

Diskussionspapier (Arbeitsversion 28.9.2016)

„Vielleicht sollte Gesundheitsförderung ihre Anstrengungen künftig stärker konzentrieren auf die Förderung von Solidarität und weniger auf den Verzehr von Salat.“

(Bettina Schmidt, 2009)

Im Jahr 2015 fokussierte der Kongress Armut und Gesundheit auf die Umsetzung einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für Gesundheit („Gesundheit gemeinsam verantworten“). Der „Health-in-all-policies“-Ansatz stand hierbei im Mittelpunkt. Der vergangene Kongress 2016 fokussierte unter dem Motto „Gesundheit ist gesetz(t)?“ auf die neuen Handlungsoptionen, die sich aus dem jüngst verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland ergeben.

Immer wieder stand dabei die Frage im Zentrum, wie gesamtgesellschaftlich angegangen werden kann, was gesamtgesellschaftlich entsteht: Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen – mit zunehmender Tendenz. Der Kongress Armut und Gesundheit 2017 möchte diese Frage aufgreifen und unter dem Leitthema der Solidarität weiter diskutieren.

„Eine Gemeinschaft besteht um eines guten Willen“ (Aristoteles)

Das Prinzip der Solidarität hat eine lange Tradition und ist nicht zuletzt seit Anbeginn der Sozialversicherung in Deutschland Leitgedanke und Grundprinzip unserer gesellschaftlichen Ordnung. Solidarität ist nicht zu trennen von einer Wertediskussion, die lange zurückreicht. Nach Sedmak (2010, S.16) ist „Solidarität eine sowohl individuelle Haltung wie kollektive Handlungsregel“. Ziel ist es, ungleiche soziale und individuelle Verwundbarkeiten und Lebensrisiken auszugleichen. Solidarität beschreibt die Bereitschaft zu gegenseitigen Unterstützungsleistungen, die moralisch geboten, aber nicht erzwingbar sind, und die über das hinausgehen, was von Rechts wegen Pflicht ist (Sedmak, 2010).

- In welchem Spannungsfeld wird Solidarität heute diskutiert?
- Welche (neuen) Antworten müssen wir gemeinsam finden mit Blick auf die aktuellen Herausforderungen, die sich z. B. aus dem Handlungsfeld Flucht oder dem demografischen Wandel ergeben?
- Inwiefern ist Solidarität (noch) handlungsleitend für unsere Gesellschaft?
- Welche Voraussetzungen sind hierfür notwendig?

Solidarität und Public Health

Verfolgt man die Diskussionen heute, finden diese v. a. innerhalb bestimmter Gegensätze statt, die wir im Folgenden näher beleuchten möchten:

- Eigenverantwortung vs. Solidarität
- Wettbewerb vs. Solidarität
- Persönliche Freiheit vs. Solidarität

Eigenverantwortung vs. Solidarität

Die Ottawa-Charta (1986) hat deutlich gemacht, dass Gesundheit nicht im Einzelnen oder durch Einzelne entsteht, sondern im Kontext gesundheitsdienlicher Lebensbedingungen. Somit tragen alle (gesundheitsrelevanten) Lebensbereiche und Politikfelder hierfür die Verantwortung. Häufig wird (nach Lessenich, 2005) jedoch das „Daseinsrisiko privatisiert“. Menschen sollen sich danach eigenverantwortlich darum bemühen, persönliche Risiken auf ein Minimum zu beschränken bzw. Selbstversorgungs-Kompetenzen auf ein Maximum auszudehnen. „Unbestritten steht der persönliche Lebensstil in Zusammenhang mit dem individuellen Gesundheitszustand. Doch daraus zu schlussfolgern, dass das Individuum faktisch und auch moralisch verantwortlich ist für seine Gesundheit, ist zu schlicht, denn bekanntlich ist persönlicher Lebensstil Ausdruck der sozialen Lebenslage und liegt folglich nicht allein im individuellen Kontrollbereich“ (Schmidt 2009, S. 2).

- Wie können Eigenverantwortung und Solidarität nicht als Gegensätze verstanden, sondern zusammen gedacht werden?
- Was heißt das mit Blick auch auf die sozialogenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention?

