

Im Gespräch „Gesundheit solidarisch gestalten“

Prof. Dr. Richard Wilkinson, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Dr. Stefan Etgeton

SE: Wir wollen die Thesen des Eröffnungsvortrages von Richard Wilkinson diskutieren, vertiefen und vielleicht auch über Konsequenzen sprechen. Ich würde Herrn Rosenbrock gerne zu Beginn die Gelegenheit geben, noch einmal etwas ausführlicher auf den Vortrag von Herrn Wilkinson einzugehen. Auch mit der Frage: Was bedeutet es eigentlich für die Einrahmung von Gesundheitspolitik, wenn deutlich wird, dass wir in vielen Fällen eigentlich über Wirtschaft und Sozialpolitik oder soziale Fragen reden müssen?

RR: Ja, mir ist das Werk von Richard Wilkinson seit den 90er Jahren sehr wohl bekannt und diejenigen, die das Pech hatten, bei mir studieren zu dürfen, wissen, dass das Buch "Unhealthy societies. The afflictions of inequality" beständig in meinen Veranstaltungen vorkam. Aber ich bin in all den Jahren unsicher geblieben, ob eigentlich die Brisanz der Botschaft wirklich klar geworden ist.

Wir haben jetzt im Armutsbericht des Paritätischen und mit den Zahlen des Robert Koch-Instituts immer wieder gehört "Männer, die an oder unter der Armutsgrenze leben, leben im Durchschnitt 11 Jahre kürzer als wohlhabende Männer". Das sind beides Gruppen von 16 Prozent – oben und unten – und wir wissen, dass die Lebenserwartung ein Kontinuum über die soziale Stufenleiter hinab bedeutet. Wir wissen, bei Frauen liegt die Differenz ungefähr bei 8 Jahren. Wir fragen uns immer, was muss man tun, wenn man Strategien entwickeln will? Woran liegt das? Welchen Beitrag zur Ungleichheit leistet das in den sozialen Unterschichten zweifellos weitverbreitete gesundheitsriskante Verhalten? Und die Studien sind sehr klar: Das Gesundheitsverhalten – Rauchen, Trinken, Laufen und was alles da zugehört – erklärt weniger als die Hälfte der Unterschiede. Und auch diese Hälfte ist nicht einfach mit Appellen, Plakaten und Strafandrohungen zu bewältigen.

Aber die andere Hälfte, woran liegt das? Das liegt an der Erfahrung der Armut, die sich akkumuliert über die gesamte Lebensspanne, in einem Mangel an Teilhabe, in einem dauernden Erlebnis unten zu sein, dem dauernden Erlebnis "despised" zu sein, wie es Richard Wilkinson sagte. Das dauernde Erleben, verachtet zu sein, für geringerwertig gehalten zu werden... Und nun kommt noch dazu die brisante Botschaft von Richard Wilkinson, der ja nicht allein dasteht, sondern mit großen Studien von der Yale University völlig in Übereinstimmung steht. Es kommt eben nicht nur darauf an, wie viel Geld ich habe, wie viele materielle Ressourcen ich habe – also, wo stehe ich auf der sozialen Stufenleiter – sondern seine These ist, und die ist empirisch belegt: es kommt eben auch darauf an, wie lang die Stufenleiter ist, wie ungleich die Gesellschaft ist, um Gesundheit zu beschädigen oder zu fördern. und es ist ganz klar: Je geringer die Ungleichheit ist, desto geringer sind die Unterschiede in der Lebenserwartung, in der Erkrankungshäufigkeit und in allen sozialen Problemen, die er aufgeführt hat. Von *teenage pregnancy* über Übergewicht bis hin zu Vertrauen, bis hin zur Anzahl der Menschen im Gefängnis, bis hin zu Drogenproblemen, wodurch sich eigentlich zwingend ergibt: Gesellschaften, die eine weniger ungleiche Verteilung haben, sind gesündere und auch humanere und auch effektiver und auch effizienter funktionierende Gesellschaften.

Das ist nicht ein Aufruf zum Kommunismus – also, alle kriegen das Gleiche –, sondern das ist einfach der Hinweis auf die Tatsache, dass Gesellschaften immer ungastlicher, ungesünder, weniger human und weniger solidarisch werden, je mehr sich diese Unterschiede vergrößern.

Auch die Einkommensungleichverteilung, also die Frage der Länge der sozialen Stufenleiter, ist eine Frage nach den Voraussetzungen für Solidarität. Und das ist in meiner Wahrnehmung eine sehr komplexe Frage, weil einerseits klar ist: Public Health – also, wer es ernst meint mit der Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, wie es so schön in §20 SGB V steht, – der muss sich auch in Wirtschaftspolitik einmischen, der muss sich auch einmischen z. B. in die Frage nach dem Mindestlohn, der Alterssicherung... Der muss sich einbringen in die Frage "Sind eigentlich die Machtgleichgewichte zwischen Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen so verteilt, dass faire Lösungen herauskommen können?" Und wenn nicht, ist das eben auch ein Public Health-Problem. Und es hat auf der anderen Seite die Implikation, wie man auch in kleinen Gemeinschaften, in überschaubaren Räumen – wir hatten eben auf dem Podium Familienzentren, Grundschulen, Armutgruppen – wie man dort die aus der großen Ungleichheit resultierenden Beschädigungen der Menschen in Form von erlebter Verachtung, erlebter Demütigung, aufheben kann? Wie kann man dort Solidarität besser organisieren? Weil auch das eine direkte Konsequenz aus den Werken von Richard Wilkinson ist: Solidarität ist gut für die Gesundheit und deshalb lohnt es sich darüber zu reden, wie man sie herstellen und vergrößern kann.

SE: Die Befunde relativieren ja sehr deutlich die Bedeutung des individuellen Verhaltensansatzes. Meine Frage wäre, ob nicht die Befunde von Richard Wilkinson dahingehend interpretiert werden müssen, dass die Fokussierung auf das Gesundheitsthema in den setting-bezogenen Präventionsansätzen, also bei der Verhältnisprävention, möglicherweise eine Engführung ist.

