

Bittlingmayer, Uwe H.; Ziegler, Holger

Working Paper

Public Health und das gute Leben: Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften?

WZB Discussion Paper, No. SP I 2012-301

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Bittlingmayer, Uwe H.; Ziegler, Holger (2012) : Public Health und das gute Leben: Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften?, WZB Discussion Paper, No. SP I 2012-301, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/56930>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Uwe H. Bittlingmayer/Holger Ziegler

Public Health und das gute Leben.

Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften?*

Discussion Paper

SP I 2012–301

Februar 2012

* Die Autoren bedanken sich ganz ausdrücklich bei Rolf Rosenbrock und der Arbeitsgruppe Public Health für kritische Kommentare und wertvolle Hinweise sowie bei Stefanie Roth für das sorgfältige und freundliche Lektorat. Die im aktuellen Wissenschaftsbetrieb äußerst ungewöhnliche Bereitschaft, mit uns frühere Versionen des Papers ausführlich zu diskutieren, hat uns sehr geholfen, die Zusammenhänge klarer zu sehen. Für alle Unzulänglichkeiten, die trotz intensivem „Coaching“ noch im Paper vorhanden sind, tragen die Autoren natürlich die alleinige Verantwortung.

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Forschungsschwerpunkt

Bildung, Arbeit und Lebenschancen

Forschungsgruppe

Public Health

Copyright remains with the author(s).

Uwe Bittlingmayer/Holger Ziegler

PUBLIC HEALTH UND DAS GUTE LEBEN.

Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener
Gesundheitswissenschaften?

Discussion Paper SP I 2012–301

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2012)

Discussion papers of the WZB serve to disseminate the research results of work in progress prior to publication to encourage the exchange of ideas and academic debate. Inclusion of a paper in the discussion paper series does not constitute publication and should not limit publication in any other venue. The discussion papers published by the WZB represent the views of the respective author(s) and not of the institute as a whole.

Zusammenfassung

Public Health und das gute Leben.

Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften?

von Uwe Bittlingmayer und Holger Ziegler

Das vorliegende Paper versucht zur Theoriebildung in Public Health beizutragen. Zu diesem Zweck wird der Capability-Approach (CA), wie er maßgeblich von Amartya Sen und Martha Nussbaum entwickelt wurde, im Lichte unterschiedlicher Public Health-Diskussionskontexte eingebettet. Das Paper beginnt mit dem Nachweis der unhintergehbaren Normativität der Disziplin Public Health. Auf dieser Folie wird dann der CA eingeführt und entlang konkurrierender Ansätze aus dem Bereich der politischen Theorie konturiert. Im Anschluss daran wird in einem eigenen Kapitel aus der Perspektive des CA die für anwendungsorientierte Wissenschaften wie Public Health zentrale Problematik des Paternalismus und möglicher Maßstäbe diskutiert, bevor dann der CA für das Themenfeld Gesundheit spezifisch aufbereitet wird. Im folgenden Kapitel wird dann eine Analyse von Gesundheitszielen aus der Perspektive des CA versucht. Das Paper endet mit offenen Forschungsfragen und einigen Schlussfolgerungen.

Abstract

Public Health and the Conception of the Good.

The Capability Approach as the Normative Basis of Public Health Interventions?

by Uwe Bittlingmayer and Holger Ziegler

Our paper aims in contributing to the theory of public health. Therefore we discuss intensively the Capability-Approach (CA) – based on the writings of Amartya Sen and Martha Nussbaum – on the background of different Public Health-topics. In the first chapter we argue that Public Health is inescapably grounded on a normative fundament. Based on that argument we introduce the CA, especially with regard to the serious problem of paternalism in Public Health. Furthermore, we analyze the discussion about health targets on the basis of the theory of CA. We end with a few open research questions and conclusions.

Inhalt

Einleitung.....	1
1 Zwischen Ausblendung und Paternalismus: Normativität in Public Health.....	5
2 Der Capabilities-Approach: Grundgedanken und Theorieelemente.....	18
3 Das Paternalismusproblem im Rahmen von Public Health und mögliche Antworten aus der Perspektive des CA.....	35
4 Gesundheit als Grundgut, Capability oder verwirklichte Realfreiheit? Gerechtigkeitstheoretische Verankerungen von Public Health.....	48
5 Die Diskussion um Gesundheitsziele und Public Health-Interventionsformen aus der Perspektive des CA.....	64
6 Offene Fragen im Anschluss an CA, Forschungsbedarf und Schlussfolgerungen.....	72
Literatur.....	76
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	91

Die Regierenden „beschäftigen das Volk, machen das, was sie noch machen können, bringen die Bürger gegeneinander auf. Das funktioniert immer. Hetzen die Nichtraucher gegen die Raucher, die Jungen gegen die Alten, [...], die Dünnen gegen die Dicken, die Gesunden gegen die Kranken, ja, das hat Methode, Kanalisationen, irgendwohin muß er doch hin, all der Haß, irgendwohin müssen sie doch abfließen, all die bösen Energien der Beunruhigten, der Abgestellten und derer, die kein schlechtes Gewissen haben wollen, und derer, die gar kein Gewissen mehr haben.“

Silvia Bovenschen, Verschwunden

„Aus einem Zeitungsbericht: ‚Die zum Tode Verurteilten können frei darüber entscheiden, ob sie sich zu ihrer letzten Mahlzeit die Bohnen süß oder sauer servieren lassen.‘ Weil über sie verfügt ist.“

Günther Anders, Die Antiquiertheit des Menschen

Einleitung

Der Gegenstand der Gesundheitswissenschaften ist von Beginn an normativ imprägniert. Ein guter gesundheitlicher Zustand bis ins hohe Alter, ein leichter Zugang zu präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten, eine dem technischen Know How entsprechende Versorgung und eine angemessene Pflege und Rehabilitation sind nicht nur gesamtgesellschaftlich breit akzeptierte Normvorstellungen, sondern auch tief im disziplinären Selbstverständnis von Public Health verankert. Dieses Selbstverständnis findet etwa seinen Ausdruck in den zentralen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Dokumenten der Weltgesundheitsorganisation WHO, die ja eine überragende identitätsstiftende Rolle in Public Health übernimmt. So ist beispielsweise die übergreifende Zielvorstellung „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ auf der Ersten Internationalen WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung im Jahr 1986 als normative Leitlinie etabliert worden. In der auf derselben Konferenz verkündeten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung sind die folgenden maßgeblichen Passagen zu finden, die das normative Selbstverständnis von Public Health präzise dokumentieren. Wie sich in den folgenden zitierten Passagen unschwer feststellen lässt, ist dabei die gerechtigkeitstheoretische Frage nach dem Verhältnis von Gleichheit und Freiheit direkt als implizite gesundheitswissenschaftliche Problemstellung in die Zentraldokumente der Gesundheitswissenschaften eingeschrieben.

Auszüge aus der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.

Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfaßt sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstüt-

zenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten, als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf ihre persönliche Gesundheit treffen zu können.

Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluß auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zu gute kommen.

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (WHO 2010/1986)

In diesen Passagen der Ottawa-Charta werden eine ganze Reihe von normativen Maßstäben berührt, auf die immer wieder in den Diskussionen und Debatten der Gesundheitswissenschaften zurück gegriffen, über die aber in den seltensten Fällen Rechenschaft abgelegt wird. Auffällig ist zunächst ein starkes Gleichheitspostulat, das bereits in der politischen Formel „Gesundheit für alle“ unmittelbar enthalten ist. Gesellschaften können entlang dieser Formel danach beurteilt werden, inwieweit sie diesem Maßstab gerecht werden und Gesundheit für alle realisieren können. In die immer populärere Sprache der Sozialepidemiologie übersetzt, lässt sich eine Gesellschaft danach beurteilen, inwieweit es ihr gelingt, sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten im Sinne ungleicher Morbiditäts- und Mortalitätsraten zu limitieren bzw. gar nicht erst aufkommen zu lassen (der Aspekt wird weiter unten ausführlich aufgegriffen). Entlang dieses Maßstabs ist Kuba noch immer eine der gerechtesten Gesellschaften weltweit.

Diesem Gleichheitspostulat werden allerdings weitere zentrale normative Motive an die Seite gestellt. Abgehoben wird ebenfalls auf die Selbstbestimmtheit, die Handlungsfreiheit und die Autonomie von Individuen. Die Möglichkeit, selber gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen und die Zielvorstellung, individuell auf die eigene Lebens(um-)welt Einfluss nehmen zu können, ist dabei zunächst gar nicht auf Gleichheitsnormen verpflichtet, sondern verweist auf das Freiheitspostulat als normativem Maßstab. Gleichheit und Freiheit als zentrale normative Verankerungen von Gesundheit sind aber nicht unmittelbar gleichgerichtet. Beide können ganz schnell in Widersprüche geraten. Wenn etwa zum Zweck der Herstellung gesundheitlicher Gleichheit Verhaltensgebote und -verbote durchgesetzt werden, ist das eine Reduzierung individueller Freiheitsgrade. Wenn auf der anderen Seite persönliche Handlungsfreiheit besonders gestärkt wird, dann kann selbst- und fremdschädigendes Verhalten (zum Beispiel Tabakkonsum/Passivrauchen) zwar als Akt der Selbstbestimmung verstanden, aber gesundheitliche Ungleichheiten gerade dadurch gestärkt werden.

Public Health und die Verbindung zur politischen Theorie

Mit dem doppelten Bezugsrahmen der Gleichheit und Freiheit sind die Gesundheitswissenschaften zunächst ganz allgemein auf das Feld der politischen Theorie verwiesen, in der die Frage nach dem Verhältnis zwischen diesen beiden normativen Eckpfeilern auf der Tagesordnung steht. Bislang haben sich die Gesundheitswissenschaften aber eher als praxisorientierte Wissenschaft mittlerer Interventionsreichweite erwiesen, die im Laufe der Zeit wenig eigenständige Theoriearbeit hervorgebracht haben. Auch der Rückgriff auf gesell-

schaftstheoretische Modelle oder die Einarbeitung von Argumenten aus der politischen Theorie sind bislang eher Mangelware geblieben (vgl. als aktuelle und lesenswerte Ausnahmen Schmidt 2008; Remmers 2009; Brunnett 2009). Die Gesundheitswissenschaften bleiben bislang „data driven“ und der Sozialepidemiologie und der Gesundheitsberichterstattung verpflichtet. Wie sich weiter unten zeigen wird, sind einer sozialepidemiologischen und gesundheitsberichtserstattenden Perspektive allerdings zentrale Fragebereiche von Public Health – etwa die nach der Festlegung von Gesundheitszielen – auf der Grundlage ihrer eigenen Methodologie kategorial verstellt. Mit dem vorliegenden Paper möchten wir die Gesundheitswissenschaften intensiver als in der Regel üblich mit politischer Theorie ins Gespräch bringen, nicht nur um neue Forschungsperspektiven zu entwickeln, sondern auch um emanzipative und gerechtigkeitsorientierte Gesundheitspolitik (als Teil übergreifender Sozial- und Bildungspolitik) normativ besser fundieren zu können.

Der Zeitpunkt für einen solchen Dialog zwischen Public Health und politischer Theorie ist im Übrigen im Augenblick besonders günstig, weil sich die letztere aus ihrem Stellungskrieg zwischen Liberalisten und Kommunitaristen in den 80er und 90er Jahren befreit hat (vgl. hierzu Honneth 1993; Zahlmann 1992). In der intensiven Diskussion steht seit wenigen Jahren der so genannte Capabilities-Approach, der mittlerweile auch in Deutschland breit und interdisziplinär rezipiert wird (vgl. u.a. Otto/Ziegler 2008; Bauer et al. 2009), wenn auch in der deutschsprachigen Gesundheitswissenschaft noch sehr zögerlich (vgl. als lobenswerte, aber nicht sehr gehaltvolle Ausnahme Abel/Schori 2009; wesentlich stärker ist der Text von Remmers 2009). Dieser Ansatz scheint gerade für Public Health aus einer Reihe von Gründen besonders relevant und anschlussfähig zu sein:

- er liefert einen gangbaren Ausweg für das Dilemma zwischen maximaler Gleichheit und maximaler Freiheit (vgl. hierzu Dabrock 2010: 42-48),
- er zielt ab auf eine empirisch orientierte Gerechtigkeitstheorie, die sehr viel versprechend ist für gesundheitswissenschaftliche Perspektiven – es geht um „Realfreiheiten“,
- die Bedürfnisse von Individuen und ihre Befriedigung spielen eine herausragende Rolle bei der normativen Beurteilung von Gegenwartsgesellschaften (das ist WHO-konform!),
- er versucht trotz Rekurs auf die realen Bedürfnisse der Individuen, sich von jedem Paternalismus zu distanzieren und
- kranke, hilfeschuchende und behinderte Personen tauchen nicht einfach unter dem Gesichtspunkt mitleidiger Betrachtung auf, sondern gelten trotz Einschränkungen als Subjekte von Gerechtigkeitsansprüchen.

In den letzten Jahren hat der Capabilities Approach (CA) in unterschiedlichen Anwendungskontexten Eingang gefunden wie beispielsweise in der Armuts- und Ungleichheitsforschung, der Sozial- und Integrationspolitik oder in der Sozialpädagogik und Sozialen Arbeit. Dabei wurden je nach AutorIn Lesarten zu Grunde gelegt oder spezifisch entwickelt, die sich mehr oder weniger weit von den Intentionen der EntwicklerInnen des CA, Amartya Sen und Martha Nussbaum, entfernen und den Ansatz in der einen oder anderen Art ausdeuten. Wir werden im Verlauf dieses Papers nicht auf die unterschiedlichen Varianten und Lesarten des CA eingehen, sondern relativ eng entlang der Originaltexte argumentieren und dann versuchen von dort aus auf die spezifischen Problem- und Anwendungskontexte von Public Health zu sprechen zu kommen. Auf eine ausführlichere Darstellung der – im Augenblick stark umkämpften – internen Debatten wollen wir hier verzichten. Einzig ausdrücklich abgrenzen möchten wir uns von neoliberalen oder neokonservativen Indienstnahmen des CA, die u.E. am Kern des ganzen Ansatzes weit vorbeiziehen.

Fahrplan des vorliegenden Papers

Im vorliegenden Paper sollen die Anknüpfungspunkte zwischen Gesundheitswissenschaften und der politischen Theorie im Allgemeinen sowie dem Capabilities-Approach im Besonderen herausgearbeitet und zentrale Anwendungsgebiete und Begrifflichkeiten von Public Health einem „Capabilities-Check“ unterworfen werden. Hierzu werden in einem ersten Schritt die normativen Gehalte und Fallen ausgewählter Public Health-Bereiche herausdestilliert, um einige normative Dilemmata anzudeuten, in die sich die aktuelle Theorie und Praxis von Public Health verstrickt (Kapitel 1). Im Anschluss daran soll der Capabilities-Approach, so wie wir ihn verstehen und interpretieren, genauer dargestellt und gegen andere Ansätze abgegrenzt werden (Kapitel 2). Im dritten Abschnitt gehen wir ausführlich auf das Problemfeld des Paternalismus ein, analysieren die häufig vorgebrachten Argumente im Kontext von Interventionswissenschaften zur Rechtfertigung der eigenen Praxis und stellen insbesondere Nussbaums Begründung paternalistischer Interventionen dar (Kapitel 3). Im anschließenden Kapitel werden mögliche Anwendungsformen und systematische Bezugspunkte entfaltet, die den Capabilities-Ansatz mit dem Gegenstandsbereich Gesundheit mittelbar oder unmittelbar verbinden. Wir werden zeigen, dass es hier unterschiedlich radikale Vermittlungsformen und Perspektiven gibt, die entlang der Linie Gesundheit als Capability oder Gesundheit als Capability *und* als Realfreiheit verlaufen (Kapitel 4).

Auf der Grundlage der Sichtbarmachung konkreter normativer Gehalte in Public Health einerseits sowie der Vorstellung zentraler Motive des Capabilities-Approach andererseits wird dann das Beispiel der nationalen Gesundheitsziele als bedeutsamer gesundheitspolitischer Diskurs und wichtige Umsetzungsstrategie genauer beleuchtet und diskutiert (Kapitel 4). Inwieweit der Capabilities-Approach auf der anderen Seite von den Diskussionen in der Public Health lernen kann und welche offenen Fragen übrig bleiben, wird anschließend summarisch dargestellt (Kapitel 5). Am Ende soll das „Aneinanderreiben“ von Public Health und Capabilities-Approach dazu führen, dass sich theoretische und empirische Forschungslinien herauskristallisieren, die den augenblicklich (weder unter dem Aspekt sozialer Freiheit noch dem sozialer Gerechtigkeit normativ begründ- und) haltbaren gesellschaftlichen Zustand benennen und Sackgassen und Auswege zumindest andeuten.

1 Zwischen Ausblendung und Paternalismus: Normativität in Public Health

Dass Normativität in den Gesundheitswissenschaften ganz prinzipiell eine Rolle spielt, ist in der Einleitung ja schon angesprochen worden. In diesem Abschnitt soll es darum gehen, dass entlang der unterschiedlichen Bereiche von Public Health die normativen Verankerungen und Fallstricke genauer herausgestellt werden. Wir werden zu diesem Zweck zunächst populäre Forderungen nach schulischer Gesundheitsförderung (I.) und Konzepte des Health Literacy (II.) genauer betrachten. Im Anschluss daran folgt die Analyse sozialepidemiologischer Arbeiten und Befunde im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung (III.). Diese drei Gegenstandsbereiche von Public Health loten die Vielfalt gesundheitswissenschaftlicher Gegenstandsbereiche nicht vollständig aus, sie liefern aber ein angemessen breites Feld unterschiedlicher Zugänge, Selbstverständnisse und Zielperspektive der Gesundheitswissenschaften, mit dem verdeutlicht werden soll, dass unsere Überlegungen sich nicht nur auf wenige Anwendungsfelder von Public Health beziehen, sondern grundsätzlicher veranlagt sind. In den folgenden Ausführungen soll nicht untersucht werden, *ob* Normativität in den unterschiedlichen Bereichen zu finden ist, denn sie ist unvermeidlich (Schnabel et al. 2009), sondern *wie* genau sie verankert ist und mit welchen Handlungsimperativen sie verknüpft wird.

I. Schulische Gesundheitsförderung: ein Segen für alle Schülerinnen und Schüler?

Die WHO gibt in ihrer Ottawa-Charta von 1986 eine Reihe von Settings an, in denen Gesundheitsförderung besonders sinnvoll und nachhaltig eingesetzt werden kann (vgl. zum Folgenden ausführlicher Bittlingmayer 2009). Schulische Gesundheitsförderung wird dabei als ein prominentes Beispiel von so genannten Setting-Interventionen im Kontext von Gesundheitsförderung verstanden. Gesundheitsförderung selbst wird nach der WHO definiert als „the process of enabling people to increase control over, and to improve their health.“ (WHO 1986)¹ Die gängige Interpretation läuft bei Gesundheitsförderung darauf hinaus, dass einerseits Handlungssubjekte gestärkt und in die Lage versetzt werden sollen, mehr Kontrolle und Handlungsspielräume über die eigenen Lebenswelten zu erhalten. Diese so genannte Empowerment-Strategie liegt auch als Hintergrundbezug vielen schulischen Interventionsprogrammen, insbesondere den so genannten „Life Skills-Programmen“ zu Grunde (vgl. u.a. Kähnert 2002; Bauer 2004, 2005; Wilms 2004). Andererseits sollen Setting-bezogene Interventionen, die auf der institutionellen Mesoebene angesiedelt sind, immer auch den so bezeichneten systemischen Charakter von Handlungskontexten berücksichtigen. Adressiert sind damit im Kontext schulischer Gesundheitsförderung gesellschaftstheoretisch betrachtet also immer gleich zwei Strukturebenen gleichzeitig: die Handlungssubjekte sowie die Institution selbst (vgl. zum Setting u.a. Altgeld 2002; Richter/Utermark 2004; Rosenbrock 2004; Altgeld 2008; Sahrai 2009, 2010: Kapitel 2). Wie sieht nun schulische Gesundheitsförderung in der Praxis aus?

Es ist nicht übertrieben festzustellen, dass schulische Gesundheitsförderung seit etwa einem Jahrzehnt in Deutschland boomt. Die Gründe sind vielfältig. Auf der einen Seite sind Schulen entlang politischer und öffentlicher Diskurse sowie einem seichten institutionellen Umbau (Ganztagsschule bei Aufrechterhaltung der Mehrgliedrigkeit des deutschen Schulsystems) immer mehr Aufgaben angetragen worden. Die Aufgaben reichen von der

1 Vgl. ausführlicher zum Paradigma der Gesundheitsförderung und der Settingperspektive Naidoo/Wills 2003; Altgeld 2006; Hurrelmann 2006: Kap. 5; Schnabel 2007: Kap. 4.

Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten und der Ausdehnung des Bewegungsverhaltens über Sucht- und Gewaltprävention bis hin zur systematischen Einführung von Schülerfirmen und der Verstärkung schulischer Elternpartizipation. Es lässt sich wohl aktuell keine Schule bundesweit finden – seien es Grundschulen, Förder-, Haupt-, Realschulen oder Gymnasien und mittlerweile auch Kindergärten oder Berufsschulen – die nicht parallel drei bis fünf Projekte durchführt bzw. durchführen (vgl. Bittlingmayer et al. 2009a). Die Schulen decken das erheblich erweiterte Aufgabenspektrum in der Regel durch den Einsatz von außercurricularen Unterrichtsprogrammen und Interventionen ab. Unter den einzelnen Interventionsformen und Programmen lassen sich unterschiedliche Nähen zu den Zielen der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO feststellen (vgl. als umfassendes und theoriegeleitetes Praxishandbuch für eine gute und gesunde Schule neuerdings Brägger et al. 2008). Die WHO liefert eine Liste mit 12 Kriterien, die eine gesundheitsfördernde Schule kennzeichnen (vgl. Tabelle 1)

1.	Die aktive Förderung des Selbstwertgefühls der Schüler, indem deutlich gemacht wird, dass jeder Einzelne zur Gestaltung des Schulalltages beitragen kann.
2.	Die Entwicklung guter Beziehungen im Alltag der Schule, zwischen dem Schulpersonal und den Schülern und unter den Schülern selbst.
3.	Die Klärung des gesellschaftlichen Auftrags und der Ziele der Schule für das Schulpersonal und die Schüler.
4.	Die Bereitstellung einer Vielfalt von Aktionsmöglichkeiten zur Aktivierung aller Schüler.
5.	Die Nutzung jeder Gelegenheit zur Verbesserung der physischen Umwelt der Schule.
6.	Die Entwicklung guter Kontakte zwischen der Schule, dem Elternhaus und dem kommunalen Umfeld.
7.	Die Entwicklung guter Kontakte zwischen den örtlichen Grund- und weiterführenden Schulen zur Aufstellung eines kohärenten Lehrplanes zur Gesundheitserziehung.
8.	Die aktive Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Schüler und des Schulpersonals.
9.	Die Überprüfung der Rollen des Schulpersonals als gesundheitliche Vorbilder.
10.	Die Überlegung, inwieweit die Schulmahlzeiten (falls angeboten) auch zur Ergänzung des Lehrplanes zur Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung genutzt werden können.
11.	Die Nutzung der Angebote der kommunalen Dienste zur Beratung und Unterstützung der Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung.
12.	Die Weiterentwicklung der Schulgesundheitsdienste und deren Vorsorgeuntersuchungen zu einer aktiveren Unterstützung der Gesundheitsförderung im gesamten Lehrplan.

Tab. 1: Die 12 Kriterien der WHO für eine gesundheitsfördernde Schule. Zit. nach Naidoo/Wills 2003: 286

Dieser Kriterienkatalog enthält *erstens* Aspekte, die stark in Richtung Setting-Perspektive zielen. Die Institution Schule soll systematisch mit anderen Handlungsfeldern verzahnt werden wie zum Beispiel dem kommunalen Umfeld, Dienstleistungsanbietern oder anderen Schulen und Schulformen. Auf diese Weise soll dem systemischen Charakter des Handlungsfelds Schule Rechnung getragen werden. *Zweitens* werden Aspekte angesprochen, die auf die Stärkung der Handlungssubjekte und deren Gesundheit abzielen, zum Beispiel die Stärkung des Selbstwerts. *Drittens* werden die Interaktionsverhältnisse adressiert, in dem etwa die Schnittstelle Lehrkräfte/Eltern oder die Qualität der Beziehungen zwischen Lehrkräften und SchülerInnen unter der Maßgabe gesundheitlicher Förderung betrachtet wer-

den. Der vierte uns hier interessierende Punkt des Katalogs ist der Aspekt, der zum einen die Klärung der gesellschaftlichen Aufgabe der Schule vorsieht, durch die ebenfalls Gesundheitsförderung an Schulen unterstützt werden soll und zum anderen Gestaltungsmöglichkeiten der Lebenswelt Schule durch die Schülerinnen und Schüler – durch die dann Selbstwertgefühl aufgebaut werden soll – einklagt.

Werden die einzelnen Punkte einmal aufeinander bezogen, dann ergeben sich aus der Sichtweise der Gerechtigkeitstheorie sowie Ungleichheits- und Herrschaftssoziologie schwierige Spannungsfelder, die durch den Kriterienkatalog schon sichtbar gemacht werden. Die Stärkung des Selbstwertgefühls, die Stärkung der Gesundheit, die Stärkung subjektiver und intersubjektiver Handlungskompetenzen, können zunächst in Richtung der Stärkung subjektiver Autonomie reformuliert werden. In dieselbe Richtung zielt das Kriterium, alle Akteure des Settings Schule stärker an der Gestaltung des schulischen Alltags zu beteiligen.

Zugleich soll die Schule „systemisch“ mit anderen Akteuren aus dem kommunalen Umfeld wie Dienstleistern, Betrieben, Behörden, Vereine etc. verzahnt werden, über die die Akteure, die im schulischen Handlungsfeld verankert sind, gerade keine Gestaltungsmacht haben. Insbesondere, wenn die Eigenlogiken unterschiedlicher Handlungsfelder in Rechnung gestellt werden, wie das nicht zuletzt von einer systemischen Perspektive, die die WHO für sich reklamiert, eingefordert wird, dann werden Kooperationen von außerschulischen Einrichtungen mit Schulen wahrscheinlich ganz unterschiedlichen Interessen und Handlungsmaximen unterworfen. So kann ein Betrieb, der mit einer Schule vereinbart, Praktikumsplätze zur Verfügung zu stellen, vor allem den Erwerb temporärer kostenfreier Arbeitskräfte im Blick haben, im Unterschied zur Schule, die darin die Möglichkeit sieht, den Schülerinnen und Schülern der Erwerb außerschulischer Handlungskompetenzen zu ermöglichen. Der Einbezug außerschulischer Akteure ist vor dem Hintergrund des Kriteriums der Stärkung subjektbezogener Kompetenzen sowie dem allgemeinen Ziel einer gesundheitsfördernden Schule also mindestens unterbestimmt. Denn der Einbezug außerschulischer Akteure ist nur dann mit Ideen einer gesundheitsfördernden Schule kompatibel, wenn von den Akteuren in den außerschulischen Settings zumindest für die punktuelle Kooperation mit den Schulen keine Handlungsziele verfolgt werden, die gesundheitsabträglich sind. Das ist aber keine selbstverständliche Übereinstimmung, insbesondere in Handlungsfeldern mit hohem Konkurrenzdruck, so dass der Einbezug außerschulischer Akteure stets kritisch zu prüfen bleibt.

Schwerer wiegt allerdings das ungeklärte Verhältnis zwischen der Absicht, subjektive Handlungskompetenzen und dadurch Autonomie zu fördern, einerseits und der Klärung der gesellschaftlichen Funktion von Schule sowie der Stärkung der SchülerInnen bei der Gestaltung des schulischen Alltags andererseits. Die WHO setzt in diesen Formulierungen voraus, dass die Schule eine ganz positive Institution ist, insofern sie Bildung vermittelt. Dabei ist bekannt, dass der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit ein sehr enger ist. Es gilt die Faustformel: Je gebildeter ein Mensch, umso geringer ist sein durchschnittliches Krankheitsrisiko und je höher die Lebenserwartung (vgl. z.B. Mirowsky/Ross 2003; vgl. für komplexere Befunde entlang unterschiedlicher Strukturvariablen Kuntz 2010). Diese Bewertung schulischer Institutionen ist entwicklungssoziologisch und erziehungswissenschaftlich geprägt. Eine Versorgung mit Grundbildung ist weltweit in vielen Ländern nicht sichergestellt, Bildung ist damit vor allem etwas für Privilegierte (vgl. Human Development Report 2009). Der weltweite Ausbau von Bildungsinstitutionen ist damit gerade in „südlichen“ Ländern normativ geboten und prinzipiell als gesundheitsfördernde Maßnahme zu begrüßen. Allerdings lässt sich der weltweite Ausbau von Bildungsinstitutionen nicht isoliert betrachten. Für das Beispiel Afghanistan zeigen etwa Diana Sahrai und Petra Feldmann (2012) auf, dass der Aufbau eines afghanischen Bildungssystems durch die konsequente Privatisierung sekundärer und tertiärer Bildung mit der (bewussten) Entste-

hung neuer (oder der Wiederherstellung alter) sozialer Ungleichheits- und Klassenverhältnisse einhergeht. Der Trend zu stärker privatisierten Bildungsinstitutionen und zur Erzeugung von profitablen Bildungsmärkten muss hier als Gegengewicht gegen den Ausbau von Bildungsinstitutionen als Universalwaffe der Gesundheitsförderung verstanden werden.

Für Industrieländer ist das Verhältnis zwischen Bildungsinstitutionen und Gesundheitsförderung normativ noch verwickelter. Denn gerade die Schule trägt neben ihrer Funktion als Bildungsvermittlerin mittelbar und unmittelbar zur Stabilisierung von Klassen- und Herrschaftsverhältnissen bei (vgl. u.a. Bourdieu 2001; Deutsches PISA-Konsortium 2001; Grundmann et al. 2004a, 2004b; Becker/Lauterbach 2004; Vester 2004, 2005). Die WHO hat – rund vierzig Jahre nach dem massiven Ausbau der Bildungsinstitutionen in den Industrieländern – noch nichts von der Bildungseuphorie eingebüßt, obwohl sie in den Industrieländern längst erlahmt ist. Aus marxistischer, aber auch aus strukturfunktionalistischer und systemtheoretischer Perspektive lässt sich eine Selektionsfunktion der Schule diagnostizieren, die soziale Akteure auf die mit unterschiedlichen Privilegien ausgestatteten Berufsbiografien vorbereiten soll. Diese Selektionsfunktion ist in Deutschland ganz besonders nachhaltig verankert – Deutschland ist, um einen Begriff von Ullrich Bauer zu gebrauchen: „Selektionsweltmeister“. Wenn also die Thematisierung der gesellschaftlichen Rolle der Schule als Kriterium für eine gesundheitsfördernde Schule festgelegt wird, dann gehört dazu ebenfalls die Thematisierung der Selektionsfunktion (und der auf dieser Folie fraglichen prinzipiellen Gesundheitsfähigkeit der Schule als Institution).

Normativ wird die schulische Selektionsfunktion bis heute damit gerechtfertigt, dass talentierte Menschen auf die richtigen Positionen kommen und dass das alles vor dem Hintergrund von durchgesetzter Chancengleichheit passiert – das ist das meritokratische Modell (Davis/Moore 1967 [1945]; kritisch hierzu etwa Hadjar 2008). Dass durchgesetzte Chancengleichheit aber eine Illusion ist, zeigen bereits Pierre Bourdieu und Jean-Claude Passeron in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts auf; ein Befund, der bis heute nichts an Aktualität eingebüßt hat.² Die Schule ist damit besonders in den Industrieländern nicht einfach Produzentin des in den Gesundheitswissenschaften als besonders gesundheitsförderlich angesehenen kulturellen Kapitals (vor allem bei Abel et al. 2006), sondern produziert ebenso gesellschaftliche Spaltungen und soziale Polarisierungen etwa durch die unterschiedliche gesellschaftliche Wertschätzung von Kopf- und Handarbeit (vgl. hierzu Grundmann et al. 2004a, 2004b, 2006). Diese gesellschaftlichen Polarisierungs- und Spaltungstendenzen sind in die Institution Schule unter kapitalistischen Vergesellschaftungsbedingungen mit in ihr gesellschaftliches Aufgabenprofil eingeschrieben. Eine bloße Thematisierung dieser Selektionsfunktion – wie von der WHO gefordert – und die offene Diskussion über Konsequenzen der schulisch vermittelten und schulisch gerechtfertigten sozialen Klassifizierungen, und nicht deren Abschaffung, muss deshalb an Haupt- oder Förderschulen einen zynischen Charakter annehmen.

Ähnlich ambivalent verhält es sich mit der normativen Maßgabe der Gestaltung der Lebenswelt Schule durch die Schülerinnen und Schüler. Der aktive Einbezug von Schülerinnen und Schüler in Form von Projekten, die Schule oder den Schulhof zu verschönern, den Klassenraum mitzugestalten oder Schulteiche anzulegen, ist einerseits sicherlich zu befürworten, legen sie doch eine Identifikation der Schülerinnen und Schüler mit ihrer institutionellen Umgebung nahe.

Die Gestaltungsmöglichkeiten von Schülerinnen und Schülern, aber auch von Elternpartizipation, enden aber genau an der Schwelle, wo es um die Definitionsmacht der schulischen Urteile und Beurteilungen, also um das Monopol der Lehrkräfte geht. Die gemeinsame Gestaltung der Schule durch die Schülerschaft, die Lehrkräfte und die Eltern bleibt

2 Wir lassen für einen Moment außer Acht, dass der normative Maßstab der Chancengleichheit selbst hoch problematisch ist; vgl. hierzu Scherr/Bittlingmayer 2009.

dort Makulatur, wo es um die daran anknüpfenden Konsequenzen geht. Deshalb ist auch hier in der Tendenz nicht sonderlich zielführend, aus der Perspektive der Gesundheitsförderung mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten einzuklagen, aber die entscheidenden Stellschrauben sozialer Hierarchisierung gerade durch Bildungsinstitutionen hindurch zu tabuisieren. In der Konsequenz bleiben trotz der Verweise auf die Stärkung von Handlungskompetenzen und subjektiver Autonomie die entscheidenden Aspekte autonomer Gestaltungsmacht innerhalb der Schule ausgeblendet. Hier wäre der Capabilities-Approach einmal daraufhin zu befragen, inwieweit er eine weniger ambivalente Variante der Stärkung von subjektiven Handlungskompetenzen unter tendenziell freiheitseinschränkenden institutionellen Umgebungen zur Verfügung stellt.

Im Folgenden soll anhand des populären Health Literacy-Konzeptes gezeigt werden, dass auch die wichtige Forderung nach Kompetenzsteigerungen normativ nicht ohne doppelten Boden auskommt.

II. Von Health Education zu Health Literacy – Das Kompetenzparadigma und die Perpetuierung der Defizitperspektive

Wir haben im letzten Abschnitt versucht aufzuzeigen, dass sehr unterstützenswerte Forderungen nach schulischer Gesundheitsförderung dann, wenn sie nicht konsequent genug angelegt sind, mit schwierigen gerechtigkeitstheoretischen Implikationen und Praktiken einhergehen können. Daran krankt seit gut zehn Jahren die gesamte Debatte über gesunde Schulen, dass die Ambivalenz von Bildungsinstitutionen in Hinblick auf die Produktion und Reproduktion sozialer Ungleichheiten in Public Health hartnäckig ausgeblendet bleiben (vgl. exemplarisch Brägger et al. 2008; Wicki/Bürgisser 2008; eine ganz ähnliche Kritik formuliert Rosenbrock 2005). Am Beispiel des Health Literacy-Konzeptes wollen wir auf eine weitere normative Problematik innerhalb einer interventionsorientierten Public Health aufmerksam machen.

Health Literacy soll sich bewusst gegen frühere Ansätze einer Gesundheitserziehung (Health Education) absetzen bzw. – je nach Autor/in (einen guten Überblick über Begriffsverwendungen findet sich bei Wulfhorst 2006: 821–824) – diese als spezialisierter Teilbereich gezielt ergänzen. Die Gesundheitserziehung ist ein wichtiger Bestandteil der Public Health-Praxis, sei es in Schulen oder in VHS-Kursen. Das hier unterlegte Paradigma der Erziehung produziert einmal mehr ein Spannungsfeld zwischen einem expertengeleiteten Wissensgefälle und der subjektbezogenen Autonomieunterstellung. Bei Kindern und vielleicht noch Jugendlichen scheint deshalb Gesundheitserziehung weniger problematisch als bei immer als autonome EntscheiderInnen (oder mündige PatientInnen) gedachten Erwachsenen. Dieses gerechtigkeitstheoretisch verankerte normative Spannungsfeld wird in der praxisorientierten Literatur klar erkannt. Eine markante Einschätzung zur übergreifenden Funktion von Health Education formuliert zum Beispiel Butler (1997: 18): „Whatever definition [of health education; die Verf.] you choose, one fundamental principle must guide the work of health educators: Individuals, families, and communities can be taught to assume responsibility for their own health and, to some extent, for the health of others. The assumption of responsibility in turn brings about changes in their behaviours and lifestyles. The basic challenge is to find the most productive ways to influence voluntary individual and community behaviour without violating individual freedoms guaranteed by the U.S. Constitution.“

Sehen wir einmal davon ab, dass hier subjektphilosophisch schon das vorausgesetzt wird, was durch Gesundheitserziehung erst noch produziert werden soll (vgl. hierzu Beer 2002) und dass das entscheidungstheoretisch behavioristische Modell soziologisch wesentlich unterkomplex ist, so liefert die zitierte Passage ein sehr gutes Beispiel für das professionelle Bewusstsein dieses Spannungsfelds zwischen Expertenwissen, Erziehung (Erwachsenenbildung) und subjektiver Autonomie. Gesundheitserziehung ist so betrachtet einem

klassischen erziehungswissenschaftlichen und pädagogischen Dilemma ausgesetzt: Menschen müssen dahin gebracht werden, sich freiwillig und autonom dafür zu entscheiden, was für das gesellschaftliche Kollektiv gut und sinnvoll ist. Dabei wird die Notwendigkeit von Gesundheitserziehung – vor allem im Kontext intergenerationaler Gesundheitssozialisation – in der Weise mit der Gesamtgesellschaft rückgekoppelt, dass gesundheitliche Anforderungen und Postulate strukturfunktionalistisch begründet werden. Das strukturfunktionalistische Argument taucht hier in verschiedenen Facetten auf: *Erstens* führt gesundheitsschädigendes, riskantes Verhalten zu Gesundheitskosten, die von den Solidarsystemen getragen werden müssen. Wenn das gesellschaftliche Kollektiv aber für die Kosten des kostenintensiven Individualverhaltens aufkommen muss, dann hat es auch das Recht, ein solches Verhalten einzuschränken; *zweitens* entsteht durch Krankheit Produktionsausfall, der normativ scharf verurteilt wird – aus demselben Argument ergibt sich auch eine individuelle Pflicht zur Gesundheit (vgl. Parsons 1959; neuerdings Schwefel 2006).

Aus beiden Positionen folgt, dass die Gesamtgesellschaft ein Anrecht auf Verhaltenskorrekturen bei individuell gesundheitlichem Risikoverhalten besitzt – diese scheinbar antiquierte strukturfunktionalistische Argumentationslogik ist nach wie vor eine von zwei zentralen Begründungsstrategien bei größeren Gesundheitserziehungsmaßnahmen wie etwa der zunehmenden Einschränkung von Tabakkonsum. Neben die Gerechtigkeitstheoretischen Verweise auf die unzumutbare Gefährdung anderer Personen durch Passivrauchen spielt das Argument der hohen medizinischen Kosten, die der Tabakkonsum verursacht und die auf die Allgemeinheit umgewälzt werden, eine hervorgehobene Rolle. Die Belastungen, die der Gesamtgesellschaft durch individuelles gesundheitsriskantes Verhalten aufgebürdet werden, berechtigen dann auf der Makroebene dazu, Gesetze zu erlassen, die erlaubtes Verhalten einschränken und auf der Mikroebene Individuen nach bestem gesundheitswissenschaftlichem Wissen zu erziehen und zu formen.

Es verwundert wenig, dass die Gesundheitserziehung unter dem Verdacht stand und steht, einen autoritären Ansatz zu repräsentieren, der wahlweise die Autorität aus funktionalen Erfordernissen der Gesamtgesellschaft oder aber aus dem gesundheitswissenschaftlichen Expertenwissen ableitet. „Die auf Experten fixierte Ausrichtung der Gesundheitserziehung ist in der pädagogischen Diskussion der 1980er und 1990er Jahre zunehmend kritisiert worden. Mehrfach wurde darauf hingewiesen, wie groß die Gefahr ist [...] in eine autoritäre Strategie abzugleiten, bei der *gesundheitliche Ziele als normativer Orientierungsstandard für das Verhalten* postuliert werden.“ (Hurrelmann 2006: 205; Herv. im Org.; eine bewusst nicht autoritäre Variante versucht aktuell Stroß 2012 zu formulieren)³

Der Autoritarismusverdacht einer klassischen Health Education-Strategie umfasst zwei Aspekte. Einerseits werden die Individuen als Akteure mit defizitärem Wissen konstruiert, das ihnen zum Zwecke einer gesünderen Lebensführung von Public Health-Expertinnen und -experten zur Verfügung gestellt wird. Diese Grundfigur enthält auch die paternalistische Form des Besserwissens (zum eigenständigen Problemfeld des Paternalismus siehe unten, Kapitel 3 und 4). Andererseits wird auch durch Gesundheitserziehung gewissermaßen eine Pflicht zum gesundheitsfördernden Verhalten eingeklagt. Gesundheitsabträgliches Verhalten legitimiert dann immer sofort Gesundheitserziehung. Damit wird der Gesundheitserziehung ebenfalls automatisch die normative Bewertung individueller Verhaltensweisen gleich mit übertragen.