Wettbewerb vs. Solidarität

Dem deutschen Gesundheitswesen wird im Allgemeinen eine starke Verankerung solidarischer Elemente attestiert. Diese Verankerung findet vor allem in den Umverteilungsmechanismen der gesetzlichen Krankenversicherungen ihren Ausdruck. Trotz der starken normativen Verankerung des Solidarprinzips haben marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung zugenommen. Die verstärkte Ausrichtung an wettbewerblichen Handlungsmustern soll dem Gesundheitssystem zu mehr Effizienz verhelfen, eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten und den Menschen individuelle Entscheidungskompetenzen zubilligen (Böckmann, 2009). Beim Wettbewerb gibt es jedoch immer neben den Menschen, die gewinnen, auch solche, die verlieren. Ein besonderes Dilemma tut sich auf, denn Letztere sind genau jene gesellschaftlichen Gruppen, die medizinischer Hilfe und gesundheitsförderlicher Maßnahmen am häufigsten und dringendsten bedürfen. Deppe konstatierte bereits 2006: „Wettbewerb polarisiert – er verschärft die soziale Ungleichheit“. Während die gesundheitspolitischen Ziele Effizienz, Qualität und Wahlfreiheit keineswegs im Widerspruch zur solidarischen Finanzierung stehen, ist die auf politischer Ebene forcierte Wahl des Steuerungselementes Wettbewerb zumindest auf den ersten Blick bemerkenswert, denn die Wettbewerbslogik steht dem normativen Postulat einer solidarischen Absicherung grundlegender Lebensrisiken ganz offensichtlich entgegen (Böckmann, 2009).

- Wie passen normativer Anspruch und steuerungspolitische Realität also zusammen?
- Lassen sich sozialpolitische Ziele im Rahmen eines wettbewerblich ausgestalteten Gesundheitssystems erreichen?
- Gibt es Strukturen, die eine Vereinbarkeit von Solidarität und Wettbewerb begünstigen?
- Wie kann verhindert werden, dass v. a. vulnerable Gruppen nicht vom Wettbewerb abgehängt werden?

Persönliche Freiheit vs. Solidarität

Individuelle Autonomie oder Freiheit kann, neben anderen möglichen Begriffsbestimmungen, zum einen als Fähigkeit von Personen verstanden werden, zum anderen als Anrecht. „Die Fähigkeit, sein eigenes Leben zu leben bzw. über sich selbst zu bestimmen, erhält dabei normative Bedeutung innerhalb des gesellschaftlichen Zusammenlebens, insofern das Individuum gewissermaßen mit einem Schutzraum versehen wird. Dieser Raum geht allerdings nur so weit, wie die legitimen Ansprüche anderer nicht betroffen sind. Die Sicherung der gesellschaftlichen Bedingungen zur Ausübung individueller Autonomie bedeutet also keineswegs, egoistisches Handeln zu unterstützen“ (Schramme, 2016). „Da die gesundheitliche Freiheit des Einzelnen dort ihre Grenzen hat, wo die Freiheit anderer beschränkt wird, kann jeder Schoko-Riegel [...] argumentativ als „Freiheits-Riegel“ geltend gemacht werden.“ (Schmidt 2009, S. 3) Selbstbestimmten und mitbestimmenden Menschen muss die Freiheit gelassen werden, Gesundheit und Gesundheitsförderung mit subjektivem Sinn zu versehen und gemäß einer eigenen, nicht eigenverantwortlich gesundheitsgehorsamen, Logik zu argumentieren (ebd.).

- Wie kann persönliche Freiheit ihren Raum im Gesamtkonzept der Solidarität finden?
- Wer trägt Verantwortung für die Umsetzung von mehr Chancengerechtigkeit?

Gerechtigkeit schafft mehr Gesundheit für alle

Gesundheit ist ein moralisch sensibler Bereich, in dem wir deutlich höhere soziale Standards fordern als in vielen anderen Bereichen. Gesundheit ist Voraussetzung für ein Höchstmaß an gesellschaftlicher Teilhabe und Verwirklichungschancen (Rauprich, 2008).

Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe zu verstehen, heißt zu realisieren, dass Gesundheit nicht in Einzelanstrengung erbracht werden kann und auch nicht muss. Kooperatives Gesundheitsmanagement heißt, sich zu verabschieden von den herrschenden Vorstellungen des richtigen und guten Gesunden (Schmidt, 2009). Mit der Fokussierung auf die elementaren Prinzipien Gerechtigkeit und Solidarität können Diskurse über eine langfristige Stabilisierung der gesundheitlichen Versorgung sehr bereichert werden.