RR. Ja, zweifellos. Das ist eine Engführung und eine effektivitätsmindernde Engführung. Also so wie ich Setting-Interventionen verstehe, geht es ja darum in Lebenswelten, in der Kita, in der Schule, im sozialen Brennpunkt, übrigens auch in Gemeinschaftsunterkünften von geflüchteten Menschen und auch in Alteinrichtungen und Freizeiteinrichtungen, mit den Nutzer*innen und Bewohner*innen der jeweiligen Lebenswelten partizipative Prozess in Gang zu setzen, in deren Verlauf diese Menschen oftmals erstmals in ihrem Leben mitkriegen, tatsächlich sinnlich erleben können, dass es bei der Veränderung ihrer Umwelt auf das ankommt, was sie selbst davon halten, wie sie selbst ihre Bedürfnisse und Wünsche haben. Sie also bei der Problemanalyse, bei der Entwicklung von Strategien zur Veränderung der Lebenswelt und auch bei der Durchführung der Veränderungen als gleichberechtigte Partner*innen einzubeziehen. Das zielt ja nicht auf Verhalten. In guten Setting-Interventionen kommt das Wort Gesundheit erstmal überhaupt nicht vor, sondern da geht es eigentlich um Prozesse, die die zentralen Basisressourcen von Menschen stärken können. Erstens das Selbstwertgefühl "Ich bin einmalig. Es ist gut, dass es mich auf dieser Welt gibt.", das Selbstwirksamkeitsgefühl "Ich kann etwas erreichen, alleine oder mit anderen, wenn ich mir das vornehme." Und dabei zu erleben, wie hilfreich die Verankerung in reziprok wirksamen sozialen Netzwerken ist. Und dass das alles etwas mit mir, mit Fragen zu tun hat, die mir wichtig sind, die meinen Sinn, meine Prioritäten betreffend, zusammenhängt. Das ist gute Setting-Prävention, denn das fördert die Basisressourcen, die vorhanden sein müssen, um überhaupt über Verhalten sinnvoll reden zu können. Wenn ich keine Lebensperspektive habe, mich dauernd gedemütigt fühle, wenn ich nicht weiß, wie ich mit dem Geld bis zum Monatsende hinkommen soll, wenn ich meinen Kindern kein Eis kaufen oder mit ihnen in den Zoo gehen kann, warum soll es um Gottes Willen dann wichtig für mich sein, mit Rauchen aufzuhören, um die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Herzinfarktes in dreißig Jahren zu senken?

Die Voraussetzung von Gesundheitsförderung ist Zukunftsorientierung und es liegt viel Weisheit in dem nicht gerade wissenschaftlichen Satz, der da sagt "Die beste Prävention ist die Lust auf die eigene Zukunft". Und diese Basisressourcen sind in meiner Ansicht nach die Voraussetzung dafür, Lust auf die eigene Zukunft zu schaffen und zu erhalten. Dadurch werde ich mir selbst wichtiger. Dadurch wird meine Gesundheit für mich selbst wichtiger. Und dadurch bin ich auch eher geneigt und auch mehr in der Lage, meinen Lebensstil so zu gestalten, dass ich nicht zusätzliche Risiken schaffe.

Setting-Projekte werden heute häufig so gemacht: Da haben wir eine Schule, da kann keiner weglaufen, weil wir Schulpflicht haben. Und wir haben klassische Gesundheitsbotschaften. Wir haben das Setting, die Einflugschneise und den Ablageort für mehr oder weniger modisch verbal aufgehübschte Formen der alten Verhaltensprävention. Das sind Aktivitäten, die kann man sich, wenn man wirklich sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindern will, richtig schenken. Die machen nur denen ein gutes Gewissen, die dann hinterher die Hochglanz-Evaluationsbroschüren verteilen dürfen, aber sie nützen denen, die eigentlich gemeint sind, überhaupt nichts. Und darum, glaube ich, sollte es uns heute hier auch darum gehen zu fragen "Wie können wir die schädlichen Wirkungen der wachsenden Ungleichheit in kleinen Lebenswelten auffangen?". Und da geht es eben sicherlich nicht primär darum, über gesundes Essen, weniger Rauchen, weniger Trinken, mehr Bewegen zu reden. Sondern da geht es darum, Prozesse zu organisieren, die Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsgefühl steigern und die Verankerung in hilfreichen sozialen Netzen verstärken.

SE: Herr Wilkinson, Sie haben in Ihrem Vortrag die Phänomene, die Beziehungen analysiert und das Verhältnis zwischen Gesundheitsindikatoren im weiteren Sinne und sozialer Ungleichheit dargestellt. Jetzt haben wir eben mit Herrn Rosenbrock darüber diskutiert, was man denn tun kann. Das würde ich Sie gerne auch fragen: Was kann man denn in einer Gesellschaft zum Beispiel hoher sozialer Ungleichheit oder höherer sozialer Ungleichheit tun? Geht es um verteilungspolitische Fragen oder darum, wie ich mich in der sozialen Hierarchie sehe? Können wir auch über Arbeit an Mentalitäten, an der Einstellung von Menschen zu sozialer Hierarchie etwas an diesen Wirkungen ändern?

RW: Well, I think it's important to remember that we are dealing not just with the problem of poverty and health. It is a gradient right across society. Michael Marmot, who is perhaps the world's foremost researcher in this field, says you can take away *all* the problems of poverty and poor health and you still got most of the problem of health inequalities left. Because we are all part of that picture.

For years and years, we talked as if all these issues were just about health. And we made a much weaker case to government for changing policy. We have to regard all the problems that are worse at the bottom of society as part of the same picture. So, not have separate policies for health and separate ones for educational performance of children, and separate ones for social mobility, and separate ones for violence. They are all part of the same picture. Most of the public services that people have put on to deal with some of these problems – you know, educational support for children doing badly at school, drug rehabilitation, mental health services, and some of the health policies. Those services are not the main determinant of outcomes. Of course, we need those services. They do have benefit, many of them.

But if you want to know the scale of drug problems in society, or the level of crime and imprisonment, or the standards of life expectancy, you should not look at the services. Those are not the powerful determinants. Social and economic life is the most important thing.

Suppose, you have a social worker who comes to see you for an hour each week. Is that going to outweigh everything else that goes on in your life for the rest of the week? Of course, it isn't. We will go on needing those services for the small benefit they do, indefinitely, as long as we go on creating these problems. Leonard Syme, who is really the father of social epidemiology, trained most of the foremost people now in the field. He remarked on, I don't know if you've heard of the Mr.Fit Study, it's called Mr.Fit because it is the *multiple risk factor intervention trial*. What they were trying to do in the United States was reduce risks of heart disease. And they visited people at home over about six years. People identified as being at high risk of heart disease. They tried to get them to stop smoking, to eat more sensibly, to take exercise. And on almost every measure they achieved almost nothing. And Leonard Syme said that when they did occasionally persuade someone to stop smoking, they knew that a child was starting to smoke somewhere else in the same time. We have to think about these problems in an entirely different way. And think of ourselves and our own health and well-being as part of the same issue. It is really about a better life for the vast majority of the population. We have to be talking about a way of creating a different kind of society. And I think that is primarily about how we reduce the income inequalities between us.

SE: Herr Rosenbrock, heißt das doch, wir verabschieden uns jetzt von Public Health, Gesundheitspolitik, und reden jetzt tatsächlich nur noch über Verteilungspolitik? Wir organisieren das gute, bessere Leben über Steuern, über Einkommensumverteilung?

