WHO mit all ihren Definitionen. Gesundheit ist nicht nur Abwesenheit von Krankheit, sondern sie ist ein sehr positiver Bezug und was mich an den Definitionen – vor allem dann in der Ottawa Charta – immer gewundert hat, waren teilweise revolutionäre Formulierungen dessen, was Gesundheit ausmacht. Insbesondere bin ich immer wieder gestolpert über die Forderung, über das Postulat, die eigenen Lebenswelten bestimmen zu können. Also Einfluss zu nehmen auf die eigenen Kontextfaktoren, auf die eigenen Lebensbedingungen. Es geht hier um Autonomiespielräume. Das ist natürlich ein unglaublich starker Anspruch. Jetzt haben wir im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten herausgefunden, dass



die Ungleichheiten mehr oder weniger gesamtgesellschaftlich sehr stark geworden sind. Dass die Einkommensungleichheit gewachsen ist, dass die ökonomische Ungleichheit über Prozesse wie auch immer man die dann beschreiben will – ich würde sie als verstärkte Kapitalisierung von Sozialstaaten beschreiben – zugenommen hat, so dass die Autonomie-spielräume immer stärker eingeschränkt werden. Ist das noch in Verbindung zu bringen mit einem starken Autonomieanspruch, mit diesem starken Postulat der WHO oder muss man sagen, im Jahre 2008 ist diese starke Forderung einfach nicht mehr angemessen?

K.H.: Nein, da bin ich nicht pessimistisch. Ich finde, dass der Begriff Selbstmanagement auf der Linie der WHO-Philosophie ist. Da heißt es dann »Empowermentfähigkeit«, seine eigene Lebenssituation so zu gestalten, das man sich psychisch und körperlich wohl fühlt. Das ist ja die »Denke«, das ist hier die gleiche Richtung. Nein, da würde ich sagen, dass die soziologische Forschung uns gezeigt hat, dass gesellschaftliche Entwicklungsprozesse ein mehr an Entscheidungsspielräumen, ein Mehr an Emanzipation mit sich gebracht haben. Das liegt ja in der Metapher der Individualisierung mit drin. Weswegen auch die Chancen gestiegen sind, Freiräume für die eigene Gestaltung des Lebens auszuschöpfen und damit auch die Chancen gestiegen sind, länger zu leben.

Wir müssen ja irgendwie erklären, wieso die Menschen heute immer länger leben, das hängt ja mit solchen Verbesserungen zusammen. Ich würde jetzt ganz stur auch davon sprechen, dass sich die Lage insgesamt verbessert. Das ist so. Im historischen Vergleich sind die Lebensbedingungen immer günstiger geworden und die Bedingungen, gebildet und gesund zu sein, sind erheblich besser geworden. Meine These ist ja gerade, weil das besser geworden ist, fällt jetzt auf, dass die Menschen mit unterschiedlichem Tempo, je nach sozialer Herkunft, von den Verbesserungen profitieren können. So sehe ich das. Wir gucken sehr intensiv darauf, dass dann eine Gruppe unten hängen bleibt. Es gibt ja welche, die hängen bleiben, die das gar nicht ausschöpfen können und versuchen zu erklären, wie das kommt. Und jetzt bringst du in diesen Prozess die Komponente der gesellschaftlichen Emanzipation mit hinein: Ein Prozess der Ausbeutung, ein Prozess der Infiltration in die Lebenswelten des Einzelnen, ist aber nicht zu übersehen – die Komponente meinst du doch? Ein Prozess der feinen versteckten Steuerung von Menschen, so etwas?

U.H.B.: Genau, weil selbst jemand mit einem extrem ausgebauten Selbstmanagement ist natürlich nach wie vor ein Getriebener, wenn man so

will, und hat eigentlich immer weniger Einfluss auf eigenen Kontextfaktoren, weil er stark reagiert auf Arbeitsmärkte usw. Er ist natürlich sehr erfolgreich in den Strategien. Die Frage ist, ob das etwas mit Autonomie zu tun hat im Sinne der WHO-Definition.

K.H.: Ja, ok. Gut, da würde ich jetzt ganz empiristisch sagen, am Ende zählt die Lebensdauer. Wir haben kein gültigeres Kriterium in im Bereich Gesundheit als die Lebensdauer. Das habe ich gelernt im Laufe der Jahrzehnte. Wenn ein Mensch lange lebt, dann sind die Bedingungen gut. Was haben wir sonst an empirischem Datum. Wenn das entscheidend wäre – und hin und wieder gibt es ja Spekulationen –, sinkt irgendwann mal die Lebensdauer der Menschen. Und dann würde das ein Signal dafür sein, das per Saldo trotz dieser Riesenunterschiede, die eher gewachsen sind, per Saldo die positiven Entwicklungen nicht mehr überwiegen, sondern die Negativen, die heute im Nuce teilweise auch schon deutlich erkennbar sind, dass die stärker werden.