Wenn Public Health und Medizin eine besondere Bedeutung für die soziale Gerechtigkeit haben, weil Gesundheit eine wesentliche Voraussetzung für „normale Lebensmöglichkeiten“ (Rauprich, 2016) ist, dann sollten die sozialen Einflussfaktoren (z. B. Einkommen, Bildung, soziale Anerkennung) auf die Gesundheit ethisch ebenso bedeutsam sein. Gemeinhin akzeptieren wir jedoch wesentlich größere soziale Unterschiede in Bezug auf Einkommen oder Bildung als in Bezug auf medizinische Versorgung und Public Health (ebd.).

Wilkinson und Pickett konnten in ihrem Buch „The Spirit Level: Why more equal societies almost always do better“ (deutsche Übersetzung: Gleichheit ist Glück, 2009) nachweisen, dass größere (Einkommens-)Gleichheit sich tendenziell für alle gesellschaftlichen Statusgruppen positiv auswirkt, auch wenn Menschen mit niedrigem Sozialstatus am stärksten davon profitieren. Im Umkehrschluss wirkt sich eine größere Ungleichheit, durch die dann nachweislich häufiger auftretenden Probleme (z. B. Lebenserwartung, Bildungsstand oder Gewaltdelikte), negativ auf alle aus.

Alles deutet daraufhin, dass der Abbau von Ungleichheiten der beste Weg zur Verbesserung unserer sozialen Lebenswelt und damit der Lebensqualität für alle ist.

Alle aufgeführten Diskussionen, Leitfragen und Gegensätze sind natürlich nicht losgelöst von globalen Entwicklungen. So finden sich diese traditionell und auch im kommenden Kongressjahr im Programm wieder. Für das Jahr 2017 sind hier Aspekte zu nennen wie: TTIP, Digitalisierung, SDGs,...

Strategien zur Diskussion

Bettina Schmidt (2009) argumentiert vehement gegen eine individuenzentrierte Gesundheitsförderung, die gesundheitsriskante Lebenslagen unberücksichtigt lässt. Stattdessen plädiert sie für ein kooperatives Verantwortungsmanagement. Um die Hürden in der – zugegeben schweren – Umsetzung zu minimieren, schlägt sie drei unterschiedliche Strategien vor:

Absage an das Gesundheitsideal

Auf der einen Seite gibt es derzeit einen Trend zur „Gesundheitsoptimierung“. Das Leben wird zur leistungsorientierten Daseinsverpflichtung, zur leistungssportlichen Alltags- und Freizeitgestaltung, wobei der Erhalt der eigenen Gesundheit für manche sogar zur Ersatzreligion wird. Auf der anderen Seite werden die Auswirkungen sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen immer sichtbarer und dramatischer. Nicht alle Menschen haben die Möglichkeit oder den Wunsch diesem „Trend“ zu folgen. Statt der weiteren Optimierung sollte eher an den Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes, gesundes und langlebigen Leben – und zwar für alle gleichermaßen – gearbeitet werden. Es sollte ein Perspektivwechsel hin zu Schadensminimierung statt Gesundheitsoptimierung stattfinden.

Leitfrage: Wie kann sich Public Health mehr auf die Förderung der Voraussetzungen für ein gesundes Leben als auf die „Optimierung“ des Menschen konzentrieren?

Kooperatives Verantwortungsmanagement

„Die gegenwärtige Individualisierung von Gesundheitsverantwortung schwächt die politische Verantwortung. Es ist dringend geboten, diesen Trend umzukehren“ (Schmidt 2009, S. 7). Hierfür braucht es einen Perspektivwechsel. Der ursachenorientierte Blickwinkel sollte durch eine lösungsorientierte Betrachtungsweise ersetzt werden. So fragen wir nicht mehr: Welche Verantwortung trägt das Individuum?, sondern: Wie lassen sich gesundheitliche Probleme gemeinschaftlich angehen? Übergewicht ist demnach nicht ausschließlich oder vorrangig zurückzuführen auf das Fehlverhalten Einzelner, sondern – in einem systemischen Sinne – als Zusammenspiel von einer zumeist sitzenden Berufstätigkeit, leicht verfügbaren hochkalorischen Lebensmitteln, Freizeitstilen, die stark durch die soziale Lage bestimmt werden, und einer insgesamt bewegungshinderlichen Umwelt (Schmidt 2009).