RR: Nein, gewiss nicht. Man kommt nicht drum herum, sich auch in Verteilungspolitik einzumischen. Aber es wäre sicherlich verhängnisvoll und verfehlt zu sagen, wir machen nur noch das. Darum finde ich sehr gut, dass Sie Leonard Syme, bei dem ich auch in Berkeley gelernt habe, erwähnen, der ...

RW: ...can I just say, that I'm *not* suggesting, that we should abolish public services. I emphasize they *are* important, it *is* important to pick up the pieces, the damage in our society. But that won't cure the problem.

RR: Das möchte ich nachdrücklich unterstreichen. Auch wenn die medizinische Versorgung nur knapp 30 Prozent der Lebensverlängerung und der Verbesserung der Gesundheit in den letzten Jahrzehnten erklärt, würde kein Mensch auf die Schnapsidee kommen zu sagen: Dann schaffen wir das Medizinsystem ab. Das kann nicht die Konsequenz sein. Aber Leonard Syme hat, nachdem er dieses völlige Versagen der Verhaltensprävention in der Mr. Fit-Studie analysiert hat, gesagt: Die Projekte, in denen wirklich Gesundheit geschaffen wird, auch bei Kindern, , waren in schwarzen Communities solche Projekte, die es den Kindern ermöglicht haben, ihre Umwelt selbst *aktiv* mitzugestalten.

Und das gab es auch hier in Kreuzberg, das Projekt „Kiezdetektive“, in dem Kinder aus Grundschulen mit Stirnband, Kamera und Block herumgeschickt wurden, um Schätze und Probleme ihrer Umgebung zu identifizieren. Sie trugen dies zusammen und der Bezirksverordnetenversammlung vor und der Bezirksbürgermeister musste sich verpflichten, die Forderungen der Kinder umzusetzen, soweit sie umsetzbar waren.

Das ist der Kern einer guten Lebenswelt. Interventionen, die neben der Verteilungspolitik andere, ebenso notwendigen Baustellen sind: inklusive Bildung, Schulgestaltung, die Verminderung der direkten und der unsichtbaren Bildungsschwellen für Menschen, für Kinder aus ärmeren Familien. All das gehört dazu. Und wir sollten uns auf keinen Fall auf das Spiel einlassen, das eine gegen das andere auszuspielen. Bestimmte Dinge kann man wirklich lassen. Es gibt in der Medizin eine ganze Menge Überflüssiges. In der Prävention sind das diese lustigen Verhaltenskurse oder im Betrieb die Rückenschule gegen Rückenschmerzen. Das ist alles Mist. Das kann man sagen. Das kann man sich schenken.

Aber es bleibt ein Haufen wichtiger Baustellen übrig und es hat noch eine weitere Implikation. Ich bin seit einigen Jahren in einem Verband tätig, der auf allen Feldern der sozialen Arbeit tätig ist, von der Pflege über die Altenhilfe, Straffälligenhilfe, Drogenhilfe, Aidshilfen, Frauenhäuser usw. Da ist der säkulare Paradigmenwechsel, um mal ein großes Wort zu nutzen, im Gange. Wir machen keine Fürsorge, keine benevolent paternalistische Fürsorge mehr. Sondern die moderne soziale Arbeit ist immer Ressourcenförderung, Hilfe zur Selbsthilfe, Hilfe zur Selbstverwirklichung, Hilfe zur Selbstbestimmung. Das ist ein völlig neuer Ansatz und ich beobachte in allen Feldern, die ich überblicken kann, dass sich Gesundheitsarbeit im Sinne von Gesundheitsförderungsarbeit, und moderne soziale Arbeit in ihren Handlungsmethoden und in ihren Zielen immer mehr überschneiden und angleichen. Das heißt, hier geht es um eine ganz grundsätzliche Herangehensweise: Wie können wir Menschen in ihren Lebenswelten so stärken, dass sie statt einer fremdbestimmten Lebenswelt eine schaffen, die sie selbst mit einrichten, nach den Kriterien, die ihnen wichtig sind. Das ist sozusagen die große Innovation. Das ist eben eine andere unzweifelhaft wichtige Baustelle von Public Health.

Publikum: Dankeschön! Wissen Sie, mich stört hier die Atmosphäre, die so akademisch kalt ist. Jetzt zum Schluss haben Sie das zum Vorschein kommen lassen, worauf es ankommt. Wir wissen genug, nicht absolut, aber genug, um zu handeln und ich hätte gern so etwas wie ein soziales Bewusstsein, dass wir das jetzt in Politik, wo auch immer, umsetzen müssen, dass wir handeln müssen. Es tut mir richtig weh, dass wir diesen wunderbaren Vortrag von Herrn Prof. Wilkinson nicht als Weckruf benutzen. Das ist der Punkt, an dem wir eigentlich losmarschieren und handeln wollen. Natürlich zunächst erst im Geiste. Wir bleiben ja hier sitzen.

Und das zweite, was mich ganz furchtbar irritiert, ist die Tatsache: Ich habe das Gefühl, Sie reden ununterbrochen von Männern. Nun wissen wir bei Gesundheit und Männern, dass die sich zum großen Teil in der Pubertät aus dem Gesundheitssystem verabschieden. Das eigentliche Problem in Deutschland ist, und ich glaube nicht nur in Deutschland, ist Frauenarmut. Und das hat ganz andere Ursachen, auch die, die wir genannt haben, aber eben weitergehende. Ich würde gern, dass wir das breiter sehen und dann daraus Konsequenzen für das Handeln ziehen. Also: uns politisieren, soziales Engagement! Und auf Politikebene eine konsistente Gesundheitspolitik, Geschlechterpolitik in allen Bereichen mitdenken. Das wär mein Ziel.

SE: Wie verhalten sich die soziale Ungleichheit und die Ungleichheit von Männern und Frauen zueinander? Wie hängt das zusammen?

RW: Obviously, there are all sorts of other dimensions of inequality. I was talking about the material ones, if you like: the vertical ones. There are issues to do with gender and ethnicity and so on. They are all related.

Women's disadvantages are greater in countries with more unequal incomes of men. One of the important issues is that greater inequality pushes men back into more traditional male roles, more patriarchal attitudes. It's hard for women's status to improve without a more sociable society. The worst situation with huge inequalities is, women have to be separated and protected from other men. I mention that because it gives you an intuition about the way in which greater gender equality is related to greater income equality. The same can be said for ethnicity. One of the important components is what I call the downward prejudices increase in more unequal societies. Partly because, if you have had your status, self-respect, self-esteem reduced, you are at the bottom of the hierarchy, one way of trying to regain it is by saying: "At least, I am better than those people". In the quote I read in the beginning of my talk it mentions how that men who feel humiliated, take that out on their women. These things are quite intimately related. To talk about which people are most discriminated against – whether they are people from particular ethnic minorities, people defined by skin colour, or religious affiliation, or what language group they belong to, or issues to do with sexuality and gender – all those are in a sense arguments of who should suffer poverty. The main issue should be reducing the numbers of people in that category. So that none of us suffer that. That is the important issue. But if we pursue that, we are also doing something about gender and ethnicity and so on. While we have very big income and status differences between us, and of course I emphasize that income differences make status and class more important, if those differences are more important in our society, than we can't expect everyone to stop judging each other by income. We endlessly as human beings judge other people's inner worth by their external wealth. You know, we make an assessment of people. And psychologists say that we do this within a few seconds of meeting. The dominance behavioural system, a part of the brain that we share with many other mammals, deals with issues of social dominance, superiority and inferiority. And it is the inequalities in our society that trigger that, that make it more active. And the same psychologists point out a number of mental illnesses related to feeling inferior. Either, striving against being put down and disrespected, trying to show people that you are not worthless. Or the acceptance of your inferiority with depression and so on. Or the other extreme: claiming your superiority or assuming your superiority. Or struggling to climb up. They show that a number of psychological illnesses and personality disorders have components related to these issues of dominance and inferiority. So, we must think of these as linked.