Um dem Paternalismus- und Autoritarismusverdacht der Gesundheitserziehung zu begegnen und die Autonomiepotenziale von Individuen stärker zu betonen, wurde und wird bis heute in Public Health mittlerweile stärker ein kompetenztheoretischer Ansatz bemüht,

3 Klaus Hurrelmann (2006: 203ff.) selbst vertritt eine von dem autoritären Ansatz unterschiedene, so genannte autoritative Lesart von Gesundheitserziehung, die versucht, die hier angedeuteten normativen Fallstricke zu vermeiden. Auf die damit verbundenen Differenzierungen wollen wir hier aber nicht eingehen.

der eher auf partizipative und weniger auf verhaltenskorrigierende Strategien ausgerichtet ist (vgl. Hurrelmann 2006: 209). Im Zuge der stärkeren Betonung von Kompetenzen erlangte ein Gesundheitskonzept große Popularität, das die Förderung von Health Literacy⁴ als spezifische Kompetenzförderung in den Mittelpunkt stellt. Health Literacy ist damit zunächst „ein faszinierendes Konzept und eine absehbar hoch produktive Metapher“ (Rosenbrock 2005: 1). Definiert ist Health Literacy üblicherweise als „the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.“ (U.S. Dep. HHS 2000: 1). In den letzten Jahren ist Health Literacy dann in Richtung allgemeiner Informationsverarbeitungskapazitäten und allgemeiner gesundheitlicher Entscheidungskapazitäten erweitert worden. Gesundheitskompetenz umfasst dann nicht nur Handlungskompetenzen, die im engeren Anwendungsbereich von gesundheitlichem Handeln wirken, sondern bezieht sich auf übergreifende Handlungsdomänen wie Arbeit, Markt und Politik (Kickbusch 2006: 70).

Eine an Health Literacy ausgerichtete Gesundheitsförderung lässt sich deshalb dann so formulieren, dass der Paternalismusverdacht nicht so schnell geäußert werden muss, auch wenn hier nach wie vor Wissensgefälle zwischen Expertinnen und Experten einerseits und den Individuen andererseits in Rechnung gestellt werden (vgl. z.B. St. Leger 2001). Gegenüber einer Gesundheitserziehung ist aber der entscheidende Unterschied, dass gesundheitsbezogene Kompetenzen erhöht werden mit dem Ziel, lebensweltlich fundierte Entwicklungsaufgaben autonom zu bewältigen. Erhöht werden sollen also subjektive Handlungskompetenzen für autonome Entscheidungen im Unterschied zu erlernten Verhaltensweisen, die zu gesundheitszuträglichem Verhalten veranlassen sollen. In Hinblick auf die Stärkung von Gesundheitskompetenzen unterscheidet Don Nutbeam in einem wichtigen und viel beachteten Grundlagenaufsatz zunächst drei Stufen von allgemeiner Literacy als Grundvoraussetzung von Health Literacy. Nutbeam referiert zunächst eine bis dahin weit verbreitete Definition: „adequate functional health literacy means being able to apply literacy skills to health related materials such as prescriptions, appointment cards, medicine labels, and directions for home health care.“ (Parker et al. 1995 zit. nach Nutbeam 2000: 263). Diese Definition wird allerdings als unzureichend zurückgewiesen und eine komplexere zu Grunde gelegt, die sich an unterschiedlichen den Stufen von Literacy-Kompetenzmodellen orientiert. Daraus ergibt sich das folgende differenziertere Konzept von Literacy und Health Literacy nach Nutbeam:

„Basic/functional literacy – sufficient basic skills in reading and writing to be able to function effectively in everyday situations, broadly compatible with the narrow definition of ‘health literacy’ referred to above.

Communicative/interactive literacy – more advanced cognitive and literacy skills which, together with social skills, can be used to actively participate in everyday activities, to extract information and derive meanings from different forms of communication, and to apply new information to changing circumstances.

Critical literacy – more advanced cognitive skills which, together with social skills, can be applied to critically analyse information, and to use this information to exert greater con-

4 Der Begriff ist im Deutschen etwas schief übersetzt als Gesundheitskompetenz, weil es keine genaue Entsprechung gibt; vgl. hierzu etwa Soellner et al. 2009. Systematischer entwickelt ist

trol over life events and situations.” (Nutbeam 2000: 363f.) Diese Differenzierungen zu Grunde legend formuliert die WHO im Anschluss daran folgende Spezifizierungen von Health Literacy:

„Health Literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.

Health Literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointments. By improving people’s access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment.” (zit. nach Nutbeam 2000: 364)

Die konzeptionelle Umstellung von einer auf Verhaltenskorrekturen ausgerichteten Gesundheitserziehung in Richtung auf Kompetenzsteigerung und dadurch initiierte Autonomieförderung moderiert sicher den Paternalismus und Autoritarismusvorwurf und schwächt ihn deutlich ab.

Allerdings bleibt auch in den aktuellen Konzepten, die auf die Förderung von Gesundheitskompetenzen bzw. Health Literacy setzen, ein schwieriger normativer Überschuss in Form von fundamentalen Defizitzuschreibungen enthalten. Die Defizitzuschreibungen äußern sich vor allem in der Definition von Basic Literacy: Erst wenn Basic Literacy Skills vorhanden sind, werden Individuen als fähig beschrieben, ihren Alltag zu organisieren, also in strengem Sinne Autonomie und Reflexionsfähigkeiten reklamieren zu können. Wie mittlerweile aus der fortschreitenden Forschung zu funktionalem Analphabetismus bekannt ist, sind funktionale und auch totale AnalphabetInnen sehr wohl in der Lage, fähig und motiviert, ihren Alltag zu organisieren, ohne über Basic Literacy Skills zu verfügen (vgl. u.a. Drucks/Bittlingmayer 2009; Bittlingmayer et al. 2010). Die Vorstellung, dass die Organisation von Lebenswelten nur durch angemessene Schriftsprachkompetenzen zu bewerkstelligen ist, ist eine zu starke Projektion von Schriftsprachkundigen in eine unterprivilegierte Zielgruppe, die sie nicht kennen und von der sie wenig wissen (und die in der Regel durch Public Health Interventionen gar nicht erreicht wird). Diese impliziten Defizitzuschreibungen stehen in einem bedenklichen Spannungsverhältnis zur Absicht einer kompetenztheoretischen Wende in Richtung Health Literacy, stärker auf die Autonomiepotenziale der sozialen Akteure zu setzen als auf erzieherische Maßnahmen.

Einen noch weitergehenden Ansatz verfolgt Ilona Kickbusch (2006). Sie konzeptionalisiert Gesundheitskompetenzen weniger über direkte kognitive Ressourcen und Fähigkeiten, sondern eher als übergreifende Handlungskapazität. Zwar sind auch in ihrem Konzept kognitive Fertigkeiten zur Informationsbewältigung in multimedialen Gesellschaften enthalten, Gesundheitskompetenzen gehen aber deutlich weiter. Ausgehend von der These des englischen Soziologen Anthony Giddens einer zunehmenden gesamtgesellschaftlichen Unsicherheit in modernen Gesellschaften sowie zunehmenden individuellen Entscheidungszwängen unter Unsicherheit gelangt Kickbusch zur Diagnose einer „Gesundheitsgesellschaft“, die insbesondere durch eine „immer größer werdende Informationsflut“ (Kickbusch 2006: 68) charakterisiert ist. Vor dem Hintergrund dieses Szenarios ist die individuelle Verfügbarkeit über Gesundheitskompetenzen fundamental: „Wenn die Gesundheitsgesellschaft eines aktiven und kritischen Bürgers, Konsumenten und Patienten bedarf, dann müssen diese ein gebührendes Maß an Gesundheitskompetenz besitzen. Gesundheitskom-

der Begriff der Gesundheitskompetenz bei Ilona Kickbusch (2006: 67-73) – siehe hierzu auch die Ausführungen weiter unten.

petenz ist die Fähigkeit des Einzelnen im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – Zuhause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft allgemein. [...] Es ist evident, dass eine unzureichende Gesundheitskompetenz in einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem gravierende Probleme nach sich zieht. Gesundheitskompetenz, d.h. die Fähigkeit der Menschen im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken [...] wird für die Erhaltung der Gesundheit immer zentraler werden.“ (Kickbusch 2006: 69,72)

Dieses gegenüber den ursprünglichen Health Literacy-Varianten ausgeweitete Konzept von Gesundheitskompetenzen schafft es nicht, die Defizitperspektive zu überwinden, weil auch Kickbusch auf Literacy-Studien zurückgreift, mit denen sie operationalisieren möchte, dass es in der Erwachsenenbevölkerung eine Vielzahl von Menschen mit eingeschränkten Lesekompetenzen gibt. Damit argumentiert sie an dieser Stelle ganz analog zu den weiter oben dargestellten Konzepten. Allerdings ist die Variante von Kickbusch noch mit einem anderen schwerwiegenden Problem konfrontiert. Wenn man einmal von den diskussionswürdigen modernisierungstheoretischen Anleihen der Giddens'schen Risikosoziologie absieht, dann gerät Kickbuschs Konzept von Gesundheitskompetenzen gerade durch die begriffliche Ausdehnung und konzeptionelle Erweiterung in die Nähe einer schlichten Tautologie. Menschen, die – aus welchen Gründen aus immer – Gesundheitseinbußen zu beklagen haben, haben nach diesem Konzept per definitionem nicht über genügend Gesundheitskompetenzen verfügt. Und Menschen, die einen hervorragenden Gesundheitszustand aufweisen, müssen im Umkehrschluss, ob sie das wissen oder nicht, über ganz hervorragende Gesundheitskompetenzen verfügen. Das Modell beinhaltet also nicht nur eine Verlängerung (man könnte sogar argumentieren: eine Ausdehnung) der Defizitperspektive, sondern ist ersichtlich zirkulär.

Im folgenden Abschnitt wollen wir normative Implikationen der Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung betrachten und auf gerechtigkeits-theoretische Einschlüsse untersuchen.

III. Die „objektive“ und zugleich politikberatende Gesundheitsberichterstattung

Die Gesundheitsberichterstattung liefert auf Grundlage sozialepidemiologischer Befunde eine enorme Vielzahl von Daten über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand der jeweiligen Wohnbevölkerung. Dabei existiert in der Regel die Selbstbeschreibung, dass die Gesundheitsberichterstattung objektive Daten generiert und den politischen Akteuren zur Verfügung stellt, die dann auf dieser Basis zu gesundheitspolitischen Entscheidungen, Präventionszielen und Interventionsprogrammen gelangen sollen (Razum et al. 2011; Bardehle/Razum 2011). Die Verknüpfung zwischen der Erhebung objektiver Krankheitsdaten und der Politikberatung ist dabei direkt als gesetzlicher Auftrag institutionalisiert worden. Diese explizite Doppelfunktion hat in Deutschland das Robert Koch-Institut (RKI) inne, das hier als „Leitinstitut des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“ (Kurth/Ziese 2006: 491) verstanden werden muss und insofern eine herausragende Rolle in der Sammlung und Aufbereitung epidemiologischer Daten spielt. Auf der Homepage des RKI ist zu lesen:

„Zu den Aufgaben gehört der generelle gesetzliche Auftrag, wissenschaftliche Erkenntnisse als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen zu erarbeiten. Vorrangige Aufgaben liegen in der wissenschaftlichen Untersuchung, der epidemiologischen und medizinischen Analyse und Bewertung von Krankheiten mit hoher Gefährlichkeit, hohem Verbreitungsgrad oder hoher öffentlicher oder gesundheitspolitischer Bedeutung. Das RKI berät die zuständigen Bundesministerien, insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit

(BMG), und wirkt bei der Entwicklung von Normen und Standards mit. Es informiert und berät die Fachöffentlichkeit sowie zunehmend auch die breitere Öffentlichkeit.“⁵

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die politikberatend und auch „politikinduzierend“ zur Verfügung gestellt werden sollen, werden dann zumeist verstanden als signifikante statistische Relationen, die durch wertneutrale, standardisierte und objektive Erhebungsmethoden abgesichert wurden bzw. die über die Analyse von evaluierter Evidence Based Medicine laufen. Auf diese Weise werden wissenschaftlich neutrale und objektive Daten über unterschiedliche Mortalitäts- und Morbiditätsraten oder evaluierte medizinische Interventionen (wie zum Beispiel Impfungen) präsentiert, die dann mit demografischen Strukturmerkmalen wie Geschlecht, sozialer Schicht und Migrationshintergrund abgeglichen werden. So lässt sich – immer noch auf der Basis wertneutraler Wissenschaftlichkeit im Sinne Max Webers – herausfinden, dass Kinder aus unterschiedlichen Schichten oder Nationalstaaten ein jeweils unterschiedliches Risiko haben, das Lebensalter von 15 Jahren zu erreichen, dass männliche Jugendliche ein mehrfach höheres Unfallrisiko aufweisen als ihre weiblichen Altersgenossinnen oder schließlich, dass Menschen mit Migrationshintergrund aus der unteren sozialen Schicht ein gegenüber der autochthonen Bevölkerung mehrfach höheres Risiko besitzen, an einer Depression zu erkranken. Diese Befunde werden an die politischen Akteure weitergereicht, die dann die wissenschaftlichen Befunde durch politische Programme abarbeiten. Hierzu gehören spezielle Ausschreibungen und Förderungen für Interventionsprojekte oder die Festlegung von Prioritätenlisten und Gesundheitszielesetzungen (vgl. Bardehle/Annuß 2006: 390f.). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Bericht aus dem Jahr 1992 die Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung im Sinne einer wissenschaftlichen Unterlegung und rationalitätssteigernden Gesundheitspolitik entsprechend identifiziert: Gesundheitsberichterstattung nimmt „der Politik und Selbstverwaltung nicht die Setzung von Prioritäten für gesundheitspolitische Entscheidungen [...] [ab], sondern [dient] vorzugsweise als verbesserte Grundlage für die ökonomische und medizinische Orientierung [...] und [trägt] somit zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung [bei]“. (Bardehle/Annuß 2006: 375)

Das hier anvisierte Modell lässt sich beschreiben als anvisierte „normative Arbeitsteilung“, in der vor allem die (Sozial-)Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung die Befunde für eine effiziente und effektive Gesundheitspolitik zusammentragen, um politische Interventionen auf eine rationale Basis zu stellen.

Zunächst ist deshalb festzuhalten, dass hier eine normative Ausrichtung der Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung in ihrer politikberatenden Zielrichtung durchaus öffentlich proklamiert wird: „Gesundheitsberichterstattung stellt Probleme unter Nutzung von Gesundheitsindikatoren dar und ist politisch orientiert.“ (Bardehle/Annuß 2006: 376). Allerdings, so unsere These, gehen die normativen Gehalte der Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung nicht darin auf, sondern sind wesentlich übergreifender verankert.

5 Allerdings ist Politikberatung allen Organisationen und Gesellschaften der Gesundheitswissenschaften explizit eingeschrieben. So findet sich zum Beispiel auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Public Health (<http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.org/>) eine Kommission Gesundheitspolitik, die eine Liste mit Zielen angibt. Die ersten drei Ziele sind: a) Ermittlung des prioritären Forschungsbedarfs in den Gesundheitswissenschaften, b) Wissenschaftspolitische Standortbestimmung und akademische Institutionalisierung der Multidisziplin Public Health und c) Beratung der Politik und Praxis auf dem Gebiet von Public Health. Und in der Satzung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, die auf der Homepage der DGEpi einsehbar ist (http://www.dgepi.de/pdf/organisation/satzung_final.pdf), wird Politikberatung als siebtes von neun Vereinszielen aufgeführt. Politikberatung *auf der Grundlage gesundheitswissenschaftlicher und medizinischer Forschung* ist also geradezu ein Markenzeichen von Public Health.

So ist bereits die Vorstellung einer hinter der politischen Orientierung liegenden wertfreien, objektiven und neutralen naturwissenschaftlich-probabilistisch-biomedizinisch angeleiteten Wissenschaft illusorisch. Nicht nur deshalb, weil – wie die Wissenschaftstheorie nicht müde wird zu betonen – bereits in die Erhebungsinstrumente und die Auswahl der Methoden normative Vorentscheidungen eingehen (vgl. u.a. Adorno 1969; Habermas 1969; Ahrens et al. 2008). Das kann an der Wahl der Indikatoren abgelesen werden, mit denen spezifische Erklärungsmodelle immer schon präjudiziert werden. Wenn etwa in der KIGGS-Studie vom Robert-Koch-Institut der Kopfumfang der Kinder erhoben wird, laufen die Erklärungsmodelle auf biologistische und nicht auf sozialkonstruktivistische Annahmen und Hypothesen hinaus.

Eine wertneutrale Public Health-Forschung ist aber auch deshalb nicht zu haben, weil sich die Befunde im Kontext des Forschungsgegenstandes Krankheit und Gesundheit gar nicht wertneutral darstellen lassen. Das lässt sich bereits auf einer ganz basalen Ebene festmachen: Wenn etwa der Gesundheitszustand der Bevölkerung anhand von Indikatoren erfasst wird, die auf Sterblichkeitsraten (Säuglinge, Kinder, Mütter) oder Lebenserwartung abheben, so liegt diesen Indikatoren immer schon die aristotelische Idee zu Grunde, dass Leben besser ist, als nicht zu leben (zur Kritik an solchen Indikatoren vgl. Schnabel 2007). Wenn dann die Indikatorensysteme um Krankheitserfahrungen und Behinderungen erweitert werden, greift unmittelbar das zweite aristotelische Diktum, dass gut zu leben besser ist, als schlecht zu leben. Epidemiologische Indikatoren, die diese Wertungen unmittelbar ausdrücken, sind beispielsweise das qualitätsadjustierte Lebensjahr oder das behinderungsadjustierte Lebensjahr (vgl. Prüss-Üstün et al. 2006).

Über diese ganz grundsätzlichen normativen Verankerungen und Bezüge zur politischen Theorie hinaus liefert die epidemiologische Betrachtung mit ihrer Fokussierung auf Krankheiten bzw. Krankheitswahrscheinlichkeiten einen spezifischen Blick für individuelle oder milieuspezifische Verhaltensweisen. Beispielsweise sind der Tabakkonsum, ein inaktives Bewegungs- und ein fettreiches Ernährungsverhalten aus der Sicht der Epidemiologie nur als riskantes Verhalten oder als Risikoverhalten thematisierbar.⁶ Entlang der Einschätzung individueller bzw. milieuspezifischer Verhaltensweisen sind die inhaltlichen Überschneidungen – bei grundsätzlich anderer Ausrichtung und Thematisierung – zur politischen Theorie im Allgemeinen und dem Capabilities-Approach im Besonderen – sehr deutlich. Denn in dieser Perspektivverengung steckt zunächst einmal eine evaluative Standardisierung von individuellen oder milieuspezifischen Verhaltensweisen. Die soziologische Einsicht aus der Sozialstrukturanalyse, Ungleichheits- und Kultursoziologie, die den Symbolwert menschlicher Handlungen herauszustreichen sucht, um den sozialwissenschaftlichen Befund, dass Verhaltensweisen je nach Milieuzugehörigkeit etwas anderes bedeuten (vgl. u.a. Bourdieu 1982; Schulze 1992; Vester et al. 2001), wird damit auf den einheitlichen Maßstab Krankheitsrisiko verkürzt. Das ist sicher möglich und begründbar, nichtsdestoweniger eine starke normative Vorentscheidung, die beispielsweise gegen eine liberalistische Perspektive, die stark auf die Autonomie von Individuen abhebt, gerichtet ist. Der epidemiologische Maßstab ist ein objektivistischer, der am Ende durch die Kosten begründet wird, die der Allgemeinheit durch eine Erkrankung bzw. eine Krankheitsbehandlung aufgebürdet werden. Insofern gibt es nicht nur ein Recht auf Gesundheit, sondern gerade eine Pflicht, sich gesund zu halten (diese These vertritt offensiv etwa Schwefel 2006). Hinter der wertfreien Wissenschaft kann sich deshalb eine gesundheitsbezogene bzw. auf Nichterkrankung bezogene Ethik verstecken, die als Instrument zur Politikberatung verwendet wird.

6 An diese Perspektive lehnt sich auch die eine oder andere sozialwissenschaftliche bzw. soziologische Studie an, die das Ernährungs- und Bewegungsverhalten aus der Risikoabschätzung zu begreifen sucht; vgl. etwa Gerhards/Rössel 2003.

Ein zweites wichtiges Problem, auf das eine epidemiologische Perspektive verwiesen ist, das unmittelbar an die ethische Grundausrichtung anschließt, liegt darin, dass die Daten ja nicht in Rohform den politischen Akteuren zur Verfügung gestellt werden, sondern bereits Interpretationen der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler notwendig beinhalten. Die Interpretationen der politischen Akteure und der WissenschaftlerInnen können dabei durchaus öffentlichkeitswirksam abweichen, wie das etwa beim Ersten Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung (BMAS 2002) der Fall war, wo sich die beteiligten WissenschaftlerInnen sehr deutlich und öffentlich von der aus der Feder politischer Akteure stammenden Einführung distanziert haben. Das ändert aber nichts daran, dass die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen ihre eigenen Ergebnisse auch interpretieren. Wenn etwa die Reduktionsraten bei der Säuglingssterblichkeit, die Entwicklung der Adipositas-erkrankungen Jugendlicher oder die Entwicklung des jugendlichen Tabakkonsums eingeschätzt werden sollen, wird der Pfad der „Hard Facts“ verlassen und die Einschätzung der Entwicklung obliegt Interpretationen und Werturteilen. Das lässt sich gut veranschaulichen am Beispiel der globalen Kindersterblichkeit oder auch am Beispiel der gesundheitswissenschaftlichen Einschätzung von Einkommens- oder Bildungsungleichheiten.

Die Abbildung 1 (nächste Seite) zeigt, dass die Kindersterblichkeit auf dem afrikanischen Kontinent im Zeitraum von 1970 bis 2002 nach Angaben der WHO um ca. 20% reduziert wurde. Das ist offensichtlich gegenüber einem Anstieg von 20% eine positive Entwicklung. Allerdings konnte die Kindersterblichkeit auf allen anderen Kontinenten noch deutlich stärker, zum Teil bis zu 70%, reduziert werden. Wie ist nun vor diesem Hintergrund die Senkung um 20% in Afrika einzuschätzen?

Unsere These ist, dass bei jedweder Einschätzung dieser Entwicklung mit Notwendigkeit der explizite oder implizite Bezug zu Werturteilen erfolgen muss: Entweder wird der weltweite Durchschnitt zu Grunde gelegt, dann ist die Entwicklung in Afrika katastrophal. Oder aber es werden differente Entwicklungspfade unterstellt, dann ist die Reduktion in Afrika ein großer Erfolg. Beide Maßstäbe sind begründungsbedürftig, werden aber in aller Regel nicht kenntlich gemacht.

Gleiches gilt, wenn man auf die Ebene von Nationalstaaten hinabsteigt. Die Abbildung 2 (nächste Seite) zeigt besonders erfolgreiche Nationalstaaten, die bei der Reduktion der Kindersterblichkeit jeweils große Fortschritte erzielen konnten. Alle vier dargestellten Länder – Oman, Bolivien, Bangladesch und Gambia – haben bei den Sterblichkeitsraten von Kindern unter fünf Jahren sehr positive Entwicklungen zu verzeichnen. Aber wie ist die positive Entwicklung von Bolivien und Bangladesch zu bewerten im Vergleich zu Oman, das bei gleichem Ausgangsniveau der Kindersterblichkeit 1970 nunmehr eine gegenüber den beiden Ländern um ein Vielfaches reduzierte Kindersterblichkeitsquote aufweist? Auch hier kann der Maßstab, was offensichtlich möglich ist, zu Grunde gelegt werden – oder aber der Maßstab differenter Ausgangs- und Umweltbedingungen bzw. getrennter Entwicklungspfade. Solche Statistiken reden nicht von selbst – sie werden interpretiert auf der Basis von normativen Maßstäben, die innerhalb der Gesundheitsberichterstattung schlicht nicht thematisch werden.

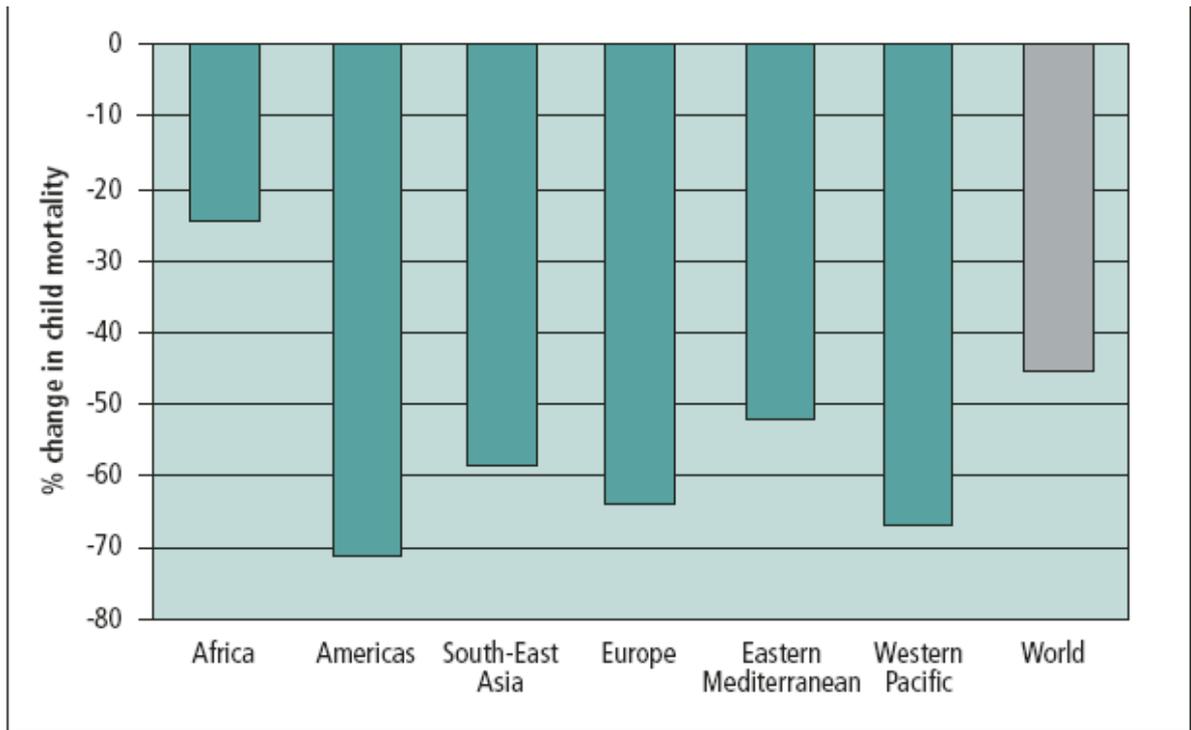


Abb. 1: Entwicklungen in der Kindersterblichkeitsrate zwischen 1970 bis 2002 nach Regionen; Quelle WHO 2003: 10

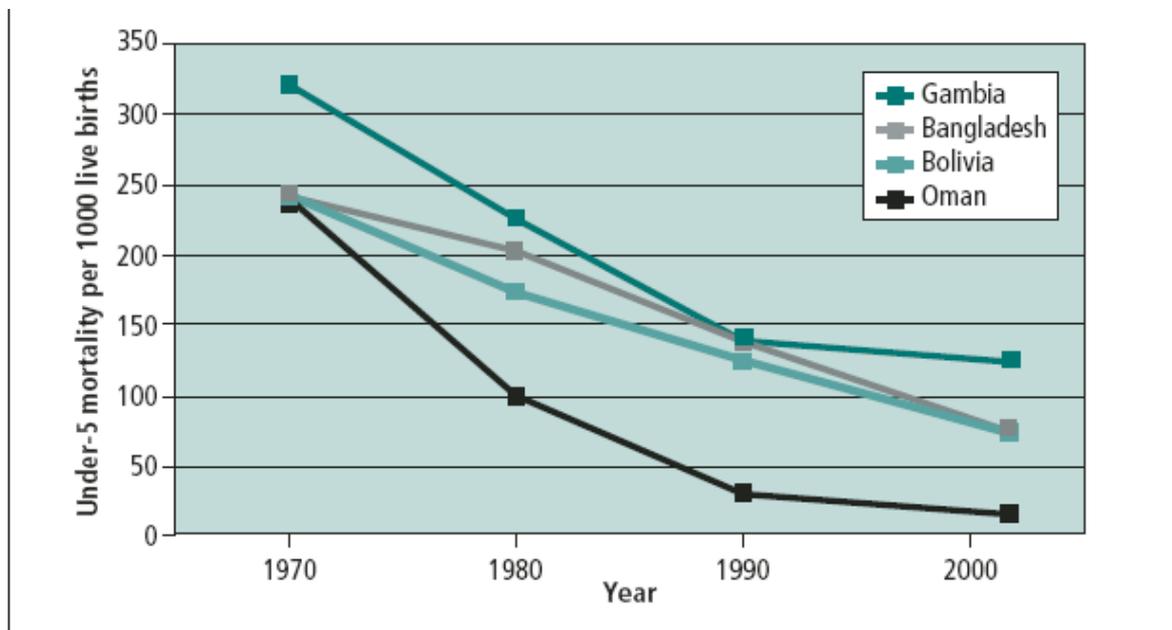


Abb. 2: Nationalstaaten mit großer absoluter Reduktion der Kindersterblichkeit seit 1970; Quelle: WHO 2003: 11

In der epidemiologischen Literatur finden sich Argumentationslinien, die die immer präzisere Erfassung und Datensammlung mit einem Gleichheits- und Gerechtigkeitsfortschritt

geradezu gleich setzen bzw. erstere als unabdingbare Voraussetzung für letzteren postulieren. Die „Quantifizierung der Krankheitslast mittels einer nachvollziehbaren und standardisierten Herangehensweise [hilft] Prioritäten für eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu definieren. [...] Einer der wichtigsten Schritte zur Verminderung der Ungleichheiten und Erhöhung der Lebenserwartung und -qualität ist die verbesserte Erhebung von gesundheitsbezogenen Daten, vor allem zu Sterblichkeit, Morbidität und Risikofaktoren.“ (Prüss-Üstün et al. 2006: 35f., 41) Doch auch immer umfassendere und präzisere Datenerhebungen sind einerseits nicht von sich aus auf die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten programmiert.⁷ Und andererseits entbinden sie nicht von Interpretationen gesundheitsbezogener gesellschaftlicher Entwicklungen, das heißt, der inhaltlichen Qualifizierung von Maßzahlen als begrüßens- oder ablehnenswert, als günstig oder schädlich, als gut oder schlecht. Beide am drastischen Beispiel der internationalen Kindersterblichkeit angesprochenen Wertmaßstäbe – das Recht auf einen eigenen autonomen Entwicklungspfad einerseits sowie der Abgleich des Bestehenden mit dem, was offensichtlich auch möglich ist, andererseits – lassen sich im Capabilities-Approach wiederfinden, wenn auch entlang anderer Problembereiche. Die Kernfrage der politischen Theorie – das Verhältnis von Freiheit und Gleichheit – findet sich, wenn unsere Überlegungen richtig sind, selbst in den Kernbereichen objektivistischer Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung wieder.

Im folgenden Kapitel folgt zunächst ein Perspektivwechsel: Dargestellt wird ausführlich und in Abgrenzung zu anderen Ansätzen der Capabilities Ansatz. Damit wollen wir den Stand der aktuellen politischen Theorie abbilden und für eine Rückübersetzung in die Public Health fruchtbar machen.

2 Der Capabilities-Approach: Grundgedanken und Theorieelemente

Prinzipiell kann für alle (öffentlichen) Programme und Interventionen unterstellt werden, dass ihr grundlegender Daseinsgrund darin besteht, dass ein gesamtgesellschaftlicher oder in einzelnen Settings und Handlungsfeldern (Kita, Schule, Nachbarschaft usw.) vorhandener Ist-Zustand aktuell oder potentiell einen qua Definition normativ konstituierten Soll-Zustand – zum Beispiel in den Bereichen Gesundheit, sichere Berufsbiografien, Recht auf Arbeit, Recht auf bezahlbaren Wohnraum usw. – verfehlt bzw. zukünftig verfehlen könnte. Auch das Phänomen der Ungleichheit ist keinesfalls nur als bloße empirische Tatsache, sondern nur als normativer Sachverhalt relevant.

Dabei sind soziale Differenzen weitgehend uninteressant, wenn es lediglich um beliebige Varianzen oder bloße Verschiedenheiten geht. Relevant ist aber soziale Ungleichheit, und zwar in Hinblick auf jene „Teilmenge sozial relevanter Unterschiede, welche *negativ bewertet* werden“ (Ritsert 2009: 150). Bei der Rede von Ungleichheit geht es um die Verteilung von Vor- und Nachteilen im Zugang zu erstrebenswerten und gesellschaftlich wertgeschätzten, symbolischen und materiellen Gütern, Zuständen, Praktiken und (Macht-)Positionen.

Wenn man also erstens davon ausgehen kann, dass Public Health spezifische Sachverhalte in normativer Hinsicht qualifiziert und eine gesellschaftliche Institution darstellt, die notwendigerweise auf normative Zielvorstellungen rekurriert (das war das zentrale Argument aus Kapitel 1) und wenn man zweitens akzeptiert, dass eine Begründung dieser Ziel-

7 Zur Erfassung, Beschreibung, Erklärung und Interventionskonzepten zu gesundheitlicher Ungleichheit liegen mittlerweile auch in Deutschland eine Vielzahl von Studien vor (vgl. etwa Mielck 2000, 2005; Richter/Hurrelmann 2006; Mielck/Helmert 2006; Bauer et al. 2008; Bittlingmayer et al. 2009b; Jahrbuch Kritische Medizin 2009).

vorstellung den Einsatz von (Gerechtigkeits-)Maßstäben zur Bewertung des fokussierten Gegenstands sowie zur kritischen Selbstreflexion voraussetzt (auch das sollte in Kapitel 1 zum Ausdruck kommen), *kommt Public Health als Disziplin und Profession nicht darum umhin, die Frage zu klären, worauf sich die in Anspruch genommenen Gerechtigkeitsnormen (sinnvollerweise) beziehen und was genau sie umfassen sollten.*

Diese Klärung hat darüber hinaus eine wesentliche politische Dimension. Geht man davon aus, dass Phänomene demnach erst auf der Grundlage von Deutungen und Bewertungen zu gesellschaftlich relevanten Sachverhalten werden und sich die angewandte – und damit einem faktischen normativen Immanenzzusammenhang unterworfenen – Wissenschaft Public Health als affirmative, politische instrumentelle Hilfswissenschaft verstehen müsste, wenn sie sich den gesellschaftlich dominanten Deutungen und Bewertungen einfach unterwirft, dann bleibt einer in analytischer wie politischer Hinsicht kritischen Gesundheitswissenschaft gar nichts anderes übrig, als (normative) Maßstäbe zur Analyse und Kritik ihres Gegenstandes und ihrer eigenen Praxis vorzuschlagen und zu begründen.

Alle praxisorientierten Interventionen müssen zuallererst dem Grundsatz *Primum-Non-Nocere*-Grundsatz folgen, der als absolute Minimalbestimmung festhält, dass die durchgeführten Maßnahmen wenigstens nicht schädlich sein sollen, also gegenüber der Zielgruppe wenigstens nicht mit negativen Effekten verbunden sind (also den Gesundheitszustand weiter verschlechtern, das Selbstwertgefühl weiter herabsetzen usw.). Nun reicht dieser Mindestmaßstab nur aus, um vereinzelte, nicht erfolgreiche oder wirksame Interventionen noch zu rechtfertigen. Als übergreifender Maßstab ist der *Primum-Non-Nocere* Grundsatz im Kontext öffentlicher Legitimationen viel zu schwach. Deshalb lässt sich, was die Public Health-Interventionen angeht, in einem ersten Schritt darüber hinaus unterstellen, dass begründungsfähige normative Prämissen im Kontext von Public Health mindestens voraussetzen, dass es mit den anvisierten und durchgeführten Interventionen darum geht, *unnötiges Leiden* perspektivisch zu *reduzieren*. Als unnötig erscheint Leiden dann, wenn Möglichkeiten von Veränderungen von (gesellschaftlichen) Bedingungen und Mechanismen aufgezeigt werden können, die es ermöglichen dieses Leiden zu eliminieren oder reduzieren.

Die normativen d.h. moralisch- oder politisch-philosophischen Bezugstheorien legen nahe, dass das Gegenstück von Leiden nicht in einem „neutralen“ Zustand von bloßer Leidensfreiheit besteht, sondern in positiv qualifizierbaren Lebensaussichten.⁸ In der utilitaristischen Tradition lautet das üblicherweise in subjektiven Kategorien formulierte Gegensatzpaar „pain vs. pleasure“, in aristotelischen Traditionslinien geht es um „human suffering vs. human flourishing“, die im Wesentlichen als objektive Kategorien gefasst werden.

„Pain“ oder „Suffering“ einerseits und „pleasure“ oder „flourishing“ andererseits sind im Wesentlichen Qualifizierungen von Lebensaussichten, Ergebnis gehaltvoller Debatten, während die Maßstäbe von Gleichheit und Gerechtigkeit um die Frage kreisen, in welcher Hinsicht diese Lebensaussichten befördert werden sollten.

Insbesondere die lange Zeit vorherrschende egalitär liberale Tradition, die den Aspekt der Autonomie und Freiheit als die wesentliche Qualität sozialer Lebensaussichten hervorhebt, betont das Moment der „Fairness“ im Zugang zu solchen Lebensaussichten. Diese Fairness bestehe darin, die individuellen Chancen auf eine „autonome Lebensführung“ von den Zufälligkeiten der sozialen Herkunft und „natürlicher Begabungen“ zu befreien.⁹ Eher

8 Das lässt sich analogisieren mit dem Public Health-Diktum, wonach Gesundheit mehr ist als die bloße Abwesenheit von Krankheit (vgl. WHO 1986; aktuell Schnabel 2007).

9 Es finden sich wenigstens drei zentrale Ansätze zu dieser Frage: Wie Peter Vallentyne (2005: 359) ausführt, können die entsprechenden Ansätze „sufficientarian (concerned that people get enough), prioritarian (concerned with giving people as much as possible, but with extra concern for benefits to those who have less), or egalitarian (concerned with giving people equal benefits)“ sein.

konservative Formulierungen dieser Perspektive betonen dabei vor allem die Gleichheit von Startbedingungen im Wettbewerb um positive Lebensaussichten. Die Position ist insofern konservativ, als dass sie Ungleichheiten und Hierarchien mit Blick auf diese Aussichten als gegeben voraussetzen, de-thematisieren oder *expressis verbis* akzeptieren (vgl. Heid 1988). Demgegenüber zeichnen sich radikalere Perspektiven – zu denen nicht zuletzt auch die Perspektive des Capabilities Ansatzes gehört – dadurch aus, die *gegebene Struktur von Ungleichheiten und (Status-)Hierarchien nicht von vornherein zu akzeptieren*. Daher begründen sie Gerechtigkeitsmaßstäbe weniger als Gleichheit der Startbedingungen in einem Wettbewerb, in dem sich der oder die „Leistungsfähigere“, „Klügere“, „Verantwortungsbewusstere“ etc. durchsetzt, sondern als *Frage nach realisierbaren Aussichten auf Verwirklichung erstrebenswerter Lebensaussichten* für möglichst alle AkteurInnen. Eine Reihe dieser radikaleren liberalen Gerechtigkeits-theorien betont, dass ein fairer Wert dieser Chancen darauf hinauslaufe, unabhängig davon, auf welche Art und Weise die Subjekte dieser Gerechtigkeit die eröffneten Chancen nutzen (oder nicht nutzen) eine Ressourcenzuteilung und Optionseröffnung oberhalb eines (unkonditionalen) Mindestmaßes sicherzustellen sei, durch das der Zugang beispielsweise zu den zentralen Grundbedingungen einer autonomen Lebensführung nicht nur im Sinne einer gleichen Ausgangsposition, sondern auch zu jedem späteren Zeitpunkt eröffnet bleibt. Die Gleichheitsforderungen solcher Gerechtigkeitskonzeptionen sind daher nicht auf prinzipielle Ausgangsbedingungen und Ressourcen beschränkt: „Gleiche“, so führt beispielsweise Elizabeth Anderson aus, „sind nicht der willkürlichen Gewalt oder dem physischen Zwang anderer ausgesetzt. Unabhängig von willkürlichem physischem Zwang entscheiden zu können ist eine der wesentlichen Bedingungen für Freiheit. Gleiche werden nicht von anderen marginalisiert. [...] Gleiche sind nicht der Herrschaft anderer unterworfen: Sie sind nicht von deren Wohlwollen abhängig. Ihr eigener Wille bestimmt ihr Leben – und genau das ist Freiheit. Gleiche werden nicht von anderen ausgebeutet. Sie haben also die Freiheit, einen gerechten Preis für ihre Arbeit zu verlangen. Gleiche sind nicht Opfer des Kulturimperialismus: Sofern sie alle anderen respektieren, können sie nach ihren kulturellen Gewohnheiten leben. In einer Gemeinschaft Gleicher zu leben heißt deshalb, frei von Unterdrückung am Reichtum einer Gesellschaft teilhaben und an demokratischer Selbstbestimmung mitwirken zu können.“ (Anderson 2000: 153f.)