Leitfrage: Wie lässt sich die Verantwortung für Gesundheit auf mehreren Schultern verteilen, um die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Krankheitsereignissen bestmöglich zu verhindern?

Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung

Eine benutzerfreundliche Gesundheitsförderung setzt vor allem daran an, bisherige Barrieren für die Umsetzung dieser aufzuzeigen und abzubauen. Dies ist bekanntlich schwierig, da wirksame Gesundheitsförderung in der Regel an den gesellschaftlichen Verhältnissen ansetzen muss, doch gesellschaftlich durchsetzbar vor allem Gesundheitsförderung ist, die am individuellen Verhalten ansetzt. Ziel sollte es sein, in den unterschiedlichsten Entscheidungsprozessen die gesunde Wahl zur leichteren Wahl zu machen. Eine Architektin kann also beispielsweise bei der Planung eines Hauses die Treppe – statt des Aufzugs – in unmittelbarer Nähe des Eingangs platzieren (vgl. ebd.). Auch wenn darunter natürlich die Barrierefreiheit des Gebäudes nicht leiden darf.

Leitfrage: Wie können Menschen darin unterstützt werden, in ihrem Alltag gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen?

Das Motto 2017: Gesundheit solidarisch gestalten

„Gesundheit solidarisch gestalten“ bildet das Motto des kommenden Kongresses Armut und Gesundheit. Mit diesem Motto möchten wir dazu anregen, gemeinsam die Solidaritätspotenziale in unserer Gesellschaft sichtbar zu machen, zu fördern sowie zu unterstützen. Ein Fokus liegt hierbei insbesondere auf der besonderen Lebenssituation sozial benachteiligter Menschen. Das neue Motto stellt die Fragen in den Mittelpunkt:

- wie Solidarität und Gesundheit in Beziehung zueinander stehen und
- welchen Beitrag Public Health für eine solidarische(re) Gestaltung des Gesundheitswesens und weiterer gesundheitsrelevanter Politikbereiche leisten kann.

Der Kongress Armut und Gesundheit 2017 lädt alle herzlich dazu ein, sich an den hier aufgeworfenen Fragen und Diskussionen zu beteiligen!

Verwendete Literatur:

- **Roman Böckmann** (2009), *Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 1. Auflage.
- **Hans-Ulrich Deppe** (2006), *Kommerzialisierung oder Solidarität*, Vortrag auf dem Internationalen IPPNW-Kongress „Medizin und Gewissen – Im Streit zwischen Markt und Solidarität“ am 22. Oktober 2006 in Nürnberg. (abrufbar unter: http://www.medicinundgewissen.de/commonFiles/pdfs/Soziale_Verantwortung/Medizin_und_Gewissen/deppe_cut.pdf, letzter Zugriff: 13.7.2016).
- **Stephan Lessenich** (2005), *Activation without work: Das neue Dilemma des konservativen Wohlfahrtsstaates*. In: H.-J. Dahme, N. Wohlfahrt (Hg.) *Aktivierende Soziale Arbeit: Theorien – Handlungsfelder – Praxis*, 21-29 Balmannsweiler: Schneider Verlage Hohengehren.
- **Oliver Rauprich** (2008), *Utilitarismus oder Kommunitarismus als Grundlage einer Public Health Ethik*. In: Bundesgesundheitsblatt 51, 137-159.
- **Bettina Schmidt** (2009), *Gesundheit benutzerfreundlich fördern statt eigenverantwortlich fordern*. In: *Gesundheit Berlin-Brandenburg* (Hrsg.): Dokumentation 15. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2009.
- **Thomas Schramme** (2016), *Autonomie und Paternalismus*. In: Peter Schroeder-Beck/Joseph Kuhn (Hg.) *Ethik in den Gesundheitswissenschaften*, Beltz Juventa, Weinheim und Basel.
- **Clemens Sedmak** (2010), *Solidarität*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
- **Weltgesundheitsorganisation** (1986), *Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung* (abrufbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, letzter Zugriff: 14.7.2016)
- **Richard Wilkinson, Kate Pickett** (2009), *Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind*. Haffmans & Tolkemitt (bei Zweitausendeins). 2. Auflage.