Can I say a little bit more? One of the reasons why politicians are finding life so difficult in so many different societies, is that we've got to a point where we can't just have more of the same. We are facing issues to do with climate-change, the whole world economy is so different from what it was fifty or hundred years ago. It is no longer possible, to say all we need is a tiny bit more economic growth and everything will be well. What's been happening to us over the last fifty years, is: in a sense we've become a global organism. You know, with industrialisation sweeping the world, people have changed from being small independent producers, longer ago in Europe, obviously, than in some countries that have industrialised more recently, to being entirely interdependent.

Everything we do is for other people's consumption. Everything we use, your breakfast, these things, my pen, the paper, it's produced by other people. So, we have become in a sense a completely interdependent species, on a scale it has never happened before. Also, with migration unifying the human race. You know human beings developed in Africa, we came out of Africa, diverged culturally and a little bit biologically. And now what we are seeing is the reunification of the human species through migration and intermarriage and so on. Those are just extraordinary developments and they need changes in our politics.

We need global cooperation, international cooperation rather than competition. It's idiotic that we are spending so much more on arms, on weapons, on the military than on aid and development. Particularly when we know how much the survival of the planet depends on helping, developing countries, develop on the basis of renewable technology and energy. So, we need to move towards a radically different society and different world. And the most important thing is to begin to envision the future. What kind of society we are moving towards? And until we do that, we are lost. We will get people like Trump going backwards in all sorts of ways.

Publikum: I'm from Africa, not one of the early migrations you referred to, but more recent. I'm interested in the drivers of the positive change. I think, a lot of the exploration of the problem is evident as you indicated, it's a political issue that we don't recognise or give them visibility, not a technical issue. But you said that the current situation of any policy leads to depression or to self-aggrandisement. I've lived in a country where it actually led to mass movement for change. So, in some situations it can be to positive social transformation, temporarily sometimes. And I guess, the question I want to ask you is what, from your research, are the drivers of neither depression nor self-aggrandisement? What are the policies, not the services, in society that will move society towards different responses than the aggrandisement and the depression but towards more collective power with visioning of that change? And what are the institutions in society that are blocking us from that. What do you see? Is social media an important institution? Is media important? Are academics of any relevance to this?

RW: Well, can I just say a little bit of what has moved income differences in the past? If you look at the 20th century in so many countries, so many of the developed countries, but I think also India for instance, you get high inequalities in the 1920s. Then, from some time in the 1930s, in most of the developed countries, they start to come down. And they go on falling until you get to the 1970s. Then they flatten out and then there is a modern rise of inequality. So, we're back with the levels of inequality last seen in the 1920s in many countries.

If you look at the proportion of the working population in trade unions, you see exactly the opposite. I was going to show you a slide, but I was taking too long in my talk in the hall. It's an extraordinary close relationship. They look like mirror images of each other. What that trade union membership is really telling us is something about the strength of the whole countervailing voice in society, of social democratic parties, the labour movement, that idea that there was another way of doing things. And of course, I am aware of it much more through our previous Prime Minister Tony Blair, his idea of new labour and forgetting about the past commitments of the labour movement to greater equality. It left the field open to neo-liberalism with President Reagan and Thatcher and of course not only weakening trade unions, but lowering top tax rates, privatisation of industry. That mass movement drove down income differences. Part of that was also the fear of communism. The fear of communism was good for capitalism, it made it more human. But when that's all gone then people at the top, there are no constraints on them. The main reason why we've become more unequal is the runaway incomes at the top. And you can also see this in the Southeast Asian economies, we used to call the Tiger economies. They all became much more equal. And the World Bank booklet that came out in the mid-1990s has a chapter asking why they became more equal. It was because they faced crisis of legitimacy, that for instance South Korea faced North Korea, Taiwan faced mainland China, Hong Kong also faced mainland China, the Philippines had guerrilla forces operating.

And for that reason, they went in for policies they called *shared growth*. So what I am saying is that governments reduce income inequality when they have to, when there is popular pressure. What it tells us is that **we have to create a mass movement**. We know what went wrong with communism. Communism in a way was a failed experiment. It's understandable why people thought that the public ownership of the means of production would solve our problems. We know what went wrong with that and the costs of that in terms of loss of freedom of speech, police states and so on.

I think the way we have to move forward in the future is not the limitation of democracy, but the extension of democracy in to the economy. Not only employee representatives on company boards, but also incentives to the growth of cooperatives; employee-owned companies. There are good evaluations of more democratic models that suggest if you combine issues of ownership with participative management, you get reliable improvements in productivity and so on. Those forms of company organisations are better than the ones we have now. Germany actually has stronger legislation than most countries for employee representation on remuneration committees. But the countries like Britain and the United States that had the biggest rise in inequality, have no legislation like that. So I think you are spared the worst because you do have some legislation for employee representation. We need to take that much further. So, that's where I think a mass movement should be aiming. But I also think that people are not going to commit themselves to political change unless they have a vision of a world that is better for all of us, qualitatively better. And that means linking these issues up with dealing with the threats of climate-change and so on. How we are going to move towards sustainability and achieve a higher quality of live. Not regard sustainability as a threat to our quality of life.

Publikum: Wir haben jetzt ganz viel über systemische Veränderungen geredet, die stattfinden müssen. Mich würde interessieren, wo sie die Aufgaben oder die Möglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten sehen, weil sowohl Hausarztpraxen als auch Kliniken immer mehr unter ökonomischen Druck aufgrund von Privatisierung etc. stehen. Das heißt, wir haben ohnehin zu wenig Zeit, den Patient*innen Medikationen etc. zu erklären. Meine Erfahrung ist, dass die Medikamentenadhärenz wesentlich niedriger ist bei sozial schwachen Schichten. Dementsprechend nimmt quasi da die Gesundheit immer mehr ab. Man hat nicht immer die Zeit, ihnen das alles genau zu erklären. Ich kann ja als Ärztin nicht das soziale Umfeld verändern. Was für Möglichkeiten habe ich da denn überhaupt?