Bisher gibt es nur eine Diskussion darüber, nämlich die Lebensdauer von Frauen im Unterschied zur Lebensdauer von Männern. Und in dem Maße, wie Frauen bestimmte Elemente des Risikoverhaltens und des Lebensstils von Männern kopiert haben, zum Beispiel Zigaretten rauchen, gibt es Hinweise, dass ihre Lebensdauer absinkt. Da hätten wir so einen Hinweis. Oder ein drastisches Beispiel ist die Sowjetunion, die Staaten der Sowjetunion nach dem Zusammenfall. Die Lebensdauer der Menschen ist sehr stark abgesunken, und zwar massiv. Bei den Männern deutlich stärker als bei den Frauen. Erklärungsansätze dafür gibt es. Also ich würde das als letzten Indikator nehmen, wo man übrigens im Gesundheitssektor besser dran ist als im Bildungssektor. Da haben wir nicht so einen alles erdrückenden Erfolgsindikator.

Wenn deine Vermutung stimmt, dass diese Faktoren durchschlagen, werden Menschen zum Beispiel psychisch krank und auch an einer Depression kann man eines Tages sterben. Und Depressionen nehmen gegenwärtig zu. Das könnten schon Hinweise dieser Art sein. Die Zunahme der psychischen Krankheiten überhaupt – wie kommen sie zustande? Warum nehmen psychische Krankheiten zu? Und zwar sozial ganz stark ungleich verteilt? In den unteren Schichten deutlich mehr als in den oberen. Da müssen wir auch eine vernünftige Erklärung dafür finden und natürlich erst mal eine gute Forschungsbasis. Aber im Zweifelsfalle würde ich wieder diesen Kurs beschreiten, den ich gerade schon beschrritten habe: Durch die schlechteren objektiven Lebensbedingungen ist die Fähigkeit geringer ausgebildet, zu adaptieren, sich mit seiner eigenen Lebenssituation, mit dem Körper, mit der Psyche auseinander

zu setzen und zurecht zu kommen und deswegen kommt es auch zu psychischen Belastungen. Dass die psychischen Belastungen zunehmen, liegt daran, dass die körperlichen Adaptionsmöglichkeiten erleichtert sind durch die heutigen Lebenssituationen, die psychischen aber umso bedeutsamer werden. Das wäre die Linie meiner Interpretation: Dass auch die psychischen Kompetenzen ungleich nach Herkunft verteilt sind, das hatten wir zwischendurch auch nicht gedacht. Sowie es eine zeitlang mal so aussah, als wenn die typische Managerkrankheit des hochkarätigen Managers mit Riesengehalt der Herzinfarkt sei. Das hat sich nicht als richtig erwiesen.

U.B.: Hat die WHO mit diesem starken Autonomiebegriff im Grunde geahnt, welchen substantiellen wichtigen Begriff sie da einsetzt für die Frage über Gesundheit und gesellschaftliche Bedingungen. Würdest du sagen, dass das eine vernünftige politische Strategie war? Wie müssen Strategien heute aussehen, um diesem großen internationalen Aufgabenfeld gesundheitliche Ungleichheit begegnen zu können? Und wie meinst Du, müsste so ein suprastaatlicher Akteur reagieren, welche Vorgaben müsste er machen? Kann er das überhaupt noch? Sollten es solche kurzen Formeln sein, so wie eine Charta oder müsste mehr geschehen?

K.H.: Ich meine, wenn wir jetzt bei unserer Analyse bleiben und die unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten damit auch stehen lassen, dann muss man da ja ansetzen und das würde heißen, ich sage jetzt mal wieder leicht provokativ und angreifbar: Die entscheidende Strategie zum Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit liegt darin, Empowerment zu betreiben und die einzelnen Menschen in die Lage zu versetzen, mit ihrer Lebenssituation – körperlich, psychisch usw. – umgehen zu können. Dieser Faktor muss getroffen werden. Ich kann alles machen, aber dieser Faktor muss getroffen werden.