Unabhängig von den Reichweiten und Begründungen von Gerechtigkeits- und den damit in der Regel verbundenen Egalitätsforderungen¹⁰ besteht eine zentrale Frage, zu der

10 Kritiker solcher egalitärer Positionen argumentieren, Gleichheit sei ein ungeeigneter Maßstab für Gerechtigkeit. Denn Gleichheit könne auch bedeuten, Lebensaussichten nach unten zu nivellieren. Ferner seien die elementaren Standards von Gerechtigkeit – wie etwa menschenwürdige Bedingungen des Lebens – nicht relational, sondern absolut zu bestimmen. Die Forderung nach hinreichend guten Lebensaussichten für alle sei daher besser zu begründen als die nach Egalität. Ein sinnvoller Maßstab für Gerechtigkeit sei das Wohlergehen der Einzelnen und nicht die relative Qualität ihres Daseins im Vergleich zu anderen. Egalitaristische Positionen argumentieren demgegenüber, dass solche Argumentationen die soziale Verfasstheit von Lebensentwürfen nur unangemessen berücksichtigen (Mazouz 2006: 375). Darüber hinaus findet sich de facto kaum eine egalitaristische Position, die einen Zustand, in dem „alle nichts oder fast nichts haben“ einem Zustand vorziehen würden „bei dem einige über sehr viele und alle anderen ‚nur‘ über viele Güter verfügen“ (Mazouz 2006: 375). Gleichheit sei aus der egalitaristischen Position zwar immer ein wichtiges, aber nicht das alleinige Kriterium von Gerechtigkeitsurteilen. Dafür, Gerechtigkeitsfragen nicht nur auf die absolute „Suffizienzgrenze“ eines universal einklagbaren (z.B. menschenrechtlichen) Minimalstandard zu begrenzen, spricht auch die Einsicht, dass Ungleichheits- und Machtstrukturen in einem Korrespondenzverhältnis stehen: Ungleichheitsverhältnisse verschaffen nicht nur einigen AkteurInnen z.B. ein höheres Einkommen als anderen, sondern auch Kontrolle über das eigene Leben und das Leben anderer (vgl. Kymlicka 1996: 136).

der Capabilities Ansatz (im folgenden CA) eine maßgebliche Antwort gegeben hat – in der Klärung, in welchen Hinsichten Gleichheit öffentlich gewährleistet werden soll. Die von Amartya Sen (1980) in den Fokus gerechtigkeitsrechtlicher Forschung gerückte Frage „Welche Gleichheit?“ („Equality of what?“) richtet sich genau auf diesen Punkt. Sen kritisiert dabei die vorherrschenden sozialphilosophischen und ökonomischen Ansätze dafür, dass sie ihre Modelle auf inadäquate Informationsbasen stützen, das heißt, dass die Hintergrundannahmen, theoretischen Konzeptionalisierungen und empirischen Bezüge nicht komplex genug angelegt sind (dieser Begriff wird im Verlauf der weiteren Ausführungen unten noch transparenter werden). Dieses Argument soll im Wesentlichen nachgezeichnet und dabei verdeutlicht werden, worin das zentrale und originäre Argument des CA besteht. Je nachdem, wie breit die Informationsbasis¹¹ für Gerechtigkeitsurteile ist, und je nachdem, welche Größe als (gleich) zu verteilende Zielgröße für Lebensaussichten gewählt wird – Ressourcen; Wohlergehen bzw. Chancen auf Wohlfahrt; Zugang zu gesellschaftlichen Vorteilen; Grundgüter sowie Verwirklichungschancen (bzw. Capabilities) zu den am meisten diskutierten Parametern eines gerechtigkeitsrechtlich begründeten Ausgleichs – kommen unterschiedliche Gerechtigkeitskonzeptionen zu unterschiedlichen Gerechtigkeitsurteilen.

Diese Informationsbasis spezifiziert die Sachverhalte, auf die sich Gerechtigkeitsurteilen stützen und anhand derer beurteilt werden soll, ob und in welcher Hinsicht Ungerechtigkeit vorliegt. Die Verfasser der wichtigsten Konzepte für eine Informationsbasis von Gerechtigkeitsurteilen schlagen entweder vor

1. zu prüfen, in welchem Ausmaß eine Person (oder eine Gruppe) einen bestimmten Nutzen erzielt, Wohlbefinden erlangt oder Grundbedürfnisse befriedigt oder
2. zu prüfen, in welchem Ausmaß einer Person soziale Grundgüter wie beispielsweise materielle Ressourcen und gewährte Rechte zur Verfügung stehen oder
3. zu prüfen, welche Zustände und Handlungsweisen Individuen auf der Basis von Gütern, Rechten und Infrastrukturen verwirklichen können.

Diesen Zusammenhang reflektierend, bestehen VertreterInnen materialistischer und feministischer Konzeptionen sozialer Gerechtigkeit darauf, dass nicht nur die Zugänge zu sozialen Positionen und die Verteilung materieller Güter den Fokus zur Beurteilung der Gerechtigkeit sozialer Zusammenhänge bilden, sondern vor allem auch soziale Machtkonstellationen, die in Produktionsverhältnissen und „gesellschaftlich dominanten Repräsentations-, Interpretations- und Kommunikationsmustern verwurzelt sind“ (Fraser 2003: 22f.) und die sich u.a. in Ausbeutung, Missachtung oder institutionalisierter Unterdrückung, Marginalisierung, Ohnmacht, Nicht-Repräsentanz niederschlagen (vgl. Young 1990; Klein et al. 2005).

In Public Health und der Sozialepidemiologie ist der Zusammenhang von übergreifender Gleichheit und daraus abgeleiteter sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit sehr prominent von Richard Wilkinson bearbeitet worden (vgl. bereits Wilkinson 1998; aktueller Wilkinson 2005, Wilkinson/Pickett 2008 und Wilkinson/Pickett 2010). Allerdings verzichtet Wilkinson – auch in den jüngeren Veröffentlichungen zusammen mit Kate Pickett – auf eine politisch theoretische Grundierung seiner sozialepidemiologischen Befunde. So hervorragend seine Studien auch sind, es fehlt ihm ein begründeter normativer Maßstab, der über die relationalen Vergleichsperspektiven (USA ist ungleicher als Japan, Deutschland ist ungleicher als Schweden usw.) positiv hinausgeht.

- 11 Eine Reihe von Ansätzen spricht sich etwa dafür aus, nur die Verteilung von bereits produzierten, verteilbaren äußeren Gütern in diese Informationsbasis aufzunehmen. Insbesondere materialistische Ansätze bestehen darauf, dass auch Produktionsverhältnisse Teil dieser Informationsbasis sein müssen, während kommunitaristische und tugendethische Ansätze dafür Argumente anbringen, beispielsweise auch Kulturnormen oder Sozialisationsergebnisse in diese Urteile aufzunehmen.

Für den ersten Zugang steht der so genannte Utilitarismus, paradigmatisch für den zweiten Zugang stehen die Gerechtigkeitstheorie von John Rawls und weite Teile der darauf rekurrierenden Tradition des egalitären Liberalismus. Für den dritten Zugang steht schließlich der CA, wie ihn Martha Nussbaum und Amartya Sen in die Debatte eingebracht haben. Um den Capabilities-Ansatz besser konturieren zu können, werden wir in den folgenden Abschnitten zwei konkurrierende gerechtigkeitstheoretische Konzepte aus der Perspektive des CA diskutieren. Wir beginnen mit der Abgrenzung des CA von utilitaristischen Positionen.

Kritik des Utilitarismus

Die Orientierung von Gerechtigkeitsurteilen an dem utilitaristischen „Nutzen“ ist mit einer Reihe von Nachteilen verbunden. Zunächst legt eine strikte Orientierung an einem instrumentellen Kosten-/Nutzenverhältnis weitreichende Ausblendungen der Konstitutionsbedingungen menschlicher Subjektivität nahe, da Subjekte allein oder doch zumindest vorrangig als rationale Nutzenmaximierer konzipiert werden. Dieses Subjekt steht im Mittelpunkt, wenn der Utilitarismus vorschlägt, Gerechtigkeitsurteile am subjektiven Wohlbefinden bzw. an der erfolgten Befriedigung subjektiver Bedürfnisse zu orientieren. Gerechtigkeitsurteile orientieren sich hier an den erreichten Zuständen (in der Sprache des CA so genannte „functionings“ s.u.), wobei im Mittelpunkt das Ausmaß, in dem Personen aus Sachverhalten Nutzen ziehen können, bzw. der optimalen Durchschnittsnutzen einer definierten Population – formuliert als arithmetische Addition im Sinne eines „sum-ranking“ der Individualnutzen ihrer einzelnen Mitglieder (vgl. Sen 2008) – steht. Dieser Maßstab schlägt vor, dass eine Gesellschaft bzw. ein spezifisches gesellschaftliches System dann als gerecht gilt, wenn die Gesamtheit der Bürger (in ihrer Gesamtheit) so glücklich ist, wie es technologisch maximal erreichbar ist. Eine utilitaristische Orientierung am Durchschnittsnutzen, der insbesondere im Sinne subjektiven Wohlbefindens konzeptionalisiert wird, hat ohne Zweifel eine Reihe von Vorteilen zu denen u.a. gehört, dass dieser Maßstab kardinale und interpersonelle Nutzenvergleiche als Informationsbasis für Gerechtigkeitsurteile erlaubt. Allerdings ist sie u.a. mit dem Problem konfrontiert, kein plausibles Kriterium aufweisen zu können, das das vermeidbare Leiden einer Minderheit verbietet, wenn die Gesamtpopulation im Durchschnitt davon profitiert.¹²

Ferner ist es wenig überzeugend, wenn letztlich nur das subjektive (Un-)Zufriedenheitsniveau affirmiert wird. Denn subjektive Bewertungsstandards, Präferenzen und Erwartungen sind nicht zuletzt Ausdruck einer Anpassung an Lebens- und Sozialisationsbedingungen, die selbst von sozialen Privilegierungen und Benachteiligungen durchzogen sind (Bourdieu 1982; Bourdieu 1985; jüngst Bauer 2011). Zielsetzungen und Bedürfnisse von Menschen sind demnach keinesfalls einfach individuell zurechenbar, sondern werden auch durch objektive Chancen und soziokulturelle Standards strukturiert.¹³ Aus wirt-

12 Dieses Dilemma lässt sich zuspitzen auf die sehr praktische Frage, ob für das Glück aller Menschen oder doch der allermeisten nicht ein einziger Mensch geopfert werden kann. Dass mit dieser Perspektive ein Einfallstor für totalitäre Argumente gleich mitgeliefert wird, zeigt nach wie vor eindrücklich Arendt 2005 [1955]. Wenn man das antitotalitäre Argument von Arendt ernst nimmt, dass hier ein „Abwägen“ gar nicht in Frage kommt, lassen sich beispielsweise „humanitäre Interventionen mit militärischen Mitteln“ nicht rechtfertigen.

13 Die kürzeste Formel, auf die dieser empirische Sachverhalt zu bringen ist, liefert Bourdieu, wenn er behauptet, dass zwischen Position (im sozialen Raum) und (individueller) Perspektive eine starke Homologie besteht. Je nach der Position im sozialen Raum, also je nach Ressourcenausstattung, Lebensverlauf und eigener sozialer Herkunft werden die Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsmustern von sozialen Akteuren vorstrukturiert (nicht: determiniert!) und bestimmen die Perspektive, die sie sich von der Welt, von Ereignissen oder von Ideen des guten Lebens machen (Bourdieu 1997a).

schafts- und sozialwissenschaftlichen Forschungen ist die Tatsache „adaptiver Präferenzen“ d.h. von Prozessen der Anpassungen von Ambitionen, Beurteilungsmaßstäben, Empfindungen, Überzeugungen und ästhetischen Vorlieben an die eigenen objektiven Lebenssituationen und -möglichkeiten bekannt, die auf einer individual-psychologischen Ebene die durchaus wichtige Funktion haben „to make life bearable in adverse situations“ (Sen 2008: 18) – wir kommen weiter unten auf das Motiv der adaptiven Präferenzen ausführlicher zurück.

Als Informationsbasis für Gerechtigkeitsurteile ist dies jedoch mit dem Problem verknüpft, dass sich „objektiv“ widrige Lebensumstände häufig nur wenig im „subjektiven Wohlbefinden“ der Betroffenen widerspiegeln, und daher aus der Informationsmenge, auf die sich Gerechtigkeitsurteile beziehen, eskamotiert werden. Die Tatsache der Formbarkeit subjektiver Wertmaßstäbe bringt es daher mit sich, dass eine Bestimmung von Wohlergehen auf der Basis subjektiver Zufriedenheit Gefahr läuft, eine Reihe in anderen Gerechtigkeitstraditionen relevanter Ungleichheiten, Ausbeutungs- und Unterdrückungsverhältnisse zu verschleiern¹⁴. Zumal es eine Reihe von empirischen und sozialtheoretischen Hinweisen dafür gibt, dass insbesondere die am wenigsten Privilegierten häufig „dazu neigen, entgegen ihren eigenen Interessen das Gesellschaftssystem zu affirmieren, welches sie selbst am meisten systematisch benachteiligt“ (Schmid/Bös 2010: 119).

Die liberale Theorie der Gerechtigkeit: John Rawls

Den Ansätzen des egalitären Liberalismus, die für den zweiten Zugang stehen, hält Sen zunächst eine deutlich angemessenere Informationsbasis und ein reichhaltigeres Subjekt-konzept zu Gute. Der egalitäre politische Liberalismus, der sich selbst in der Regel von utilitaristischen Positionen kritisch abgrenzt (vgl. Rawls 1975; Dworkin 1978), stellt eine wesentliche Basis des CA dar, der darauf zielt, vermeidbare Verkürzungen dieser Tradition auszugleichen. Da der CA jedoch zur „Familie“ des egalitären Liberalismus gehört (dazu: Pauer-Studer 2000), ist es sinnvoll, auf die zentralen Prämissen dieses Ansatzes etwas intensiver einzugehen.

Paradigmatisch für den egalitären Liberalismus steht die Theorie der Gerechtigkeit von John Rawls, die wie keine andere Konzeption von Gerechtigkeit die „elementare Botschaft des politischen Liberalismus [... nämlich] Freiheit und Gleichheit für alle“ (Große Kracht 2004: 396) vorgetragen und die politisch-philosophische Debatte im Ausgang des 20. Jahrhunderts nachhaltig geprägt hat. Das Adjektiv „liberal“ meint dabei primär von den (Autonomie-)Rechten von Individuen auszugehen. Ein axiomatischer Ausgangspunkt der Überlegungen von Rawls besteht darin, dass jeder Mensch über eine „der Gerechtigkeit entspringende Unverletzlichkeit [verfügen soll], die auch im Namen des Wohles der gesamten Gesellschaft nicht aufgehoben werden kann“ (Rawls 1975: 19). Aus der liberalen Perspektive sind daher einzelne Personen – und eben keine Staaten, Gemeinschaften, Kulturen oder andere Formen menschlicher Vereinigungen – die Subjekte sozialer Gerechtigkeit bzw. die „ultimate units of moral concern“ (Held 2005: 12).

Rawls' Theorie stellt die Frage nach Gerechtigkeit als politische Frage (vgl. Rawls 1985), die auf der Prämisse aufbaut, „dass nicht die Natur, sondern Menschen dafür verantwortlich sind, wenn sich die natürliche menschliche Vielfalt in Hierarchien niederschlägt und zu Unterdrückung führt“ (Anderson 2000: 170). Wenn sich demnach Gerechtigkeitsdefizite finden sollten, so werden diese Rawls' zufolge in den sozialen Systemen und Ordnungen

14 Je länger z.B. sozial und materiell deprivierende Situationen andauern, desto stärker tendieren die Betroffenen dazu, ihre Bedürfnisse und Neigungen dieser Situation anzugleichen. Menschen mögen demnach auch in marginalisierenden Lebenslagen ein beachtlich hohes Maß an Zufriedenheit und Aspirationsbefriedigung äußern, dies geschieht jedoch häufig auf der Basis von „preferences that have adjusted to their second-class status“ (Nussbaum 2003: 33).

und nicht in den Varianzen von Persönlichkeitseigenschaften, angeborenen Begabungen etc. theoretisch verankert. Ein wesentlicher Gedanke von Rawls ist, „Gerechtigkeit als Fairness“ (Rawls 1975: 19) in den Blick zu nehmen. Es geht darum, innerhalb einer sozialen Gruppe zu einer Verständigung über die Regeln und Handlungsprinzipien zu gelangen, die für diese Gruppe gültig sind, und dies in einer Weise, die die Lebensentwürfe, Interessen und Freiheiten jeder Person dieser Gruppe gleichermaßen berücksichtigt. Sozial gerecht sind solche Gruppen, wenn sie auf (Verteilungs-)Prinzipien aufbauen, auf „die sich freie und vernünftige Menschen in ihrem eigenen Interesse“ (Rawls 1975: 28) unter der Bedingung einer allseits fairen Entscheidungssituation verständigen würden.

Rawls ist sich darüber im Klaren, dass eine solche faire Entscheidungssituation unter den realen (Macht-)Verhältnissen gegenwärtiger kapitalistischer Gesellschaften nicht geben ist. Offensichtlich bilden Menschen ihre Urteile (auch) interessegeleitet und in Abhängigkeit von ihren gegenwärtigen Positionen sowie den sozialisatorischen Wirkungen ihrer früheren Erfahrungen. Um sich der kontrafaktischen Frage anzunähern, wie sich Menschen unter fairen Entscheidungsbedingungen verständigt hätten, greift Rawls auf ein Gedankenexperiment zurück. Er konstruiert einen hypothetischen „Urzustand“ („original position“), d.h. eine fiktive Ausgangssituation, in der sich AkteurInnen in einem Zustand ursprünglicher Gleichheit über die Grundregeln und Verfahren verständigen. „Gesellschaft“ wird dabei nicht in soziologisch realistischem Sinne, sondern – der kontraktualistischen bzw. vertragstheoretischen Tradition der politischen Philosophie folgend – als „Unternehmen der Zusammenarbeit zum gegenseitigen Vorteil“ (Rawls 1975: 105) verstanden, das sich willentlich gestalten lässt. Die von Rawls vorgeschlagene fiktionale Verfassungswahl geschieht unter einem „Schleier des Nichtwissens“ („veil of ignorance“), d.h. einer anonymisierten Entscheidungssituation, in der die Entscheidenden keine Vorstellung davon haben, wer oder was sie letztlich sein werden: Sie kennen weder ihren gesellschaftlichen Status noch ihre „natürlichen“ Fähigkeiten, Vorlieben und Talente. Der „Schleier des Nichtwissens“ soll gewährleisten, dass sich die Individuen bei der Auswahl sozialer Regeln nicht von ihren je partikularen Eigeninteressen und aktuellen Situationen leiten lassen.

Auf Basis dieses Gedankenexperiments geht Rawls der Frage nach, auf was sich hypothetisch vernünftige, kooperationsfähige und mit moralischem Urteilsvermögen ausgestattete, gleichwohl eigennützige Individuen unter fairen Entscheidungsbedingungen einigen würden, wenn sie sich über wechselseitig verbindliche Gerechtigkeitsprinzipien und Institutionenstrukturen verständigen und damit über die Verteilung von Ressourcen, die Zusicherung von Rechten und die Gewährleistung von Daseins- und Handlungsmöglichkeiten, die über ihre Lebensaussichten entscheiden.

Rawls geht davon aus, dass vernünftige Individuen, die nicht wissen, wer sie künftig sein werden und welches ihr gesellschaftlicher Ort ist, sich dafür aussprechen würden, dass die „Lotterie der Natur“ d.h. die Zufälligkeiten der sozialen Herkunft oder natürlicher Begabungen und Handicaps nicht über die individuellen Lebensentwürfe und die Chance ihrer Realisierungschancen entscheiden sollten. Sie würden sich daher vernünftigerweise auf Institutionen einigen, die sicherstellen, dass es für alle eine faire Chance gäbe, ihre Lebenspläne zu verwirklichen, und dass sie Zugriff auf Gelegenheiten haben, die für ihre Lebenschancen bedeutsam sind.

Rawls geht ferner davon aus, dass es eine Reihe von wesentlichen Gütern gibt – Rawls (1982) spricht von „primary goods“ (Grundgüter) – die für die Verteilung von Lebensaussichten von zentraler Bedeutung sind. Unabhängig davon, ob es sich dabei um einen „direkt bewussten Gegenstand menschlicher Interessen“ handelt, so der dabei wesentliche Gedanke, gäbe es grundlegende „Interessen, welche auf Güter gerichtet sind, die [... es den Individuen] überhaupt erst möglich machen, ihre [...] Interessen zu verfolgen, und zwar gewöhnlich umso besser, je mehr sie davon ha[ben], wie z.B. Gesundheit, geistige Fähigkei-

ten, Wissen, soziale Kompetenz, Freiheit, Macht, Vermögen, soziale Anerkennung“ (Koller 2001: 29).

Diese Grundgüter sind also deshalb anzustreben, weil sie sich als inhaltliche Voraussetzungen bzw. als generalisierte Mittel für vernünftige und autonome Formen der Lebenspraxis verstehen lassen, gleichviel worin diese Lebenspraxis im Einzelnen bestehe.

Wie sind diese Primärgüter nun zu verteilen? Unter dem Schleier des Nichtwissens, so Rawls' Argument, würden sich vernünftige und rationale Individuen auf zwei Grundsätze bzw. Verteilungsregeln einigen:

- a) Jede Person hat den gleichen Anspruch auf ein völlig adäquates System gleicher Grundrechte und Freiheiten, das mit demselben System für alle vereinbar ist. Innerhalb dieses Systems wird der faire Wert der gleichen politischen (und nur der politischen) Freiheiten garantiert.
- b) Soziale und ökonomische Ungleichheiten müssen zwei Bedingungen erfüllen [müssen]: *erstens* müssen sie mit Ämtern und Positionen verbunden sein, die allen unter Bedingungen fairer Chancengleichheit offen stehen, und *zweitens* müssen sie sich zum größtmöglichen Vorteil der am wenigsten begünstigten Gesellschaftsmitglieder auswirken (Rawls 2003: 69f.; vgl. Rawls 1975)

Rawls stellt diese Grundsätze in eine lexikalische Ordnung, d.h. der auf Maximierung gleicher Grundfreiheiten verweisende erste Grundsatz hat vor dem zweiten Grundsatz Priorität. Denn diese Grundrechte, so argumentiert Rawls, seien „wesentliche institutionelle Hilfsmittel [...], um die anderen Grundfreiheiten unter den Bedingungen eines modernen Staates zu gewährleisten“ (Rawls 1983: 169). Zugleich hat das Prinzip der fairen Chancengleichheit, das den Zugang zu allen Institutionen für alle mündigen BürgerInnen egalitär regelt, Vorrang vor dem als Differenzprinzip¹⁵ bekannten zweiten Verteilungsaspekt¹⁶, der das eigentliche Verteilungsprinzip von Rawls Theorie darstellt.

Insbesondere mit Blick auf die Grundgüter, deren Verfügung einen fairen Wert von Freiheit gewährleiste, sei eine ungleiche Verteilung nur dann gerechtfertigt, wenn sie unvermeidliche Voraussetzungen oder Folgen der Gestaltung gesellschaftlichen Verhältnisse sind, von der auf längere Sicht ein hinreichend großer „Ungleichheits-Mehrertrag“ („inequality-surplus“) zu erwarten ist (vgl. Koller 1983), der nicht auf gesamtwirtschaftliche Effizienz im Sinne einer Pareto-Optimalität¹⁷ verweist, sondern so gestaltet ist, dass die am wenigsten begünstigten Gesellschaftsmitglieder in absoluter Hinsicht stärker profitieren als im Falle einer gleichmäßigeren Verteilung der genannten Güter. Die ungünstigste Posi-

15 Die Pointe des Differenzprinzip lautet, „dass die Gesellschaftsordnung nur dann günstigere Ausichten für Bevorzugte einrichten und sichern darf, wenn das den weniger Begünstigten zum Vorteil gereicht“ (Rawls 1975: 96). Dies verlangt konsequenterweise, dass zumindest alle „primary goods“ „gleich zu verteilen sind, es sei denn, dass eine ungleiche Verteilung von einigen oder von allen dieser Güter zum Vorteil der Benachteiligten ist“ (Rawls 1975: 302f.).

16 Das bedeutet nun nicht, dass Gleichheit einen untergeordneten Wert bei Rawls darstellt. Wie E.O. Wright und H. Brighouse (2001) überzeugend erläutern: „Because fair value means something close to ‘equal value’ and because substantial inequalities of income and wealth are incompatible with political equality as Rawls understands it, the priority of the Liberty Principles, in most scenarios, a materially egalitarian aspect of the theory of justice“.

17 Das Pareto-Optimum ist ein Begriff aus der Wohlfahrtsökonomie. Er bezeichnet ein so genanntes Wohlfahrtsoptimum. Nach dem Gabler-Online-Lexikon [Zugriff am 14.3.2011] ist ein Pareto-Optimum eine „[g]esellschaftliche Situation, in der es nicht möglich ist, die Wohlfahrt eines Individuums durch eine Re-Allokation der Ressourcen zu erhöhen, ohne gleichzeitig die eines anderen Individuums zu verringern. [...] Anders formuliert: Eine Situation, in der A besser gestellt werden kann und B nicht gleichzeitig schlechter gestellt werden muss [...], zeigt, dass sich das System noch nicht im Optimum befindet.“

tion in einem im Rawls'schen Sinne gerechten Verteilungsarrangement ist demnach besser als die ungünstigsten Positionen bei anderen Verteilungen. Da das Differenzprinzip also darauf zielt, das soziale Minimum zu maximieren, wird es in ökonomischen Kontexten auch als „Maximin-Prinzip“ diskutiert¹⁸.

Ohne Zweifel hat Rawls eine für moderne wohlfahrtstaatliche Institutionen nicht mehr hintergehbare Plattform für die Thematisierung von Gerechtigkeit geschaffen, die genau das zulässt, was vor Rawls als eine Quadratur des Kreises galt: Eine begründungstheoretisch stringente Versöhnung von Freiheit und Gleichheit als axiomatische Grundwerte menschlicher Wohlfahrt. Die Stärken von Rawls' Gerechtigkeitstheorie liegen dabei vor allem „in der Beurteilung öffentlicher Wohlfahrtsproduktion, wenn es um die Bestimmung und Begründung einer Förderung des allgemeinen Wohlergehens von BürgerInnen mittels der Sicherstellung jener (teilbaren) Ressourcen und Güter geht, die zur Führung eines selbstbestimmten Lebens grundlegend notwendig sind“ (Oelkers/Schrödter 2008). So lässt sich etwa die Forderung nach gesundheitsbezogener Gleichheit in Kombination mit autonomer Lebensführung als Moment von Gesundheit auf Basis der Rawls'schen Gerechtigkeitstheorie sehr gut begründen (siehe hierzu ausführlicher Kapitel 3 unten).

Probleme der Rawls'schen Theorie der Gerechtigkeit

Rawls' Ansatz ist seit den siebziger Jahren bis heute international eine der am breitesten diskutierten Gerechtigkeitstheorien. Rawls selbst hat seinen Ansatz mehrfach überarbeitet und korrigiert (Hinsch 1992; Rawls 1995; vgl. auch Habermas 1996). Wir können und wollen hier natürlich nicht allzu sehr in die Rawls-Exegese und -Kritik eintauchen, sondern nur die für unseren weiteren Argumentationsverlauf wichtigen Kritikpunkte der Rawls'schen Theorie skizzieren.

Neben grundsätzlicher Kritik an kontraktualistischen Theorieanlagen ist immer wieder Rawls' Personenkonzept kritisiert worden als ahistorisch, differenzblind und implizit normativ ausgerichtet am „US-amerikanischen Menschen“. Im Rawls'schen Personenkonzept, so die Kritik, wird eine Handlungsautonomie unterstellt, die faktisch nicht oder nur für wenige Menschen in der Form gegeben ist.

Im Kontext der feministischen Ethik ist der Autonomiegedanke der Rawls'schen Vertragstheorie ebenfalls scharf kritisiert worden. Die Kritik bezieht sich insbesondere darauf, dass sowohl das „moralische Ich“ als auch die „relevanten Anderen“ auf abstrakte, bindungslose, austauschbare Individuen reduziert werden, und diese reduktive Abstraktion von Individuen „mit einer konkreten Geschichte, Identität und affektiv-emotionalen Verfassung“ (Benhabib 1989: 460) implizit Vorstellungen vom moralischen Subjekt als „weiße, männliche Erwachsene, die Besitz oder zumindest einen Beruf haben“ (Benhabib 1989: 460) transportiere.

Ebenfalls für das vorliegende Thema gewichtig ist ein zweiter Kritikpunkt an Rawls: Die von Rawls vorgeschlagene Informationsbasis der „Grundgüter“ bekommt bestimmte Ungleichheiten bzw. Ungerechtigkeiten nicht in den Blick. So haben Menschen unterschiedliche Möglichkeiten, die Mittel zur Verwirklichung ihrer Bedürfnisse zu nutzen. Diese Verwirklichungsmöglichkeiten werden zum einen durch große Unterschiede in der kör-

18 Die Radikalität von Rawls' Differenzprinzip wird häufig unterschätzt. Das häufig vertretene Argument Rawls' Gerechtigkeitsidee sei im Wesentlichen die sozialphilosophische Rechtfertigung des real (noch) existierenden europäischen Sozialstaatsmodells, kann nicht wirklich überzeugen, da es wie Erik Olin Wright und Harry Brighouse betonen (2001: 16) „equalization processes“ nahe legt „[which cannot] be carried out to the point where they accomplish egalitarian justice without seriously challenging capitalist institutions“.

perlichen und geistigen Konstitution bestimmt. Auch die jeweiligen natürlichen und kulturellen Umweltbedingungen können solche Verwirklichungsmöglichkeiten beeinflussen (vgl. Roemer 1998; Sen 2009: 253). Solche Variationen sind ein empirischer Normalfall und nicht wie in der Rawls'schen Theorie nahe gelegt wird, der Ausnahmefall: Menschen verfügen über unterschiedliche interne Fähigkeiten. Menschen mit Behinderungen, Kranke, Kinder oder Alte brauchen häufig mehr an bestimmten Gütern und ggf. auch andere Güter, um ein gewisses Maß an Autonomie zu realisieren. Weil es sich bei Krankheit, Behinderung, Alter und weiteren Inferenzen, die Rawls zufolge die prinzipielle Unabhängigkeit einschränken, um Zustände handelt, die zumindest potenziell jeden betreffen, ist der „normalfunktionierende Bürger“, auf den die Verteilung von Gütern zugeschnitten ist, eine Konstruktion, die in der Regel auf nur kurze Zeitspannen im Leben weniger Menschen zutrifft (vgl. Nussbaum 2002). Da Menschen nun unterschiedlich viele Ressourcen benötigen, um als Gleiche auftreten zu können, ist es nicht ausreichend, wenn Gerechtigkeitsurteile lediglich die Mittel in den Blick nehmen. Forderungen nach Chancengleichheit im Sinne der Gleichverteilung von Mitteln können zu starken Ungleichheiten und ggf. auch massiven Diskriminierungen führen (vgl. Scherr/Bittlingmayer 2009; Oelkers et al. 2010).

Über den Blick auf die Verteilung bzw. den Mangel an Ressourcen hinaus sind daher jene Befähigungen zu beachten, die es Menschen erlauben, Ressourcen in eine für sie vorteilhafte und erstrebenswerte Lebensführung umzusetzen¹⁹.

Der Capabilities-Ansatz

In Auseinandersetzung mit Rawls' Parameter der Grundgütergleichheit haben Amartya Sen und Martha Nussbaum mit dem Rekurs auf Capabilities eine alternative Metrik der Gleichheit eingeführt, die verspricht dieser Blindstelle besser gerecht zu werden und dabei gleichzeitig innerhalb des politisch-liberalen Gebäudes von Rawls zu verbleiben.²⁰ Vor allem in der Variante von Martha Nussbaum geht es dem CA, ausgehend von einer Bestimmung dessen, was menschliches Leben kennzeichnet, darum, die gesellschaftlichen und institutionellen Bedingungen zu bestimmen, die für eine Teilhabe an Möglichkeiten eines guten Lebens unverzichtbar und dazu geeignet sind, Individuen zu befähigen, sich „für ein gutes Leben und Handeln“, also einen konkreten eigenen individuellen oder kollektiven

19 Umgekehrt eignet sich auch „Kompetenz“ nicht alleine als normativer Referenzrahmen von Gerechtigkeitsurteilen. So wie gleiche Ressourcen bei ungleicher Kompetenzausstattung zu Ungerechtigkeiten führen können, können auch gleiche Kompetenzen im Rahmen von ungleichen sozialen Bedingungen Ungerechtigkeit bedeuten. Dieses Motiv hat die empirische Bildungsforschung in Deutschland zuletzt sehr markant herausgestellt (vgl. Bos et al. 2007; zur Kritik am Kompetenzbegriff vgl. Bittlingmayer et al. 2009c).

20 Dabei ist nicht zu verhehlen, dass auch der Capabilities Ansatz per se nicht unproblematisch ist. Er ist zunächst eher ein „Ansatz“ als eine vollständige „Theorie“ und kann sowohl an kritische wie an konservative, an sozialistische wie an neo-liberale Theorien und Konzeptionen angeschlossen werden (dazu: Andresen et al. 2008). Zu Recht haben Peter Bartelheimer et al. (2008: 42) auf die Gefahr verwiesen, dass eine Capabilities-Perspektive vor dem Hintergrund gegenwärtiger sozialpolitischer Diskurse schnell dazu gebraucht werden kann, „Menschen zu Unternehmern ihrer Verwirklichungschancen zu erklären, sie mit ihren Teilhabersrisiken allein zu lassen und ihnen eine benachteiligte Lebenslage als individuelles Verschulden oder Versagen zuzuschreiben. Eine Rhetorik der Teilhabechancen könnte wohl auch dazu benutzt werden, Individuen ohne bedarfsgerechte Unterstützungsansprüche für ihre Lage verantwortlich zu machen und Politik von der Verantwortung für Teilhaberesultate zu entlasten“. Dies ist nicht zuletzt darin begründet, dass der Capabilities Ansatz bislang häufig „eher ein Repertoire guter Rhetorik als harte Fakten [...] geliefert hat. Dies lässt] einer politischen Instrumentalisierung breiten Raum“ (Bartelheimer et al. 2008: 42), und es ist unübersehbar, dass ProtagonistInnen einer „neozosialen Zukunft“ (vgl. Pfeiffer 2010) von dieser Instrumentalisierungsmöglichkeit ebenso Gebrauch wie national-liberale Ideologieproduzenten (vgl. Sarrazin 2010: 130 ff.)

Lebensentwurf entscheiden zu können (Nussbaum 1999: 24). Dabei unterscheidet Nussbaum zwei Schwellen oder Grenzen in Hinblick auf die individuelle Verwirklichung eines guten Lebens: „Die erste Schwelle kennzeichnet die Grenze, unterhalb derer eine Person nicht befähigt ist, ein menschliches Leben zu führen. Die zweite Schwelle markiert die Grenze, unterhalb derer eine Person zwar eine menschliche Lebensform erreichen kann, aber nicht imstande ist, ein gutes Leben zu verwirklichen.“ (Dietrich 1999: 200)

Anders als die direkte Übersetzung vermuten ließe, verweisen Capabilities nicht nur auf Kompetenzen oder (Handlungs-)Fähigkeiten. Vielmehr geht es um die Entfaltungsmöglichkeiten von AkteurInnen. Während die Rede von „Kompetenzen“ individualisierende Implikationen aufweist, geht es der Capabilities Perspektive nicht um einen einseitigen Fokus auf individuelle Eigenschaften oder Dispositionen, sondern um deren Verortung in einem komplexen Zusammenspiel von Infrastrukturen, Ressourcen, Berechtigungen und Befähigungen. Die Capabilities-Perspektive geht davon aus, dass „individuelle Chancen [...] gesellschaftlich strukturiert [werden]: Ökonomische Ressourcen und institutionelle Anspruchsvoraussetzungen („Umwandlungsfaktoren“) bilden zusammen die kollektiven Unterstützungsstrukturen, von denen die Auswahlmenge an Verwirklichungschancen und die Wahlmöglichkeiten bei der individuellen Lebensführung abhängen“ (Bartelheimer 2009: 51).

Dieser Aspekt der „situatedness“ ist ein konstitutiver Kernaspekt des CA (vgl. Corteel et al. 2009: 123), da Handlungsoptionen systematisch an verfügbare Optionen und Ressourcen zurückgebunden sind. Nichtsdestoweniger kommt Zurverfügungstellen von Ressourcen oder Gütern – sei es in Form von Geld oder Sachleistungen – nicht automatisch einer Erweiterung von realen Wahl- und Handlungsfreiheiten gleich. Ob und inwiefern dies so ist, ist auch eine Frage der so genannten „Umwandlungsfaktoren“. Sofern Personen nicht in der Lage sind, ihre Ressourcen in Handlungsmöglichkeiten und Zustände zu konvertieren, wird das Ziel einer Erweiterung von Capabilities verfehlt (vgl. Bonvin 2009). Im Anschluss an Peter Bartelheimer (2009) lässt sich der Zusammenhang von Ressourcen, Umwandlungsfaktoren, Capabilities und realisierten Zuständen und Handlungsweisen schematisch wie folgt darstellen:

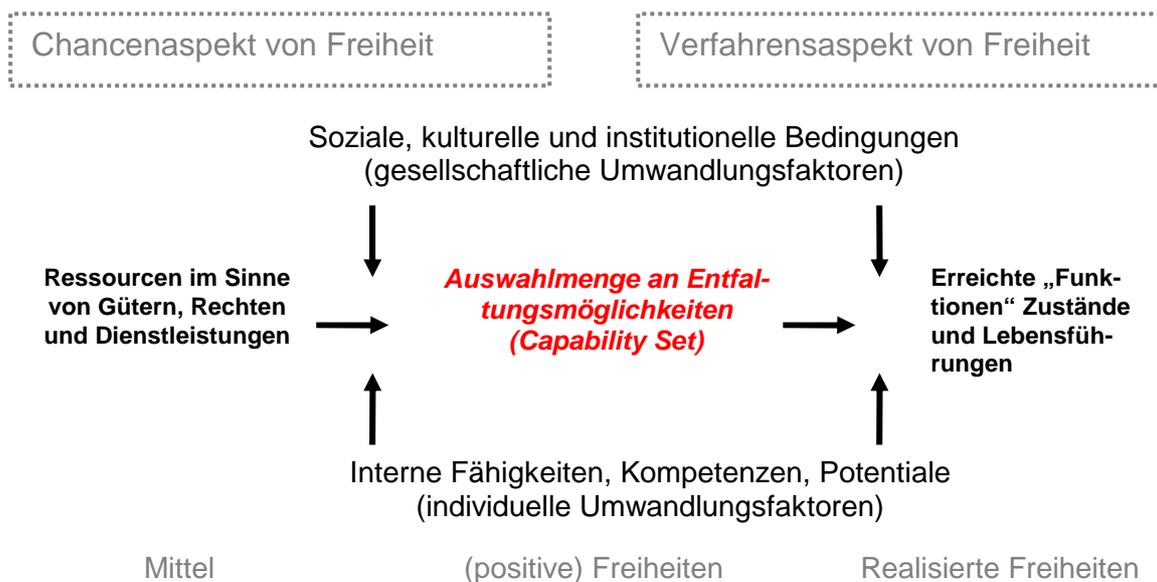


Abb. 3: Schematische Darstellung des CA; eigene Darstellung nach Bartelheimer 2009

Die Capabilities-Perspektive eröffnet den Blick auf jene Ungleichheiten, die sich durch eine unterschiedliche Transformation von Gütern in positive Freiheiten ergeben, die sich in den Möglichkeiten der Lebensführung niederschlagen. Es geht um die reale – im Gegensatz zur nur formalen – Freiheit der Individuen im Sinne ihrer tatsächlichen Möglichkeit, unterschiedliche Formen der Lebensführung zu aktualisieren, die sie mit guten Gründen wertschätzen (vgl. Sen 1992, 2000). Damit wird die vieldimensionale Frage nach sozialer Ungleichheit systematisch ernst genommen, ohne zu bezweifeln, dass auch „einfache“ ressourcenbezogene Ungleichheiten von hoher Relevanz sind.

Im Hinblick auf das Spektrum sozialwissenschaftlicher Ungleichheitstheorien kann der CA dabei als Integration von drei Typen der Erfassung von Ungleichheit verstanden werden. Über einen, von Erik Ohlin Wright (2009) als „individual-attributes approach“ thematisierten Ansatz, der soziale Ungleichheiten als Ungleichverteilungen von individuellen Merkmalen, wie z.B. von Einkommen, Kompetenzen, Bildungsabschlüssen oder Humankapital, in den Blick nimmt hinaus, akzentuiert der CA auch soziale Strukturen und (Schließungs-)Prozesse, die Zugang zu Ressourcen und Chancen der Selbstachtung begrenzen. Schließlich weist der CA auch eine konstitutionstheoretische Nähe zu jener materialistischer Traditionslinie von Ungleichheitstheorien auf, die E. O. Wright (2009) als „exploitation-domination approach“ thematisiert und in deren Mittelpunkt weniger Güterverteilungen als vielmehr Ausbeutungs- und Herrschaftsverhältnisse stehen. Dabei legt der ungleichheitstheoretische Zugang des CA eine Kombination dieser Perspektiven nahe, deren Fokus gleichwohl auf dem „Wirken strukturell verfestigter Machtpotentiale“ (Kreckel 2006: 15, vgl. Morriss 2002; Lukes 2005) liegt. Soziale Ungerechtigkeit lässt sich aus der Perspektive des CA also nicht zureichend als ein bloßes Mehr oder Weniger an Einkommen, Bildung, Gesundheit usw. beschreiben, sondern umfasst auch strukturelle Verhältnisse, die nicht zuletzt als Ausbeutung, Ausgrenzung, Demütigung, Diskriminierung, Entfremdung, Entrechtung, Marginalisierung, Missachtung, Ohnmacht, Nicht-Repräsentanz und Unterdrückung zu charakterisieren sind.

Handlungsoptionen und Entfaltungsmöglichkeiten sind nach dem CA also systematisch an verfügbare Ressourcen und Optionen bzw. Opportunitätsstrukturen zurückgebunden und hängen von der individuellen Verfügbarkeit und Zugänglichkeit einer nicht beliebig unterschreitbaren Menge und Komposition von Ressourcen ab. Die Verteilung dieser Ressourcen ist insofern ein unhintergebares Element einer politischen Gewährleistung der Grundlagen eines guten menschlichen Lebens. Allerdings sind solche Ressourcen letztlich lediglich Mittel zur Realisierung von Lebensentwürfen – das individuell gute Leben ist nicht deckungsgleich mit der relativen Verfügung über Kapitalien, deren (Gebrauchs-)Wert sich nur relativ zu sozialen, kulturellen und individuellen Umwelten erschließt (vgl. Thernborn 2001). Andrew Sayer (2005: 117) führt diesen Gedanken in seiner Auseinandersetzung mit der „moral significance of class“ wie folgt aus: „[I]nequalities matter to people most in terms of their impact on the lives that they seek to live and the things, relationships and practices which they value. They affect what Amartya Sen calls their ‘capabilities’ to engage in ways of life they have reason to value“.

Die kulturanalytische und geschlechtertheoretische Kritik an einseitig ressourcenbezogenen Bestimmungen von Ungleichheit reflektierend lautet Sens und Nussbaums Argument im Wesentlichen, dass über Ressourcen zu verfügen zwar ohne Zweifel eine unhintergebare Grundbedingung, aber nicht *alleine* dafür entscheidend sei, welche Lebenschancen und Entfaltungspotentiale unterschiedliche Individuen lebenspraktisch auch tatsächlich realisieren können. Über die Güterverteilungen oder den Fokus auf individuelle Attribute hinaus schlägt der CA daher vor, die Perspektive zu erweitern und das Spektrum effektiv realisierbarer und hinreichend voneinander unterscheidbarer Handlungsalternativen in den Mittelpunkt der Analyse zu rücken, die es den AkteurInnen erlauben, ein Leben zu führen, das sie selbst mit guten Gründen erstreben. Statt auf die Mittel zur Zielerrei-

chung solle sich der Blick daher auf die tatsächlich realisierbaren *Funktionsweisen*, d.h. auf die Kombinationen jener Tätigkeiten und Zustände einer Person, richten, die diese begründet wertschätzen (vgl. Sen 1992). VertreterInnen des Capabilities-Ansatzes argumentieren, dass die Frage ungerechter sozialer Ungleichheit mit Blick auf die Ungleichheit der Verteilung von tatsächlichen Handlungsbefähigungen und Verwirklichungschancen, d.h. von Capabilities, in den Blick zu nehmen seien.