RW: I can't really answer that. But I would say that there is evidence that health services get a smaller proportion of the national income as inequality rises. In more equal countries the health services get more money and perhaps that means more time for you to explain the issues to patients.

RR: Man kann, wenn man sich in der Position einer praktizierenden Hausärztin befindet, also die Welt aus dem Blickwinkel des Ordinationszimmers erlebt, kann man schon deprimiert werden, weil man eben, wie Sie sehr richtig sagten, das soziale Umfeld, von dem man sehr wohl weiß, dass es das Krankheitsgeschehen und den Krankheitsverlauf wesentlich beeinflusst, eben nicht beeinflussen kann. Aber für mich heißt das zunächst als Public Healthler, dass Krankenversorgungssystem kann nicht das Zentrum der Prävention sein. Andererseits weiß ich, dass wir bei vielen Präventionsprojekten, auch großen Kampagnen, sozusagen auf das medizinische *backing*, auf die Autorität oder das hohe Sozialprestige der Mediziner*innen nicht verzichten können, weil die eben auch Menschen bewegen können, die arm sind und wenig Bildung haben und deshalb den Ärzt*innen besonders viel glauben.

Andererseits ist das moderne Verfahren von Krankenbehandlung, *shared decision making*, bislang eine klare Mittelschicht-Angelegenheit. Wir wissen, dass sozial geteilte Entscheidungsfindung die *adherences to therapy* – früher sagte man *compliance* – verbessert. Diejenigen, die an partizipatives Denken und Handeln gewöhnt sind, die gewöhnt sind, dass sie Spielräume haben, um ihr Leben selbst zu gestalten, sind auch besser darin, mit ihren Ärzt*innen gemeinsame Entscheidungen zu finden und damit ihre Heilungschancen zu verbessern. Das sind die vielen kleinen gläsernen Decken, die eingebaut sind zwischen oben und unten und für viele gibt es da auch keine mir bekannte Lösung.

Ich habe deshalb hohen Respekt vor Mediziner*innen, die trotz dieser eingekeilten Lage ihres Berufes trotzdem das Interesse und Engagement für sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen nicht verlieren. Ich weiß aber andererseits auch, dass Medizin nicht Gesundheit ist, Medizin oft die Voraussetzung für Gesundheit darstellt und deshalb finde ich es auch richtig, dass gerade die kritischen Mediziner*innen: okay, diese Begrenztheit unseres Berufsfeldes können wir nicht von heute auf morgen ändern. Aber wir können etwas tun, zum Beispiel, indem wir die Minimalvoraussetzungen des Zugangs schaffen und uns dafür einsetzen.

Gestern auf der Pressekonferenz zum Kongress war ein Dr. Denker aus Schleswig-Holstein da, der eine der 12 „Praxen ohne Grenzen“ leitet, die sich dafür einsetzen, auf Basis von Spenden und freiwilligen Beiträgen Menschen ohne Krankenversicherung zu behandeln. Das ist nicht wenig. Wir haben ja 200.000 bis 500.000 „Sans papiers“ in Deutschland, die überhaupt keinen Versicherungsschutz haben. Wir haben bei den Asylbewerber*innen in den ersten 15 Monaten ihres Hierseins einen eingeschränkten Zugang nur zu Akutversorgung und Schmerzbehandlung. Und wir haben eben zunehmend mehr Menschen aus den ehemaligen Mittelschichten, die ihre private Krankenversicherung überhaupt nicht mehr bezahlen können. Also, da tut sich ein Loch auf. Das deutsche Sozialmodell lebt von dem großen Versprechen und viel Ungleichheit ist ja für viele nur deshalb aushaltbar, weil es beim Zugang zu einer vollständigen und hochwertigen Krankenversorgung eine relative hohe Gleichheit gibt. Da ist uns England mit dem National Health Service natürlich um Längen voraus, aber wir versuchen immer, die Differenz klein zu halten. Aber wo es um die Unversicherten geht, tun sich riesengroße Löcher auf und es ist sicher auch des politischen Einsatzes wert, das immer wieder nicht nur anzuprangern, sondern auch durch Modelle versuchen zu überwinden. Außerdem: diese unglaublich arzt- und medizinentrierten Versorgungsstrukturen, die wir haben, die müssen nicht sein. Wir müssen zu Versorgungsmodellen gelangen, in denen Medizin neben Sozialarbeit, neben Pflege und mit Pflege, und mit Stadtteilzentren kombiniert wird. Da gibt es ja gerade im hausärztlichen Bereich diese ganzen Debatten, wie man verschiedene Gesundheitsberufe auf einer gleichberechtigten Ebene zu neuen Versorgungsmodellen zusammenbringen kann und damit nicht nur das Spektrum der Leistungen zu erweitern, sondern auf diese Weise einen Beitrag zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit in der Krankenversorgung zu leisten.

Publikum: Ich bin lange Zeit die einzige Ärztin gewesen in Niedersachsen, die sich um Asylbewerber*innen gekümmert hat. 15 Jahre, 8 1/2 Stunden pro Tag. Und ich gucke zu, wie sich das jetzt entwickelt und bin entsetzt. Ich will aber eins sagen. Ich finde, wir Ärzt*innen sind nicht solidarisch. Ich bin entsetzt über meine eigenen Kolleg*innen. Ich bin entsetzt über die Kammern. In Bayern haben sie, glaube ich, die Kammern schon abgeschafft. Ich weiß es nicht genau. Aber hier oben in Niedersachsen haben sie es noch nicht geschafft und es wird Zeit.

Wir haben überhaupt keine gute Vertretung mehr und kein Wunder: ein Numerus clausus von 1,0! Keiner will mehr oder kann mehr Medizin studieren. Wir haben Leute, die überarbeitet sind. Wir haben keinen Nachwuchs und es sind nur Frauen, die kommen. Es sind keine Männer. Die machen den Quatsch nicht mehr mit. Also, es ist einfach unglaublich, was sich hier entwickelt, politisch gesehen und von unseren Kammern. Sehen Sie das auch so? Schön und gut, wir jammern auf hohem Niveau. Aber wir sind selbst schuld bis zu einem gewissen Grade, weil wir uns nicht solidarisch miteinander verbinden.

SE: Vielen Dank für diese deutliche Intervention. Trotzdem würde ich jetzt gerne vom eigentlichen Medizinbetrieb jetzt doch noch einmal auf das Thema soziale Ungleichheit kommen. Hier gibt es zwei Meldungen.

