

Soziale Ungleichheiten in der Gesundheit, Prävention und Gesundheitsversorgung

ALFONS HOLLEDERER

Ein Recht für Alle, eine Gesundheit für Alle, eine gleiche für jeden Menschen“, postulierte bereits 1847 der Berliner Armenarzt Salomon Neumann in seiner Monographie „Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum“. Er stellte damit die Frage nach elementaren Gesundheitsrechten für die Menschen in Verbindung mit der Medizinalverfassungs-Frage in Preußen. Gesundheit ist keine Ware, sondern öffentliches Gut! „Gesundheit für alle“, hieß viel später auch ein großes historisches Ziel und eine globale Gesundheitsstrategie der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das auf der Internationalen Konferenz von 1978 in Alma Ata beschlossen wurde. Gesundheit ist in diesem Verständnis ein fundamentales Menschenrecht und basiert auf der WHO-Gesundheitsdefinition von 1946. Gesundheit ist demnach nicht nur die Abwesenheit von Krankheit. Die *Health for All*-Rahmenkonzeption adressierte in der Folge die Verantwortlichkeit der Regierungen für die Entwicklung der Gesundheitsversorgung und -förderung. Sie setzte Gesundheitsziele und betrachtete Chancengleichheit als normativen ethischen Wert für eine gerechte Verteilung von Ressourcen und Zugängen. Sie zielte dabei auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen Ländern und innerhalb der Bevölkerungsgruppen eines Landes. Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO von 1986 forderte kurz danach eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste hin zu einer stärkeren Förderung von Gesundheit. In den Fokus rückten im Diskurs soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheit. In dieser langen Tradition steht das heutige Ziel 3 für eine nachhaltige Entwicklung der *Sustainable Development Goals* (SDG): „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern.“

Die Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie sieht zur Umsetzung der Agenda 2030 der Staatengemeinschaft vor, „dass alle Bürgerinnen und Bürger in einer alternden Gesellschaft eine gute, flächendeckende medizinische und pflegerische Versorgung von Beginn bis zum Ende ihres Lebens erhalten. Und das unabhängig von ihrem Einkommen und Wohnort.“ Das ist der Anspruch.

Wie die OECD anhand von internationalen Vergleichsanalysen demonstriert, können einzelne Aspekte der Gesundheitsziele auch als Qualitätsindikatoren von nationalen Gesundheitssystemen herangezogen werden. Wie gut ist das deutsche Gesundheitssystem in Hinblick auf Qualitätskriterien wie Gesundheitsstatus, Risikofaktoren für Gesundheit, Zugang zur Gesundheitsversorgung, Qualität und Outcomes der Gesundheitsversorgung, ungedeckter Versorgungsbedarf, Gesundheitsberufe usw.? Dahinter stehen zentrale Fragen der Gesundheitssystemgestaltung. Sie bieten auch Ansatzpunkte für die Gesundheitsforschung.

Das übergreifende Thema dieser Schwerpunkttausgabe fokussiert die Anforderungen an das Gesundheitssystem unter dem Blickwinkel der gesundheitlichen Ungleichheit. In der Gesundheitssystemanalyse können Disparitäten Hinweise auf populationsbezogene Gesundheitsprobleme und Weiterentwicklungsbedarf geben. *Health inequalities* sind mit „Gesundheit für alle“ eben nicht vereinbar. Auch in Deutschland wird ein sogenannter sozialer Gradient in der Gesundheit seit Langem beobachtet.

Das beginnt bereits mit dem Zugang zum Gesundheitswesen und der Inspruchnahme. Nach dem *Behavioral Model of Health Services Use* des Soziologen Ronald M. Andersen können der Zugang zu einem Gesundheitssystem sowie das Angebot und die Nachfrage von Versorgungsleistungen als komplexer Prozess verstanden werden. Neben der Gesundheitssystemgestaltung und den Rahmenbedingungen wirken weitere Faktoren, angefangen von prädisponierenden Merkmalen über befähigende Faktoren bis zum individuellen Versorgungsbedarf. Das trifft prinzipiell auf alle Sektoren des Gesundheitswesens zu.

In der Prävention und Gesundheitsförderung ist der Anspruch auf gesundheitliche Chancengleichheit sogar normiert. Nach § 20 des Fünften Sozialgesetzbuchs sollen die Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen.“

Gesundheitliche Chancengleichheit ist keine Selbstverständlichkeit – auch nicht in Deutschland. So ist beispielsweise im Rechtskreis des Asylbewerberleistungsgesetzes eine „Zweiklassenmedizin“ nicht nur systemwidrig, sondern auch im Widerspruch zu ratifiziertem Völkerrecht und mehreren Konventionen der Vereinten Nationen per Gesetz verordnet.

Systemfragen wie die Ökonomisierung des Gesundheitswesens haben häufig auch Rückwirkungen auf die Arbeitsbedingungen von Menschen, die in diesem Bereich beruflich tätig sind. Die Gesundheitspersonalrechnung zählt rund sechs Millionen Beschäftigte in Deutschland. Von Interesse sind deshalb in diesem Schwerpunkttheft – als ein zweiter Fokus – auch Fragen der betrieblichen Gesundheit und Prävention bei den Gesundheits- und Sozialberufen. „Gesunde Menschen in gesunden Betrieben“ sind eine Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit individuell, aber auch im System. Wie die Burnout-Forschung zeigt, tangieren die Arbeitsbedingungen sowohl die Arbeitsunfähigkeit als auch die Ergebnisse von Organisationen. Die Arbeitsbedingungen können daher indirekt zu Ungleichheiten beispielsweise in Form von Unterschieden bei Wartezeiten, in der regionalen Erreichbarkeit, in der Qualität der Leistungserbringung oder zur verdeckten Rationierung führen.

Die Autor*innen dieser Ausgabe tragen mit ihren Analysen und Forschungsergebnissen zu neuen Erkenntnissen bei und diskutieren Anspruch und Wirklichkeit. Sie adressieren relevante Public-Health-Probleme mit einem Fokus auf vulnerable soziale Gruppen sowie Gerechtigkeitsfragen im Gesundheitssystem. Ihnen gilt mein herzlicher Dank! Den Leser*innen wünsche ich eine interessante und anregende Lektüre. ■

KONZEPT UND KOORDINATION DES SCHWERPUNKTHEFTES

ALFONS HOLLEDERER, Prof. Dr., Professur für „Theorie und Empirie des Gesundheitswesens“ am Fachbereich 01 Humanwissenschaften der Universität Kassel.

@ alfons.hollederer@uni-kassel.de