Die Beurteilung von Ungleichheit aus einer Capabilities-Perspektive setzt daher eine relationale Perspektive voraus, die es erfordert den gleichsam materiell, institutionell und politisch-diskursiv strukturierten *Raum gesellschaftlicher Möglichkeiten* mit dem je *akteursbezogenen* Raum *individueller Bedürfnisse und Befähigungen* in Beziehung zu setzen.²¹ Die Ermöglichung von Entfaltung bzw. „human flourishing“ im Sinne einer selbstbestimmten Lebenspraxis stellt dabei den wesentlichen Bewertungsmaßstab zur Beurteilung dieser Konstellation dar (vgl. Andresen et al. 2008; Otto/Ziegler 2008). Diese Möglichkeits- und Fähigkeitsräume bestimmen die objektiven Chancen auf Wohlergehen bzw. auf ein gutes, gelingendes Leben, das im Sinne der Reichweite und Qualität des Spektrums sowie der Menge effektiv realisierbarer, hinreichend voneinander unterscheidbarer Möglichkeiten und Fähigkeiten von Menschen qualifizierbar ist, für ihre eigene Konzeption eines guten Lebens wertvolle Handlungen und Zustände realisieren zu können.

Nicht nur mit Blick auf eine solche relationale Perspektive ist der CA an die personenbezogenen Leistungen der Gesundheitsförderung anschlussfähig. Denn die Capabilities-Perspektive lässt sich als eine gleichermaßen materialistische wie liberale Version einer aristotelischen Gerechtigkeitsethik verstehen, die nach den „besten Möglichkeiten unseres Lebens“ und danach fragt „in welcher Weise [...] wir uns sinnvoll zu ihnen verhalten“ (Seel 1998: 113). Für aristotelische Ethiken ist das „gelungene“, „gute Leben“ als oberstes aller praktischen Güter und menschliches Glück stellt das „Integral“ dar „das all das zusammenhält, was zu einem guten Leben gehört“ (Vossenkuhl 2006: 322). Dabei wird Glück in einem eudaimonistischen Sinne verstanden, der sich vor allem auf „objektiv“ wünschenswerte Realisierungen menschlicher Entfaltungspotentiale bezieht. Eudaimonistisches menschliches Glück ist ein Element praktischer Lebensführung, das auf komplexe Zustände und Handlungsweisen (und -ziele) verweist, die ein erfülltes Leben und menschliche Entfaltung konstituierten (Dietrich 1999). Solchen aristotelischen Ethiken ist vorgeworfen worden, jene paternalistischen, ja despotischen Bevormundungen zu legitimieren, die die liberale Gerechtigkeitstheorie gerade zu vermeiden trachtet. Während eine Reihe aristotelischer Perspektiven gerade im Bereich öffentlicher Erziehung mit ihrem Fokus auf die Kultivierung des Charakters und des „Sich-gut-Verhaltens“ des einzelnen moralischen Subjekts häufig Pate standen für neo-konservative Entwürfe der Gemeinschaftsethik und/oder werterzieherische Einübungen in tugendhafte Einstellungen und Verhaltensweisen, gilt dies für die links-aristotelische Capabilities-Perspektive weit weniger.²² Mit dem CA geht es nicht darum, allgemeinverbindliche Entscheidungen über das Gute und menschliche Vervollkommnung aus einer metaphysischen Beobachterperspektive zu fällen und Lebensziele oder Lebensführungen Dritter zu dekretieren.

Der Vorteil aristotelischer Ansätze gegenüber prozeduralistischen, kontraktualistischen und deontologischen Ethiken als Grundlage für eine Auseinandersetzung mit der

21 Diese Formulierung deutet schon an, dass der Capabilities-Approach sehr anschlussfähig ist für eine relationale sozialstrukturanalytische Position, wie sie vor allem Pierre Bourdieu (1982, 1985) oder für Deutschland etwa Michael Vester et al. (2001; aktuell mit Bezug auf Gesundheit Vester 2009) vertritt. Wir werden weiter unten darauf zurückkommen.

22 Das links-aristotelisch bezeichnet bereits, dass es ein breites Spektrum von neo-aristotelischen Positionen gibt. Es reicht von links-sozialdemokratischen Ansätzen über utilitaristische Zugänge bis hin zu kulturkonservativen und nationalistischen Positionen (vgl. Dietrich 1999; MacIntyre 2004).

Frage von Gerechtigkeit besteht in ihrer gegenstandbezogenen Angemessenheit mit Blick auf Maßnahmen, die auf Veränderungen personaler Zustände und Praxisweisen zielen. Aristotelische Ansätze basieren auf einer vergleichsweise anspruchsvollen personentheoretischen Fundierung. Sie gehen „von einer gerichteten Entwicklung von Menschen als zu wertvoll angesehen Persönlichkeitszuständen“ aus (Brumlik 1992: 243) und nehmen über formale Standards und rationale Abwägungen hinaus, auch Neigungen, Empfindungen, Erlebnisperspektiven, ästhetische Handlungsmotivationen und affektive Haltungen systematisch ernst. Schließlich weisen diese Ethiken über materielle Aspekte hinaus auch Anerkennungsverhältnissen und der Frage nach „Kultur“ im Sinne von Haltungen, symbolisch artikulierten Lebensentwürfen und sinngebenden Praktiken eine systematische Bedeutung zu und orientieren sich auf Fragen hin, in denen es um die Komplexität von Lebenswelten und Lebensführungen von leibhaftigen, mehr oder weniger abhängigen, verwundbaren AkteurInnen, die Diversität von Individuen und ihren gesellschaftlichen Kontexten und schließlich um Identitäten und Lebensführungen in einem praktischen Sinne geht.

Während es in den generellen Überlegungen ein hohes Ausmaß an Übereinstimmung in den Versionen des CAs gibt, wie ihn Amartya Sen und Martha Nussbaum vorschlagen, finden sich dennoch eine Reihe wichtiger Unterschiede in einzelnen Formulierungen und Begründungen.

Sen hat mit dem CA vor allem einen Standard formuliert, durch den sich Ungleichheiten angemessen bestimmen und messen lassen. Martha Nussbaum versteht Capabilities vor allem als Grunddimensionen einer Ethik des guten Lebens. Sens Ansatz ist durch eine weite begründungsarchitektonische Offenheit gekennzeichnet, in der der öffentlichen Deliberation über die Frage, welchen Capabilities Priorität einzuräumen sei, eine hohe Bedeutung zukommt. Demgegenüber stellt in Martha Nussbaums Variante des CA eine elaborierte Konzeption menschlicher Bedürfnisse ein entscheidendes Kriterium sozialer Gerechtigkeit dar.

Eine wichtige Gemeinsamkeit von Nussbaum und Sen besteht jedoch zunächst in einer zentralen theoriearchitektonischen Unterscheidung zwischen „Funktionsweisen“ und „Capabilities“ (vgl. Nussbaum 2000a, 2006; Sen 1999, 1992). Funktionsweisen verweisen auf tatsächlich realisierte wertgeschätzte Zustände und Handlungen, die für das eigene Leben als wertvoll erachtet werden und die die Grundlagen der Selbstachtung nicht in Frage stellen (actual achievement).

Mit Capabilities geht es hingegen um reale praktische *Freiheiten* sich für – oder gegen – die Realisierung von unterschiedlichen Kombinationen solcher Funktionsweisen *selbst entscheiden* zu können (freedom to achieve).

Der CA richtet sich – wie der Name nahe legt – weniger auf die realisierten Funktionsweisen, sondern vielmehr auf jene Autonomiespielräume, die mit dem Capability Begriff in den Fokus rücken. Martha Nussbaum hat diesbezüglich darauf aufmerksam gemacht, dass sich ein gutes und vollständiges Leben menschlicher AkteurInnen zwar nicht lediglich in hypothetischen, potenziellen Optionalitäten, sondern nur in der Form des tatsächlich verwirklichten Lebens manifestieren könne. Für politische Zielsetzungen sei es aber „nichtsdestoweniger angemessen, dass wir auf die Befähigungen zielen – und nur auf diese. Ansonsten muss es den BürgerInnen freigestellt sein, ihr Leben selbst zu gestalten. [...] Denn] selbst wenn wir sicher wüssten, worin ein gedeihliches Leben besteht und dass eine bestimmte Funktionsweise dafür eine wichtige Rolle spielt, würden wir Menschen missachten, wenn wir sie dazu zwingen, diese Funktionsweise zu realisieren“ (Nussbaum 2000a: 87f.).

Mit der durch den Capabilities Begriff erfolgten Betonung des Freiheitsaspekts wird einem wesentlichen Problem der Bestimmung eines guten Lebens begegnet: Es findet sich keinesfalls nur eine einzige Konzeption menschlicher Entfaltung, sondern eine Pluralität von Vorstellungen über das Gute, die sich historisch, gesellschaftlich und kulturell aber

auch individuell unterscheiden. Daher ist es im höchsten Maße illiberal, von einem spezifischen inhaltlich ausgefüllten Verständnis des guten Lebens auszugehen und dieses als sozial- und gesundheitspolitisch folgenreiche normative Rahmung zu setzen – wir werden in Kapitel 3 ausführlicher auf diesen Punkt zu sprechen kommen.

In dieser Hinsicht unterscheidet sich Nussbaums Ansatz auch von Bedürfnistheorien im engeren Sinne. Denn es geht ihr auch mit Blick auf die Bedürfnisse weniger um tatsächlich realisierte Zustände, sondern um realisierbare Möglichkeitsspielräume. In diesem Sinne fokussiert Nussbaums Begriff der Capabilities über Bedürfnisbefriedigungen vor allem auf die Formulierung eines weit reichenden Rechts auf Autonomie (vgl. Pauer-Studer 2000). Mit dieser systematischen Verknüpfung vermeidet Nussbaum ein – gerade auch in sozialpolitischer Hinsicht – zentrales Manko von Bedürfnistheorien. Denn während die Kehrseite einer Orientierung an Bedürftigkeit typischerweise in einer paternalistischen Wohlfahrtsgeste, namentlich in investigativen Bedürftigkeitsprüfungen (einschließlich entsprechender Kontrollbürokratien) besteht, erlaubt die Erhebung von Ansprüchen auf Basis eines universalistischen Rechts auf Autonomie die Privatheit, Integrität und schließlich auch die Würde von Individuen eher zu wahren als eine Erhebung von Ansprüchen auf Basis des ambivalenter Parameters der Bedürftigkeit (vgl. Pauer-Studer 2003). Indem Nussbaum ihre mit Blick auf menschliche Bedürfnisse begründeten Capabilities als Rechte („fundamental entitlements“) von Individuen formuliert und ihre Konzeption des Guten als verbürgte Freiheit („the good as freedom“) dezidiert gegen eine Oktroyierung des Guten („the good as discipline“) begründet (vgl. Nussbaum 1998), synthetisiert sie die vermeintlich widersprüchlichen Elemente einer liberalen Gerechtigkeitstheorie, die auf Rechtsprinzipien aufbaut und einer Lebensführungsethik, die ihre Grundlage in einer vagen, historische und kulturelle Spezifikationen zulassenden, nichtsdestoweniger aber starken Konzeption des Guten aufbaut.

Im Gegensatz zu Rawls' „thin theory of the good“, welche – ausgehend von der Überlegung, dass es einen „Pluralismus zwar einander ausschließender, aber gleichwohl vernünftiger umfassender Lehren“ (Rawls 1998: 12) eines gelingenden Lebens gebe – weitgehende Neutralität gegenüber unterschiedlichen Auffassungen des guten Lebens beansprucht²³, formuliert Nussbaum ihrem Anspruch nach eine „thick vague theory of the good“ (Nussbaum 1992: 214). Diese Konzeption bezieht sich nicht auf das *individuelle* gute Leben, das als Sache der Individuen vor äußeren Eingriffen zu schützen bleibt, wohl aber auf das autonomiekonstitutive gute *menschliche* Leben, das als Ziel öffentlicher Gesundheits- und Wohlfahrtspolitik formuliert wird und das Grundlage für die Realisierung unterschiedlicher Konzeptionen des guten Lebens universelle Gültigkeit beansprucht. Obwohl auch in Nussbaums Ansatz Autonomie im Sinne der Auseinandersetzung mit individuellen Freiheitsspielräumen der entscheidende Angelpunkt ist, braucht er deshalb eine starke Theorie des Guten, weil es ihr – anders als Rawls – nicht nur um generalisierte Mittel geht, die als Voraussetzung unterschiedlicher Formen einer gelingenden Lebenspraxis verstanden werden können, sondern auch um die Auszeichnung von Tätigkeiten und Seinsformen, die als eine objektiv bestimmbare Dimensionen eines guten menschlichen Lebens gefasst werden.

Auf Basis dieser Überlegungen schlägt Nussbaum eine „objektive Liste“ grundlegender menschlicher Capabilities vor, die das Fundament für die Verfolgung und Verwirklichung der verschiedensten Entwürfe eines guten Lebens darstellen (Tabelle 2).

23 Eine minimale Theorie des guten, gelingenden Lebens ist nichtsdestoweniger auch bei Rawls enthalten. Diese besteht darin, dem Prinzip der moralischen Autonomie mit Blick auf Lebensentscheidungen den Vorzug zu geben.

1. *Leben*: Fähig zu sein, ein Leben von normaler Länge zu leben; nicht vorzeitig zu sterben oder vor jenem Zeitpunkt, an dem das Leben so reduziert ist, dass zu leben es nicht mehr wertvoll erscheint.
2. *Körperliche Gesundheit*: Fähig zu sein, über eine gute Gesundheit – inklusive der Reproduktionsfähigkeit – sowie über angemessene Ernährung und Unterkunft zu verfügen.
3. *Körperliche Integrität*: Fähig zu sein zur ungehinderten Ortsveränderung, zur Sicherheit vor Gewalt – einschließlich der Vergewaltigung und Gewalttätigkeit in der Familie –, zur freien Befriedigung sexueller Bedürfnisse²⁴ sowie zur freien Wahl in Bezug auf die Fortpflanzung.
4. *Sinne, Vorstellungen und Gedanken*: Fähig zu sein, die Sinne zu gebrauchen und zu denken, Ausdrucksmöglichkeiten zu besitzen, lustvolle Erfahrungen zu haben und unnötigen Schmerz zu vermeiden. Die Gelegenheit zu haben, den eigenen Verstand in einer Weise anzuwenden, die durch die Garantien der freiheitlichen Äußerungen der politischen und künstlerischen Rede sowie der freien Religionsausübung geschützt werden.
5. *Gefühle*: Fähig zu sein, emotionale Bindungen zu Gegenständen und anderen Menschen einzugehen und die Möglichkeit zur Entwicklung der eigenen Gefühle zu haben. Die Möglichkeit umfasst Formen der menschlichen Gemeinschaftsbildung, von denen sich nachweisen lässt, dass sie für die Gefühlsentwicklung wesentlich sind.
6. *Praktische Vernunft*: Fähig zu sein, sich eine Vorstellung vom Guten zu bilden und sein eigenes Leben daraufhin in kritischer Reflexion zu planen.
7. a. *Zugehörigkeit*: Fähig zu sein, für und mit anderen Menschen zu leben und für sie Sorge zu tragen. Fähig zu sein, sich in die Situation eines anderen hineinzusetzen. b. *Zugehörigkeit*: Fähig zu sein, über eine soziale Basis für Selbstrespekt zu verfügen und frei von Demütigungen zu leben.
8. *Andere Lebewesen*: Fähig zu sein zu einer Beziehung zur Welt der Natur.
9. *Spiel*: Fähig zu sein, zu spielen, zu lachen und zur Erholung.
10. a. *Politische Kontrolle über die eigene Umwelt*: Fähig zu sein, an politischen Entscheidungen teilzuhaben, die das eigene Leben betreffen. Das Recht auf freie Rede und freie Assoziation zu besitzen.
b. *Materielle Kontrolle über die eigene Umwelt*: Die Möglichkeit zu haben, über Eigentum zu verfügen. Das Recht besitzen, eine Beschäftigung auf Gleichheitsgrundlage zu erlangen; frei zu sein von Verfolgungen und Beschlagnahmungen.

Tab. 2 Liste der *Central Capabilities* nach Martha Nussbaum (2006: 76ff., übersetzt von Ulrich Steckmann)

Es geht Nussbaum mit ihrer Liste nun nicht um die Bevorzugung, Förderung oder Forderung inhaltlich bestimmter Lebensführungen, und erst recht nicht darum, Ziele der Selbstentfaltung und -verwirklichung der AkteurInnen aufzudrängen oder gar in sanktionsbewehrter Weise einzufordern. Das Anliegen der Liste Martha Nussbaums besteht vielmehr darin, die Bedingungen der Möglichkeiten möglichst aller Funktionsweisen zu erfassen, die für ein gedeihliches menschliches Leben notwendig sind.

Es ist Aufgabe der öffentlichen Institutionen, die Voraussetzungen zu schaffen, dass sich die Individuen für die Verwirklichung dieser *Capabilities* frei entscheiden können. *Es ist aber, dies macht Nussbaum deutlich, nicht die Pflicht der Individuen sich für die Realisierung dieser Möglichkeiten auch tatsächlich zu entscheiden.* In dieser Hinsicht überzeugt es, wenn Nussbaum argumentiert, ihre Liste komme „dem Ansatz von Rawls sehr nahe [...]. Wir können diese Liste von *Capabilities* als eine lange Liste von Möglichkeiten für Handlungen und Daseinszustände betrachten, so dass es, unabhängig davon was man ansonsten be-

24 Zur Bestimmung und Erfassung „sexueller Handlungsbefähigung“ vgl. Klein/Zeiske 2009.

geht, immer vernünftig ist, über diese verfügen zu wollen“ (Nussbaum 2000a: 88). Darüber hinaus sei es notwendig, solche grundlegenden Capabilities vage zu formulieren. Denn, obwohl die Capabilities in ihrer Kernstruktur universell seien, seien sie in ihrer Konkretisierung unweigerlich individuell und kulturgebunden, nämlich rückgebunden an die fundamental sozialen bzw. intersubjektiven konkreten (und ggf. institutionalisierten) Erfahrungsbereiche, in denen Menschen ihr Leben führen.²⁵

Aktuelle Ergänzungen und Erweiterungen des Capability Konzepts

Über diese Liste hinaus verweist Elizabeth Anderson (2000) noch auf zwei weitere Capabilities, die sie als notwendig betrachtet, um AkteurInnen in modernen Gesellschaften zu befähigen, aus sozialen Deprivations- und Marginalisierungsverhältnissen zu entkommen. Zugleich eröffnen diese beiden Capabilities eine befähigungsorientierte Perspektive auf die von Nancy Fraser formulierte Idee von Gerechtigkeit als gleichberechtigter demokratischer Teilhabe (vgl. Heite et al. 2007). Anderson fordert politisch vor allem die Ermöglichung jener Capabilities zu fokussieren, die es Menschen erlauben, die Funktionsweise als gleichberechtigte TeilnehmerIn an einem System kooperativer Produktion zu realisieren und damit die materiellen Bedingungen ihrer Existenz beeinflussen zu können²⁶.

Eine zweite wesentliche Capability richtet sich darauf, die Funktionsweise als BürgerIn eines demokratischen Staates zu ermöglichen und damit sicher zu stellen, dass die Betroffenen nicht von der Partizipation an kollektiven Entscheidungen ausgeschlossen sind, die sie selbst betreffen und die den Rahmen ihrer Selbstbestimmung mit definieren.

Sofern diese Möglichkeiten und Befähigungen nun als Realfreiheiten zu verstehen sind, sind sie konsequenterweise um die Meta-Capability zu ergänzen, die AkteurInnen befähigt, gerade auch gegenüber öffentlichen (Wohlfahrts- und Gesundheits-)Institutionen die eigenen Präferenzen, Wünsche und Erwartungen zu äußern und ihnen Gewicht zu verleihen, statt sich lediglich von außen heran getragenen Vorgaben und Zumutungen zu unterwerfen. Bonvin (2009) spricht diesbezüglich von einer „Capability for Voice“. Dies verweist zunächst fundamental auf die gerechtigkeitstheoretische Notwendigkeit, KlientInnen die Möglichkeit einzuräumen, sozial- und gesundheitspolitische Interventionen, die für sie oder ihn beabsichtigt werden, zu verhandeln oder sie zu einem erträglichen Preis abzulehnen. Dies gilt nicht nur bezüglich der Inhalte der Interventionen sondern auch für die Gerechtigkeitsordnungen bzw. die „information[al] Basis von Urteilen über Gerechtigkeit (IBUG)“ d.h. die Prinzipien und Richtlinien, an denen „Personen ihr Verhalten, ihre Wünsche, ihren Glauben usw. hinsichtlich ihrer Legitimität oder Illegitimität betrachten und beurteilen [...] und] sich und ihre Verhaltensweisen in einer Hierarchie organisieren“ (Bonvin 2009: 13).

Die capability for voice verweist dabei nicht nur darauf, sich gemäß den je gültigen Diskursregeln – d.h. den bestehenden Regeln des Sagbaren und Gültigen – einbringen zu können, sondern auch auf die Möglichkeit, auf diese Regeln und die informationale Basis der Beurteilung gerechtigkeitsrelevanter Sachverhalte selbst Einfluss zu nehmen. Dies beinhaltet auch die effektive Möglichkeit, die gewählte Methode oder die gewählte Informationsbasis für die Bewertung und Beurteilung des Gültigen und Relevanten in Frage zu

25 Zu einer Bestimmung von Jugend als Capability vgl. Clark 2009.

26 Damit wird nun keinesfalls einer Workfare-Politik das Wort geredet. Vielmehr geht es um das, was Jean-Michel Bonvin (2007, 2009) als „capability for work“, als „Fähigkeit zu sinnstiftender Arbeit“ beschreibt. Im Mittelpunkt steht dabei die Capability, die reale Freiheit „jene Arbeit zu wählen, die man begründet als sinnvoll erachtet“. Diese Capability beinhaltet sowohl „die Möglichkeit, eine Arbeit abzulehnen, die man als sinnlos erachtet (bei annehmbarer Exit-Option) [...] als auch] die Möglichkeit, effektiv an der Festlegung der konkreten Arbeitsaufgaben, der Arbeitsorganisation und -bedingungen, der Entlohnung etc. mitzuwirken“ (Bonvin 2007: 15).

stellen und zu beeinflussen. Dabei setzt die Rede von capabilities for voice nicht voraus, dass sich die Perspektiven, Interessen und Erwartungen immer durchsetzen, aber sie legt nahe, dass Institutionen zumindest insofern responsiv sein müssen, als sie diese Perspektiven als informationale Basis von Entscheidungen ernsthaft berücksichtigen. Dies schließt eine enge technologische Ausrichtung von Public Health aus, die sich „wirkungsorientiert“ daran bemisst, vorab festgelegte Ziele möglichst „effektiv“ und „effizient“ zu erreichen. Neben der „technologischen“ Effizienz richtet der CA insofern sein Augenmerk vor allem auf die *demokratische Effektivität* öffentlicher Institutionen.

Nachdem wir nun in die Grundgedanken des CA eingeführt haben, wollen wir nun im nächsten Schritt untersuchen, was der CA für ein bedeutsames Problemfeld im Bereich Public Health leisten kann. Angeschlossen werden soll mit einer gerechtigkeits-theoretischen Betrachtung des für Public Health fundamentalen Problems des Paternalismus.

3 Das Paternalismusproblem im Rahmen von Public Health und mögliche Antworten aus der Perspektive des CA

Ein notorisches ethisches Problem von Public Health besteht darin, AkteurInnen zu objektiv besseren oder vernünftigeren Handlungsweisen zu bewegen und dabei ggf. in die Handlungswillkür dieser AkteurInnen einzugreifen. Dieses Problem wird als das Paternalismusproblem beschrieben (vgl. Dworkin 2005a). Das Paternalismusproblem verweist auf das Spannungsverhältnis von Wohl und Willen (vgl. Oelkers/Schrödter 2008) bzw. die gegenwärtigen Überzeugungen und „wahren Interessen“ von AkteurInnen, die unter Umständen – und wie die neuere Verhaltensökonomie nahe legt durchaus regelmäßig – nicht zusammentreffen: Was AkteurInnen autonom wollen, ist häufig nicht das, „was ihr objektiv Gutes realisiert“ (Gutmann 2011: 9). Dieses Problem ist weder trivial noch zu ignorieren, zumal eine einseitige Konzentration auf den Willen der AkteurInnen zu gerade auch ethisch durchaus problematischen Konsequenzen führen würde. In dem in dieser Hinsicht mit Public Health vergleichbaren Feld der Sozialen Arbeit haben Micha Brumlik und Wolfgang Keckeisen dieses Problem vor mehr als 30 Jahren sehr treffend hinsichtlich der Kritik an einem „normativen Hilfeverständnis“ verdeutlicht. Dieser Kritik, so argumentieren sie, stehe eine häufig nicht hinweg zu definierende Hilfebedürftigkeit der AdressatInnen entgegen (vgl. Brumlik/Keckeisen 1976). Zwar bestehe prinzipiell die Möglichkeit, paternalistische Eingriffe bzw. die Bestimmung von Bedürfnissen von AkteurInnen durch Dritte mittels eines radikal subjektiven, d.h. einseitig klientenzentrierten bzw. am narrativ artikulierten Willen der AdressatInnen orientierten Standpunkt zu unterminieren. Dies würde jedoch, wie Hans-Uwe Otto et al. (2010: 145) paraphrasieren auf einen kaum haltbaren Subjektivismus hinauslaufen, „der die Interpretation und den Umgang mit dieser Hilfsbedürftigkeit den Erfahrungen und Selbstdeutungen der KlientInnen überlässt, die selbst nach den Kategorien ihrer soziokulturellen Lebenswelten geformt worden sind“. Dies, so das Argument von Brumlik und Keckeisen wäre jedoch eine Option, die „letztlich selbst affirmativ gegenüber den Resultaten gesellschaftlicher Repressions- und Ausbeutungsverhältnisse[n ... ist]“ (Brumlik/Keckeisen 1976: 248).

Das Problem des Paternalismus ist ein Problem, mit dem sich der Capabilities Ansatz in einer potentiell fruchtbaren Weise auseinandersetzt. Während es der Idee des Capabilities Ansatzes entspricht, die „choices and opportunities“ für AkteurInnen zu erweitern „so that each person can lead a life of respect and value“ (UNDP 2000: 2), wird an nahezu allen Beispielen, die von ProtagonistInnen dieses Ansatzes vertreten werden, klar, dass bestimmte Entscheidungen de facto deutlich stärker privilegiert werden als andere. Nie ist die Rede

davon, die Möglichkeiten zu erweitern, an kinderpornographisches Material zu gelangen oder rassistische Ideologien expressiv auszuleben. Bei diesen Beispielen geht es um Eingriffe in die Handlungs- und Willensfreiheiten von AkteurInnen in Fällen, in denen die Freiheit, Würde oder Dignität Dritter in Mitleidenschaft gezogen wird. Die Rechtfertigbarkeit bzw. Notwendigkeit solcher Eingriffe kann als weitgehend unstrittig gelten²⁷ (vgl. Pauer-Studer 2001), zumal die Ablehnung solcher Eingriffe auch für radikal liberale Theorien notwendigerweise in einen unaufhebbaren Selbstwiderspruch führt. Das liberale Verdikt lautet daher, dass „the state should not interfere with liberty except to protect the greater liberty of others” (Hurka 1993: 149). Auch die Position Nussbaums ist in dieser Hinsicht unmissverständlich und wird nur wenig durch ihre Kritik an subjektiven Wohlergehenskonzeptionen getrübt. AkteurInnen, so paraphrasiert Mozaffar Qizilbash (2011: 25) „should be able to act on their desires – irrespective of how they are formed – *as long as* acting in this way does not harm others²⁸”. Nichtdestoweniger scheint die selektive Privilegierung von Entscheidungen im Falle des Capabilities Ansatzes weiter zu gehen und zwar in einer Weise, die gerade auch für das Paternalismusproblem im Kontext von Public Health interessant ist. Hierbei geht es um Entscheidungen, die nicht notwendigerweise Dritte, sondern vor allem die Betroffenen selbst schädigen. Zu Recht bemerkt Séverine Deneulin (2002: 1), dass im Kontext der Politiken des Capabilities Ansatzes bzw. der „Human Development Policies“ „literacy is always promoted, gender equality is always considered as good, living in a non-polluted environment is always desirable, the absence of freedom of expression is never considered a good, [...], and alcohol or drug consumption never seem to be things that are to be promoted”. Zumindest in der Interpretation von Deneulin würde der Capabilities Ansatz eine ganze Reihe invasiver Maßnahmen zulassen, um solcherlei schädigendes Verhalten, das die Funktionsweisen und Capabilities der Betroffenen in Mitleidenschaft zieht, zu unterbinden. Das Beispiel, das Deneulin gibt, ist gerade für die Debatte im Bereich Public Health bemerkenswert. „If for example, in a country, the majority of people eat chips, pizzas, beer, popcorn, what would the capability approach say about such a situation? If policies in that country are undertaken on the basis of the capability approach, they would take as a starting point the observation that there is a lack of functionings in matters of health and nutrition (obesity, high rate of cardio-vascular diseases), and most probably policies would aim at promoting one type of alimentation – restricting people’s freedom to be fed as they want” (Deneulin 2002: 5). Auch wenn zu bezweifeln ist, dass andere VertreterInnen des Capabilities Ansatzes dieser politisch-programmatischen Konsequenz zustimmen würden, scheint Deneulins Perspektive zumindest mit bestimmten Lesarten des CA kompatibel – wobei dies eher für Ansätze in der Tradition Sens als für solche in der Tradition Nussbaums gilt (s.u.).

-
- 27 Im Einzelnen ist dieses Argument jedoch komplizierter als es scheint. So gibt etwa Peter Suber (1999: o.S.) zu bedenken: „In a welfare state which shifts costs to compensate those who harm themselves, virtually all self-harm will be other-harm too; hence, virtually every corner of life could be regulated by law without violating the harm principle, and virtually all paternalism would be justified”. Das Problem besteht in der Definition sozialer Handlungen: “If [the state] believes the act is self-regarding, then it is being paternalistic; if it accepts the public charge argument, then it avoids paternalism and acts under the harm principle”.
- 28 Eine Variante dieser Begründung stellt Joseph Raz (1986: 419) vor, wenn er argumentiert, dass ein gerechtigkeits-theoretischer Ansatz, der Autonomie einen hohen Stellenwert einräumt, Beschränkungen von Autonomie legitimieren kann, um ein größeres Ausmaß an Autonomie für andere sicherzustellen. Diese Perspektive erscheint zunächst prinzipiell einleuchtend, verrechnet jedoch die Autonomiegewinne und -verluste unterschiedlicher Personen und ist insofern einer ähnlichen Kritik ausgesetzt, wie der unten dargestellte autonomiemaximierende Paternalismus.

Aber auch Nussbaum legitimiert eindeutig bestimmte Formen des Paternalismus. „An intelligent, respectful paternalism“, so führt sie dezidiert aus, „cultivates spaces for choice“ (Nussbaum 2006: 378). Dieser „respektvolle Paternalismus“ betont die Tatsache, dass „real freedom to live according to one’s own view [...] requires protecting the spaces in which people may leave one view and opt for another, and also the spaces in which children learn about options so that they can really live their own lives“ (Nussbaum 2011: 36). Vor dem Hintergrund ihrer grundlegenden Überlegungen zu einem respektvollen Paternalismus gibt Nussbaum eine Reihe von Beispielen, in denen sie für paternalistische Eingriffe optiert, die nicht nur auf eine Erweiterung des potentiellen Möglichkeitsraums zielen, sondern bestimmte Handlungen und Zustände hervorbringen sollen. Einige dieser Beispiele sind es wert, in gebührender Länge zitiert zu werden: „Of course I support mandatory functioning for children; that may be the only way to develop an adult capability. Even where adults are concerned, we may feel that some of the capabilities are so crucial to the development or maintenance of all the others that we are sometimes justified in promoting functioning rather than simply capability, within limits set by an appropriate concern for liberty. Thus most modern states treat health and safety as things not to be left entirely to people’s choices: regulations of food, medicine, and the environment remove some unhealthy choices from the menu. Such regulations are justified because of the difficulty of making informed choices in these areas and because of the burden of inquiry such choices would impose on citizens. In other cases, for example smoking, while outright prohibitions are justified only to the extent that nonconsenting third parties are affected, it is not unreasonable for the state to promote awareness of the danger to health in smoking and to campaign rhetorically against it. In other areas of risk-prevention, such as helmet and seatbelt laws, I think that citizens can reasonably differ, although I would be inclined to think that the best justification for these forms of paternalism lies in the cost that injuries incurred by the risk-takers impose on society through the health care system. In still other areas of risk, for example boxing and mountain climbing, we do not make the activity itself illegal, although in various ways we regulate it. As this discussion of risky behavior indicates, we should be especially concerned with choices citizens may make to surrender permanently the necessary condition of a function. Thus suicide prevention programs, though not the criminalization of suicide, seem acceptable. This question arises with particular force in the area of reproduction. Men and women in developing countries are often led into sterilization by public incentives, and they often make the choice heedlessly; this is not acceptable, and it seems likely that mandatory waiting periods prior to sterilization would be wise“ (Nussbaum 2001: 130f).

Nichtsdestoweniger lautet unser Argument an dieser Stelle, dass der CA in seiner Grundanlage eher anti-paternalistisch ist, oder genauer Argumente dafür liefert, paternalistische Interventionen nur dann zuzulassen, wenn sie den Autonomiespielräumen und damit verbunden der – in einer nicht trivialen Weise formulierten – Dignität und Selbstachtung der AkteurInnen gerecht werden. Der Lackmустest für paternalistische Eingriffe besteht darüber hinaus darin, dass sie zum einen prinzipiell freiheitsfunktional sind und zum anderen „nicht mit zentralen Werten, Überzeugungen oder Projekten der Betroffenen konfliktieren und insoweit von geringer Eingriffstiefe und damit erstens prinzipiell zumutbar und zweitens nicht Ausdruck mangelnden Respekts für Personen sind“ (Gutmann 2011: 25). In keinem Falle lassen sich in dieser Weise „Angriffe auf jemandes Überzeugung und Charakter [begründen] auch wenn die Aussicht auf spätere Zustimmung besteht“ (Brumlik 1992: 246)

Paternalistische Eingriffe werden in der Public Health Debatte zumindest implizit relativ regelmäßig mit utilitaristischen Paternalismusbegründungen, aber auch durch Versuche der Konstituierung eines „neuen“, „freiheits-maximierenden“ Paternalismus gerecht-

fertigt, so wie sie gegenwärtig sehr prominent von Strasser (1988) und vor allem von Thaler und Sunstein (2008) vertreten werden.

Dass gerade der Bereich Public Health eine hohe Affinität zu Rechtfertigungstheorien eines „freiheits-maximierenden“ Paternalismus aufweist, verwundert gerade mit Blick auf ihren Gegenstand, die (öffentliche) Gesundheit nicht. Denn man wird kaum umhin kommen, in der Frage der Gesundheit „ihr den Status eines zentralen instrumentellen Gutes zur Ausübung individueller Selbstbestimmung und zur Realisierung individueller Lebenspläne einzuräumen. [...] Sie ist ein] wesentliches Mittel zur Realisierung der eigenen Vorstellungen von einem gelingenden Leben“ (Quante 2010: 6)

Wie Ruth Faden und Sirine Shebaya (2010: o.S.) argumentieren, sind allerdings gegenwärtig nur wenige „public health interventions [...] justified exclusively or even primarily on unmediated, classic paternalistic grounds, although many more public health programs may have paternalistic effects“. Die meisten Public Health Programme würden, so führen die Autorinnen weiter aus, prinzipiell einer Rechtfertigung des Paternalismus folgen, derzufolge „justified interference would be based on conditions of autonomy/rationality that do or do not obtain in the formation or continued holding of particular preferences“. Von hoher Bedeutung sei daher das im Folgenden intensiv diskutierte liberal- oder libertär-paternalistische Programm, in dem sich (vermeintlich) kein Versuch fände „to contravene the will of individuals“ und bedienen sich dabei „interventions [that] must not overly burden individuals who want to exercise their freedom in ways that run counter to welfare“ (Faden/Shebaya 2010: o.S.). Der generelle Stellenwert dieser Form des Paternalismus im Bereich von Public Health wird auch dadurch nicht geschmälert, dass einige Autoren argumentieren, der libertäre Paternalismus sei zu stark marktorientiert (vgl. Ubel 2009) und zu „schwach“ paternalistisch (vgl. Nuffield Council on Bioethics 2007) – wobei der erste Teil des Arguments überzeugender, aber nicht Gegenstand der Auseinandersetzung an dieser Stelle ist.

Die Capabilities Perspektive eröffnet eine Alternative zu dieser Paternalismusbegründung, die – so unser Argument – zwar wesentliche Probleme des freiheitsmaximierenden Paternalismus entschärft und insgesamt durchaus erhellend ist, aber letztlich nicht vollständig befriedigend ist. Dies gilt zumal die wesentlichen VertreterInnen des Ansatzes auf unterschiedliche Argumentationsstrategien in der Auseinandersetzung mit der Frage der Begründbarkeit paternalistischer Eingriffe zurückgreifen. Während Martha Nussbaum das Paternalismusproblem in einem gewissen Sinne „theoretisch“ (mit Blick auf argumentative Richtigkeit) zu lösen trachtet, ist Amartya Sens Lösungsversuch eher als „demokratisch“ (auf gesellschaftliche Öffentlichkeit bezogen) zu beschreiben (vgl. Scholtes 2005). Was die Beschränkung problematischer Formen des Paternalismus angeht, scheint Sens deliberativer Lösungsversuch letztlich mit größeren Problemen verbunden zu sein als Nussbaums Ansatz. *Darüber hinaus ist der Capabilities Ansatz nur bedingt dafür geeignet, konkrete operationale Richtlinien oder gar Manuale für konkrete Projekte und Ansätze zu liefern.* Allerdings kann er eine viel versprechende Reflexivgrundlage für begründete Entscheidungen in konkreten Umständen und Situationen liefern.

Paternalismus als Autonomiemaximierung

Das Paternalismusproblem stellt sich traditionell für alle Ansätze, die auf einer Theorie des Guten aufbauen, in Form einer „good-promotion theory of justified paternalism“ (Gutmann 2011). Zu diesen Ansätzen zählt auch der Capabilities Ansatz mit seiner „thick vague theory of the good“ (Nussbaum 1992: 214). Dies gilt zunächst unbeschadet davon, dass die Formulierung des Guten im Kontext des CA in einer Weise geschieht, die das Ausmaß an rechtfertigbaren Formen des Paternalismus einschränkt. So besteht eine wesentliche Argumentationsfigur Nussbaums gerade darin, eine illiberale Aristotelischen Perspektive, die „the good as discipline“ formuliert, zugunsten einer im Wesentlichen anti-paternalistischen Perspek-

tive zurückzuweisen, die „the good as freedom“ konzeptualisiert (vgl. Nussbaum 1998; zu Nussbaums Differenz gegenüber Aristoteles vgl. Strobach 2001). Die politische Gestaltung des guten Lebens wird dabei auf die „possession of all capabilities, [but] not their active employment“ konzentriert. Wobei grundlegend die – im Weiteren auszuführende – anti-paternalistische Position vertreten wird, „[that] it would be a grave mistake of a government to force people toward using specific abilities“ (van der Linden 2003: 184). Der Charme einer politisch liberalen Capabilities Perspektive besteht demnach darin, die Theorie des Guten in einer Weise einzubinden, die „die Konkurrenz zwischen Autonomieforderungen und Wohlergehensansprüchen“ (Steckmann 2008: 112) weitgehend reduziert.

Es ist nicht nur rhetorisch, sondern der Sache nach begründet, wenn z.B. Martha Nussbaum (2000) ihren Ansatz dezidiert in der Tradition des politischen Liberalismus stellt. Der politische Liberalismus lässt sich als eine Perspektive verstehen, die insbesondere die individuelle Selbstbestimmung der AkteurInnen betont und – zumindest den meisten – paternalistischen wie perfektionistischen Perspektiven seiner Anlage nach skeptisch gegenüber steht. Thomas Gutmann (2011: 1) weist zu Recht darauf hin, dass im Kontext des politischen Liberalismus, d.h. in einem normativen „Rahmen, der den Einzelnen als Einzelnen respektiert und ihm geschützte Bereiche individueller Entscheidung zuweist [...] paternalistische Eingriffe a) grundsätzlich problematisch, d. h. begründungsbedürftig [sind und...] b) begrenzt sein [müssen]“. Die Verortung im politischen Liberalismus²⁹ beinhaltet zunächst die Akzeptanz des von John Rawls (1993: 190) betonten Moments, dass „one common theme of liberal thought is that the state must not favour any comprehensive doctrines and their associated conception of the good“. Nussbaum argumentiert zwar, dass die Positionierung im Lager des politischen Liberalismus keine vollständige Neutralität nahelege, sondern mit „a definite view about the ingredients of good political life, including a respect for argument and the public exchange of reasons“ (Nussbaum 2011: 37) einhergehen kann, argumentiert jedoch nichtsdestoweniger explizit, dass der „political liberalism of the sort [...] I endorse is opposed to any view that advocates a comprehensive theory of the human good as giving a set of appropriate goals for politics“ (Nussbaum 2000b: 128.). In der Tat geht es Nussbaum ja gerade nicht darum, dass AkteurInnen eine bestimmte Konzeption eines guten Lebens realisieren, sondern darum, die nicht trivialen, sondern ökonomisch und sozial sehr voraussetzungsvollen realen Bedingungen und Möglichkeiten zu schaffen, die AkteurInnen in die Lage versetzen, sich der Verwirklichung ihres je eigenen Lebensplans tatsächlich widmen zu können.