Publikum: Ich komme aus Hamburg und wir haben jetzt gerade am Anfang des Jahres ein interdisziplinäres Stadtteilgesundheitszentrum aufgebaut, wo wir neben einer primärmedizinischen Versorgung vor allem den Fokus legen auf Verhältnisprävention und eben das *empowerment* der *community* und wir versuchen, Kollektivprozesse anzustoßen. Ich wollte jetzt aber auch nochmal auf den Punkt gesellschaftliche Ungleichheit und Gesundheit kommen und frage mich, warum wir eigentlich nicht über die Agenda 2010, über kommunale Austeritätspolitik und Schuldenbremse und so etwas reden und das auch nicht wirklich auftaucht hier auf dem Kongress insgesamt. Herr Wilkinson wurde ja jetzt etwas konkreter und hat ja eine neue soziale Bewegung in dem Feld gefordert und auch das, finde ich, taucht hier bisher nicht wirklich auf. Und ich frage mich, wo die ganzen studentischen Gruppen sind und wo die Bewegung hier auf dem Kongress eigentlich auftaucht.

RW: I could have been more helpful in talking about what we can do, not just stop at saying we need a mass social movement. Amongst the things we have been doing in Britain, most of the big cities which have labour controlled local governments, have set up what we call fairness commissions. They've invited a group of people to report on how you can make income differences smaller in the city. They have led to the local governments committing themselves to paying not the minimum wage of the bottom but the living wage which is about 20 percent above in most of the country in 30 percent above the minimum wage in London. So, there is a national living wage movement. That same local governments in the big cities have also been asking questions about the companies that supply them about the scale living income differences within the companies. We set up something called the Equality Trust which now has a staff of five or six people and it has about 25, maybe 30 local groups around the country campaigning for greater equality. So I think there are things you can do ... I can't remember how many thousand companies are accredited to the living wage movement including very big companies have committed themselves to paying every one the living wage or above. And I think this does not only improve the situation for tens of thousands of people at the bottom, but it also makes everyone more aware of the issues of the equality. Given that we had two doctors talking about the difficulties they face, I remember there was a movement amongst the general practitioners in Britain to have computers in surgeries, programmed so you could see what social security benefits you are entitled to. You know it goes through a number of questions and it led to a quite big increase in claiming benefits because of course, many people don't claim benefits who are entitled to. So that's another thing that can be done directly. But I think, all the movements for greater solidarity forming groups that campaign on these problems are essential beginnings.

Publikum: I want to talk a couple of points here. It is a statement and included as a question for Mr. Rosenbrock or someone else. I am not a policy maker. So the BZgA is the organisation that does all those "Quit smoking", "Drink less alcohol", "Don't do drugs", "Be healthy", "Be active" etc. campaigns in Germany, the federal ones. I'm not a policy maker, I'm an online researcher and psychologist, but I do talk with policy makers within in the BZgA. I also think that this development that we have been describing here is at all surprising. You talked about in-group, out-group phenomenon and the need really to feel better than someone else which is so strong, that has such a strong effect in psychology. And we see politicians, if you want to call them politicians, who work with anxiety, who work with fear because that is also a very strong thing. You can work with fear to emphasize differences between groups and there you can say that group is worse etc. So I don't think it is at all surprising what we are looking at. And I also think that we need big radical changes in politics, in our policies. But we here obviously as mostly Public Healthers cannot do those huge policy changes which really intimidates me.

Because we feel so powerless or at least I do and I think many of my friends and colleagues kind of feel the same. We are not the government here. So what should we do about it? First of all, I am really happy to see so many like-minded obviously well-educated, privileged people here at this conference in this room which is a sign of hope. So what are the candles that we should light in the dark? I think, this is a very important step. We have a huge problem, we feel powerless, but no, we are not powerless, there are things to do here which we in our situation can do. And I think that should be about finding these candles. What do they look like? What can we change? If we know what those medicine student said "We don't have time for patients in the practice, but at the same time we know from a lot of studies that the feeling as a patient of being taken care of is a main determinant of the healing process. So what should we do? Are we looking for a placebo here? Are we looking at making people feel better although they are not? What shall we do? And Mr. Rosenbrock, I take your opening statement as a plea or wakeup call also for BZgA to change something and I share that, I do think the same is true. Do you have concrete suggestions, ideas what organisation like BZgA can actually do, or what we can do? I would be very happy to hear those.

RR: Ich möchte zunächst noch mal auf diese beiden Beiträge eingehen. Ich stimme Ihnen sehr weitgehend zu, also dem jungen Kollegen von der BZgA. Wo ich nicht zustimme ist das "we cannot do". Das stimmt nicht. Was mich immer verwundert, seitdem ich mich mit Public Health beschäftige, ist, eine wie geringe Lautstärke das Fach Public Health auf dem Marktplatz der öffentlichen Meinungen hat. Wir haben etwas zur Makropolitik zu sagen, aber wenn wir über die schwarze Null, die hier wie ein Mantra durch die Gegend getragen wird, oder die Schuldenbremse, oder wenn es um die Erhöhung der Hartz IV-Sätze geht, dann wird da immer mit Sozialpolitik und mit Ängsten argumentiert. Dass jemand das sagt, was wir wissen: „*Das geht knallhart auf die Gesundheit und die Lebenserwartung der Leute!*“ Da sind wir noch wirklich schwach, da haben wir noch wirklich Entwicklungspotenziale um zu sagen ‚Ihr Wirtschaftspolitiker*innen habt eure Logik, aber wir vertreten die Gesundheit der Bevölkerung und was ihr da gerade macht, kann man absehen, kostet soundso viel zehntausend Lebensjahre.‘ Das wären schon Aussagen, die ich sehr viel lieber, sehr viel öfter, sehr viel lauter hören würde.

Zum anderen: Natürlich gibt es *candles*, einen Haufen Projekte und gerade die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die ja sozusagen im Rahmen des neuen Präventionsgesetzes für ungefähr gut 30 Millionen Euro pro Jahr kassenübergreifende, lebensweltbezogene Projekte machen soll. Wenn die BZgA dafür sorgen würde oder einen Beitrag dazu leisten würde, dass das *richtige* Lebenswelt-Projekte werden und nicht diese klassischen, wo jemand kommt und den Methodenkoffer auf den Tisch stellt und das Flipchart aufbaut und sagt: 'Jetzt machen wir das so und so!' und da ist von Partizipation keine Rede mehr, da ist von Änderung der Hardware in der Umgebung keine Rede mehr, sondern da ist nach drei Takten belletristischer Vorsprüche doch wieder nur von Rauchen, Saufen und Laufen die Rede...

Die BZgA hat als Institution an AIDS sehr viel gelernt. In Deutschland haben wir heute – zusammen mit Finnland – die geringsten Neuinfektionsraten, dank Partizipation, dank der Tatsache, dass nicht davor zurück geschreckt wurde, auch Strukturen anzugreifen und auch ungewöhnliche Wege zu gehen.