Und natürlich kann ich an der Makroebene ansetzen und dafür sorgen, dass die ökonomischen Verhältnisse gleich werden. Dann müsste ich nach unserer Vermutung ja den Faktor erreichen. Das dauert, aber als Möglichkeit ist es existent. Ich kann aber auch auf der Mikro-Ebene ansetzen und Menschen jetzt darin schulen, wenn man jetzt einmal ganz behavioristisch werden möchte, dass sie erkennen, was für einen Körper sie haben, dass sie einen Körper haben und wie sie damit umgehen können; dass sie eine Psyche haben, wie sie »gewickelt« sind, welches Temperament sie haben, was sie mit ihrem Temperament machen können, was sie damit nicht machen können; welche Fähigkeiten sie haben, wie sie die entfalten können, diese enge Fusion mit Bildung, da kann ich auch

ansetzen. Dazwischen wird die Strecke der verschiedenen Interventionsstrategien sein, um daraus ein Paket zu machen, was am Ende aber diesen Faktor beinhalten muss, den ich vorhin Selbstmanagement genannt habe. Mit der WHO kann man auch sagen, dass Autonomiepotentiale ausgeschöpft werden müssen und Potenziale des Empowerment. Das ist dann die gleiche Richtung.

U.H.B.: Vielleicht ist es zu projektiv, aber so wie du das beschrieben hast, klingt das nach dem Ansatz, den Ulli und ich ja auch verfolgen, der vielleicht ganz kleines bisschen anders gelagert ist – den der Sozioanalyse. Es ist ein Aufklärungsprogramm im besten Sinne. Und Sozioanalyse würde vielleicht insofern darüber hinausgehen, als sie versucht, Menschen zu erklären, was Distinktion ist, was Selbstexklusion ist, was soziale Scham ist: Warum man sich jetzt plötzlich unterlegen fühlt und das dann zurück beziehen auf Körperlichkeit, also sozusagen die Erklärung des eigenen Habitus.

K.H.: Warum nehmt ihr den Begriff Sozioanalyse? Als Parallelität zur Psychoanalyse?

U.B.: In gewisser Hinsicht als Analogie zur Psychoanalyse. Es ist der klassische Erklärungsansatz, über das Soziale das Selbst zu verstehen.

K.H.: O.k., ja da sind wir uns sehr nahe. Das dürfte ja mit eine der Kompetenzen sein, die Menschen heute verhältnismäßig gesund im historischen Vergleich sehr gesund – gemessen an der Lebensdauer – werden lässt. Diese Fähigkeit, über sich selbst in der sozialen Situation zu reflektieren. Wir müssen ja vermuten, dass das ein Kapital ist, das ein Mensch hat. Was ihn in die Lage versetzt auch gesundheitlich stabil zu bleiben.

U.B.: Das ist wieder sehr anschlussfähig für eine Perspektive, die individuelle Kompetenzförderung in den Mittelpunkt stellt. An dieser Stelle haben wir eine ganz große Konvergenz, hieran orientieren wir uns, wenn wir in Projekten Skillförderung betreiben oder präventive Ansätze verfolgen. Aber gerade in dieser Hinsicht stelle ich mich auch immer wieder in Frage: Da entwickelt man viele Einzelstrategien – das Selbstmanagement, das Empowerment auf verschiedenen Ebenen, die Berufsgruppen werden sensibilisiert etc. – und mein makrostrukturelles Datum bleibt unangetastet. Und dann haben wir solche Mangelgesellschaften wie die kubanische z.B., die mit sehr wenig auskommen, aber

auch wenig Ungleichheit produzieren. Gerade nach diesem Megaindikator, die alles überragenden Superindikator Lebenserwartung, stellen die das Gleiche her wie wir und mit viel weniger Ungleichheit in dieser Spanne von Lebenserwartung.

Und das ist dann die Frage, an der ich mich stoße: Verzetteln wir uns dann doch mit wohlgemeinten, aber noch zu direkten Strategien, die oft kleine, minimale Effekte erzielen? Während offenbar diese ganz großen Strukturen, die großen Einflussfaktoren, immer noch so viel Gewicht haben. Also ich glaube nicht, dass wir es jetzt beantworten können. Nur das ist dann immer so die Folie im Hintergrund, die Frage danach, warum eine Gesellschaft wie Kuba, die mit den Faktoren, die wir besprechen – Gesundheitsbildung in den ausgeklügeltsten Varianten – nichts oder relativ wenig am Hut hat, dennoch so erfolgreich im Endergebnis ihrer Gesundheitsbilanz ist.

K.H.: Nein, nein, das haben wir ja eingangs gesagt. Die Wechselwirkung zwischen den makrostrukturellen Lebensbedingungen und dem, was dann das Individuum in seinem Verhalten davon spiegelt, ist ganz stark und deswegen spielt die hier auch mit hinein. Aber du kannst, wir haben es eben ja diskutiert, mit den intensivsten Gesundheitserziehungen keine Effekte erzielen, wenn zugleich die Makroungleichheit im ökonomischen Bereich immer weiter auseinander geht, weil sie hinter all diesen Prozessen dann doch die Treibkraft bleibt.