Im Kontext politisch liberaler Ansätze werden zumindest bestimmte Formen des Paternalismus ausgeschlossen, gleichwohl stellen sich auch diese Ansätze inzwischen dem Problem, dass das generelle Neutralitäts- oder Nichteinmischungsgebot gegenüber den autonomen Entscheidungen von AkteurInnen ggf. „nicht oder nicht vollständig aufrechter-

29 Selbstverständlich gibt es Alternativen zum politischen Liberalismus, für die Paternalismus kein Problem darstellt. Noch einmal mit Gutmann (2011:1) gesprochen könnte man „wie dies innerhalb der kommunitaristischen Theoriebildung geschieht, behaupten, dass die Individuen außerhalb ihrer durch ihre jeweilige substantielle Gemeinschaft konstituierten Identität ohnehin nur zur Verfolgung arbiträrer und deshalb defizienter Vorstellungen des ‚richtigen‘ Lebens in der Lage sind, so dass kein Anlass bestehe, substantielle Spielräume eigenverantwortlicher Entscheidung gegenüber den je herrschenden Vorstellungen des Guten zu schützen. [...] Man könnte sodann, noch weitergehend, den normativen Individualismus und insbesondere den Primafacie-Vorrang individueller Rechte gegenüber kollektiven Gütern und politischen Zielen zurückweisen und einem offenen Kollektivismus das Wort reden, dem es von vorneherein vorrangig oder gar ausschließlich um die Durchsetzung von Gemeinschaftsinteressen zu tun ist“. Diese Positionen sind jedoch kein Gegenstand der hier interessierenden Diskussion des Capabilities Ansatzes, zumal sich der CA – mit guten Argumenten – in einer dezidierten Fundamentalopposition zu kommunitaristischen Ansätzen dieser Provinienz und zu ethisch kollektivistischen Ansätzen im Allgemeinen befindet.

halten werden kann, ohne das Wohl der betroffenen Personen in nicht rechtfertigungsfähiger Weise zu gefährden“ (Steckmann 2008: 110). Exemplarisch für die liberale Paternalismusdebatte steht etwa der gerechtigkeits-theoretische Entwurf von Ronald Dworkin (2000) der zwischen einem „*volitional paternalism*“ und einem „*critical paternalism*“ unterscheidet (vgl. korrespondierend auch Gerald Dworkin 2005b Unterscheidung zwischen einem „*welfare paternalism*“ und einem „*moral paternalism*“). Dem „*volitional paternalism*“ geht es darum, AkteurInnen durch okroyierte bzw. Zwangmaßnahmen zu helfen, Handlungen und Zustände zu realisieren, die diese letztlich „an sich selbst wollen“. Gegenstand paternalistischer Eingriffe sind dabei *nicht* Präferenzen, die wie auch immer durch die Lebensumstände der Betroffenen geformt sind (adaptive Präferenzen). Denn, so hebt Ulrich Steckmann (2008: 102) zu Recht hervor, „kontextbezogene Anpassung von Präferenzen [ist] ein Resultat jeglichen sozialisatorischen bzw. erzieherischen Einflusses [...], so dass davon ausgegangen werden muss, dass die Menge der jeweils angepassten Präferenzen keineswegs schon als Gradmesser für eine Entfremdung von den wahren Bedürfnissen der Person fungieren kann³⁰ [... zumal sie ggf. auch] das Resultat einer überlegten Entscheidung sein [kann]“. Wenn etwa Cass Sunstein – in vermeintlicher Übereinstimmung mit dem Capabilities Ansatz (vgl. diesbezüglich nicht überzeugend Qizilbash 2011: 33) – argumentiert, dass „respect for preferences that have resulted from unjust background conditions and that will lead to human deprivation or misery hardly appears the proper course for liberal democracy“ (Sunstein 1991: 10), so legitimiert er damit sehr weitreichende Formen des Paternalismus, die über einen „*volitional paternalism*“ hinausgehen. Denn dieser bezieht sich auf einen Eingriff in Entscheidungen, die keine „autonome Präferenzen“ im Sinne John Elsters (1982) darstellen, d.h. um Entscheidungen, die nicht den tatsächlichen Wünschen und Bedürfnissen der AkteurInnen entsprechen (vgl. Steckmann 2008). Die Frage: „Does the fact that people make mistakes and sometimes lack self-control really serve as a basis for [...] paternalism?“ (Hill 2007: 445) würde aus der Perspektive eines „*volitional paternalism*“ – aber auch aus der Perspektive des CA (zumindest in der Variante von M. Nussbaum) – mit „nein“ beantwortet werden – und ähnliches gilt für verbreitete Phänomene wie die Tendenz zur Prokastination, Willensschwäche, begrenzte Informationsverarbeitungskapazitäten, inkohärente Präferenzordnungen, mangelnde Bereitschaften zur Bedürfnisaufschübung etc., die Menschen regelmäßig davon abhalten, mittel- und langfristig vernünftige Dinge (zum richtigen Zeitpunkt) zu tun.

Gegenüber dem „*volitional paternalism*“ geht es dem „*critical paternalism*“ darum, Zustände oder Handlungsweisen zu oktroyieren, die zwar als nützlich oder gut betrachtet werden können, von den AdressatInnen der Eingriffe jedoch auf Basis wie auch immer reflektierter Präferenzen, Entscheidungen oder Überzeugungen abgelehnt werden (vgl. Gutmann 2011). Dass diese Präferenzen sozial geformt sind, kann paternalistische Eingriffe kaum legitimieren. Denn die soziale Formierung von Präferenzen – dies zeigen spätestens die Arbeiten von Pierre Bourdieu – ist soziologisch betrachtet schlichtweg eine allgemeingültige Tatsache. Während diskutabel ist, inwiefern der „*volitional*“ bzw. „*welfare paternalism*“ legitimierbar ist, gilt die Nicht-Legitimierbarkeit des „*critical*“ bzw. „*moral paternalism*“ zumindest in Ansätzen in der Nähe des politischen Liberalismus weitgehend als Common Sense. Im Kontext des „*volitional paternalism*“ ist die Rede von „reflektierten“ Entscheidungen – oder, in der Sprache des Capabilities Ansatzes, die Entscheidung für Zustände oder Praktiken, die die Betroffenen „begründet“ wertschätzen – insofern relevant, wie sich die Paternalismusdebatte letztlich nicht auf „Schutznormen in Bezug auf Kinder,

30 Diese Unterscheidung erscheint insbesondere dann relevant, wenn man im Anschluss an Robert Goodin argumentiert, dass „paternalism is only justifiable in instances where public officials better respect a person's own preferences than the person might have done through his or her own actions or choices“ (Thomas/Buckmaster 2010: 11).

bewusstlose, schwer betrunkene, geistesranke oder demente Menschen oder Personen, die offensichtlich über wesentliche Handlungsumstände irren“ (Gutmann 2011: 4) bezieht. In den Worten Micha Brumliks (1992) ist die Paternalismusfrage demnach für AkteurInnen relevant, die sich im Zustand der „Personalität“ befinden, oder anders formuliert für AkteurInnen denen ein Mindestmaß an „Mündigkeit“ zugeschrieben werden kann. Dass ein Verhalten ggf. mit guten Gründen als nicht sonderlich klug beschrieben werden kann, bedeutet eben noch lange nicht die Selbstbestimmungsfähigkeit der AkteurInnen generell in Abrede zu stellen. Das Paternalismusproblem im Bereich von Public Health bezieht sich typischerweise auf einen Personenkreis, dessen prinzipielle Selbstbestimmungs- oder zumindest Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit (vgl. Beauchamp 1995, 2009) nicht in Abrede gestellt wird. Mit Blick auf die eher sozialen und edukativen als juristischen Handlungslogiken von Public Health erscheint die Debatte um eine Form des Paternalismus, in dem der Staat AkteurInnen um deren vermeintlich oder tatsächlich eigenen Wohlergehens willen mit *rechtlichen* Mitteln des Verbots oder Zwangs vor den negativen Konsequenzen ihres Handelns schützt, nicht zentral. Vielmehr interessieren hier Strategien, die insofern paternalistisch sind, dass Wünsche oder Entscheidungen von nicht unmündigen, d.h. prinzipiell entscheidungs- oder zumindest einwilligungsfähigen AkteurInnen nicht beachtet, übergangen oder durchkreuzt werden, und zwar zu dem Zweck diese AkteurInnen vor den Folgen ihrer Handlungen zu schützen (vgl. Gutmann 2011) oder um ihr Wohlergehen zu erhöhen (vgl. Dworkin 1972). Diese Formen des Paternalismus sollen vor allem in einer allgemeinen Form diskutiert werden. Ausgeblendet wird damit aber das praktisch überaus relevante operative Problem der Feststellung der Entscheidungs- bzw. Einwilligungsfähigkeit. Dieses (mehr oder weniger diagnostische) Problem ist nicht nur technisch sondern auch ethisch alles andere als trivial. Zu Recht weist etwas Thomas Gutmann (2011: 5) darauf hin, dass z.B. „Verfahren, die dem Ziel dienen, festzustellen, ob eine präsumtiv selbstschädigende Handlung auf einer hinreichend freiwilligen Entscheidung beruht [...] häufig intensiver in Freiheitsrechte von Personen ein[greifen] als restriktiv gehandhabte hart paternalistische Regelungskonzepte“. Wenn es darum geht, Privatheit, Integrität, und Würde von Personen zu achten, dann sind solche in einem gewissen Sinne bedürfnisestende Verfahren selbst eine Form des Paternalismus (vgl. Pauer-Studer 2003), die mit dem Capabilities Ansatz letztlich schwer vereinbar sind – zumal dieser einerseits einer „Konzeption demokratischer Gleichheit und der normativen Forderung nach demokratischen politischen Verhältnissen Vorrang vor isolierten moralischen Impulsen“ gibt (Pauer-Studer 2003) und andererseits gerade in der Sicherstellung von Dignität und Würde die Rechtfertigungsgrundlage für paternalistische Eingriffe gibt. Wenn die Eingriffe selbst die Dignität und Würde der AkteurInnen in Frage stellen, scheinen sie weder logisch noch praktisch mit dem CA vereinbar.

Das in der zeitgenössischen Debatte „vorrangige Kriterium für die Legitimität paternalistischer Interventionen besteht darin, dass diese selbstbestimmungsfunktional sind“ (Steckmann 2008: 110f). Ein solcher „autonomy respecting“ (vgl. VanDeVeer 1980) bzw. radikaler autonomiemaximierender Paternalismus findet z.B. in John Locke einen Kronzeugen, der paternalistische Eingriffe – unter bestimmten Umständen – dann legitimiert, wenn sie einen künftigen Selbstbestimmungsfähigkeit dienlich sind. Anders formuliert wird eine Theorie des Guten gegen die Willenartikulationen der AkteurInnen gestellt, die konzeptionell gerade auf Autonomienormen und dem Gut einer selbstbestimmten Lebensführung aufbaut. So lässt sich z.B. gegen den Willen von AkteurInnen, Drogen zu konsumieren, in der Tat argumentieren, dass dieser Konsum ggf. ihre Autonomie (Sucht) sowie die physiologische Grundlage einer selbstbestimmten Lebensführung (körperliche Gesundheit) in Mitleidenschaft zieht.

Zumindest im Bereich der edukativen Public Health Strategien werden paternalistische Strategien explizit oder implizit so begründet. Diese Begründung liegt auch dem gegenwärtigen

tig viel diskutieren „libertären Paternalismus“ zu Grunde den Thaler und Sunstein (2009) in ihrem Bestseller „Nudge“ mit einer ganzen Reihe bemerkenswerter theoretischer Argumente und v.a. empirischer Belege vertreten. Thaler und Sunstein (2009: 14) geht es um „sanft“ paternalistische Eingriffe und Designs um „das Verhalten der Menschen zu beeinflussen, um ihr Leben länger, gesünder und besser zu machen“ und vor allem um die Rationalität individueller Entscheidungen zu erhöhen (zur sozialpädagogischen Adaption: Vhasen 2011). Korrespondierend zu den perfektionistischen Überlegungen von Joseph Raz (1986: 417) geht es dabei im Wesentlichen darum „moralisch wertvolle Optionen zu schaffen und abstoßende zu beseitigen“. Dabei kommt edukativen Programmen, die dazu beitragen sollen, dass unkluge Handlungsoptionen an Attraktivität verlieren, entscheidende Bedeutung zu. Theoretisch lautet das Argument dieses autonomiemaximierenden Paternalismus, dass es gerade aus einer politischen liberalen Perspektive geboten sei, AkteurInnen dazu zu bewegen, Handlungsoptionen wahrzunehmen, die ihrer Autonomieentwicklung bzw. der Realisierung von Handlungen und Zuständen, dienlich sind und die die AkteurInnen vernünftigerweise wollen müssten (vgl. Gutmann 2011). Wie Ulrich Steckmann treffend ausführt, greifen solche Modelle eines legitimen autonomiefunktionalen Paternalismus – die häufig zunächst in der Medizinethik beheimatet sind, häufig auf „Modelle der Zustimmung unter idealen Bedingungen sowie der hypothetischen und der antizipierten Zustimmung [zurück]: Entweder wird davon ausgegangen, dass (a) der Eingriff, der faktisch in paternalistischer Weise durchgeführt wird, unter der Voraussetzung vollständiger Zustimmungsfähigkeit auch gewollt würde, dass (b) die betreffende Person nach Maßgabe ihrer bekannten Wünsche der paternalistischen Intervention vermutlich zugestimmt hätte, oder man versucht (c) darzulegen, dass der zu Erziehende später nach Erreichen des Mündigkeitszustands den Eingriff für gerechtfertigt erklären würde“ (Steckmann 2008: 110). Diese Erweiterungen des Zustimmungskriteriums sollen dafür sorgen, dass liberale Grundsätze dadurch eingehalten werden, dass sie in einer gegenwärtig kontrafaktischen aber zeitlich verschobenen potentiell aktuellen Situation eingehalten werden. Diese autonomiefunktionale Begründung von Paternalismus ist ohne Zweifel die Form der Paternalismusbegründung, die die höchste Aussicht hat, aus einer liberalen, und d.h. paternalismuskritischen Perspektive akzeptiert zu werden. Tendenziell findet sich diese Argumentstruktur auch beim Capabilities Ansatz. Darüber hinaus wird diese Argumentationsstruktur – trotz der Priorisierung autonomiefunktionaler Momente – de facto über die Selbstbestimmungsfähigkeit hinaus auf weitere Fähigkeiten und Eigenschaften erweitert, die für ein gutes menschliches Leben für zentral gehalten werden. Allerdings scheint der CA Präzisierungen vorzunehmen, die einige besonders problematische Implikationen des autonomiefunktionalen Paternalismus tendenziell begründen. Denn sicher ist, dass Argumentationen, die nicht die aktuelle, sondern die künftige Autonomie und selbstbestimmte Lebensführung der AkteurInnen zum schützenswerten Gut erheben, einen breiten, immanent nahezu unbegrenzten Raum für paternalistische Eingriffe geben. De facto wäre nahezu das gesamte paternalistische Arsenal von Public Health mittels dieser Argumentation zu rechtfertigen. Denn in der Tat gibt es wenig Zweifel an dem empirisch eindrucksvoll belegten Zweifel von Cass Sunstein und Richard Thaler an der These, dass sich AkteurInnen in Entscheidungssituationen in der Regel vernünftig im Sinne von rational verhalten. Die gerade im Kontext von Rational-Action Theorien notorisch behauptete Annahme, so das Argument von Sunstein und Thaler (2003: 175), dass nahezu alle AkteurInnen Entscheidungen treffen, die in ihrem besten Interesse oder zumindest besser als solche sind, die durch dritte Parteien für sie getroffen werden, sei entweder tautologisch und damit uninteressant oder empirisch prüfbar: „We claim that it is testable and false, indeed obviously false“. Wenn sich nun AkteurInnen in Entscheidungssituationen regelmäßig eher irrational als rational (geschweige denn ‚vollständig rational‘) verhalten und insbesondere die Bewertung wahrscheinlicher Folgen ihrer Handlungen nicht nur notorisch verzerrt vornehmen (vgl. Tversky/Kahn-

mann 1983) sondern vor allem ihren längerfristigen Interessen systematisch zu wenig Gewicht zuweisen und empirische Effizienzanalysen zugleich die Wirksamkeit paternalistischer Eingriffe belegen (dazu: Gutmann 2011: 15 f; Ratner et al. 2008, für gesundheitsbezogene Fragen: Wisdom et al. 2010), spricht *empirisch* nur wenig gegen den umfassenden und systematischen Einsatz paternalistischer Eingriffe, die vermittels ihrer erhöhten Entscheidungsrationaltät zu einer Erhöhung künftiger – und künftig potentiell zustimmungsfähiger – Autonomie und künftigen Wohlergehens in der Lage sind³¹. Eyal Zamirs – empirisch durchaus beeindruckend untermauerte – These dass „efficiency analysis provides a central justification for paternalism“ (Zamir 1998: 230), kann in gerechtigkeits-theoretischer Hinsicht letztlich nur wenig überzeugen. So besteht das Ziel der dabei erörterten Varianten des Paternalismus darin, „to ensure autonomy [...] processes of preference formation“ (Sunstein 1991: 11). Ein solcher „neuer“ Paternalismus, der AkteurInnen davon abhält, Handlungsoptionen wahrzunehmen, die ihrer Autonomie nicht förderlich bzw. abträglich sind, sei daher liberal oder gar „libertär“ (vgl. Sunstein/Thaler 2003), weil er zwar möglicherweise zum gegebenen Zeitpunkt nicht in Übereinstimmung mit den (schlecht-informierten) Überzeugenden der AkteurInnen korrespondiert, aber zukunftsbezogen gerade nicht gegen die Überzeugungen der Betroffenen durchgesetzt wird. Wie Gregory Mitchell (2005) nachzeichnet, bleibt jedoch von dieser Form des Paternalismus – und der ihn tragenden Überzeugung „that coercion might be a condition of acting in the best interests of a certain, minority, class of individuals“ (Dean 2007: 119) nicht viel „liberales“ übrig³². Deutlich zeigt sich die Adaption der Millschen Figur des ‚guten Despoten‘ im sozialpolitischen (in seiner Konsequenz neo-konservativen) Programm des „new paternalism“ von Lawrence Mead. „[P]eople who live without limits“³³ – so Meads Argument – „soon sacrifice their own interests to immediate gratifications. To live effectively, people need personal restraint to achieve their own long-run goals. In this sense, obligation is the precondition of freedom. Those who would be free must first be bound. And if people have not been effectively bound by functioning families and neighborhoods in their formative years, government must attempt to provide limits later, imperfect though they must be (Mead 1997:23). Der Zaubertrick ist in etwa der gleiche wie bei Bernhard Buebs „Lob der Disziplin“ (2006): Unterordnung unter die gute Autorität ist die wahre edukative Praxis der Freiheit.

Probleme des autonomiemaximierenden Paternalismus

Der Münsteraner Rechtswissenschaftler Thomas Gutmann hat das Grundproblem des freiheitsmaximierenden Paternalismus nachgezeichnet und in einer luziden Weise herausgearbeitet, warum die „gesamte Familie gegenwärtiger konsequentialistischer Theorien, ins-

31 Es ist kein Zufall, wenn die Ergebnisse der gegenwärtigen empirischen Happinessforschung – insbesondere der Befund dass „[h]uman beings are systematically prone to make a wide range of serious errors in matters of personal welfare“ (vgl. Haybron 2008: 227; vgl. Loewenstein/Schkade 1999) als eine weit reichende Grundlage für „neue“ paternalistische Politikformen verstanden werden bzw. sich selbst in dieser Weise verstehen (vgl. kritisch: Landhäußer/Ziegler 2005; Rizzo 2009; White 2010)

32 In der Tat scheinen die „libertär-paternalistischen“ Methoden und Instrumente eine hohe Korrespondenz zum kommunitaristischen Programm aufzuweisen. Dies gilt z.B. in augenfälliger Weise hinsichtlich edukativer Programme zum Erlernen von Selbstdisziplin und Belohnungsaufschub oder Etzionis Idee der „Überzeugungsdialoge“.

33 Dieses Argument erinnert an die diskussionswürdige Unterscheidung Dahrendorfs von Optionen und Ligaturen, die zusammengenommen die Lebenschancen von AkteurInnen strukturieren. Wie es Dahrendorf (1979: 50f.) formuliert: „Ligaturen ohne Optionen bedeuten Unterdrückung, während Optionen ohne Bindungen sinnlos sind.“ Die Idee aber, daraus abzuleiten, Optionen zu begrenzen und Ligaturen zu stärken, dürfte zumindest strittig sein.

besondere sämtliche Spielarten des Utilitarismus“ (Gutmann 2011) an einer überzeugenden Rechtfertigung paternalistischer Eingriffe scheitern (müssen). Einige zentrale Argumente Gutmanns sollen im Folgenden rekapituliert werden. Auf dieser Basis soll dann diskutiert werden, ob und inwiefern der CA besser geeignet ist, autonomiefunktionale Formen des Paternalismus zu begründen.

Die autonomiemaximierende Variante des Paternalismus – d.h. eine Form des Paternalismus, die in gegenwärtige Freiheiten interveniert um zukünftige Freiheiten zu erhöhen – argumentiert, dass paternalistische Eingriffe dann nicht nur legitimierbar sondern ethisch geboten seien, wenn die Autonomiespielräume der AdressatInnen dieser Eingriffe „in gegenwärtigen und zukünftigen Lebensphasen, in ihrer Gesamtheit betrachtet, durch diese paternalistische Freiheitsbeeinträchtigung maximiert werden.“ (Enderlein 1996: 52).

Ein autonomiemaximierender Paternalismus setzt die Möglichkeit voraus, die Autonomiepotentiale und Freiheiten der je verschiedenen Lebensphasen einer Person gegeneinander abzuwägen, zu gewichten und letztlich zu verrechnen. Die autonomiemaximierende Perspektive argumentiert hier letztlich strikt konsequenzialistisch bzw. utilitaristisch. Wird die Gesamtheit der Autonomie größer, so können die Freiheiten einer früheren bzw. der gegenwärtigen für die (nur probabilistisch erfassbare) Freiheiten einer späteren Lebensphase geopfert werden (dazu kritisch: Brumlik 1992; Clark/Eisenhuth 2010). Dabei ist nicht entscheidend, dass der jeweils Betroffene so argumentiert, sondern dass Dritte über die Betroffenen hinweg diese Entscheidung und Gewichtung vornehmen. In seiner Kritik dieser Perspektive zeigt Gutmann zunächst auf, dass solche Überlegungen notorisch daran krankten, dass sich der Autonomiebegriff selbst in dieser linearen, konsequenzialistischen Weise kaum angemessen erfassen lässt. Die gegenwärtige Autonomie von AkteurInnen ist mit ihrer künftigen verkoppelt und ein Eingriff in die gegenwärtige Autonomie greift damit auch in die künftige ein. Denn es ist eine schwer bestreitbare Tatsache, dass aktuelle Entscheidungen unweigerlich „die Matrix möglicher künftiger Entscheidungen [verändern], und jede Selbstbindung [...] künftige, alternative Optionen [strukturiert und reduziert. ...]. Die Ausübung von Autonomie schließt Freiheitsräume, und die „Wahl des eigenen Lebens“ grenzt mein Leben von der Vielzahl möglicher anderer relevanter Lebensentwürfe ab. Das ist der *Sinn* von Entscheidungen. Die Rede davon, es gehe beim Autonomieschutz um das Ziel, dem Individuum ein *Mehr* an Optionen für die Zukunft zu beschere, geht deshalb schon im Ansatz an der Sache vorbei“ (Gutmann 2011: 19). Denn die Rede von Autonomie bezieht sich konstitutiv auf die Handlungen, mit der sich eine Person selbst identifiziert und aus denen heraus sie Handlungsgründe und Sinn für weitere Handlungen kreiert, die ihr Leben formen und strukturieren und damit den Rahmen ihrer künftigen Autonomie konstituieren. Die Handlungsgründe von AkteurInnen sind „notwendigerweise an ihr je *gegenwärtiges* Selbstverständnis gebunden. Das sowohl durch Antizipationen als auch durch Erinnerungen konstituierte aktive, evaluative Selbstverhältnis, das die je individuelle Persönlichkeit konstituiert, besteht immer im Jetzt“ (Gutmann 2011: 21).

Vor dem Hintergrund, dass das Problem des Paternalismus weniger darin besteht, ob Freiheitsspielräume maximiert werden, sondern darin, ob und inwiefern die Entscheidungen von AkteurInnen im Kontext ihres jeweils verfügbaren Möglichkeitsraums respektiert und geachtet werden, ist der autonomiemaximierende Paternalismus mit den Problem konfrontiert, dass die jeweils gegenwärtige Person das Subjekt dieser Respektsforderung ist. Auf das Problem der Respektierung des gegenwärtigen Subjekts kann die Behauptung, die Gesamtsumme von Autonomiepotentialen über die Lebenszeit hinweg zu vergrößern – eine Behauptung, die insbesondere paternalistische Eingriffe gegenüber (relativ) jungen Menschen legitimiert –, keine hinreichend überzeugende Antwort liefern. Der enge Zusammenhang von Fragen des Respekts – und damit verbunden der Frage von Würde – und Fragen der Autonomie ist im politisch liberalen Programm von Gerechtigkeitstheorien von zentraler Bedeutung und wird grundlegend nicht zuletzt in Kants Diktum reflektiert, dass

Autonomie „der Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur“ (Kant [1785] 1968: 436) sei.

Insbesondere Martha Nussbaum (2000a: 87f.) hat diesen Rekurs auf die Frage des Respekts in ihrer Version des CA sehr stark gemacht und auf dieser Basis die Legitimationsgrundlage für paternalistische Eingriffe deutlich und explizit beschränkt: „[A]m I instructing government to nudge or push people into functioning of the requisite sort, no matter what they prefer? It is important that the answer to this question is no. Where adult citizens are concerned, capability, not functioning, is the appropriate political goal. This is so because of the very great importance the approach attaches to practical reason [...]. It is perfectly true that functionings, not simply capabilities, are what render a life fully human, in the sense that if there were no functioning of any kind in a life, we could hardly applaud it, no matter what opportunities it contained. Nonetheless, for political purposes it is appropriate for us to shoot for capabilities, and those alone. Citizens must be left free to determine their course after that. [...] The reason for proceeding in this way is, quite simply, the respect we have for people and their choices. Even when we feel confident that we know what a flourishing life is, and that a particular function plays an important role in it, we do not respect people when we dragoon them into this functioning. We set the stage and, as fellow citizens, present whatever arguments we have in favor of a given choice; then the choice is up to them. [...] If people do not have choices, and do what they do because of a requirement, their actions may no longer have the same worth, and may in effect be different functions. This point [...] applies as well to other capabilities. Play is not play if it is enforced, love is not love if it is commanded. This suggests a reason why even someone who is confident and dogmatic about a particular conception of the good should prefer capabilities and not functioning as the political goal: functioning of the type this person wants will not arrive at all, if it is made the direct political goal in a way that does not allow latitude for choice. This is a supportive argument; the primary argument is the argument from respect for persons“ (Nussbaum 2000a: 87f.).

Paternalismus contra enabling

Dieser Respekt, der sich auf AkteurInnen als je gegenwärtige Personen bezieht, scheint insbesondere dann in Frage gestellt, wenn die „Möglichkeit persönlicher Handlungsorientierung an biographischen „Grundvorhaben“ und „Lebensprojekten“ dadurch in Mitleidenschaft gezogen wird, dass der Einzelne auf dieser Handlungsorientierung gegenüber heteronomen Zielen verpflichtet wird, und zwar auch dann wenn dieses im „Ziel der Maximierung eigener Freiheit“ besteht (Gutmann 2011: 20) und mit einer ex post Zustimmung der Betroffenen rechnen kann. Mit einer solchen Begründung paternalistischer Eingriffe werde, so führt Thomas Gutmann weiter aus, der Begriff der Autonomie nicht nur unter den Bewahrungsvorbehalt autonomieperfektionierender Entscheidungen gestellt und nicht nur von seiner TrägerIn abgelöst und insofern verdinglicht, sondern auch gegen die TrägerIn selbst gewendet.

Wenn der freiheitsmaximierende Versuch einer Begründung paternalistischer Eingriffe daher scheitert – und zwar weniger an seiner Konzeption von rationaler Handlungsautonomie, sondern fundamentaler an seiner mangelnden Beachtung der Autonomie der Person – eine freiheitsfunktionale Paternalismusbegründung jedoch zugleich die größte Aussicht auf Legitimierbarkeit besitzt, stellt sich die Frage, was der CA zu Paternalismusproblem zu sagen hat.

Wie Gutmann (2011: 24) treffend argumentiert, verzichtet der Capabilities Ansatz auf „simple Maximierungsstrategien“ und bietet stattdessen prinzipiell eine „Grundlage für ein ‚Enabling‘-Konzept sozial inklusiver Basisautonomie“. Denn generell geht es dem CA ja gerade nicht darum, AkteurInnen ein definiertes Profil an bestimmten Qualitäten, seien dies Eigenschaften oder Handlungsweisen, zu oktroyieren, sondern darum, Verwirklichungs-

chancen und Befähigungen zu eröffnen, „die ihnen selbst die Wahl des Eigenschafts- und Fähigkeitsprofils ermöglicht, das sie Grund haben wertzuschätzen“ (Steckmann 2008: 108). Dabei räumt der CA individuellen Autonomie- und Selbstbestimmungsrechten tendenziell Priorität vor anderen Wohlergehensaspekten ein.

Dies gilt für den CA in der Variante von Amartya Sen ebenso wie in der Variante von Martha Nussbaum. Darüber hinaus gibt es in den Begründungen paternalistischer Eingriffe jedoch deutliche Unterschiede.

Das Paternalismusproblem aus der Perspektive Sens

Für Sen ist zunächst das praktische Problem von Belang, dass bei politischen Entscheidungen über konkrete Programme Entscheidungen darüber getroffen werden müssen, welche Funktionsweisen oder Capabilities ein Gemeinwesen mit öffentlichen Mitteln fördern sollte (vgl. Scholtes 2005: 110). Bei solchen Entscheidungen etwa darüber, was im Bereich der Gesundheits-, Sozial- oder Bildungspolitik für welche Bevölkerungsgruppen, zu welchem Zweck und zu welchem Preis erbracht werden soll, geht es immer auch um Entscheidungen darüber, was das gute Leben der Mitglieder dieses Gemeinwesens ausmacht und darüber, welchen Elementen eines guten Lebens Priorität eingeräumt wird. Während Nussbaum diese Frage, in einer bewusst vagen und offenen Weise mittels einer begründeten Liste zumindest partiell vorentscheidet, ist für Sen die deliberative gesellschaftliche Entscheidung ausschlaggebend, die die „underlying concerns and values“ (Sen 1993: 32) eines Gemeinwesens zum Ausdruck bringt. In einem gewissen Sinne ergänzt Sen dabei – freilich ohne unmittelbaren Verweis auf Dahrendorf (1979) – die auf Optionen konzentrierte Capabilities Perspektive um einen Rekurs auf die Relevanz sozialer „Ligaturen“. Wie Fabian Scholtes (2005: 12) hierzu treffend ausführt, geht es Sen zwar „als letzte Instanz immer um die reale Freiheit des Einzelnen in einer freien Gesellschaft, ein individuell selbstbestimmtes Leben zu führen“, dennoch wird Selbstbestimmung, „durch eine zwar demokratisierte, aber dann überindividuell wirksame partielle Bestimmung eines guten Lebens“ in der Senschen Formulierung des CA durchaus eingeschränkt. Es ist nicht zu bestreiten, dass Sens Formulierungen des CA eindeutig freiheitsfunktional und ethisch eher individualistisch als kollektivistisch sind. Insbesondere betont Sen auch die Bedeutung wirksamer subjektiver Abwehrrechte (vgl. Bonvin 2009) und es ist sicher, dass Sens Rekurs auf die Bedeutung von „public reasoning“ konzeptionell nicht in einer bloßen Mehrheitstyannei mündet.

Gleichwohl bleibt bei Sen zum einen ausgeblendet, was genau – auch gegen Mehrheitsentscheidungen – gerechterweise an Befähigungen garantiert oder zumindest beachtet bleiben muss und welche realen Möglichkeitsbedingungen AkteurInnen brauchen, um in partizipatorischer Gleichheit an deliberativen Prozessen effektiv mitzuwirken. Der Rekurs auf eine demokratische Öffentlichkeit alleine erscheint hier weniger überzeugend als ein Blick auf eine – auf argumentative Richtigkeit bedachte – Liste wie sie etwa Martha Nussbaum vorstellt (zumal diese Liste auch als Bestimmung eines Mindestmaßes an Möglichkeiten und Befähigungen verstanden werden kann, die es AkteurInnen erlauben, als Gleiche an Prozessen der Deliberation teilzunehmen). Zweitens muss sich Sens Vorschlag die Kritik von Robert Sugden (2006: 42) gefallen lassen, „that it licenses collective decisions that override some individuals' actual desires about how to live their own lives, in favour of other people's judgements about what people have reason to desire“. Zumindes gedankenexperimentell lassen sich auf diese Weise – abhängig von den Haltungen und Präferenzen der Mitglieder des Gemeinwesens – eine Vielzahl von Eingriffen in die personale Autonomie von einzelnen AkteurInnen legitimieren. Wenn, so erläutert Mozaffar Qizilbash (2011: 33), „a genuinely democratic consensus decides on which valued functionings are promoted and leads to opportunity promoting measures which potentially restrict liberty, the capability approach might indeed endorse paternalistic restrictions“. Dennoch verteidigt er Sens Vorschlag, wenn er darauf verweist, dass es Sen zum einen letztlich weniger um die

Frage von Paternalismus, sondern um den Umgang mit Wertpluralität und (Interessens-)Konflikten geht und dass es, zweitens, zum „public reasoning“ und demokratischen Prozessen nur wenig besser begründbare Alternativen gibt: „It is not so much that society is telling people what is good for them and restricting their liberty. Rather society recognises various distinct liberties and freedoms, but must decide which is more important in a particular context when they conflict. Whatever decision is taken some freedom must be sacrificed. Sen's point would be that the decision should be taken in a democratic way“ (Qizilbash 2011: 15).

Das Paternalismusproblem aus der Perspektive Nussbaums

Nussbaum weist der Frage öffentlicher Deliberation ebenfalls eine hohe Bedeutung zu. Gleichwohl trifft sie einige argumentativ begründete Vorentscheidungen über Grundbefähigungen, die der Deliberation logisch vorausgehen. Zugleich wird sie etwas eindeutiger über Art und Ausmaß legitimierbarer paternalistischer Eingriffe. Die Grundlage hierfür ist ein vergleichsweise gehaltvoll bestimmter Begriff von Autonomie – hierin besteht wohl die große Stärke aristotelischer Ansätze insgesamt (vgl. Brumlik 1992) und Nussbaums liberaler Formulierung dieser Tradition im Besonderen. Ein solcher Autonomiebegriff ist in der Lage „Gründe dafür generieren, bestimmte paternalistische Interventionen zur Bewahrung oder Wiederherstellung der personalen Integrität und der prägenden Elemente des evaluativen Selbstverhältnisses der betroffenen Person zuzulassen“ (Gutmann 2011: 21). Nussbaum argumentiert generell, dass es eher um Capabilities als um Funktionsweisen gehen sollte, und lehnt entsprechend paternalistische Eingriffe mit Blick auf mehr oder weniger „mündige“ bzw. prinzipiell entscheidungsfähige AkteurInnen ab. Sofern paternalistische Beeinflussungen unternommen werden, optiert sie in der Regel weniger für Zwang, sondern für das Bereitstellen akzeptabler Alternativen, die gleichwohl (offensiv) beworben werden können (vgl. Nussbaum 2006). Im engeren Sinne paternalistische Eingriffe legitimiert sie letztlich nur dann, wo es mehr oder weniger um Fragen der Würde und des Selbstrespekts von Personen geht (zum korrespondierenden Status von Selbstrespekt bei John Rawls vgl. umfassend Brumlik 1992). Denn Würde und Selbstrespekt treten logisch nicht als Capability, sondern als tatsächliches Functioning auf, zugleich lässt sich begründet argumentieren, dass jegliche Form eines guten oder vernünftigen Lebens eine nicht hinwegzudefinierende Grundlage in einem Minimum körperlicher und seelischer Integrität findet (vgl. Nussbaum 2006, Brumlik 1992). Wenn immer es also um Fragen von Würde und Selbstrespekt geht, sind tatsächliche Funktionsweisen und nicht Capabilities der entscheidende Maßstab. Die Sicherstellung oder Bewahrung von Würde und körperlicher wie seelischer Integrität sind auch dann ein entscheidender Referenzpunkt, wenn es – wie etwa in einigen Bereichen von Care, etwa im Falle von Demenz – nicht mehr darum geht, Autonomie (wieder-)herzustellen (dazu auch Brumlik 1992). Auch für politische bzw. öffentliche Programme geht es darum, Würde und Selbstrespekt tatsächlich zu realisieren und nicht nur als eine Option zu eröffnen (Nussbaum 2006: 172). Dies eröffnet in der Tat die Möglichkeit zu paternalistischen Reaktionen, wenn Entscheidungen oder Ambitionen von Menschen ihre Würde oder ihren Selbstrespekt in Mitleidenschaft ziehen: „Dignity is [...] area that is hard to ponder. While I believe that we should not close off voluntary choices citizens may make to choose relationships involving humiliation in their personal lives, it seems crucial for government to select policies that actually treat people with dignity and actually express respect for them, rather than policies (whatever those would be) that would extend to them merely the option to be treated with dignity. Suppose, for example, citizens could purchase dignified treatment at a low cost, but could also refuse to pay, and consequently be publicly humiliated. This would surely be an unacceptable public policy. We are also justified in requiring certain policies that manifest actual functioning that shows concern for others“ (Nussbaum 2001: 145).

Jenseits prinzipieller Überlegungen zur Rechtfertigbarkeit paternalistischer Eingriffe, wie etwa ihre Autonomiefunktionalität und ihre Orientierung an gehaltvollen Begriffen von Integrität und Würde, besteht das zentrale operative Merkmal legitimierbarer paternalistischer Eingriffe darin, dass sie entmündigende (Neben-)Wirkungen minimieren und „den Betroffenen bei geringstmöglicher Kontrolle optimal nützen.“ (Brumlik 1990: 223)

Nachdem wir ausführlich das Paternalismusproblem aus der gerechtigkeitstheoretischen Perspektive des CA ausgeleuchtet und zumindest abstrakt einige Maßstäbe für Interventionen entwickelt haben, soll im nächsten Kapitel etwas systematischer die Schnittstellen zwischen CA und Public Health betrachtet werden. Dabei werden wir auch im nächsten Kapitel zunächst theorievergleichend verfahren und unter Zuhilfenahme des Ansatzes von Rawls den CA genauer profilieren. Im hinteren Teil des Kapitels wird dann noch einmal das Paternalismusproblem aufgegriffen und dieses Mal nicht nur stärker auf den praktischen Umsetzungsbereich von Public Health bezogen, sondern auch die Konsequenzen, die sich aus dem CA für eine Interventionswissenschaft ergeben, ausformuliert.

4 Gesundheit als Grundgut, Capability oder verwirklichte Realfreiheit? Gerechtigkeitstheoretische Verankerungen von Public Health

Nachdem wir im ersten Kapitel gezeigt haben, dass der Gegenstand Gesundheit unmittelbar mit normativen Motiven durchzogen und damit prinzipiell auf die politische Theorie verwiesen ist, haben wir im vorangegangenen zweiten Kapitel die Grundgedanken des Capabilities Ansatzes – in Abgrenzung zu anderen Theorien – detaillierter dargestellt und im dritten Kapitel ausführlich auf das für Interventionswissenschaften grundlegende Paternalismusproblem bezogen. In diesem Abschnitt sollen die Verbindungslinien zwischen ausgewählten Ansätzen der politischen Theorie (Rawls und CA) und dem Gegenstand Gesundheit genauer entfaltet werden. Einige allgemeine Anmerkungen sollen zunächst den Bezugsrahmen verdeutlichen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind vier Motive zu unterscheiden.

Erstens lassen sich gerechtigkeitstheoretische Ansätze dahingehend differenzieren, welches Personenkonzept ihnen zu Grunde liegt, das heißt genauer: über welche Eigenschaften und Kompetenzen eine Person verfügen muss, um überhaupt in den Gegenstandsbereich legitimer Forderungen nach Freiheit und Gleichheit aufgenommen zu werden. Das variiert bekanntlich historisch – so wurde Frauen über Jahrhunderte hinweg der Status, Subjekte von Gerechtigkeitsforderungen zu sein, rundherum abgesprochen. Ähnliches galt (und gilt bis heute) für ethnische Minderheiten und aktuell existiert sogar eine breite Diskussion über so genannte Tierrechte. Die Grenze, mit der Personen bestimmt werden, die in den Gegenstandsbereich entsprechender Forderungen eingeschlossen werden, muss als sozial umkämpft begriffen werden – sie existiert nicht ontologisch. Dieser Punkt klingt entweder befremdlich oder trivial. Er ist aber im Rahmen von Forderungen nach Gerechtigkeit, Freiheit und Gleichheit gerade im Kontext von Gesundheit von hoher Relevanz, wie die Diskussion der Personenkonzepte von Rawls und dem CA zeigen wird.

Zweitens heben die meisten Gerechtigkeitstheorien mehr oder weniger explizit die Tatsache hervor, dass ein wie auch immer im einzelnen definierter Zustand von Gesundheit – durchaus im Sinne der WHO (1986) eines erfüllten und selbstbestimmtes Lebens – ein intrinsisches oder instrumentelles Moment der Qualität von Lebensaussichten ist. Gesundheit ist damit sowohl Bestandteil als auch Voraussetzung der Umsetzung einer individuellen Idee des guten Lebens. Damit gerät Gesundheit schnell in den (transzendentalen) Rang

einer unabdingbaren personellen Ressource, also eine Bedingung der Möglichkeit darzustellen, die eigenen Vorstellungen des guten Lebens zu verwirklichen.

Drittens sollten gerechtigkeits-theoretische Ansätze, die sich auf Gesundheit beziehen oder beziehen lassen, eine Antwort auf die Frage finden, wie das konstitutive Spannungsverhältnis von Public Health zwischen individueller Autonomie und Freiheit einerseits sowie gesundheitszuträglichen Interventionsversuchen, anwendungsbezogenem Expertenwissen und Verboten gesundheitsschädlicher Praktiken (möglicherweise zugunsten einer Bevölkerungsmehrheit wie etwa den KassenpatientInnen) andererseits in legitimierbaren Grenzen abzarbeiten ist. Hier taucht also das bereits häufiger angesprochene Motiv zwischen adaptiven Präferenzen und Paternalismus auf als für Public Health (und andere praxis- und interventionsorientierte Wissenschaften) prinzipielles Spannungsverhältnis zwischen Autonomie und advokatorischen Interventionen (vgl. hierzu ausführlich Kapitel 5). Wir werden sehen, dass der CA hier eine für die Praxis von Public Health nicht besonders angenehme Antwort verfügbar hat.