Und zu Ihnen wollte ich sagen, ich stimme Ihnen da vollständig zu. Ich hab das Programm nicht voll im Blick, aber ich vermute, erfahrungsgesättigt, dass Sie Recht haben. Dann kommt die Frage auf, warum denn wirklich die schwarze Null wichtiger ist als Investitionen in die öffentliche Infrastruktur, in Dienstleistungen, in Bildung und kommunale Entwicklung? Oder was für Konsequenzen die Schuldenbremse oder kommunale Rettungsschirme letztlich haben? Sie haben die Konsequenz, dass diese Kommunen alle freiwilligen Aufgaben gar nicht mehr erfüllen dürfen, sondern nur noch Pflichtaufgaben. Und alles, was für uns interessant ist – Community Entwicklung, Gemeinschaftsbildung, Voraussetzung zur Inklusion auch sozial Benachteiligter, die sonst keine Stimme haben in der Öffentlichkeit – fällt dann einfach weg. Und zwar genau in den Kommunen, wo es am dringlichsten wäre. Eine reiche Kommune schafft es, aber den armen Kommunen werden die letzten Möglichkeiten beschnitten, sich selbst an den eigenen Haaren, am Schopf aus dem Sumpf zu ziehen. Und das sind Fragen, für die wir eine andere Community brauchen. Darüber muss man auch mit Ökonomen und Finanzleuten diskutieren.

Der Paritätische Gesamtverband führt – im Bündnis mit einer ganz breiten Palette von Organisationen, von der Armutskonferenz über die Gewerkschaften und und und – am 27. und 28. Juni dieses Jahres den zweiten Armutskongress durch, der keine Konkurrenz zu „Armut und Gesundheit“ ist und auch nie werden wird. Wo es aber genau um diese Fragen geht, also: Wie kann man die Gruppen, die von Armut betroffen sind und damit auch von schlechteren Gesundheitschancen betroffen sind, zu neuen Bündnissen zusammenschließen, um dann auch die makroökonomischen und makropolitischen Themen anzufassen, die nötig sind? Aber ich glaube, auch auf diesem Kongress ist das Themenspektrum nicht eingegrenzt. Sie haben völlig Recht: wir müssen, wenn wir über die Gesundheit der Bevölkerung reden, auch über die große Finanz- und Wirtschaftspolitik sprechen.

Publikum: Ich bin Kommunalpolitiker und Arzt. Ich wollte die Engführung des Begriffes Gesundheit monieren. Ich habe noch gelernt, dass Gesundheit auch seelische und soziale Gesundheit mit einschließt und ich glaube, das ist unser Problem, wenn ich das richtig verstehe. Und nach dem Vortrag von Prof. Wilkinson gibt es auch eine gesellschaftliche Gesundheit. Das heißt, es gibt offensichtlich gesündere und krankere Gesellschaften. Meine Frage: Lässt sich der Gesundheitsbegriff auf die Gesellschaft übertragen?

Und zweitens ist es dann nicht möglich, zusammen mit der Soziologie Strategien zu entwickeln, Politik zu überzeugen? Also nicht fertige Konzepte der Politik zu präsentieren, sondern Befunde, der sich die Politik dann nicht mehr verweigern kann. Es ist ja schon lange mein Anliegen, dass Gesundheit zur Chefsache wird. Das wäre mal so ein Weg. Und noch ein Frage: Ungleichheit oder Gleichheit ist vielleicht doch nur ein Symptom für etwas, was tiefer liegt. Angst z. B. wurde ja schon erwähnt.

RW: I am sure that the WHO definition of health "a state of complete mental and social well-being" is very near what we need to be thinking about. The relationship between friendship and health tells us so much. The meta-analysis of 150 studies of friendship and health found that whether or not you have friends is *at least* as important as whether or not you smoke to your survival in a follow-up period. And it's not only big observational studies where you are trying to control out the effect of income or education and so on. But it's also experiments where you make little puncher wounds on people's arms and you watch how quickly they heal. They heal faster, if you are well socially connected, if you have good relationships. Or people given nasal drops with cold viruses in, viruses for the common cold. You are more likely to catch cold four times as likely to catch cold if you are more socially isolated. This sort of work on health is telling us something *fundamental* about human sociality. It is not just the social epidemiology that is telling us that. Brain imaging techniques show the pleasure we get from cooperation, the social pain caused by exclusion which lights up the same areas in the brain as physical pain. It's also coming out of behavioural economics, which shows how mistaken some of the fundamentals of traditional economic thinking are. How much more social behaviour is when you actually do experiments. It's coming out of some the evolutionary psychology, trying to understand altruism, how that can become selected in terms of our evolved psychology. Someone said "feeling powerless"... We are all powerless on our own. But university students in a few universities have taken action campaigning on campus to make sure that cleaners at the university are paid the living wage. And of course, taking part in a campaign like that makes you get rid of some of those feelings of powerlessness. And you can do it in any organisation. There is an organisation attached to our Equality Trust called "Pay can pair". And it simply collects data on pay differentials within organisations. There are a lot of small steps one can take. For instance, in some American states, cooperation tax on companies is higher for companies that have very big pay differences. You know, there *are* things we can do, there *are* things we can campaign on. Sweden and maybe a few other Scandinavian countries make everyone's tax returns publicly available. There are moves to make companies say how big the income differences are within the companies. But all these things are worth campaigning about and thinking about.

As I say there are 25, 30 local equality groups that have set themselves up spontaneously. There are affiliated to our Equality Trust, but they are little autonomous groups who write to their local MPs (Member of Parliament in der UK), they hold meetings. But we also have to use the social media and internet. There are a number of films about greater equality. There are of course YouTube talks, there are people tweeting about it. The most effective thing, I've ever done was a ted-talk which until now had on different websites close to three million viewings. That in itself, goes far beyond the effect of books and research papers I have written. So, we need to use these other methods of communication. All these things are part of the way you build a mass movement.

SE: Vielen Dank. Da ist noch eine letzte Wortmeldung und dann würde ich in die Abschlussrunde einbiegen.

Publikum: Hallo, ich würde mich für das Thema Religion in diesem Kontext noch einmal speziell interessieren. Die meisten Religionen haben eine trennende Kraft – sei es zwischen Mann und Frau oder anderen spezifischen Faktoren. Warum spielen religiöse Gemeinschaften im deutschen Gesundheitssystem noch so eine große Rolle und haben so viel Einfluss?

RW: Religion seems to be beneficial on individual health and I think that is partly because it tends to involve you with a group of people. My mother belonged to a very small minority religion, she was a Quaker, and it was very clear how important those connections were to her social links. But on the other hand, more religious societies tend to do worse. I am not quite sure why that is, but I think it was the anthropologist Malinowski who suggested that we use religion for the parts of life we can't control. And there is clear evidence from a psychologist in the United States that over time people feel they have less and less control. The concept of internal versus external locus of control. You know whether you feel that the world just does things to you or whether you feel your life what you decide and how you do things.

Apparently, at least Americans, but other societies too, have moved strongly to external locus of control. And I think in that case you need religion to give you a sense of coherence. I also think as an atheist that religion gives you a sense that you have somebody who looks after you. And that is almost certainly good for health.