Viertens schließlich stellen sich im System der Krankheitsversorgung Fragen der Knappheit bestimmter medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen. Wenn Knappheiten vorhanden sind, dann sind Entscheidungskriterien, nach welchen Maßstäben solche Dienstleistungen (aber auch besonders teure Medikamente etc.) rationiert werden sollen, zwangsläufig Fragestellungen unterworfen, die im Kern gerechtigkeits-theoretischer Natur sind. Daraus ergeben sich etwa konkrete Fragestellungen wie: „[H]ow can we meet competing health care needs fairly under reasonable resource constraints?“ (Daniels 2000: 1; vgl. auch Sundmacher 2009).

Wir werden dabei das zweite und vierte Motiv im Folgenden vernachlässigen und uns in diesem Kapitel insbesondere auf das erste und dritte Motiv konzentrieren. Einsteigen werden wir einmal mehr mit dem Ansatz von Rawls.

Rawls' Ansatz und mögliche Folgerungen für Public Health

In der Rawls'schen Theorie der Gerechtigkeit wird man zunächst vergebens suchen nach expliziten Forderungen, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern. Rawls konzentriert sich in seinem Hauptwerk und den anschließenden Modifizierungen und Erweiterungen seiner Gerechtigkeitstheorie im Wesentlichen darauf, den unabhängigen moralischen Standpunkt auszuweisen und zu begründen, der zur notwendigen Formulierung der beiden Gerechtigkeitsgrundsätze führt. Die *Operationalisierung der Gerechtigkeitsprinzipien* bindet Rawls wie oben schon angedeutet an die Verfügbarkeit der Individuen über Grundgüter (primary goods) zurück. Grundgüter werden dabei wie schon erwähnt als ganz grundlegende Ressourcen und Rechte konzeptionalisiert, über die eine Person verfügen können muss, um ihre individuelle Konzeption des Guten zu verfolgen. „Vernünftige Menschen wünschen sich unabhängig davon, was sie sich sonst noch wünschen, bestimmte Dinge als Vorbedingung der Ausführung ihrer Lebenspläne.“ (Rawls 1971: 434) Entlang dieser allgemeinen Bestimmung von Grundgütern ist die Rawls'sche Überlegung, dass als frei und gleich konzipierte Personen für die Entwicklung und die Anwendung eines Gerechtigkeits sinns und einer Konzeption des Guten folgende Voraussetzungen und Ressourcen nötig haben (Brighouse/Unterhalter 2010: 70):

- | | |
|------|--|
| i) | The basic liberties (freedom of thought and the freedom of conscience etc.). |
| ii) | Freedom of movement and free choice of occupation. |
| iii) | Powers and prerogatives of offices of responsibility are needed to give scope to various self-governing and social capacities of the self. |
| iv) | Income and wealth, understood. |
| v) | The social basis of self respect. |

Tab. 3: Die Liste der Grundgüter nach Rawls; Quelle Brighthouse/Unterhalter 2010: 70

In dieser von Rawls entwickelten Liste der Grundgüter, die für die freie und gleiche gesellschaftliche Teilhabe von Personen vorhanden sein müssen, weisen Einkommen bzw. Wohlstand einerseits sowie Selbstrespekt andererseits implizite Bezüge zu Gesundheit auf. Anschlussfähig sind hier etwa die sozialepidemiologischen Studien, die einen sozialen Gradienten zwischen Einkommen und unterschiedlichen Gesundheitsoutcomes nachweisen, aber auch die Studien von Richard Wilkinson, die darauf abheben, dass auch die Einkommensverteilung bzw. -spreizung innerhalb eines Nationalstaats einen maßgeblichen Einfluss nimmt auf eine unglaubliche Vielzahl von abgeleiteten Variablen (Wilkinson 1998; Wilkinson 2005; Wilkinson/Pickett 2008; zuletzt Wilkinson/Pickett 2010).

Die Benennung von Selbstrespekt als notwendiges Grundgut für eine freie und gleiche Person lässt sich thematisch unterschiedlich ausdeuten. So sind beispielsweise diskriminierende Institutionen und Verhältnisse, wie sie etwa durch besonders selektive Bildungsinstitutionen vorliegen, als ungerecht einzustufen (Gomolla/Radtke 2002; Gomolla 2005; zum allgemeinen Zusammenhang aktuell Hormel/Scherr 2010). Ausgehend von der engen Verbindung zwischen Gesundheit und Bildung sind dann solche Bildungsinstitutionen wie etwa das deutsche Förderschulwesen oder das so genannte Übergangssystem, die auf den Selbstrespekt der Personen einen ungünstigen Einfluss haben, sofort abzuschaffen oder grundlegend zu reformieren. Andererseits lässt sich Selbstrespekt als personenbezogene Kompetenz verstehen, die im Verein mit anderen wie etwa Selbstwertgefühl oder Selbstvertrauen unmittelbar zu den gesundheitsbezogenen Kompetenzen gehören, die in der Ottawa-Charta und vielen weiteren programmatischen Studien der WHO eine zentrale Rolle spielen und durch Gesundheitsförderung gestärkt werden sollen.

Eine etwas radikalere Variante wäre, Gesundheit selbst als ein weiteres Grundgut in die Liste unmittelbar mit aufzunehmen, zumal Rawls betont, dass er die von ihm vorgelegte Liste der Grundgüter als nicht abgeschlossen versteht. Auf diese Weise ließe sich Gesundheit als grundlegendste Ressource und Voraussetzung der individuellen Realisierung der anderen Grundgüter unmittelbar innerhalb der politischen Theorie verankern und die Programmatik der Ottawa-Charta gerechtigkeits-theoretisch untermauern.³⁴ Im Zuge dieser Strategie könnte zum Beispiel dem von Joseph Kuhn und Alf Trojan zu Recht beklagten theoretischen Vakuum bei der Konzeptionalisierung des Verhältnisses zwischen gesellschaftlicher Regulation und individueller Verantwortung sowie der „gesundheitswissen-

34 Vor allem Norman Daniels hat versucht, Gesundheit als ein Grundgut im Rawls'schen Sinne auszubuchstabieren. Dabei geht es ihm darum, seines Erachtens unvermeidliche Knappheiten im Gesundheitssystem und in der Krankenversorgung, die Daniels zufolge mit unvermeidlichen Rationierungen zusammenhängen, auf diesem Weg wenigstens gerechtigkeits-theoretisch zu klammern. Wenn schon Rationierung notwendig ist, dann soll sie nach Daniels Ansicht wenigstens einem fairen Verfahren unterliegen; vgl. Daniels 1998; Daniels 2000; Daniels 2008 und jüngst Daniels 2010; vgl. auch Sundmacher 2009.

schaftliche(n) Unterbestimmtheit von Begriffen wie ‚Verantwortung‘, ‚Selbstbestimmung‘ oder ‚Autonomie‘“ (Kuhn/Trojan 2010: 25) durch den Rückgriff auf die politische Theorie Rechnung getragen werden.

Gerade mit Blick auf die Bezugnahme von Autonomie in Public Health hat Rawls' Gerechtigkeitstheorie darüber hinaus den Charme, die nicht selten sozialtechnologisch begründete Kontrollfunktion von gesundheitsbezogenen und sozialhygienischen Interventionen in die Lebensführung sozialer Akteure in einer autonomiefunktional legitimierbaren Weise zu begrenzen. Die Rawls'sche Perspektive liefert valide Begründungsmaßstäbe etwa in der Auseinandersetzung mit der gerade im Bereich der Gesundheitsförderung und Verhaltensprävention umstrittenen Frage, ob und inwiefern es legitim sei, gegen den Willen, aber zugunsten des Wohls von Individuen zu intervenieren bzw. die Autonomie eines Individuums zu beschränken, um deren Wohlergehen zu befördern oder zu schützen. Diese Frage verweist im Wesentlichen auf das Problem des Paternalismus, verstanden „als der Gebrauch von Zwang [...], bei dem es um das Erwerben eines Guten geht, das von der Person, für die das Gut angestrebt wird, nicht als solches erkannt wird“ (Dworkin 1971: 112). Wie im vorherigen Kapitel eingehend ausgeführt, hat Micha Brumlik vorgeschlagen, diesem Paternalismusproblem im Sinne einer advokatorischen Ethik zu begegnen – und der Maßstab der bzw. die Strategie des *advocacy* ist bekanntlich tief verankert im WHO-Verständnis und der WHO-Programmatik von Gesundheit und Gesundheitsförderung (WHO 2010/1986).

Die Rawls'schen Bestimmungen des Urzustandes nun lassen nur eine ganz bestimmte Klasse von paternalistischen Eingriffen zu: „Die Beteiligten möchten ihre Menschenwürde und ihre letztendlichen Ziele und Überzeugungen, gleich welcher Art, sichern. Paternalistische Grundsätze dienen zum Schutz gegen unsere Unvernunft, sie sind keinerlei Erlaubnisse für Angriffe auf jemandes Überzeugungen und Charakter, auch wenn die Aussicht auf spätere Zustimmung besteht. Auch Erziehungsmethoden müssen diesen Bedingungen genügen“ (Rawls 1975: 282). Bezieht man nun das Rawls'sche Argument mit ein, dass die Menschen im Urzustand „um jeden Preis die sozialen Verhältnisse vermeiden, die die Selbstachtung untergraben“ (Rawls 1975: 75) und diese *Selbstachtung* für die Theorie der Gerechtigkeit als ein Wert an sich gilt, der in diesem Sinne dem Rekurs auf Vernunft ebenbürtig ist, lässt sich argumentieren, dass die Theorie der Gerechtigkeit von sozial- und gesundheitsbezogenen Humandienstleistungen verlangt, das Ziel der Autonomiegewinnung an die erste Stelle zu setzen, dabei mittelbaren und unmittelbaren paternalistischen Eingriffen in die Willensfreiheit der AdressatInnen enge Grenzen setzt und in jedem Falle nur jene Formen von Interventionen zulässt, die die Selbstachtung der Betroffenen nicht in Frage stellen.

Wie deutlich geworden sein sollte, liefert der Rawls'sche Ansatz eine Reihe von mittelbaren und unmittelbaren Anknüpfungspunkten, die für eine gesellschafts- und gerechtigkeitstheoretische Konzeptionalisierung von Public Health weiter fruchtbar gemacht werden könnte. Doch gerade in Hinblick auf den Gegenstand Gesundheit gibt es im Ansatz von Rawls einige markante Probleme, die im Folgenden dargestellt werden.

Kritik an Rawls

Für personenbezogene Humandienste besteht ein Problem mit dem Rawls'schen Ansatz zunächst darin, dass dessen Geltungsbereich durch die „rationale Autonomie“ (Rawls 1993: 75) eines „normalen und während seines/ihrer gesamten Lebens vollständig kooperierenden Mitglieds einer Gesellschaft“ (Rawls 1993: 74) begrenzt wird. Menschen im Kindesalter, mit Senilität oder mit geistiger Behinderung sind argumentationslogisch aus den kontraktualistischen Gerechtigkeitsbegründungen von Rawls ausgenommen (vgl. Nussbaum 2006). Zumindest in einigen ihrer Arbeitsfelder besteht für die Gesundheitswissenschaft demnach

das Problem, dass eine nicht unerhebliche Zahl ihrer „nicht-mündigen“ AdressatInnen kaum in dem Geltungsbereich der Rawls'schen Gerechtigkeitsbegründung fällt.

Auf den Gegenstand Public Health angewendet, verweist auch diese Kritik darauf, dass das abstrakte moralische Subjekt der Rawls'schen Theorie weit entfernt von den empirischen, konkreten „Subjekten“ sein kann, die die AdressatInnen gesundheitsbezogener Programme darstellen. Das Paternalismusproblem würde demnach für weite Bereiche von Public Health gelten. Dies fiele aber hinter die Partizipations- und Teilhabeanforderungen zurück wie sie in progressiven Formulierungen von Public Health betont werden.

Systematisch hat Rawls' Gerechtigkeits Theorie für personenbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung das Problem, dass es ihr um gerechte Gesetze, Institutionen und Programme oder kurz um Lebensumstände geht. Gerechtigkeitsurteile sollen sich Rawls zu Folge an dem Ausmaß verfügbarer zentraler Güter wie Grund-, Freiheits- und Zugangsrechten und basalen, materiellen Ressourcen orientieren. Eine Gesellschaftsordnung gilt dann als gerecht, wenn gewährleistet ist, dass jedem Bürger unabhängig von seinen individuellen Bedürfnissen ein bestimmtes Maß an Mitteln zur Verfügung steht. Mit Rawls' Gerechtigkeits Theorie scheint sich in sozialpolitischer Hinsicht eher die Absicherungen „materieller Standardrisiken durch sozialversicherungsförmig organisierte Sicherungssysteme“ (Olk/Otto 1987: 6) und eine weitreichende (Um-)Verteilung von Gütern und (infra-)strukturellen Möglichkeiten begründen zu lassen, als Interventionen, die sich auch eine Veränderung von Motivationen, Orientierungen und Kompetenzen und damit auf Personen richten (vgl. Ziegler/Otto 2007).

Es ist deshalb kein Zufall dass die gesellschaftlichen Grundgüter von Rawls' Gerechtigkeits Theorie – mit Ausnahme der Selbstachtung – lediglich den Status von instrumentellen Mitteln für das Gelingen eines guten Lebens haben (vgl. Sturma 2000). Eine Konzeption des guten Lebens selbst ist darin nicht, bzw. nur sehr rudimentär angelegt. Dieser Logik folgend lehnt Rawls die „Verbesserung“ oder Perfektionierung des Individuums ab (vgl. Oelkers et al. 2008). Perfektionistische Vorstellungen trachten danach, die menschliche Lebensführung in einer spezifischen Form zu qualifizieren und spezifische Eigenschaften zu kultivieren. Rawls begegnet ihnen deshalb skeptisch, weil sie tendenziell moralisch elitistische bis despotische Formen annehmen können „oder zumindest anmaßende Zurichtungen [...] legitimieren, indem sie es erlauben, individuelle Freiheiten und Ambitionen zugunsten partikularer Konzeptionen des Guten zu reduzieren“ (Oelkers et al. 2008). So gewichtig dieser Verdacht auch sein mag: Maßnahmen der Gesundheitsförderung lassen sich kaum als pädagogische oder bildungsbezogene – und damit personenverändernde – Unternehmen begründen, sofern sie nicht in der Lage sind, zumindest moderate Formen qualifizierender und kultivierender Praktiken zu legitimieren.

Wir haben gesehen, dass eine Rawls'sche Perspektive eine große Zahl interessanter Anschlussstellen für die Theorie und Praxis von Public Health liefert, die kontraktualistische Anlage der Rawls'schen Gerechtigkeits Theorie allerdings mit Grenzen und Einschränkungen einhergeht. Im Folgenden sollen die Schnittstellen des CA zum Gegenstand Gesundheit genauer untersucht werden.

Unmittelbare und mittelbare Gesundheitsbezüge in der Liste der Grundbefähigungen

Gesundheit ist als gerechtigkeits theoretischer Bezugspunkt im CA wesentlich direkter verankert als in der Rawls'schen Theorie. Insbesondere in der Variante von Martha Nussbaum materialisiert sich der Gesundheitsbezug unmittelbar in der von ihr vorgelegten Liste der Grundbefähigungen. Bereits die ersten drei Capabilities und die letzte, die alle Menschen als Grundvoraussetzung verfügbar haben sollen, um ihre menschlichen Potenziale und ihre Konzeption des guten Lebens verwirklichen zu können, sind gesundheitsbezogen. Dabei wird Gesundheit hier im Sinne einer egalitaristischen Ressourcenperspektive flankiert:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Leben</i>: Fähig zu sein, ein Leben von normaler Länge zu leben; nicht vorzeitig zu sterben oder vor jenem Zeitpunkt, an dem das Leben so reduziert ist, dass zu leben es nicht mehr wertvoll erscheint. 2. <i>Körperliche Gesundheit</i>: Fähig zu sein, über eine gute Gesundheit – inklusive der Reproduktionsfähigkeit – sowie über angemessene Ernährung und Unterkunft zu verfügen. 3. <i>Körperliche Integrität</i>: Fähig zu sein zur ungehinderten Ortsveränderung, zur Sicherheit vor Gewalt – einschließlich der Vergewaltigung und Gewalttätigkeit in der Familie –, zur freien Befriedigung sexueller Bedürfnisse sowie zur freien Wahl in Bezug auf die Fortpflanzung. 10 b. <i>Materielle Kontrolle über die eigene Umwelt</i>: Die Möglichkeit zu haben, über Eigentum zu verfügen. Das Recht besitzen, eine Beschäftigung auf Gleichheitsgrundlage zu erlangen; frei zu sein von Verfolgungen und Beschlagnahmungen. |
|--|

Tab. 4: Ausschnitt aus der Liste der Central Capabilities nach Nussbaum (2006: 76ff, übersetzt von Ulrich Steckmann)

Ein Leben von durchschnittlicher Länge zu führen, bei guter Gesundheit zu sein und körperliche Integrität zu wahren, sind nach Nussbaum also die ersten drei Capabilities, über die aus gerechtigkeits-theoretischer Perspektive alle Menschen verfügen können müssen. Wie wir aus der sozioepidemiologischen Forschung wissen, verletzen nahezu alle Gesellschaften in unterschiedlicher Qualität bereits die erste Capability nach einer durchschnittlichen Lebenserwartung selbst in den hoch entwickelten Industrieländern für bestimmte Minderheiten wie beispielsweise Menschen mit wenig Einkommen oder wenig Bildung oder für bestimmte ethnische Minderheiten. Bereits aus der ersten Capability ließe sich das Argument ableiten, dass soziale Ungleichheit in Einkommen und Bildung sofort zu reduzieren und eine egalitäre Ressourcenverteilung einzurichten ist, um die Unterschiede in der Lebenserwartung je nach sozio-ökonomischer und sozio-kultureller Stellung einzuebnen (vgl. hierzu auch Graham 2008).³⁵

Die Capabilities zielen damit zunächst auf eine Ressourcenebene ab, die auch von der zweiten Capability – der Verfügbarkeit von guten Ernährungsbedingungen und Unterkünften bzw. Wohnquartieren adressiert wird. Die körperliche Integrität als dritte Capability wird als klassisches negatives Schutzrecht gegen staatliche Institutionen verankert. Schließlich wird mit der letzten Capability direkt auf die materielle Kontrolle über die eigene Lebenswelt abgezielt, mit der ebenfalls individuelle Autonomie über den Eintritt in Arbeitsmärkte mit abgedeckt wird. Die direkte Nennung von Gesundheit als Capability und die deutliche herausgestrichene Ressourcenebene von Gesundheit macht den CA gewissermaßen zu einem natürlichen Verbündeten bei der gerechtigkeits-theoretischen Untermauerung der normativen Gehalte von Public Health.

Allerdings liefert der CA im Zusammenhang mit dem Gegenstand Gesundheit noch eine weitere systematische Bezugnahme. Diese liegt in der Betonung der Bedeutung immaterieller Grundbefähigungen für die Verwirklichung menschlicher Potenziale. Grob gesprochen lassen sich vier weitere Capabilities aus der Liste auf den Zielbereich gelingender Gesundheitskommunikation, gelingender symbolischer Weltaneignung und gelingender Sozialität auf der Basis autonomer und autonomiefähiger Subjekte beziehen.

³⁵ Public Health könnte und müsste vor diesem Hintergrund viel klarer sozialpolitisch Stellung beziehen und sich etwa für die Einführung eines bedingungslosen garantierten Grundeinkommens als Bedingung der Möglichkeit von Selbstrespekt, Selbstwertgefühl etc. unabhängig vom Lohnarbeitsplatzbesitz einsetzen.

- | | |
|-----|---|
| 4. | <i>Sinne, Vorstellungen und Gedanken:</i> Fähig zu sein, die Sinne zu gebrauchen und zu denken, Ausdrucksmöglichkeiten zu besitzen, lustvolle Erfahrungen zu haben und unnötigen Schmerz zu vermeiden. [...] |
| 5. | <i>Gefühle:</i> Fähig zu sein, emotionale Bindungen zu Gegenständen und anderen Menschen einzugehen und die Möglichkeit zur Entwicklung der eigenen Gefühle zu haben. Die Möglichkeit umfasst Formen der menschlichen Gemeinschaftsbildung, von denen sich nachweisen lässt, dass sie für die Gefühlsentwicklung wesentlich sind. |
| 7a. | <i>Zugehörigkeit:</i> Fähig zu sein, für und mit anderen Menschen zu leben und für sie Sorge zu tragen. Fähig zu sein, sich in die Situation eines anderen hineinzusetzen. |
| 7b. | <i>Zugehörigkeit:</i> Fähig zu sein, über eine soziale Basis für Selbstrespekt zu verfügen und frei von Demütigungen zu leben. |
| 9. | <i>Spiel:</i> Fähig zu sein, zu spielen, zu lachen und zur Erholung. |

Tab. 5: Ausschnitt aus der Liste der Central Capabilities; nach Nussbaum 2006: 76ff, übersetzt von Ulrich Steckmann

Die Grundbefähigungen, die oben angeführt sind, sind in hohem Maße, aber eben nicht nur und vor allem nicht ausschließlich im bildungsbürgerlichen Sinne bildungsgesteuert.³⁶ Sie benötigen ganz prinzipiell sprachliche Kompetenzen, emotionale Kompetenzen, soziale und interaktionale Kompetenzen. Die Bewertung gesellschaftlicher Bildungsinstitutionen bekommt damit im CA einen gerechtigkeitstheoretischen und gleichzeitig auch gesundheitsbezogenen Maßstab (vgl. hierzu die Beiträge in Otto/Ziegler 2010). Die Formulierungen erinnern frappierend an ganz ähnlich klingende Formulierungen aus der Ottawa-Charta, in der ebenfalls die Selbstbestimmung der Menschen über ihre eigenen Lebensbedingungen zu einem Maßstab für die Erreichung von Gesundheit etabliert wird. Alle diese Grundbefähigungen müssen aus Gründen der Erlangung gerechter gesellschaftlicher Verhältnisse, so gut es vor dem Hintergrund des historisch Möglichen geht, gefördert werden. Die gesellschaftlichen Institutionen müssen sich daran messen lassen, inwieweit es ihnen gelingt, zur Kompetenzförderung aller Subjekte beizutragen, Diskriminierungen bestimmter Gruppen zu vermeiden und Barrieren zu reduzieren oder abzuschaffen. Neben den unmittelbar materiellen Grundbefähigungen lässt sich mit dem CA ebenfalls die gesundheitsorientierte Wende zum Kompetenzparadigma mit vollziehen, ohne beide Dimensionen gegeneinander ausspielen zu müssen. Damit liefert der CA eine solide Argumentationsfolie, um die für Public Health zentrale Unterscheidung zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention, also gesellschaftliche Strukturveränderung einerseits sowie Gesundheitskompetenzstärkung andererseits zu untermauern oder zu reformulieren.

Es lässt sich schließlich ein dritter gesundheitsbezogener Aspekt in der Nussbaumschen Liste der Grundbefähigungen herauskristallisieren, der ebenfalls relativ eng an den Formulierungen und Forderungen der Ottawa-Charta anliegt. Ebenfalls als eine Grundbefähigung ausgewiesen wird der Bereich demokratischer Teilhabe und Partizipation an den gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen der Mikro-, Meso- und Makroebene.

- | | |
|-----|--|
| 10. | a. <i>Politische Kontrolle über die eigene Umwelt:</i> Fähig zu sein, an politischen Entscheidungen teilzuhaben, die das eigene Leben betreffen. Das Recht auf freie Rede und freie Assoziation zu besitzen. |
|-----|--|

Tab. 6: Ausschnitt aus der Liste der Central Capabilities; nach Nussbaum 2006: 76ff, übersetzt von Ulrich Steckmann

³⁶ Die Bildungskonzepte, die hinter diesen Grundbefähigungen aufscheinen, gehen u.E. viel stärker in Richtung der Arbeiten von Paulo Freire und Ivan Illich, als formale Schulabschlüsse zu adressieren.

Wir wissen aus vielen Forschungszusammenhängen, dass sich die Möglichkeit, an Entscheidungen mitzuwirken, gesundheitsförderlich auswirkt. Das hat etwa die betriebliche Gesundheitsförderung ebenso herausgearbeitet wie die politische Partizipationsforschung oder die partizipationsorientierte Evaluationsforschung eines Michael Wright (vgl. etwa M. Wright 2009). Diese Grundbefähigung deckt sich mit der entsprechend lautenden Forderung der Ottawa-Charta, Kontrolle über die eigene Lebenswelt zu erhalten.

Es ist kaum übertrieben festzustellen, dass der CA in Richtung der Gerechtigkeitstheoretischen Begründung von zentralen Forderungen und Konzepten der Public Health mehr oder weniger nahtlos anzuschließen ist. Wir haben also bis zu dieser Stelle den – zugegeben nicht besonders schwierigen – Nachweis erbracht, dass *erstens* Gesundheit ein bedeutender Bezugspunkt im CA ist, dass *zweitens* der CA in seiner Stoßrichtung eine hohe Deckungsgleichheit zur Ottawa-Charta aufweist und dass sich *drittens* mit dem CA sehr weit reichende Forderungen im Kontext auf die Errichtung einer normativ gebotenen Gesundheitsgesellschaft erheben und begründen lassen. Was wir bislang noch nicht analysiert haben, ist zum einen, welchen theoriearchitektonischen Stellenwert Gesundheit im Gesamtkonzept des CA einnimmt, und zum anderen das Verhältnis zwischen CA und der Wissenschaft bzw. Institution Public Health im Kontext ihrer normativen Verankerung. Beides soll nunmehr nachgeholt werden.

Unterschiedliche Dimensionen der Verankerung von Gesundheit im CA

Der zentrale Maßstab des CA lässt sich als das Ausmaß formulieren, innerhalb dessen die Bedingungen der Möglichkeit einer Autonomie der Lebenspraxis der Subjekte gewährleistet wird. Autonomie der Lebenspraxis wird durch den CA stärker als in vergleichbaren Ansätzen als eine objektiv bestimmbare Dimension eines guten menschlichen Lebens verstanden. Damit findet sich bei Nussbaum theoriearchitektonisch jene Verbindung von aristotelischer und liberaler (kantianischer) Ethik, die für die Varianzen von personalen gesundheitsbezogenen Lebensführungen und deren institutionelle Rahmungen über Kriterien gegenstandsbezogener Angemessenheit und begründungstheoretischer Stringenz verfügt.

Mit dem CA könnte sich demnach eine Lösungsmöglichkeit des politisch-normativen Maßstabsproblems der Gesundheitsförderung eröffnen, die für empirische Forschung anschlussfähig ist, und das Potential von Public Health als eine kritische bzw. emanzipatorische Disziplin und Profession zu fungieren, in einer neuen Qualität grundiert. Von hier aus ergeben sich – sich nicht unbedingt ausschließende – unterschiedliche Konzeptionalisierungsmöglichkeiten, Gesundheit im Rahmen des CA zu verankern.³⁷ Anhand der schematischen Darstellung des CA (s. Abbildung folgende Seite) lässt sich das noch einmal gut veranschaulichen.

37 Sicherlich übertrieben ist dabei die Rede von einem „Health Capabilities paradigm“ (Ruger 2010a). Am stärksten ist der Bezug zum CA von Jennifer Prah Ruger, die sich in ihrer Dissertation und verschiedenen Studien an die Ausarbeitung eines Konzepts von Health Capabilities macht. Bislang sind ihre Überlegungen allerdings noch sehr programmatisch gehalten, wiewohl sie gute Anregungen und Anschlussmöglichkeiten bieten (vgl. etwa aktuell Ruger 2010b und Mabsout 2011).

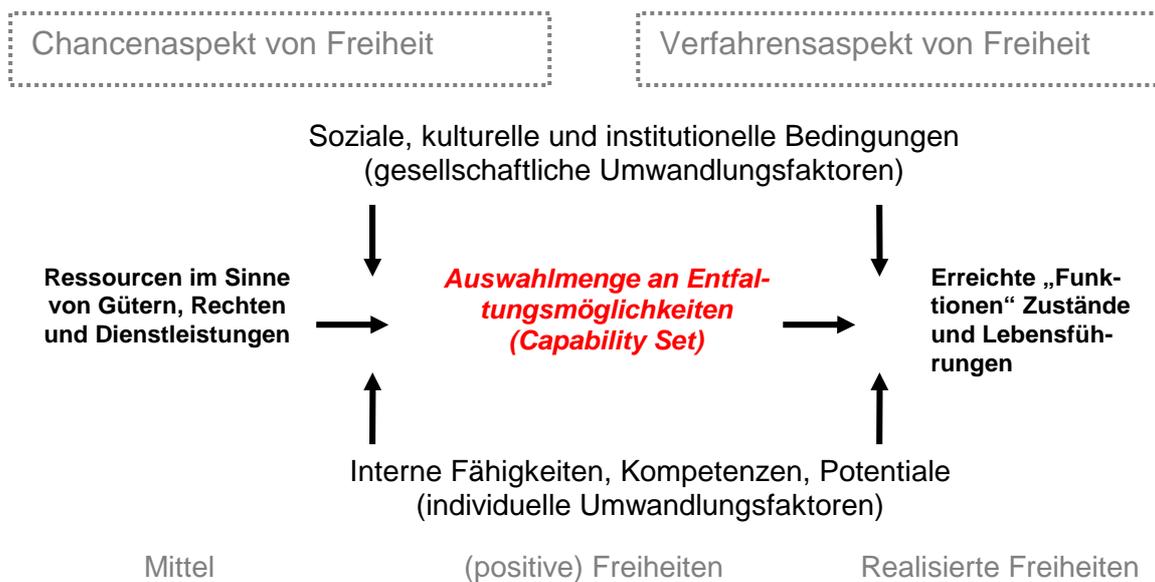


Abb. 4: Schematische Darstellung des CA; eigene Darstellung nach Bartelheimer 2009

Wie auf der schematischen Ebenendifferenzierung des CA zu sehen ist, gibt es zunächst drei zentrale Differenzierungen: *erstens* die Ebene der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Umsetzungsfaktoren und Mittel, die die grundsätzlichen Entfaltungsmöglichkeiten des Individuums im Rahmen des jeweiligen Capability Sets determinieren. *Zweitens* die Ebene der persönlichen Handlungsbefähigungen, Skills, Fertigkeiten und Fähigkeiten, mit denen das gesamtgesellschaftlich bestimmte Angebot an Handlungsmöglichkeiten individuell angeeignet werden kann. Diese Ebene der personenbezogenen Umwandlungsfaktoren wird damit auch als eine nicht deterministische Funktion der Ebene gesellschaftlicher Rahmenbedingungen gefasst. Soziologisch gesprochen handelt es sich bei der CA-Architektur – trotz ihrer liberalen Ausrichtung – um einen Strukturierungsansatz (wir werden diesen für Public Health wichtigen Aspekt weiter unten weiter veranschaulichen). Und *drittens* die Ebene der tatsächlich realisierten Zustände und Handlungsergebnisse, der so genannten Functionings.

Entlang dieser drei Ebenen sind Differenzierungen möglich und nötig:

- in Hinblick auf das Verhältnis zwischen individuellem Gesundheitshandeln und Gesundheitsoutcomes,
- zwischen individuellen Kompetenzen und realisierten Gesundheitszuständen,
- zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention, sowie schließlich
- zwischen der Expertenrolle von Public Health, ihren Interventionsabsichten und individuellen Autonomieansprüchen und -zuschreibungen.

Wir sind der Ansicht, dass es der Rückgriff auf den CA erlaubt, im Zusammenhang mit den o.g. vier Dimensionen differenziertere Überlegungen zuzulassen, als es in Public Health normalerweise der Fall ist.

Es ist zunächst wichtig, zwischen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und individuellen Kompetenzen gerade in Hinblick auf Gesundheit zu differenzieren, denn die individuelle Aneignung prinzipiell vorhandener Handlungsmöglichkeiten ist eine der entscheidenden Determinanten sozialer Herrschaft und der daraus resultierenden allgemeinen und

gesundheitlichen Ungleichheiten. Anhand von Beispielen, die sich auf die Ausführungen weiter oben zu den unterschiedlichen Verankerungen der Gesundheit im CA beziehen, kann dieser Aspekt illustriert werden. Die relevanten Dimensionen sind hier Fragen der Verteilungsgerechtigkeit (I.), der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung von Fertigkeiten und Fähigkeiten (II.) und schließlich die politische Partizipationsfähigkeit (III.):

(I.) Innerhalb der Liste der Grundbefähigungen nimmt die Möglichkeit, ein Leben von durchschnittlicher bzw. normaler Länge zu führen, eine herausragende Stelle im CA ein. Was dabei als normal oder durchschnittlich gilt, ist stark abhängig vom politischen und volkswirtschaftlichen Zustand nationalstaatlicher Arrangements. Ob es normal ist, bereits vor dem Erreichen eines Lebensalters von 60 Jahren zu sterben, wie in Subsahara-Afrika, oder die Lebenserwartung über 80 Jahre beträgt, wie in Japan, wird also zuallererst durch die sozialen, kulturellen und institutionellen gesellschaftlichen Grundvoraussetzungen sowie durch die verfügbaren Mittel (etwa in der Krankheitsversorgung, der Ernährung etc.) bestimmt. Erreichte Gesundheitszustände sind deshalb in der Theorieanlage von CA – zumindest so, wie wir ihn verstehen – deutlicher abhängiger von gesamtgesellschaftlichen Verhältnissen als von individuellen Fertigkeiten und Fähigkeiten, Skills und Potenzialen. Der Möglichkeitsraum, 80 Jahre alt zu werden, wird, um das noch einmal deutlich zu betonen, stärker durch gesellschaftliche Strukturen geprägt als durch Individuen, selbst wenn sie sich vorbildlich verhalten. Daraus folgt, dass das Spannungsfeld zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention nicht symmetrisch ist, sondern im Hinblick auf durchschnittliche oder normale Gesundheitszustände die Verhältnisprävention deutlichen Vorrang genießen sollte.³⁸ Genau das meint die Rede vom Strukturierungsansatz.

Doch welche gesellschaftlichen Verhältnisse sollen in den Blick genommen werden, um die durchschnittlich erreichten Gesundheitszustände zu erhöhen und von dort aus die individuellen Optionsräume zu erweitern? Für uns ist es in erster Linie entscheidend, bei den distributiven Verhältnissen innerhalb von Gesellschaften anzusetzen.³⁹

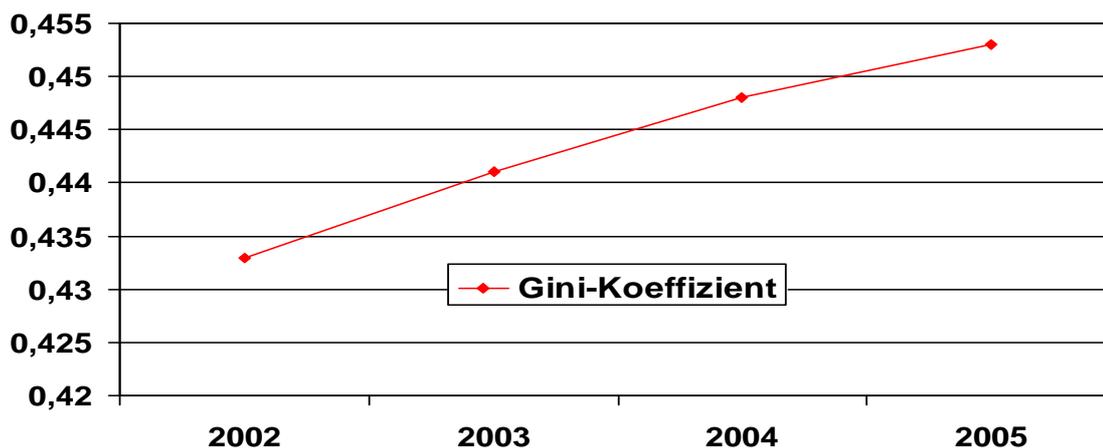
In mehreren Studien haben Richard Wilkinson und Kate Pickett (Wilkinson 1998, 2005; Wilkinson/Pickett 2010) gezeigt, dass das Maß der Einkommensungleichheit, also der Spreizung der individuellen Einkommen, einen höheren Einfluss auf die durchschnittliche Lebenserwartung hat als der verfügbare Wohlstand. „Oft wird angenommen, dass das Vorhaben, nationale Standards auf Gebieten wie Bildung und Gesundheit anzuheben, von dem Versuch, sozial bedingte Ungleichheiten im Gesundheits- und Bildungsbereich zu verringern, gänzlich unterscheidbar wäre. Die vielleicht wichtigste Schlussfolgerung [...] [unserer Forschungen; d.V.] aber beinhaltet, dass die erfolgreichste Steigerung allgemeiner nationaler Standards sehr stark von einer Verringerung von Ungleichheiten in den jeweiligen Ländern abhängig zu sein scheint. Die Verringerung von Ungleichheiten könnte demnach [...] das Gesamtniveau gesundheitlicher Lebenschancen in der Bevölkerung verbessern“. (Wilkinson/Pickett 2008: 80) Auch wenn die Thesen von Wilkinson und Pickett nicht unumstritten sind und etwa darauf hingewiesen wird, dass beispielsweise Generationenerfahrungen (etwa Nachkriegssituationen o.ä.) ebenso bedeutsam sein könnten wie die Einkommensspreizung (Davey Smith 2008), liefern die Studien von Wilkinson doch starke Argumente dafür, dass die sozialen, kulturellen und institutionellen Strukturen, die auf das

38 Die Perspektive, dass die gesellschaftlichen Arrangements für die eigenen gesundheitlichen Zustände systematisch wichtiger sind als die individuellen Präferenzen und Handlungsressourcen, verfolgt bereits Durkheim am Beispiel des Freitods; vgl. Durkheim 1983 [1897].

39 Mindestens ebenso bedeutsam ist natürlich die internationale Distribution – das Argument würde bei ernsthafter Einbeziehung für unser Paper überkomplex werden. Angemerkt sei hier nur, dass aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ein sofortiger Schuldenerlass für die so genannten „Drittweltstaaten“ bzw. „Länder des Südens“, die Schaffung fairer Handelsbedingungen, nachhaltige Landreformen, die Beendigung der westlichen Unterstützung von diktatorischen und totalitären Regimes der Anfang wäre, die aktuelle Heuchelei zu überwinden.

Capability-Set einwirken, für die potenzielle Verwirklichung positiver Gesundheitszustände maßgeblicher sind als jeweils individuelle Bezugsgrößen.

Wenn man den Maßstab der Einkommensspreizung und der Einkommensentwicklung für Deutschland als besonders bedeutsame gesundheitsrelevante Größe ernst nimmt, dann hat sich Deutschland zu einer Gesellschaft entwickelt, in der die durchschnittlichen Verwirklichungschancen für Gesundheit reduziert worden sind. In den folgenden zwei Abbildungen lässt sich die Einkommensentwicklung in Deutschland zwischen 2002 und 2005 ablesen. Dabei lässt sich erkennen, dass sich das Maß der Einkommensungleichheit erhöht hat (Abbildung 5).



Deutschland	2002	2003	2004	2005
Arithmetisches Mittel	24.873	24.563	23.987	23.684
Median	21.857	21.531	20.438	20.089
Gini-Koeffizient	0,433	0,441	0,448	0,453

Abb. 5: Entwicklung des Gini-Koeffizienten; Quelle *Lebenslagen in Deutschland. 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, BMAS 2008: 13.*

Der Gini-Koeffizient als Maß für die Einkommensspreizung hat sich mehr oder weniger kontinuierlich im Zeitraum 2002 bis 2005 nach oben entwickelt, Deutschland ist also im Kontext der gesellschaftlichen Einkommensverteilung ungleicher geworden.⁴⁰

Die Tabelle 7 (nächste Seite) zeigt dann, welche sozialen Gruppen von dieser Entwicklung profitiert haben und welche zu den Verlierern zählen. Überraschend ist zunächst, dass die meisten sozialen Gruppen von der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung nicht profitieren konnten und dass lediglich die einkommensstärksten zwanzig Prozent ihren ohnehin weit überproportionalen Anteil am nationalen Bruttoeinkommen aus unselbstständiger Arbeit noch einmal deutlich steigern konnten. Die breite Mitte (3., 4., 5. Dezil) verliert an Boden oder stagniert weitestgehend (2., 6., 7. Dezil). Besonders deprimierend ist, dass die

40 Diese Entwicklung kann selbstverständlich auch aus der Perspektive der Rawls'schen Theorie der Gerechtigkeit scharf kritisiert werden – denn die Legitimation für die bloße Existenz sozialer Ungleichheiten wird – wie oben ausführlich dargestellt – an das Differenzkriterium gekoppelt; das heißt: Soziale Ungleichheit ist in Gesellschaften nur dann erlaubt, wenn es den am schlechtesten gestellten Personen einer Gesellschaft dienlich ist, sie also dadurch mehr haben als ohne diese Ungleichheiten. Eine Entwicklung zu einer Vergrößerung der Einkommensungleichheiten ist auch mit Rawls nicht zu legitimieren.

einkommensschwächste Gruppe (1. Dezil) von ihrem ohnehin deutlich unterproportionalen Anteil (0,7%) am nationalen Bruttoeinkommen noch einmal 28% einbüßt (auf 0,5%).

Wenn Richard Wilkinson Recht hat und das Ausmaß der Einkommensungleichheit für den durchschnittlichen Gesundheitszustand der Bevölkerung die zentralste Größe darstellt, und wenn der CA mit der theoretischen Konzeptionalisierung einer Asymmetrie zwischen gesamtgesellschaftlichen Institutionen und individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten bei der Herstellung und Aufrechterhaltung realisierter Gesundheitszustände zugunsten gesellschaftlicher Strukturen richtig liegt, dann müssen aus der gerechtigkeits-theoretischen Perspektive des CA *vor allen individuellen Skillförderprogrammen* gesellschaftliche Strukturveränderungen stattfinden.

Anteile am Bruttoeinkommen aus unselbständiger Tätigkeit nach Dezilen					
1. Dezil	0,7	0,6	0,6	0,5	-
2. Dezil	1,7	1,6	1,6	1,6	-
3. Dezil	3,6	3,3	3,0	2,9	-
4. Dezil	5,8	5,5	5,3	5,3	-
5. Dezil	7,8	7,7	7,5	7,4	-
6. Dezil	9,9	9,8	9,8	9,8	+
7. Dezil	11,6	11,7	11,9	11,8	+
8. Dezil	14,3	14,3	14,3	14,4	+
9. Dezil	17,1	17,5	17,8	17,8	+
10. Dezil	27,7	27,9	28,2	28,4	+
	2002	2003	2004	2005	

Tab. 7: Verteilung der realen Bruttoeinkommen aus unselbständiger Tätigkeit der ArbeitnehmerInnen insgesamt; Quelle Lebenslagen in Deutschland. 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, BMAS 2008: 13.

Aus der gerechtigkeits-theoretischen Perspektive des CA sind also gerade auch in Richtung Gesundheitsförderung und der Schaffung gesamtgesellschaftlicher gesundheitsförderlicher Strukturen vorrangig die Verteilungs- und Distributionsverhältnisse, einschließlich – um hier kein Tabu aufkommen zu lassen – der Eigentumsverhältnisse zu verändern. Gesundheit und Gesundheitsförderung setzt damit zuerst auf der linken Seite und der oberen Hälfte des CA Schemas an: bei dem Chancenaspekt von Handlungsfreiheit, bei den Gütern und Dienstleistungen und bei den sozialen, kulturellen und institutionellen Strukturen. Einer der wichtigsten Vorteile des CA ist, dass er trotzdem nicht nur gesellschaftliche Strukturen wie vor allem Verteilungsverhältnisse in den Blick nimmt, sondern in liberalistischer Tradition ebenfalls die Handlungskompetenzen der Subjekte mit einbezieht.

(II.) So bedeutend die gesellschaftlichen Spielräume bei der Produktion von Verwirklichungschancen und der Erreichung positiver Realfreiheiten auch sind, ohne die Berücksichtigung personenbezogener Fähigkeiten und Fertigkeiten bleiben sie in höchstem Maße unvollständig und schematisch. Die gerechtigkeits-theoretische Größe der verwirklichten Realfreiheiten als outcomes, der functionings, verweist ja darauf, dass die gesellschaftlichen Strukturierungsprinzipien, selbst wenn sie gerechter sind als die aktuellen, durch das Handeln der Subjekte mit Leben erfüllt werden müssen. Darauf sind in der Liste der notwendigen Grundbefähigungen von Nussbaum die angesprochen individuellen Kompetenzen gemünzt (4., 5., 7a., 7b., 9).

Bei der Entwicklung persönlicher Kompetenzen zur Stärkung und Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit spielen die Sozialisationsinstanzen die alles überragende Rolle. Zunächst die primäre der Familie, dann die sekundären der Kita, der Schulen und schließ-

lich die Peers (Klocke/Becker 2003; Dippelhofer-Stiehm 2008; Hensen 2008). Dass individuelle Kompetenzen und allen voran Bildungskompetenzen einen überaus positiven Einfluss auf die Gesundheitschancen nehmen, hat nicht nur die WHO von Beginn an reklamiert, sondern wird auch in vielen Studien immer wieder nachgewiesen (vgl. Mielck 2000; Mirrowsky/Ross 2003; Bauer 2005; Furnée et al. 2008; Vester 2009; Kuntz 2010). Nach allem, was wir durch die empirische Bildungs- und Sozialisationsforschung wissen, erfolgt die Kompetenzgenese in industriellen Gegenwartsgesellschaften sozial ungleich. Insbesondere in den Bildungsinstitutionen hat sich Deutschland den Titel eines „Selektionsweltmeisters“ (Ullrich Bauer) erworben, das heißt, die soziale und familiale Herkunft prägt im internationalen Vergleich besonders nachhaltig die Chancen vor allem der Genese der schul- und leistungsbezogenen Kompetenzen (Deutsches PISA-Konsortium 2001, 2006; Konsortium Bildungsbericht 2006, 2010).

Im Augenblick kann also nicht davon gesprochen werden, dass etwa in Deutschland Bildungsinstitutionen so funktionieren, dass sie das Potenzial aller hier lebenden Menschen, zu einer umfassenden (Bildungs-)Kompetenzgenese zu kommen, auch nur annähernd verwirklichen. Dabei erinnern die aktuellen Studien aus der Bildungs- und Gesundheitsforschung an das Zirkelmodell der schichtspezifischen Sozialisationsforschung aus den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts: Kinder haben auf der Grundlage ihrer familialen Sozialisation eine bestimmte Nähe oder Ferne zu den schulischen Institutionen. Kinder aus bildungsfernen Familien, Arbeiterkinder, Kinder von allein erziehenden ressourcenschwachen Elternteilen usw. verfügen über eine schlechte schulische Passung im Unterschied zu Akademikerkindern. Die schlechtere Passung führt zu schlechteren schulischen Leistungen und die führen zum Erwerb statusniedriger Bildungstitel. Für solche Bildungstitel gibt es mittlerweile einen sehr eingeschränkten und in der Regel hoch problematischen und prekären Zugang zum Arbeitsmarkt. Übrig bleiben Tätigkeiten, die sich durch wenig Eigenverantwortung und wenig berufsbezogene Weiterbildungsmöglichkeiten auszeichnen. Wenn dann Kinder in diesen Haushalten geboren werden, beginnt der Zyklus von vorne (vgl. u.a. Reichwein 1985; Rolff 1997; Bernstein 2000; Becker/Lauterbach 2010; Quenzel/Hurrelmann 2010; Bauer 2011).

Im Kontext der Thematisierung solcher Chancenungleichheiten in der Kompetenzgenese im Rahmen des CA würden nun einmal mehr die gesellschaftlichen Umwandlungsfaktoren zu verändern sein, durch die eine große Anzahl von Menschen an der Entwicklung und Entfaltung größtmöglicher Kompetenzen gehindert werden. Hier müssten also andere Bildungsinstitutionen flächendeckend zum Einsatz kommen, die sozial ausgleichender und gerechter wirken. Vorbild hierfür wären nicht nur Länder wie Finnland oder Island, sondern auch Modellschulen wie die Bielefelder Laborschule, die seit mehr als dreißig Jahren weitgehend ohne Ziffernnoten arbeitet. Zurückgefahren werden müsste dazu allerdings die ebenfalls tabuisierte Selektionsfunktion der Schule in kapitalistischen Gesellschaften (klassisch hierzu und bis heute die zentrale Referenz Davis/Moore 1945), die dazu führt, dass die Nichterreicherung der optimalen Kompetenzgenese aller Beteiligten kein Betriebsunfall ist, sondern intentional hergestellt wird (Bauer/Bittlingmayer 2005).

Ein auf nachhaltige Gesundheitsförderung bezogenes Schulsystem müsste also aus der Sicht des CA neu grundiert werden. Für diejenigen, die schon durch die Schule hindurchgegangen sind und sich nicht optimal entfalten konnten, müsste ein umfassendes Angebot an (freiwilliger) Weiterbildung, offene Hochschulen, finanzierte Bildungsjahre etc. geschaffen werden. Diese Überlegungen folgen noch mehr oder weniger eng der Logik der Umverteilung – hier der Chance auf die optimale Entfaltung subjektiver Potenziale – die auch schon im ersten Abschnitt die entscheidende Rolle gespielt hat. So nachvollziehbar die aus gerechtigkeits-theoretischer Perspektive des CA angeprangerte sozial ungleiche Produktion von Kompetenzen auch ist, so gefährlich ist sie, wenn die Zielperspektive darin aufginge, alle Subjekte auf ein gleiches oder ähnliches Niveau von Bildungskompetenzen oder Ge-

sundheitskompetenzen zu bringen. Das aus zwei Gründen: *Erstens* ist es häufig nicht einmal die unterschiedliche schulische Leistung der Schülerinnen und Schüler, die zu Benachteiligungen führt, sondern institutionelle Diskriminierungen und institutionelle Behinderungen (Gomolla/Radtke 2002; Powell 2007, 2009; Drucks/Bittlingmayer 2009; Bittlingmayer et al. 2010; Pfahl 2011). So weisen bildungssoziologische Studien aus, dass beim für die Bildungs- und Berufsbiografie besonders sensiblen Übergang von der Grundschule in die Sekundarstufe I selbst Kinder aus bildungsfernen Gruppen institutionell diskriminiert werden, die über eine überdurchschnittliche Leistungsperformanz verfügen (Bos et al. 2007 sowie die Beiträge in Quenzel/Hurrelmann 2010).

Vor diesem Hintergrund ist *zweitens* zentral, dass das Passungskonzept ungleicher Bildungs- und Gesundheitskompetenzen einem starken Defizitblick verhaftet ist, sofern die Anerkennung nicht standardisierter Kompetenzen nicht mit in den Blick genommen wird. Zwar muss es darum gehen, die Kompetenzentwicklung aller Subjekte so zu organisieren, dass sie zu einem human flourishing führen. Aber es muss genau so darum gehen, dass Kompetenzen bildungsferner oder ressourcenschwacher Gruppen als solche anerkannt und respektiert werden.⁴¹ Sonst landet man in der kognitivistischen Falle, dass nur gebildete Personen über die individuellen Umwandlungsfaktoren verfügen, Handlungsfreiheiten (functionings) tatsächlich zu erreichen oder eine Konzeption des Guten überhaupt auszubilden. Mit dem CA lässt sich damit eine Perspektive etablieren, die eine Dialektik von Defizit und Differenz in Hinblick auf Gesundheit konstituiert (vgl. Bittlingmayer/Sahrai 2010). *Einerseits* werden Ressourcendefizite und -ungleichheiten schonungslos benannt und deren Abschaffung auf die Agenda gesetzt. *Andererseits* werden ressourcenschwache Gruppen aber nicht nur als „Defizitbündel“ konzeptionalisiert, sondern als ernstzunehmende und anerkennungswürdige Menschen, die trotz möglicher Einschränkungen ihrer optimalen Kompetenzgenese eine Konzeption des Guten verfolgen, die zu respektieren ist (vgl. Fraser 2002).

(III.) Auch in Hinblick auf die Dimension der Partizipationschancen sind gemäß dem CA gesellschaftliche Rahmenbedingungen von individuellen Umsetzungschancen und Partizipationskompetenzen zu unterscheiden. In formal demokratischen Ländern wie der Bundesrepublik Deutschland ist das politische Engagement für jeden Bürger und jede Bürgerin auf allen Ebenen politischer Beteiligung und Stellungnahme erlaubt. Das heißt, dass innerhalb der Grundbedürfnisliste („10b“ der Liste) die gesellschaftlichen – in diesem Fall rechtlichen – Rahmenbedingungen für eine politische Kontrolle der eigenen Lebenswelt und für positive Erfahrungen politischer Mitbestimmung prinzipiell gegeben sind. Wie wir aus unzähligen soziologischen und politikwissenschaftlichen Studien wissen, wird dieser prinzipielle Möglichkeitsraum politischer Partizipation sehr ungleich genutzt, angefangen im Bereich ehrenamtlicher Beteiligung bis hin zur Zusammensetzung der parlamentarischen Vertretungen, in der sich auf Bundesebene fast ausschließlich Akademiker befinden. Ein formalrechtlicher gesamtgesellschaftlicher Rahmen ist also keine Gewähr dafür, dass Menschen mit ungünstigen Ausgangsbedingungen oder geringeren Handlungsressourcen ihre eigenen Interessen vertreten (können) und in öffentlichen und politischen Diskursen angemessen vertreten sind (vgl. u.v.a. Bourdieu 1982: Kap. 7; Rebenstorf 1995). Auf der Grundlage der Zusammenhänge zwischen gesundheitsförderlichen eigenen politischen Partizipations-

41 Das führt nicht in eine sozialromantische Verherrlichung ressourcenschwacher Gruppen – wie sie etwa von Bourdieu (1982) immer wieder kritisch vermerkt worden ist –, denn die Ressourcendefizite müssen klar im Blick behalten werden. Aber die Ressourcendefizite sind nicht das einzige Bestimmungsmerkmal für ressourcenschwache Gruppen und die Gefahr eines elitistischen Bildungsverständnisses oder eines kognitivistischen Fehlschlusses, so als wäre nur jemand in der Lage, eine eigene begründete Konzeption des Guten zu verfolgen, der mindestens Abitur hat, ist in vielen gleichheitsorientierten Ansätzen sehr ausgeprägt; vgl. hierzu ausführlich Bittlingmayer/Sahrai 2010.

chancen und gesundheitlichen Zuständen ist hier bereits ein Einfallstor für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten, die sich auf die ungleichen Aneignungschancen der Entfaltungsmöglichkeiten entlang unterschiedlich passgenauer individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten stützen (Dabrock 2010).⁴²

Hier besteht einmal eine Schnittfläche in Richtung der ungleichen Genese partizipationsorientierter Kompetenzen, wie sie im vorherigen Abschnitt im allgemeinen Kontext von bildungsspezifischen Kompetenzen vorgestellt wurden. Andererseits muss auf der Folie des CA gefragt werden, inwieweit die mit dem System der parlamentarischen Parteidemokratie verbundenen (in der Regel symbolischen) Ausgrenzungsformen legitim sein können und ob auch hier nicht eine grundsätzliche Änderung gesellschaftlicher Verhältnisse erfolgen muss, wenn die gesellschaftlichen Umwandlungsformen, also die sozialen, kulturellen und institutionellen Bedingungen die tatsächliche Verwirklichung der Gesundheit im Zusammenhang mit der demokratischen Partizipation aller Bürgerinnen und Bürger erschweren oder gar verhindern. Gleichzeitig muss aber darauf hingewiesen werden, dass im CA das Recht der Subjekte auf Nicht-Partizipation ganz explizit anerkannt wird, ohne dass dadurch den Subjekten erhebliche Nachteile entstehen sollen. Es geht also hier eher um eine transzendente Argumentationslinie, die darauf besteht, dass alle Subjekte sich umfassend politisch engagieren können und an allen relevanten Entscheidungen beteiligt sind, ohne dass hierdurch ein Zwang zur Partizipation mit konstituiert würde.

Gesundheit im Zusammenspiel von gesellschaftlichen Strukturen, Health Capability und realisierten Gesundheitszuständen

Im Kontext des CA für den Gegenstandsbereich Gesundheit ist zentral, dass die Entwicklung von Health Capabilities, also von gesundheitsbezogenen Verwirklichungschancen ein wichtiges Ziel darstellt. Dabei werden Health Capabilities von Jennifer Prah Ruger zunächst ganz allgemein und mit Bezug zu Capabilities definiert: "Capability is an ability or power to perform with the potential for achieving desired ends. [...] Health capability [...] is the ability to be healthy." Dabei wird Health Capability einerseits in Richtung individueller Handlungsressourcen konkreter bestimmt als Kompetenzen, die „self-management, self-governance, and confidence on one's ability to achieve health goals [erfordern]. Furthermore, it entails the ability to take responsibility for acquiring the information, knowledge, and skills necessary for good health." (Ruger 2010a: 43) Damit werden Health Capabilities kompetenztheoretisch verankert. Andererseits geht in Rugers Konzept Health Capability nicht einfach in individuellen Grundfähigkeiten und Kompetenzen auf, sondern wird von ihr viel weiter gefasst: [H]ealth Capability is not just a set of individual skills but it is also a set of situations or conditions that enable optimal health." (Ruger 2010a: 44f.)

Die Entwicklung von individuellen Health Capabilities ist also keinesfalls das einzige Ziel im CA. Es ist darauf hinzuweisen, dass Gesundheit in diesem Zusammenhang keine einzelne Capability, sondern eine erreichte Realfreiheit darstellt. Wie Ramzi Mabsout (2011) in seiner lesenswerten Dissertation ausführt, bleibt die handlungstheoretische Ebene des functioning die gerechtigkeits-theoretische Zielperspektive, die allerdings nicht identisch ist mit der primären gesundheitsbezogenen Interventionsebene.

42 Nur am Rande sei erwähnt, dass diese Argumentationslinie ihren Ursprung in der Marx'schen Kapitalismustheorie hat, die den Widerspruch innerhalb bürgerlichen Gesellschaften zwischen Realfreiheiten und Formalfreiheiten herausarbeitet. In der Marx'schen und späteren marxistischen Theorieanlage hatte der Ideologiebegriff dabei eine herausragende Funktion; vgl. u.v.a. Negt 1976; Negt/Kluge 1981. Es wäre u.E. eine lohnenswerte Untersuchung – die hier nicht geleistet werden kann – das Verhältnis zwischen dem Ideologiebegriff der Marx'schen und marxistischen Tradition und dem CA genauer zu analysieren.

Etwas anders gelagert ist die theoriearchitektonische Verwendung des Functioning-Begriffs bei Ruger (ausführlich Ruger 2010b). Sie spricht hier vom Zusammenspiel von Health Functioning und Health Agency zur Betonung des individuellen Handlungsaspekts von Gesundheit und versucht gleichzeitig zu konstatieren, dass im CA stets die Inblicknahme der gesellschaftlichen Strukturebene entscheidend ist. „The health capability paradigm values health functioning and health agency as objects of social policy and social change. [...] Health capability is comprised of both health functioning and what I call health agency. I define health agency as individuals' ability to achieve health goals they value and act as agents of their own health. [...] health functioning and health agency are the ultimate ends of justice, not equality of opportunity.” (Ruger 2010a: 43)

Allerdings ist aus unserer Perspektive Rugers Ansatz selbst, unter gesundheitswissenschaftlicher Federführung, alle Differenzierungslinien des CA wieder zu einem einzigen Begriff der Health Capability zusammenzuführen und von dort aus wieder weitere Differenzierungen etwa in Health Functioning und Health Agency einzuziehen, nicht besonders glücklich. Nicht zuletzt deshalb, weil *erstens* das Differenzierungsniveau des CA ohne Not abgesenkt wird, *zweitens* die liberalistische Verankerung der freien Wahl, gesundheitsförderlich oder eben nicht zu handeln nicht adäquat abgebildet wird und *drittens* schließlich der Begriff gesellschaftlicher Strukturen im Konzept von Ruger stark unterbelichtet bleibt.

Wir würden demgegenüber in eher konventioneller Bezugnahme auf den CA davon ausgehen, dass der CA entlang von drei Dimensionen bei der normativen Bewertung von Gegenwartsgesellschaften in Hinblick auf Gesundheitszustände verankert werden sollte – *erstens* bei der Bewertung der gesellschaftlichen Strukturen, die für die Produktion und die Verteilung von Gütern und Dienstleistungen relevant sind, *zweitens* für die Bewertung der gesellschaftlichen Institutionen und Verteilungsmuster, die für die Kompetenzgenese und die Entwicklung individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten zentral sind, und schließlich *drittens* für die Bewertung der Institutionen und Praktiken, die für die demokratischen Partizipationsmöglichkeiten und Mitbestimmung bei Entscheidungsfindung maßgeblich sind. Ferner haben wir darauf hingewiesen, dass es innerhalb des CA nicht nur um die Einrichtung der gesellschaftlichen Institutionen geht, sondern stets um *realisierte Freiheiten* bzw. *realisierte Gesundheitszustände*.

Im Zusammenhang mit unserer gerechtigkeits-theoretischen Deutung von realisierten Gesundheitszuständen würden wir nunmehr festhalten wollen, dass als erster und hauptsächlichster Adressat gesundheitsbezogener Interventionen und Veränderungen in Richtung auf eine konsequente Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Strukturen zu identifizieren sind, die weder bei der Produktion der Auswahlmenge von Entfaltungsmöglichkeiten noch bei der gleichen Verteilung der Möglichkeiten optimal funktionieren. Auf der Hand liegt, dass *parallel zu notwendigen Strukturveränderungen* umfassende Programme und Interventionen durchgeführt werden müssen, einerseits zur Stärkung der individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten, andererseits zur Anerkennung von vorhandenen, aber missachteten Kompetenzen bei diskriminierten und ressourcenschwachen Gruppen. Daraus ergibt sich eine Public Health-Maxime, die im Anschluss an den CA formuliert werden kann:

Die Public Health-Maxime im Anschluss an den CA

Frage niemals zuerst danach, was das Individuum für seine eigene Gesundheit tun kann, sondern immer zuerst danach, was die gesellschaftlichen Institutionen für die Vergrößerung potenziell realisierter, individueller Gesundheitsgewinne beitragen könnten bei gleichzeitiger Entscheidungssouveränität der Individuen!

Dabei ist ein letzter Aspekt im Rahmen des CA für die Herstellung gesundheitsbezogener Verhältnisse von besonderer Bedeutung. Gemäß der liberalistischen Theorieanlage ist der gerechtigkeits-theoretische Maßstab zwar die Erreichung von realisierten Gesundheitszuständen, aber die Subjekte können nicht auf eine individuelle Konzeption des Guten festgelegt werden, die die persönliche Gesundheit als primäre Zielgröße bestimmt. „Es soll Personen kein bestimmtes Profil von Eigenschaften und Fähigkeiten (*functionings*) aufoktroiert werden, sondern ihnen sollen Befähigungen (*capabilities*) vermittelt bzw. zur Verfügung gestellt werden, die ihnen selbst die Wahl des Eigenschafts- und Fähigkeitsprofils ermöglicht, das sie Grund haben wertzuschätzen.“ (Steckmann 2008: 108; Herv. i. Org.) Das bedeutet, dass die Gesellschaft, will sie als legitime Anerkennung beanspruchen, Strukturen einzurichten hat, die im umfassenden Sinn gesundheitsförderlich und gerecht sind. Ferner muss sie alles in ihrer Macht stehende tun, um die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen ihrer Mitglieder zu stärken. Und dennoch liegt die letzte Entscheidung, sich gesundheitsförderlich oder -abträglich zu verhalten, um erwünschte Gesundheitszustände zu realisieren oder nicht bei den Subjekten selbst. Einzig Fremdschädigungen können reklamiert werden, ansonsten liegt die Handlungssouveränität zur Herstellung oder Aufrechterhaltung persönlicher Gesundheit bei den als autonom gedachten Subjekten.

Auf der Folie dieser Überlegungen stellt sich aus der gerechtigkeits-theoretischen Perspektive des CA die deutsche Gegenwartsgesellschaft erschreckend dar – weder die aktuelle Verteilung der Ressourcen und Güter, noch die existierenden kompetenzbildenden Institutionen noch die augenblicklichen Partizipations- und Mitwirkungs-chancen lassen sich auf der Basis des CA mit Bezug auf die Einführung einer gesundheitsorientierten Gesellschaft rechtfertigen und legitimieren – ausgehend von der Grundüberzeugung in Public Health, dass die „fundamental societal obligation is to ensure conditions for all to be able to be healthy, not to ensure equal welfare, or happiness, or employment opportunities“. (Ruger 2010a: 42) Um es deutlich zu sagen: Die deutsche Gegenwartsgesellschaft ist auf der Basis des CA und vor dem Hintergrund der Zielperspektive einer Gesundheitsgesellschaft nicht legitimierbar und müsste radikal in ihren grundlegenden Strukturen verändert werden. Um nun nicht bei dieser Globaleinschätzung stehen zu bleiben, wollen wir im nächsten Schritt versuchen, aus dem Ansatz des CA folgende Interventionsmodi für Public Health zu bestimmen, die einerseits mit Ideen der Kompetenzförderung, andererseits mit den Forderungen, den autonomen Status der Subjekte und ihre Freiheit auf Verwirklichung ihrer eigenen Konzeption des Guten gleichermaßen kompatibel sind. Dabei wird auch noch einmal auf das nun schon häufiger erwähnte Spannungsfeld zwischen adaptiven Präferenzen und Paternalismus zurück zu kommen sein.

5 Die Diskussion um Gesundheitsziele und Public Health-Interventionsformen aus der Perspektive des CA

Die Vorstellung, dass wir in der besten der möglichen Welten leben, ob in Afghanistan, Bangladesh, Honduras oder in Deutschland, in den USA, in Frankreich, dürfte außerhalb der kleinen Gruppe der ganz besonders Privilegierten nicht weit verbreitet sein. Zu deutlich sind die anwachsenden nationalen und weltweiten Ungerechtigkeiten, die Kriege und Konflikte und die scheinbar willkürlichen Launen eines internationalen Finanz- und Spekulationssystems mit seinen brutalen Konsequenzen für Subjekte überall auf der Welt. Dass es auch mit der Gesundheit nicht optimal bestellt ist, lässt sich an vielen Debatten und Kontroversen der letzten Jahre ablesen. Auch und gerade in Deutschland ist Gesundheit breit und öffentlich diskutiert worden und wird es noch immer. Dabei ist die tatsächliche Ent-

wicklung des Gesundheitssektors seit der Rot-Grünen-Koalition über die Große Koalition bis hin zur augenblicklich regierenden Schwarz-Gelben Koalition, die kontinuierlich zu immer stärkerer Privatisierung und Ökonomisierung des gesamten Gesundheitswesens verläuft (Bauer 2006; Bauer 2008), von den normativen Debatten einerseits und konkreten Interventionen in der alltäglichen Arbeit von Public Health andererseits klar zu unterscheiden. Weil es in unserem Paper um die gerechtigkeits-theoretische Grundierung und um die Reichweite und Anwendungsmöglichkeit des CA für Public Health geht, verzichten wir auf die Analyse der gesundheitspolitischen und populären Diskurse (vgl. hierzu u.a. etwa die vorzügliche Studie von Schmidt 2008, die Beiträge in Schmidt/Kolip 2007; Hensen/Hensen 2008; die Beiträge im Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften Bd. 47) und konzentrieren uns in einem ersten Schritt auf die normativen Diskussionen und Forderungen rund um Public Health. Dabei ist ein – in Deutschland verzögert einsetzender – Diskurs für den hier verfolgten Zusammenhang besonders anschlussfähig: die Debatte um Gesundheitsziele und deren Umsetzungsversuche.

Im Folgenden wollen wir durch die Diskussion der mittlerweile auch in Deutschland etablierten nationalen Gesundheitsziele aus der Perspektive des CA überprüfen, inwieweit gehaltvolle gerechtigkeits-theoretische Maßstäbe in die Formulierung und die Umsetzungsstrategien von nationalen Gesundheitszielen eingeflossen sind. Mit anderen Worten: wir wollen untersuchen, ob das ehrgeizige gesundheitspolitische Ziel der Formulierung von übergreifenden Gesundheitszielen einen „Capabilities-Check“ aushält und umgekehrt: ob bei der Formulierung von Gesundheitszielen normative Maßstäbe Verwendung gefunden haben, die von sich aus auf CA hin orientiert sind oder zumindest kompatibel gemacht werden können. Die etwas eingehendere Diskussion von Gesundheitszielen zur Veranschaulichung der Produktivität und Fruchtbarkeit des CA für die Gesundheitswissenschaften wird durch die folgenden Aspekte nahe gelegt:

- Gesundheitsziele sind in der Regel verpflichtet auf die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten, dürften insofern zunächst einer Gleichheitsperspektive das Wort reden, sind aber in jedem Fall offensiv normativ angelegt und damit in der politischen Theorie verankert;
- Gesundheitsziele repräsentieren zudem das Ergebnis eines partizipativ angelegten Prozesses in der Findungs- und Formulierungsphase – hier sind neben politischen sowohl zivilgesellschaftliche wie auch unternehmerische Akteure in die Diskussionen einbezogen worden.
- Die Realisierung von Gesundheitszielen ist eine ernsthafte Probe für den gesundheitspolitischen Steuerungsanspruch, Gesundheit für alle herstellen zu können. Damit wird ein zentrales „Functioning“ adressiert, das Gesellschaften für ihre Mitglieder auf jeden Fall bereitstellen sollten. Gelingt das nicht, dann ist eine radikale Gesellschaftskritik auf der Basis des CA unumgänglich.

Wir werden zu diesem Zweck im vorliegenden Abschnitt in groben Strichen die Debatten und Ansätze entlang von Gesundheitszielen in Deutschland nachzeichnen (I.). In einem weiteren Schritt wollen wir die Gesundheitsziele mit den herausgearbeiteten Maßstäben des CA konfrontieren und anschließend die Perspektive umkehren und legitime Public Health-Interventionen im Lichte des CA betrachten, also die normativen Eckpfeiler solcher Interventionen benennen (II.).

(I.) Die Entscheidung, genaue Gesundheitsziele festzulegen und dann abzuarbeiten, ist zunächst ein Instrument aus der Gesundheitspolitik (vgl. den hierzu instruktiven Sammelband Geene/Luber 2000a). Die Benennung allgemeiner Gesundheitsziele hat dabei eine lange Tradition in den programmatischen Veröffentlichungen der WHO. So wurde etwa auf der

51. Weltgesundheitskonferenz 1998 von allen anwesenden Akteuren das Programm „Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert“ verabschiedet. In der Weltgesundheitserklärung von 1998 wurde schon die Richtung nationaler zielorientierter Umsetzungsprogramme klar anvisiert: „Wir erkennen an, daß Veränderungen im weltweiten Gesundheitszustand voraussetzen, daß wir der ‚Politik Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert‘ durch relevante regionale und nationale Konzepte und Strategien Wirkung verleihen.“ (WHO 1998: 4) Seit den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts sind viele europäische Nationalstaaten dazu übergegangen, konkrete nationale Ziele, etwa der Reduktion spezifischer Neuerkrankungen oder Ziele der Gesundheitsförderung, zu definieren und als gesundheitspolitische Steuerungsgröße zu etablieren. Zentral ist dabei eine bestimmte zum Teil auch rechtlich kodifizierte Verbindlichkeit in der Abarbeitung der Zielformulierungen. Vorreiter für ein solches Vorgehen sind z.B. die USA, Niederlande oder Großbritannien (vgl. Lehmann/Weyers 2007). Auch die EU hat mit „Closing the Gap“ ein großes Programm aufgelegt, das an Gesundheitszielen orientiert ist. In Deutschland hat die übergreifende Diskussion über Gesundheitsziele und die Etablierung von organisatorischen Strukturen vergleichsweise spät eingesetzt. In den neunziger Jahren wurden Gesundheitsziele vorrangig von lokalen Akteuren, Kommunen oder, wenn auch nur in Ausnahmefällen, auf Länderebene (Hamburg, Berlin, NRW) formuliert und als Orientierungsfolie genutzt. Eine wichtige Initialfunktion hatte die Formulierung von „Gesundheitszielen für Berlin“ aus dem Jahr 1996 (Bergmann et al. 1996), auch wenn deren Wirksamkeitseinschätzung bereits vier Jahre später nur wenig optimistisch stimmt. „[H]eute [muss] [...], fast drei Jahre nach Veröffentlichung, bilanziert werden: die ‚Gesundheitsziele für Berlin‘ sind in Berlin zu wenig diskutiert worden und zeigen keine Spuren in der praktischen Politik.“ (Geene/Luber 2000a: 7) Und Eva Luber geht noch einen Schritt weiter und konstatiert für den Prozess der Identifizierung von Gesundheitszielen für Berlin: „Diejenigen Gruppen in der Gesellschaft, die gemeinsam diese Ziele operationalisieren, umsetzen und die Umsetzung evaluieren, waren nicht einbezogen. Schnell war klar, dass kompetente Epidemiologen, unter sich bleibend, hier allenfalls eine gute epidemiologische Arbeit geleistet haben. Der viel schwierigere Umsetzungsprozess stand noch bevor, offenbar war er noch nicht einmal angedacht.“ (Luber 2000: 59)

Erst im Anschluss an diesen frühen Versuch hat sich mit dem „Forum gesundheitsziele.de“, das im Dezember 2000 gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) als Modellprojekt ins Leben gerufen wurde, ein übergreifender nationaler Kristallisationspunkt für Gesundheitsziele herausgebildet. Die Aufgabe des Forums gesundheitsziele.de sollte (und soll bis heute) darin bestehen, „Gesundheitsziele im Konsens gesundheitspolitischer Akteure aus Politik und Wissenschaft, den Heilberufen, Krankenkassen und Versicherungen sowie Bürger- und Patientenvertretern“ zu entwickeln (Angele/Brasseit 2001: 1). Nach Ablauf der Pilotphase ist „seit Anfang 2007 [...] *gesundheitsziele.de* ein aus eigenen Mitteln der Beteiligten finanzierter und auf Dauer angelegter Kooperationsverbund des nationalen Gesundheitszieleprozesses.“ (GVG 2007: 1) Bisheriger Höhepunkt der Entwicklung nationaler Gesundheitsziele ist ein Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2007, in dem nicht nur die sechs ausgewählten nationalen Gesundheitsziele vorgestellt werden (BMG 2007): Die vorgestellten Gesundheitsziele werden darüber hinaus einerseits durch Unter- oder Teilziele weiter konkretisiert. Andererseits werden so genannte „Startermaßnahmen“ sowie Programme, Kampagnen und Maßnahmen vorgestellt, die zur Umsetzung der Startermaßnahmen und des jeweiligen Gesundheitsziels dienen sollen. Als nationale Gesundheitsziele haben sich in dem Prozess der Findung von Gesundheitszielen sechs etabliert.

Die ersten sechs nationalen Gesundheitsziele für Deutschland

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln
- Brustkrebs: Mortalität vermindern und Lebensqualität erhöhen
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln
- Tabakkonsum reduzieren
- Gesund aufwachsen
- Patientensouveränität und -kompetenz stärken

Tab. 8: Nationale Gesundheitsziele für Deutschland; Quelle BMG 2007: 5

Kritik an den nationalen Gesundheitszielen

Die sechs Gesundheitsziele, die ausgewählt wurden, haben eine starke epidemiologische Ausrichtung. Das ist einerseits begründet in der engen Zusammenarbeit zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, den Akteuren der Gesundheitsberichterstattung – insbesondere dem Robert-Koch-Institut – und Akteuren aus der Gesundheits- und Versicherungswirtschaft. Die Konkretisierung von nationalen Gesundheitszielen hat dadurch bereits im „Prozess“ eine technizistische Ausrichtung, die bereits vielfach kritisiert worden ist. „Epidemiologisch geprägte Zielfindungsprozesse geraten leicht in folgende Fallen: Ein Ziel wird aufgestellt, 1. weil es eine gute Datenlage dazu gibt. Die Falle heißt ‚Ziele für den Friedhof‘; 2. weil es voraussichtlich sowieso bald erreicht sein wird. Die Falle heißt ‚Abstauberziel‘; 3. weil es in einem vergleichbaren Land ein vergleichbares Ziel gibt. Die Falle heißt ‚Trittbrettfahrerziel‘.“ (Luber 2000: 63) Die bereits weiter oben (Kapitel 1) kritisierte Vorstellung, dass die Gesundheitsberichterstattung und die Sozialepidemiologie objektive Daten liefern, anhand derer sich dann eine rationale Gesundheitspolitik entwickelt, die über ausweisbare normative Entscheidungsgrundlagen im Zusammenhang mit der Festlegung von nationalen Gesundheitszielen verfügt, ist nicht nur naiv und „glücklich positivistisch“, sondern darüber hinaus aus einer demokratiethoretischen Perspektive nicht legitimierbar (vgl. zum allgemeinen demokratiethoretischen Argument Habermas 1991; Beer 2002). Es ist nicht einmal vereinbar mit der vorgelegten WHO-Programmatik.

Vor dem Hintergrund des CA beinahe noch bedeutsamer ist die expertokratische Zusammensetzung derjenigen Akteure, die über die Benennung, Konkretisierung und Umsetzung dieser Gesundheitsziele entscheiden. Die Abbildung 6 zeigt die Organisationsstruktur von „gesundheitsziele.de“. Zentral ist dabei der untere Bereich, der als Informationsplattform – im Unterschied zur beschlussorientierten Konsensplattform oben – bezeichnet ist.

Die Grundidee ist hier, dass ExpertInnen, EvaluatorInnen, Sachverständige, Steuerkreisangehörige usw. ihr Fachwissen zusammentragen und Empfehlungen aussprechen und auf der Basis dieser geschlossenen Kommunikationsprozesse „der Öffentlichkeit“ die getroffenen Entscheidungen vermittelt und Akzeptanz beschafft. Wenn relevante Betroffene unzufrieden sind oder sich nicht vernünftig beteiligt sehen, bleibt aus dieser Managementperspektive nur das Deutungsmuster übrig, dass die Entscheidungen besser an alle Beteiligten hätten kommuniziert werden müssen.⁴³

43 Die soziale Bewegung „Anti-Stuttgart 21“ ist aus der Perspektive der herrschenden Akteure genau in dieser Logik beschrieben worden – die Bürgerinnen und Bürger waren nicht gut genug über die Verfahren, Prozeduren etc. in Kenntnis gesetzt. Anschließend wurde ihnen durchaus zugestanden, vom demokratischen Recht auf Demonstration Gebrauch machen zu dürfen, ohne

Organisationsstruktur *gesundheitsziele.de*

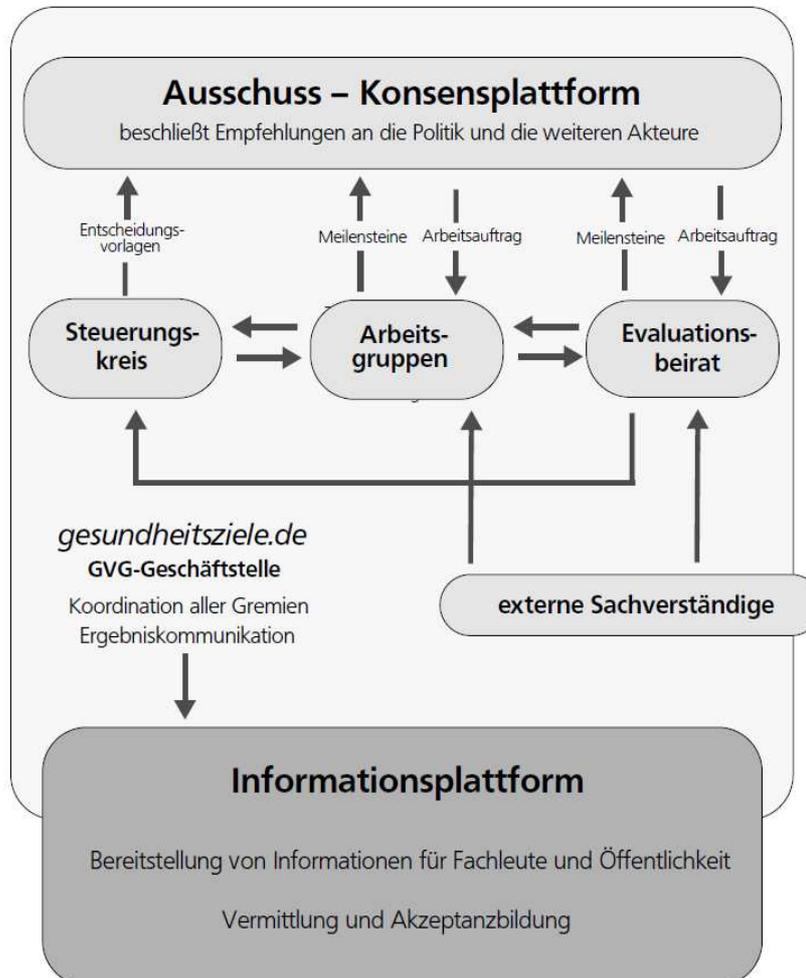


Abb. 6: Organisationsstruktur des Forums *gesundheitsziele.de*; Quelle: Klus et al. 2008: 16

Sowohl der technokratische Grundzug als auch die expertokratische Weiterbearbeitung des „nationalen Gesundheitszieleprozesses“ – so viel kann man offensichtlich ohne großen Argumentationsaufwand zeigen – lässt sich nicht mit zentralen Motiven des CA vereinbaren. Das bedeutet, dass aus der gerechtigkeits-theoretischen Perspektive des CA der bisherige allgemeine Prozess der Findung und Umsetzung von nationalen Gesundheitszielen in Deutschland nicht legitimierbar ist.

Neben den Defiziten des bisherigen Prozesses ist ein weiteres ernsthaftes Versäumnis aus der Perspektive des CA zu identifizieren. In der bisherigen Diskussion und Umsetzungsstrategie von nationalen Gesundheitszielen insbesondere in Deutschland ist die mehr oder weniger vollständige Ausblendung von sozialpolitischen, arbeitsmarktpolitischen und bildungspolitischen Schnittstellen – beispielsweise anhand des Beispiels der depressiven Erkrankungen – zu konstatieren. Alle gesellschaftsstrukturellen Aspekte sind mehr oder

das damit die Perspektive verbunden worden wäre, auf die Entscheidungsprozesse legitim Einfluss nehmen zu dürfen.

weniger systematisch ausgeblendet. Es ist kaum übertrieben festzustellen, dass die Nennung und Umsetzung von Gesundheitszielen zur vollständigen Farce verkommt, wenn nicht Arbeits- und Eigentumsverhältnisse, Bildungsinstitutionen, ein strafender Sozialstaat, eine nicht auf Gesundheitsförderung programmierte Lebensmittelindustrie usw. nicht thematisch werden. Genau das ist aber in der deutschen Diskussion bislang der Fall.

Vor dem Hintergrund der Formulierung einer solchen Radikalkritik stellt sich natürlich die Frage nach Alternativen. Klar ist, dass der bisherige Prozess und die Umsetzungsversuche kaum mit allgemeinen gerechtigkeitstheoretischen Maßstäben und schon gar nicht mit der Perspektive des CA kompatibel – und auch sonst nirgendwo erfolgreich – sind. Wir möchten im folgenden Abschnitt durch eine Kontrastierung zweier Interventionsmodi wenigstens versuchen, solche alternativen gesundheitsbezogenen Steuerungsformen anzudeuten, mit denen sich nachhaltige Verbesserungen der Gesundheit der deutschen Bevölkerung anders denken lassen als über eine sozialepidemiologische Verankerung der Interventionen.

(II.) Die technokratische und expertokratische Zugangsweise des nationalen Gesundheitszielprozesses mündet mehr oder weniger folgerichtig in ein konservatives Evaluationskonzept der anvisierten Maßnahmen, Kampagnen und Programme. Anhand von zuvor festgelegten Outcome-Variablen wird die Wirksamkeit von Maßnahmen, Kampagnen und Programmen im Prä- und Post- (und manchmal in einem follow-up-)Design getestet. Eine quantitativ gemessene, statistisch signifikante Veränderung über die Zeit entlang der vorab festgelegten Variablen kann dann damit rechnen, als eine evidenzbasierte Maßnahme bzw. ein nachweislich wirksames Programm bezeichnet zu werden.

Das konventionelle Grundmodell der Wirkungsmessung misst in der Regel das Ausmaß, in dem gesundheitsbezogene Interventionen ihre AdressatInnen zu inhaltlich fixierten Zuständen und Handlungsweisen hin verändert haben.