RR: Ich kann diese Janusköpfigkeit von Religion in Hinblick auf Gesundheit, wie Richard Wilkinson sie gerade skizziert hat, nur bestätigen, nicht nur aus der Wissenschaft, sondern auch aus meinen eigenen Erfahrungen. Ich bin gut lutherisch erzogen worden. Das Wertesystem, was man mitbekommt, ist nicht schlecht und ist auch zu dem, was wir hier diskutiert haben, voll anschlussfähig. Es hat nur dann eine Gefahr, wenn man daraus das Gefühl entwickelt, etwas Besseres zu sein als Menschen, die keine oder eine andere Religion haben. Dann wird es gefährlich und verengend und nicht befreiend. Und das ist auch der Grund dafür, dass ist auch bekannt, dass religiöse Menschen, weil sie ein stärkeres Gefühl von *sense of coherence* haben, sich irgendwo anders besser eingewöhnt haben, eine Rückversicherung haben für die Teile des Lebens vor und nach der Geburt, die man nicht so richtig beeinflussen kann, dass sie individuell gesünder sind, aber wenn sie in großen, machtvollen Ballungen auftreten, schlecht für die Gesundheit der Bevölkerung sind. Die Janusköpfigkeit gibt es nun einmal.

Andere Erfahrungen aus meinem derzeitigen Arbeitsbereich als Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, das ist ja ein nicht religiöser Wohlfahrtsverband: Es gibt sechs große Wohlfahrtsverbände in Deutschland, drei sind religiös, drei sind nicht religiös. Wir haben Caritas, wir haben die Diakonie und wir haben die Zentrale Wohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland. Und wir haben das Deutsche Rote Kreuz, die Arbeiterwohlfahrt und den Paritätischen. Und was ich da erlebe, ist mehr die positive Kraft von Religion, also auch von religiöser Bindung der eigenen Tätigkeit. Mit religiösen Menschen oder auch mit Verbänden, die religiös geprägt sind, kann man sehr offen und sehr gut über Werte reden. Und wenn die über Werte reden, dann meinen sie meistens auch Werte. Und das ist dann auch wirklich ein Vorteil in der Kooperation. Wir als Paritätischer Wohlfahrtsverband haben völlig säkulare Werte.

Wir haben eigentlich nur zwei Werte, gleicher Respekt für jeden Menschen und gleiche Chancen für jeden Menschen. Das ist unsere Wertebasis, die ist etwas weniger differenziert als bei den Katholiken und den Evangelischen und den Juden, aber man kann auf der Basis gut miteinander reden und ich habe in den fünf Jahren, die ich diesen Job nun mache, viel selbstverständlichen, positiven, bereichernden Umgang daraus erfahren, wie Menschen und Organisationen, die wertegebunden sind, aber deren Wertegebundenheit eben teilweise religiöses, also eine Rückbindung ins Transzendente, hat, und ein Verband wie meiner, wo das nicht der Fall ist, dass das – wenn man es nicht verengend betrachtet und wirklich auf gleicher Augenhöhe miteinander verkehrt – das etwas sehr produktives und befreiendes haben kann.

Publikum: Ich denke nur, wir könnten alles Positive auch ohne die Religion haben, da Werte, also Religion, menschengemacht ist. Deswegen sind die Werte daraus auch menschengemacht, würde ich sagen. Vielleicht ist das eine krasse Ansicht oder eine zu anti-religiöse... Ich weiß nur nicht, warum die Religion sich nicht von ihren trennenden Kräften, die sie Einfluss haben, distanzier, z.B. ggü. den schlechten Gefühlen, die Herr Wilkinson beschrieben hat, die durch Ungleichheit hervorgerufen werden, z.B. zu Schwulen oder zu anderen von Religion diskriminiert werdenden Gruppen. Oder die Studie mit dem Kastensystem... Warum nicht das Positive genommen und weiter geführt wird, ohne dass die Religion noch negativ beeinflussend wirken kann?

Publikum: Ich würde gerne noch mal den anderen Blick in Richtung Solidarität dazu aufgreifen. Und zwar, religiöse Gemeinschaften als eine Ressource im Gesundheitssystem anzusehen. Einfach die Struktur von Gemeinden, auch mit religiösen Hintergründen, als Gesundheitsressourcen anzusehen, wenn wir von Solidarität sprechen.

RW: Of course, we should be against every kind of discrimination. We have to be careful about political correctness. I think political correctness became a form almost of class suppression. On discrimination... you have been listening to two middle-aged, white men, *old white men*... I am 73, I don't know how old you are. I wonder whether you'd listen to two old men talking about feminism. In a way it's the same problem. There are no younger people sitting at this table, there are no women, no ethnic minorities. We need to take action on all those things as part of what we do about discrimination.

SE: Ich würde die Runde gerne abschließen mit einer letzten Frage an Herrn Wilkinson. Vielleicht sogar eine Art rhetorischer Frage. Sie legen ja den Fokus auf die Unterschiede innerhalb von Gesellschaften. Diese sind stärker als die zwischen den Gesellschaften. Wir haben in Deutschland und auch in anderen Ländern eine Diskussion, die Solidarität auch stark national definiert, die den Kreis derer, die in die Solidargemeinschaft gehören, sehr eng ziehen. Und man könnte diesen Fokus, den Sie setzen, missverstehen in der Hinsicht das man sagt: Jede Gesellschaft sorgt für sich, dann ist für alle gesorgt. Jede Gesellschaft beseitigt ihre interne Ungleichheit indem sie den Kreis national begrenzt. Ich würde Sie aber eher andersrum verstehen wollen. Und da würde ich Sie gerne zu einer Antwort provozieren: Könnte es auch so sein, dass Gesellschaften, die in sich solidarischer sind, auch mit anderen Gesellschaften solidarischer sein können?

RW: I think there is a lot of truth in that. We looked at it a little bit in terms of proportion of national income given in foreign aid which is higher in more equal countries. If you look also at the measure of militarism, it might be called Peace-Index or something, more unequal countries spend more on weapons and are more involved in arms. I think there are very different processes working on inequality within societies and between societies. I often say, to understand inequality within societies, you need to understand monkeys more than Marx. It's about our evolved psychology and sensitivity to social hierarchy. But internationally, I think it works very differently. But as countries come together, I think that difference will diminish. In the United States you can see things to do with the national hierarchy and also the hierarchy within each state. I am sure the European Union, if it is getting closer, you will see things forming round a national European hierarchy.

SE: Thank you very much. Ich danke Ihnen sehr für die angeregte, sehr disziplinierte Diskussion und den beiden Podiumsteilnehmern für die spannenden, interessanten Antworten und Beiträge. Ich wünsche Ihnen einen guten weiteren Kongress und entlasse Sie jetzt in die Mittagspause.