Mit dieser Form der Wirkungsforschung rückt jedoch die Frage nach den eröffneten Freiheits- und Autonomiespielräumen methodisch in den Hintergrund. Genau diese Frage stellt jedoch aus Perspektive des CA den eigentlichen Wert öffentlicher Maßnahmen und Programme dar. Statt die Wirkung eines Programms daran festzumachen, dass bestimmte Zustände oder Praktiken realisiert werden, ist es eher angemessen, zu prüfen, inwieweit Kontext-Mechanismus-Figurationen aktiviert werden, die den realen Handlungs- und Entscheidungsspielraum der Akteure erweitern. Ob und wie sie diese in Zustände und Praktiken überführen, sollte Sache der AkteurInnen und kein Wirksamkeitsmerkmal von Programmen sein (vgl. hierzu u.a. M. Wright 2009; Marzinzik/Kluwe 2009).

Diese Perspektive stellt allerdings die Logik des bisherigen Prozesses der Findung und Umsetzung nationaler Gesundheitsziele geradezu auf den Kopf. Die innerhalb des augenblicklich immer dominanter werdenden konservativen Paktes zwischen Gesundheitspolitik und Gesundheitsberichterstattung nur schwer denkbare Zielvorstellung wäre, gesellschaftliche Institutionen, Rahmenbedingungen und Strukturen zur Verfügung zu stellen und gleichzeitig die Autonomie der Bürgerinnen und Bürger bei Streben nach individuellen Gesundheitszuständen und ihren persönlichen Handlungsformen prinzipiell zu respektieren. Schematisch lässt sich der Unterschied zwischen dem konventionellen Messmodell und der CA Perspektive im Hinblick auf Interventionen wie folgt darstellen (vgl. Abbildung 8, nächste Seite).

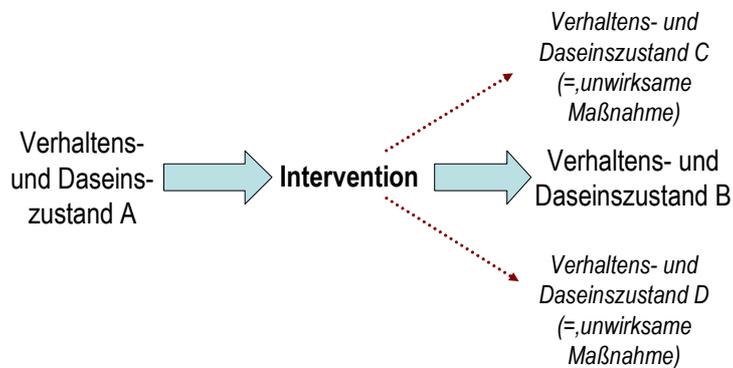


Abb. 7: Konventionelles Messmodell der Wirksamkeitsforschung

Das CA Grundmodell der Wirkungen von Interventionen

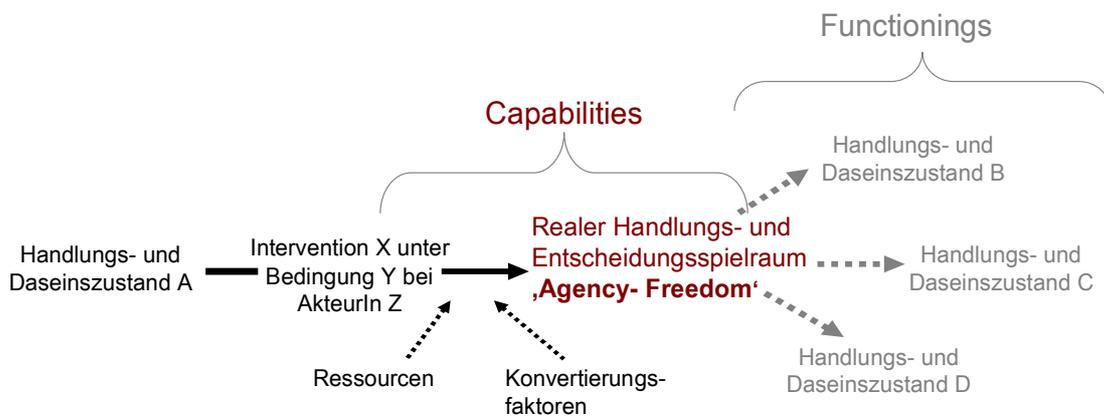


Abb. 8: Das CA Grundmodell der Wirkungen von Interventionen

Die Differenz zwischen beiden Modellen bezieht sich vor allem auf die Frage, ob die informationale Basis von Urteilen über Gerechtigkeit (IBUG) von Institutionen und Programmen vorab bestimmt wird, oder ob die Betroffenen deliberativ einbezogen werden. Die CA Perspektive argumentiert, ausgehend von der Tatsache, dass es eine unausweichliche normative Pluralität möglicher legitimer Gerechtigkeitsordnungen gibt und es a priori unmöglich ist, die generellere und allgemeine Überlegenheit einer IBUG oder einer Gerechtigkeitsordnung gegenüber anderen nachzuweisen (Sen 2002), dass alle betroffenen Personen effektiv in die Lage versetzt werden sollen, die relevanten IBUGs mit zu entscheiden, an denen die Entwicklung und ihre Zustände bemessen werden. Das Konzept der ‚Capability for Voice‘ verweist daher auf die Realfreiheit, die eigene Meinung zu artikulieren und da-

für zu sorgen, dass sie von öffentlichen Institutionen ebenso wie im öffentlichen Prozess politischer Deliberation gehört wird. Nur so ist sicher zu stellen, dass die soziale Konstruktion einer Gerechtigkeitsordnung tatsächlich in einer fairen Weise erfolgt. In Kontexten von Public Health setzt dies voraus, dass die Ziele, Ergebnisse, aber auch die zu Grunde gelegten Entscheidungskriterien ihrer Programme und Maßnahmen nicht von vornherein festgelegt sind, sondern während ihres gesamten Verlaufs der deliberativen Einflussnahme offen stehen (M. Wright 2009).⁴⁴.

Wesentlich ist dabei jedoch, dass mit der „Capability for Voice“ eine Realfreiheit gemeint ist, mit der keine „athletische Konzeption“ von Gerechtigkeit und keine Verpflichtung der KlientInnen zur aktiven Partizipation einhergeht.

„Wäre dies der Fall, entstünde ein neues, elitäres Konzept mit neuen Spaltungen bzw. Diskriminierungen, die nicht mehr entlang sozialer Klassengrenzen [...] verlaufen würden, sondern entlang der Fähigkeiten zur Deliberation und Partizipation in öffentlichen Angelegenheiten. Um dies zu vermeiden, verlangt die Capability zur Mitbestimmung, dass es Menschen gestattet sein muss, nicht an öffentlichen Programmen teilzunehmen, ohne dass aus dieser Entscheidung ein übermäßig hoher Schaden für sie entstünde. So muss z. B. die Möglichkeit gegeben sein, von der Teilnahme an der demokratischen Deliberation und Debatte zurückzutreten, ohne exzessive Sanktionen zu erfahren. Diese Abwanderungsoption wird durch Maßnahmen eines, wie es Sen formuliert, passiven Empowerment gefördert, das darin besteht, allen Gesellschaftsmitgliedern den Zugang zu angemessenen Ressourcen und individuellen und sozialen Umwandlungsfaktoren zu garantieren, [die es ermöglichen potentielle Ressourcen in befriedigende Daseins- und Handlungsweisen zu überführen]“ (Bonvin 2009: 18).

In diesem Sinne bietet die Capabilities-Perspektive im Kontext von Public Health einen evaluativen Rahmen für Gerechtigkeitsurteile, der nichtsdestoweniger an verschiedene Theorien und analytische wie empirische Perspektiven anschlussfähig ist. Die gerechtigkeits-theoretische Qualität gesundheitsbezogener Maßnahmen besteht aus einer Capabilities-Perspektive in ihrer Erhöhung der *Verwirklichungschancen* ihrer KlientInnen. Dabei erlaubt und erfordert es die Capabilities-Perspektive, solchen sozialtechnologischen Interventionen und Erfolgskriterien skeptisch gegenüber zu stehen, die bestimmte Lebensführungen oktroyieren und der Tatsache einer (konfliktuösen) Pluralität von Haltungen, Auffassungen und Lebensentwürfen wenig Aufmerksamkeit schenken. Stattdessen ist auf individuelle, fallspezifische Konstellationen und soziale Einbettungen der AdressatInnen einzugehen ohne in einen naiven Subjektivismus zu verfallen.

Mit der Diskussion über nationale Gesundheitsziele und einer Kontrastierung konventionell gedachter Interventionsformen gegenüber Interventionen, die kompatibel sind mit dem CA, wollten wir der bereits im dritten Kapitel herausgestellten Radikalität des CA in Hinblick auf gesundheitsbezogene Realfreiheiten eine zumindest etwas pragmatischere Sicht hinzufügen. Damit wollten wir vermeiden, in eine allzu starke Verbalradikalität abzugleiten, ohne wenigstens andeutungsweise Kriterien und Maßstäbe zu benennen, die zu einer veränderten Praxis von Public Health im Hier und Jetzt führen könnten. Im letzten Abschnitt des Papers wollen wir noch kurz andeuten, wo sich u.E. der weitere Forschungs- und Praxisbedarf einer CA angeleiteten Public Health ausmachen lässt, sowie offene Fragen und Probleme des Ansatzes benennen, an denen weiter gearbeitet werden sollte.

44 Das bedeutet nicht, dass sich die Position der je einzelnen KlientInnen letztendlich durchsetzen muss, aber es bedeutet immer, dass ihre Position ernsthafte Berücksichtigung finden muss. Diese Position weist deutliche Überschneidungen mit den demokratietheoretischen Positionen diskursanalytischer Ansätze wie denen von Habermas oder Tugendhat auf. Gleichwohl bleibt der CA materialistischer grundiert als sprachpragmatische Varianten, auch wenn das Kriterium, dass alle potenziell Betroffenen in die Verfahren mit einbezogen werden sollen, für beide Perspektiven gleichermaßen gilt.

6 Offene Fragen im Anschluss an CA, Forschungsbedarf und Schlussfolgerungen

Zusammenfassung

Wir haben bislang mit diesem Paper mehrere Zielrichtungen verfolgt. Zunächst wollten wir zeigen, dass die Gesundheitswissenschaften zwingend und unausweichlich auf normative Maßstäbe festgelegt sind (Kapitel 1). Public Health ist – ob es die Beteiligten nun wollen oder nicht – auf Maßstäbe verwiesen, die sich an den beiden gerechtigkeitstheoretischen Eckpfeilern Freiheit und Gleichheit hin orientieren müssen, wenn keine Komplizenschaft mit der aktuell immer unverschämter werdenden sozialen Herrschaft eingegangen werden soll. Der konservative Pakt zwischen (Sozial-)Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung und eine daran ausgerichtete Gesundheitspolitik ist dabei als eigenes Problem, nicht als Lösungsansatz zu verstehen. Wir haben dann, für ein Public Health-Paper vermutlich eher ungewöhnlich, einen Abstecher in die politische Theorie unternommen und den CA ausführlicher dargestellt. Dabei haben wir herausgestrichen, dass es sich um einen mehrdimensionalen gerechtigkeitstheoretischen Ansatz handelt, dem es gelingt, die beiden Bezugspunkte Freiheit und Gleichheit nicht in unmittelbare Konkurrenz zueinander zu setzen (Kapitel 2). Im weiteren Verlauf der Argumentation haben wir zunächst das Paternalismusproblem eingehender untersucht (Kapitel 3) und dann die unmittelbaren und mittelbaren Bezüge des CA zum Gegenstand Gesundheit genauer entfaltet und zu einer Public Health-Maxime verdichtet (Kapitel 4). Schließlich haben wir vor dem Hintergrund der Kritik der für die Gesundheitspolitik wichtigen Debatte um die Identifizierung und Umsetzung von Gesundheitszielen Anforderungen an Public Health Interventionen konkretisiert (Kapitel 5).

Einige allgemeine Konsequenzen

Nach unserer Überzeugung liefert der CA – wie in diesem Paper durchgängig argumentiert – erhebliches Potenzial für eine normative Fundierung von Public Health und damit für reflexive Maßstäbe einer in Theorie und Praxis ohnehin durch und durch normativen Wissenschaft. Frei nach Bourdieu (1997b) wäre unsere Position: Es ist nicht die Frage, ob eine praxisbezogene Wissenschaft normativ ist, sondern ob sie sich dessen bewusst ist und wie und mit welchen Maßstäben sie damit verfährt (Bittlingmayer et al. 2009b; Bittlingmayer/Sahrai 2010).

Im Kontext des unauflöselichen Spannungsverhältnisses zwischen adaptiven Präferenzen und Paternalismus bzw. Expertenhandeln liefert der CA zwei wichtige, in lexikalischer Reihenfolge stehende Antworten im Kontext von gesundheitsbezogenen Interventionen. *Erstens* ist die vorrangige Dimension gesundheitsbezogener Überlegungen die gesellschaftliche Strukturebene, in der die institutionellen, sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Bedingungen festgelegt werden, die sowohl das gesamte Ausmaß an Handlungsressourcen determinieren als auch die Verteilungs-, Eigentums-, Arbeits-, Geschlechterverhältnisse sowie den Umgang mit Minderheiten bestimmen, die alle zusammengenommen den Zustand der Bevölkerungsgesundheit weit stärker bestimmen als individuelle Verhaltensweisen. *Zweitens* sind gesundheitsbezogene Interventionen erlaubt, wenn sie nicht die Handlungsautonomie und den Subjektstatus der Betroffenen verletzen, die Handlungskompetenzen für die Umsetzung und Realisierung ihrer eigenen Konzeption des Guten der Betroffenen (nicht die Konzeptionen nationalstaatlicher Akteure!) stärken und schließlich vorhandene Kompetenzen und Fähigkeiten anerkennen, um die Betroffenen nicht als „Defizitbündel“ zu konstruieren. Diese Maßstäbe, die sich nach unserer Einschätzung aus dem CA

ergeben oder unmittelbar ableiten lassen, sind für eine Public Health Praxis folgenreich. Damit wären zum Beispiel *alle* Formen von Zwangsbehandlungen, die die Autonomie der Subjekte verletzen, nicht legitimierbar.

Offene Fragen im Anschluss an eine gerechtigkeits-theoretische Grundierung von Public Health durch den CA

Der CA, so wie er bislang vorliegt, ist eine „Mehrzweckwaffe“, keine „universelle Allzweckwaffe“. Die Vorstellung, dass mit dem CA auf alle Fragen, die für die Theorie und Praxis von Public Health drängend sind, eine plausible Antwort parat hat, ist natürlich absurd. Wichtige Fragestellungen im Verhältnis zwischen CA und Public Health sind noch nicht befriedigend gelöst. Dazu gehört etwa die Konzeptionalisierung und Operationalisierung von adaptiven Präferenzen. Nun ist der Fortschritt des Einbezugs des CA in Public Health, dass das Spannungsverhältnis zwischen adaptiven Präferenzen und Expertenhandeln bzw. Paternalismus überhaupt einen systematischen Ort hat und wohldefinierte Rahmenbedingungen angegeben werden müssen, innerhalb derer die Ignorierung solcher Präferenzen überhaupt zulässig sind. Solche Bedingungen, das sollte deutlich geworden sein, sind innerhalb des CA die Ausnahme, nicht die Regel, obwohl sie in der Interventionspraxis vermutlich die Regel und nicht die Ausnahme bezeichnen. Nun ist das Motiv der adaptiven Präferenzen damit noch längst nicht abschließend geklärt, nicht nur in Grenzbereichen wie bei Demenz- und Suchterkrankungen, sondern viel prinzipieller bei allen Formen gesundheits-schädigender Konzeptionen des guten Lebens. Ulrich Steckmann hat zum Verhältnis zwischen den adaptiven Präferenzen und dem Paternalismusproblem einen lesenswerten Aufsatz vorgelegt, der zunächst den Rahmen absteckt, der gegeben sein muss, wenn gegen die Präferenzen von Betroffenen agiert wird.

„Entweder wird davon ausgegangen, dass (a) der Eingriff, der faktisch in paternalistischer Weise durchgeführt wird, unter der Voraussetzung vollständiger Zustimmungsfähigkeit auch gewollt würde, dass (b) die betreffende Person nach Maßgabe ihrer bekannten Wünsche der paternalistischen Intervention vermutlich zugestimmt hätte, oder man versucht (c) darzulegen, dass der zu Erziehende später nach Erreichen des Mündigkeitszustands den Eingriff für gerechtfertigt erklären würde. In jeden Fall ist ein Paternalismus, der sich im Einklang mit autonomieethischen bzw. liberalen Grundsätzen befinden soll, gehalten, die Selbstbestimmungsfähigkeit derjenigen Personen, die paternalistischen Eingriffen ausgesetzt werden sollen, zu fördern oder wiederherzustellen. Das vorrangige Kriterium für die Legitimität paternalistischer Interventionen besteht darin, dass diese selbstbestimmungsfunktional sind.“ (Steckmann 2010: 110f.) Steckmann zufolge bewegt sich der CA innerhalb dieses durch die drei angegebenen Alternativen aufgespannten Rahmens, hat darüber hinaus aber den Vorzug, unter Rückgriff auf ein komplexes Personenkonzept sowie der Liste der prinzipiell wünschbaren Grundbefähigungen den Blick auf paternalistische Interventionen zu erweitern (ebd.).

Allerdings stellen sich aus einer soziologischen Perspektive hier doch einige offene Anschlussfragen, die auf einen deutlichen Forschungsbedarf hinweisen. Zunächst ist das Kriterium der zeitlich späteren Zustimmungsfähigkeit paternalistischer Interventionen gerade aus soziologischer Sicht höchst problematisch. Beispielsweise läuft im Kontext erziehungsförmiger Interventionen das ganze auf einen Zirkelschluss hinaus, weil durch die Interventionen die Möglichkeits- und Vorstellungsräume der sozialen Akteure bereits so eingeschränkt werden, dass ihre Urteilsfähigkeit in Hinblick auf die ihnen widerfahrenen (Erziehungs-)Interventionen gleich mit beeinträchtigt werden. Das Problem ist, dass der Mechanismus der Erzeugung adaptiver Präferenzen nicht still gestellt werden kann, sondern auch für die spätere Beurteilung der Interventionsformen – gleich welchen Inhalts – durch die Betroffenen weiterhin gültig ist. Dieses Problem ist wohl ein sehr prinzipielles, das sich aus der zeitlichen Gerichtetheit aller Formen von Interventionen ergibt. Es ist

offensichtlich nicht möglich, aus der zeitlichen Situation nach der Intervention heraus zwei alternative Zustände miteinander zu vergleichen. Dadurch werden durch paternalistische Interventionsformen möglicherweise die anerkennenden Zustimmungsfähigkeiten teilweise gleich mit geliefert. Wir wollen diese gerechtigkeits-theoretische und interventionstheoretische Fragestellung hier nicht weiter vertiefen, sondern noch einmal rückbeziehen auf die Ausgangsfragestellung der normativen Verortung und Grundierung von Public Health durch den CA.

Dadurch, dass der CA das Spannungsverhältnis zwischen adaptiven Präferenzen und Paternalismus systematisch bezeichnet – und u.E. zum Autonomiepol hin tendiert –, liefert er nach unserer Einschätzung einen sehr guten Rahmen für die Frage nach den normativen Bezugspunkte innerhalb der Praxis von Public Health. Es existiert nach unserem Wissen keine Forschung, die sich der nicht unbedeutenden Frage annehmen würde, die die Public Health Praktikerinnen und Praktiker in ihrer unmittelbaren Praxis solche interventionsrelevanten Fragen nach den autonomen oder adaptiven Präferenzen entscheiden. Dass sie in ihrer Praxis mit solchen Fragestellungen unmittelbar konfrontiert sind, ist eindeutig (vgl. u.a. Heusinger 2008; Dreißig 2008; Löffler/Wigger 2009). Aber welche impliziten oder expliziten, bewussten oder unbewussten, systematischen oder unsystematischen, konsistenten oder widersprüchlichen normativen Maßstäbe Public Health Expertinnen und Experten in ihrer beruflichen Praxis anlegen, ist vollkommen unklar.

Durch Public Health die Welt zum Besseren wenden?

Ein letzter Aspekt soll in diesem Paper noch explizit Erwähnung finden, auch wenn wir an vielen Stellen schon deutlich Position bezogen haben. Wir glauben auf plausibler gerechtigkeits-theoretischer Grundlage Maßstäbe zur Distribution von Gütern und Dienstleistungen, zur individuellen Kompetenzentwicklung und zur politischen Teilhabe im Kontext des CA benannt zu haben, vor deren Hintergrund sich die aktuellen gesellschaftlichen Verhältnisse, Strukturen und Institutionen nicht mehr legitimieren lassen.

Diese Position ist natürlich nicht neu und kann gerade in den Gesundheitswissenschaften auf bedeutsame Vorläufer zurückblicken (vgl. für den deutschsprachigen Raum u.a. Deppe 1998; Kühn/Rosenbrock 2009 [1994]; die Zeitschriften *Dr. med. Mabuse*, das Jahrbuch *Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*; aktuell u.a. Bauer 2006; Schmidt 2008; Brunnett 2009 u.v.m.). Gesundheitswissenschaften können darüber hinaus als „Fortsetzung der Kritischen Theorie mit anderen Mitteln“ (Peter-Ernst Schnabel) bezeichnet werden und würden damit als mögliche (sicher nicht einzige) Aktualisierung wichtiger kapitalismuskritischer Arbeiten der Frankfurter Schule (vgl. etwa Horkheimer/Adorno 1969 [1947]; Marcuse 1990 [1955]) insbesondere im Kontext des Motivs gesellschaftlicher Naturverhältnisse (Görg 1999) gelten können.

Das Besondere am Gegenstandsbereich der Gesundheitswissenschaften ist nun, dass sie sowohl unmittelbare materialistische (von körperlicher Integrität bis zur Verteilungsgerechtigkeit) wie auch sozialkonstruktivistische (von Körper- und Schönheitskonzepten bis zu gesundheitsorientierten Lebensstilen) Bezüge aufweisen, die als Objekt gerechtigkeits-theoretischer Forderungen geltend gemacht werden können. Ferner ist das Besondere an Public Health, dass hier bereits auf eine dramatische gesellschaftsverändernde Praxis zurückgeblickt werden kann (etwa im Rahmen der AIDS-Bewegung). Aus unserer Perspektive könnte die Hochzeit zwischen Gesundheitswissenschaften, Gerechtigkeits-theorie und Kapitalismuskritik, wie sie durch eine Grundierung von Public Health durch den CA erfolgen könnte, deshalb besonders umfassend und nachhaltig auf die Reduzierung sozialer Herrschaft einwirken, und zwar genau dann, wenn zwei Dinge parallel gelingen. *Erstens* müssten allen Bilderverboten der frühen Kritischen Theorie zum Trotz aus der Perspektive von Public Health solche gesellschaftlichen Institutionen, sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Strukturen *ausbuchstabiert* werden, die zu den größten Verwirklichungschan-

cen individueller Gesundheit für alle führen würden. *Zweitens* wären die aus dieser Blaupause resultierenden gesellschaftlichen Maßstäbe einerseits in die Public Health-Praxis und praxisnahen Organisationen und andererseits in die öffentlichen Diskurse einzuspeisen. Das Ziel wäre hierbei nicht die Etablierung weiterer ExpertInnen-Diskurse, sondern die mutige Infragestellung solcher gesellschaftlichen Institutionen und Strukturen, die die optimale Entfaltung der Gesundheit aller Beteiligten nicht gewährleisten können. Gelingt dies auch nur ansatzweise, dann lässt sich durch Public Health zumindest zunächst Deutschland möglicherweise tatsächlich zum Besseren wenden.

Literatur

- Abel, Th./Abraham, A./Sommerhalder, K. (2006): Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden: VS, 185-198.
- Abel, Th./Schori, D. (2009): Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34 (2), 48-64.
- Adorno, Th. W. (1989) [1969]: Einleitung. In: Adorno, Th. W. et al., *Der Positivismustreit in der deutschen Soziologie*, Neuwied: Luchterhand, 7-79.
- Ahrens, J./Beer, R./Bittlingmayer, U. H./Gerdes, J. (2008): Beschreiben und/oder Bewerten. Zur Einführung. In: Dies. (Hg.), *Beschreiben und/oder Bewerten. Bd. 1: Normativität in sozialwissenschaftlichen Forschungsfeldern*, Münster: Lit, 9-74.
- Altgeld, Th. (2002): Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise im Auftrag der Regiestelle E&C; Internet-Dokument; URL: <http://www.eundc.de/pdf/09600.pdf> [Zugriff am 2.2.2012]
- Altgeld, Th. (2004): Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise im Auftrag der Regiestelle E&C; Internet-Dokument; URL: <http://www.eundc.de/pdf/09600.pdf> [Zugriff am 2.2.2012].
- Altgeld, Th. (2006): Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden: VS, 389-403.
- Altgeld, Th. (2008): Gesundheitsförderliche Settingarbeit als Schlüsselstrategie zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten. In: Bauer, U./Bittlingmayer, U. H./Richter, M. (Hg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden: VS, 511-529.
- Anderson, E. (2000): Warum eigentlich Gleichheit? In: Krebs, A. (Hg.), *Gleichheit oder Gerechtigkeit*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 117-171.
- Andresen, S./Otto, H.-U./Ziegler, H. (2008): Bildung as Human Development: An Educational View on the Capabilities Approach. In: Otto, H.-U./Ziegler, H. (Hg.), *Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft*, Wiesbaden: VS, 167-197.
- Angele, S./Brasseit, U. (2001): Gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland, *Public Health Forum*, 9 (32), 1-2.
- Arendt, H. (2005) [1955]: *Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft. Antisemitismus. Imperialismus. Totale Herrschaft*. München: Piper.
- Bardehle, D./Annuß, R. (2006): Gesundheitsberichterstattung. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 4. vollständig überarb. Aufl., Weinheim, München: Juventa, 375-416.
- Bardehle, D./Razum, O. (2011): Gesundheitsberichterstattung und Public Health in Deutschland. In: Hornberg, C./Schott, Th. (Hg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland*, Wiesbaden: VS, 173-190.
- Bartelheimer, P. (2009): Verwirklichungschancen als Maßstab lokaler Sozialpolitik? *Sozialer Fortschritt*, 2/3, S. 48-55.

- Bartelheimer, P./Büttner, R./Kädtler, J. (2008): Amartya Sens wohlfahrtstheoretischer Ansatz: Verwirklichungschancen als Konzept zur Beurteilung von Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik? Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen. http://www.sofi-goettingen.de/fileadmin/Textarchiv/Kolloquium/Amartya_Sen_21-11-2008.pdf [Zugriff am 20.2.2012]
- Bauer, U. (2004): Prävention und Schulstruktur. Ergebnisse zu Lions Quest „Erwachsen werden“. In: Melzer, W./Schwind, H.-D. (Hg.), *Gewaltprävention in der Schule. Grundlagen – Praxismodelle – Perspektiven*, Baden Baden: Nomos, 113-138.
- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Skillförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: VS.
- Bauer, U. (2006): Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 8/9-2006, 17-24.
- Bauer, U. (2008): Polarisierung und Entsolidarisierung. Ansätze zu einem Impact Assessment der Ökonomisierung im Gesundheitswesen. In: Hensen, G./Hensen, P. (Hg.), *Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*, Wiesbaden: VS, 141-163.
- Bauer, U. (2011): *Sozialisation und Ungleichheit. Eine Hinführung*. Wiesbaden: VS.
- Bauer, U./Bittlingmayer U. H. (2005): Keine Bildungsreform ohne Gesellschaftsreform. In: *Kritischer Blick auf die Pädagogik „in Zeiten lebensbegleitenden Lernens“*, *Kultur-Ration 1/2005*, Online-Journal für Kultur, Wissenschaft und Politik.
- Bauer, U./Bittlingmayer, U. H. (2007): Unsoziales soziales Lernen: Die schulische Vermittlung von Soft Skills als Reproduktion harter Ungleichheiten. In: Kahlert, H./Mansel, J. (Hg.), *Bildung und Berufsorientierung. Der Einfluss von Schule und informellen Kontexten auf die berufliche Identitätsentwicklung*, Weinheim, München: Juventa, 59-79.
- Bauer, U./Bittlingmayer, U. H./Richter, M. (Hg.) (2008): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden: VS.
- Bauer, U./Bittlingmayer, U. H./Ziegler, H. (2009): Capability-Forschung – Zur Einführung in den Themenschwerpunkt. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 29 (4), 340-345.
- Beauchamp, T. (1995): Paternalism. In: Reich, W. (Hg.), *The Encyclopedia of Biomedical Ethics*. New York: MacMillan
- Beauchamp, T. (2009): The Concept of Paternalism in Biomedical Ethics. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 14, 77-92.
- Becker, R./Lauterbach, W. (Hg.) (2004): *Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit*, Wiesbaden: VS.
- Becker, R./Lauterbach, W. (Hg.) (2010): *Bildung als Privileg*. 4. Aufl., Wiesbaden: VS.
- Beer, R. (2002): *Zur Kritik der demokratischen Vernunft. Individuelle und soziale Bedingungen einer gleichberechtigten Partizipation*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Benhabib, S. (1989): Der verallgemeinerte und der konkrete Andere. Ansätze zu einer feministischen Moraltheorie. In: List, E./Studer, H. (Hg.), *Denkverhältnisse*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 454-487.
- Bergmann, K. E./Bayer, W./Meinlschmidt, G. (1996): *Gesundheitsziele für Berlin. Wissenschaftliche Grundlagen und epidemiologisch begründete Vorschläge*. Berlin: de Gruyter.
- Bernstein, B. (2000): *Pedagogy, Symbolic Control and Identity. Theory, Research, Critique*, London: Rowman & Littlefield.
- BGM (Bundesministerium für Gesundheit) (2007): *Gesundheitsziele.de. Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele*. In Zusammenarbeit mit der BZgA und dem Robert Koch-Institut, Berlin: o.V.

- Bittlingmayer, U. H. (2009): Gesundheitsförderung im Setting Schule und ihre normativen Implikationen. In: Ders./Sahrai, D./Schnabel, P.-E. (Hg.), Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS, 269-299.
- Bittlingmayer, U. H./Hastaoglu, T./Stahl, M./Fettah, F. (2009a): Anmerkungen zur Notwendigkeit einer Erweiterung von Lions Quest „Erwachsen werden“. Eine qualitative Bedarfsanalyse an unterschiedlichen Schulformen der Sekundarstufe I und II. Zwischenbericht, Freiburg: Pädagogische Hochschule.
- Bittlingmayer, U. H./Sahrai, D./Schnabel, P.-E. (Hg.) (2009b): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS.
- Bittlingmayer, U. H./Bauer, U./Sahrai, D. (2009c): Künstlich gesteigerte Kompetenznachfrage? Kritische Anmerkungen zum Kompetenzdiskurs. In: Bolder, A./Dobischat, R. (Hg.), Eigen-Sinn und Widerstand. Kritische Beiträge zum Kompetenzentwicklungsdiskurs, Wiesbaden: VS, 120-132.
- Bittlingmayer, U. H./Drucks, St./Gerdes, J./Bauer, U. (2010): Die Wiederkehr des funktionalen Alphabetismus und in Zeiten wissenschaftsgesellschaftlichen Wandels. In: Quenzel, G./Hurrelmann, K. (Hg.), Bildungsverlierer. Neue Ungleichheiten, Wiesbaden: VS, 341-374.
- Bittlingmayer, U. H./Sahrai, D. (2010): Gesundheitliche Ungleichheit: Plädoyer für eine ergänzende ethnologische Perspektive. *Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage der Zeitschrift „Das Parlament“*, H. 45/2010, 25-31.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2002): Lebenslagen in Deutschland. 1. Armuts- und Reichtumsbericht der BRD, Berlin: o.V.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2008): Lebenslagen in Deutschland. 3. Armuts- und Reichtumsbericht der BRD, Berlin: o.V.
- Bonvin, J.-M. (2007): Internationale Organisationen und ihre Strategien der Beschäftigungsförderung: Die Beschäftigungs- und Arbeitsmarktkrise aus der Perspektive von OECD, EU und IAO. In: Filipic, U. (Hg.), Arbeitsmarktpolitik in Europa. Auseinandersetzungen-Herausforderungen, Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, 52-67.
- Bonvin, J.-M. (2009): Der Capability Ansatz und sein Beitrag für die Analyse gegenwärtiger Sozialpolitik. *Soziale Passagen*, 1, 8-22.
- Bos, W./Hornberg, S./Arnold, K.-H./Faust, G./Fried, L./Lankes, E.-M./Schwippert, K./Valtin, R. (Hg.) (2007): IGLU 2006, Lesekompetenzen von Grundschulkindern in Deutschland im internationalen Vergleich. Münster: Waxmann.
- Bourdieu, P. (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1985): Sozialer Raum und Klassen. *Leçon sur la leçon*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1997a): Position und Perspektive. In: Ders. et al.: *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnose alltäglichen Leidens*, Konstanz: UVK, 17-19.
- Bourdieu, P. (1997b): Verstehen. In: Ders. et al., *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnose alltäglichen Leidens*, Konstanz: UVK, 779-822.
- Bourdieu, P. (2001): *Wie die Kultur zum Bauern kommt*. Hamburg: VSA.
- Brägger, G./Posse, N./Israel, G. (2008): *Bildung und Gesundheit. Argumente für eine gute und gesunde Schule*. Herausgegeben von OPUS NRW, Programm bildung+gesundheitsnetzwerk Schweiz und Schule + Gesundheit Hessen, Bern: hep-Verlag.
- Brighthouse, H./Unterhalter, E. (2010): Primary Goods vs. Capabilities: Consideration the Debate in Relation to Equalities in Education. In: Ziegler, H./Otto, H.-U. (Hg.), *Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft*, Wiesbaden: VS, 69-84.

- Brumlik, M. (1990): Sind soziale Dienste legitimierbar? Zur ethischen Begründung pädagogischer Intervention. In: Sachße, C./Engelhardt, T. (Hg.), Sicherheit und Freiheit – Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt a. M., 203–227.
- Brumlik, M. (1992): Advokatorische Ethik. Bielefeld: KT-Verlag.
- Brumlik, M./Keckeisen, W., (1976): Etwas fehlt. Zur Kritik und Bestimmung von Hilfsbedürftigkeit für die Sozialpädagogik. *Kriminologisches Journal*, 4: 241–262.
- Brunnett, R. (2009): Die Hegemonie symbolischer Gesundheit: Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus, Bielefeld: transcript.
- Bueb, B. (2006): Lob der Disziplin. Eine Streitschrift. Berlin.
- Butler, J. Th. (1997): Principles of Health Education and Health Promotion. 2. Aufl., Englewood, Colorado: Morton Publishing.
- Clark, Z. (2009): Jugend ohne Jugend – Die Konstruktion der Jugendphase im Kontext ihres sozialen Ortes. In: Andresen, S./Glaser, E. (Hg.), Disziplinengeschichte der Erziehungswissenschaft als Geschlechtergeschichte, Jahrbuch Frauen und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft, Bd. 5. Opladen, Farmington Hills: Barbara Budrich, 111–120.
- Clark, Z./Eisenhuth, F. (2010): Beyond Futurity. A Capabilities Perspective on Childhood and Youth. In: Leßmann, O. et al. (Hg.), Closing the Capability Gap. Renegotiating Justice for the Young, Opladen, Farmington Hills: Barbara Budrich, 227–286.
- Corteel, D./Lambert, M./Vero, J./Zimmermann, B. (2009): Capability for Learning in French Companies. In: Sen-sitising Life Course Research? Net.doc no. 50:115–154.
- Dabrock, P. (2010): Befähigungsgerechtigkeit als Ermöglichung gesellschaftlicher Inklusion. In: Otto, H.-U./Ziegler, H. (Hg.), Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft, Wiesbaden: VS, 17–53.
- Dahrendorf, R. (1979): Lebenschancen. Anläufe zur sozialen und politischen Theorie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Daniels, N. (1998): Rationing Medical Care: A Philosopher's Perspective on Outcomes and Process. *Economics and Philosophy*, Vol. 14, 27–50.
- Daniels, N. (2001): Justice, Health, and Health Care. *The American Journal of Bioethics*, Vol. 1, (2), 2–16.
- Daniels, N. (2008): Just Health. Meeting Health Needs Fairly. New York: Cambridge University Press.
- Daniels, N. (2010): Capabilities, Opportunity, and Health. In: Brighouse, H./Robeyns, I. (Hg.), Measuring Justice. Primary Goods and Capabilities, New York: Cambridge University Press, 131–149.
- Davey Smith, G. (2008): Die Bedeutung einer Lebenslaufperspektive für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bauer, U./Bittlingmayer, U. H./Richter, M. (Hg.), Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheiten, Wiesbaden: VS, 291–330.
- Davis, K./Moore, W. E. (1967) [1945]: Einige Prinzipien der sozialen Schichtung. In: Hartmann, H. (Hg.), Moderne amerikanische Soziologie. Neuere Beiträge zur soziologischen Theorie, Stuttgart: Enke, 347–357.
- Dean, M. (2007): Governing Societies: Political Perspectives on Domestic and International Rule. Maidenhead: Open University Press.
- Deneulin, S. (2002): Perfectionism, Liberalism and Paternalism in Sen and Nussbaum's Capability Approach. URL: http://opus.bath.ac.uk/462/1/RevPolEco_2002.pdf. [Zugriff am 20.02.2012]
- Deppe, H.-U. (1998): Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Kritik der Gesundheitspolitik. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Deutsches PISA-Konsortium (Hg.) (2001): PISA 2000: Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich. Opladen: Leske+Budrich.

- Deutsches PISA-Konsortium (Hg.) (2007): PISA 2006. Die Ergebnisse der dritten internationalen Vergleichsstudie. Münster: Waxmann.
- Dietrich, F. (1999): Die ‚sozialdemokratische‘ und die ‚liberale‘ Variante der neoaristotelischen Philosophie. *Analyse und Kritik*, 21, 192-212.
- Dippelhofer-Stiehm, B. (2008): Gesundheitssozialisation, Weinheim, München: Juventa.
- Dreißig, V. (2008): Zur Rolle von Ungleichheits- und Machtverhältnissen in der Interaktion zwischen Pflegenden/Ärzten und verschiedenen Patientengruppen im Krankenhaus. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege*, Wiesbaden: VS, 363-374.
- Drucks, St./Bittlingmayer, U. H. (2009): Funktionaler Analphabetismus im wissenschaftlichen Wandel. In: Kluge, S./Steffens, G./Weis, E. (Hg.), *Jahrbuch für Pädagogik 2009: Entdemokratisierung und Gegenaufklärung*, Frankfurt a. M. et al.: Peter Lang, 241-267.
- Durkheim, E. (1983) [1897]: *Der Selbstmord*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Dworkin, G. (1971): Paternalism. In: Wasserstrom, R. A. (Hg.), *Morality and the Law*, Belmont: Wadsworth, 107-126.
- Dworkin, G. (1972): Paternalism. *The Monist* 56, 54-84.
- Dworkin, G. (2005a): Paternalism. In: Zalta, E. (Hg.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2005 Edition), URL: <http://plato.stanford.edu/archives/win2005/entries/paternalism> [Zugriff am 20.02.2012]
- Dworkin, G. (2005b): Moral Paternalism. *Law and Philosophy* 24, 305-319.
- Dworkin, R. (1978): *Bürgerrechte ernstgenommen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Dworkin, R. (2000): *Sovereign Virtue. The Theory and Practice of Equality*. Cambridge: Harvard University Press.
- Edelstein, W. (1984): Entwicklung, kulturelle Zwänge und die Problematik des Fortschritts. In: Schöfthaler, T./Goldschmitt, D. (Hg.), *Soziale Struktur und Vernunft. Jean Piagets Modell entwickelten Denkens in der Diskussion kulturvergleichender Forschung*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 403-439.
- Elster, J. (1982): Sour Grapes: Utilitarianism and the Genesis of Wants. In: Sen, A./Williams, B. (Hg.), *Utilitarianism and Beyond*. Cambridge/Paris: Cambridge University Press, 219-232.
- Enderlein, W. (1996): *Rechtspaternalismus und Vertragsrecht*, München.
- Faden, R./Shebaya, S. (2010): Public Health Ethics. In: Zalta, E. (Hg.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2010 Edition), URL: <http://plato.stanford.edu/archives/sum2010/entries/publichealth-ethics/> [Zugriff am 20.02.2012]
- Fraser, N. (2002): Soziale Gerechtigkeit in der Wissensgesellschaft: Umverteilung, Anerkennung und Teilhabe. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.), *Gut zu Wissen – Links zur Wissensgesellschaft*, Münster: Westfälisches Dampfboot, 50-66.
- Fraser, N. (2003): Soziale Gerechtigkeit im Zeitalter der Identitätspolitik. Umverteilung, Anerkennung und Beteiligung. In: Dies./Honneth, A., *Umverteilung oder Anerkennung. Eine politisch-philosophische Kontroverse*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 13-128.
- Furnée, C. A./Groot, W./van den Brink, H. (2008): The Health Effect of Education: A Meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 18, 4: 417-421.
- Geene, R./Luber, E. (Hg.): (2000a): Einleitung. In: Dies. (Hg.): *Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik*, Frankfurt a. M.: Mabuse, 7-17.
- Geene, R./Luber, E. (Hg.): (2000b): *Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik*, Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Gerhards, J./Rössel, J. (2003): Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Eine empirische Studie (= *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Bd. 20). Köln: BZgA.

- Gomolla, M. (2005): Institutionelle Diskriminierung im Bildungs- und Erziehungssystem. In: Leiprecht, R./Kerber, A. (Hg.), Schule in der Einwanderungsgesellschaft. Schwalbach, 97-109. URL: <http://egora.uni-muenster.de/ew/personen/medien/gomolla.pdf> [Zugriff am 28.04.2011].
- Gomolla, M./Radtke, F.-O. (2002): Institutionelle Diskriminierung: Opladen: Leske + Budrich.
- Görg, Ch. (1999): Gesellschaftliche Naturverhältnisse, Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Graham, H. (2008): Die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Bedeutung sozialer Determinanten. Unterschiedliche Definitionsansätze und ihre politischen Konjunkturen. In: Bauer, U./Bittlingmayer, U. H./Richter, M. (Hg.), Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheiten, Wiesbaden: VS, 455-478.
- Große Kracht, H. J. (2004): Renaturalisierung sozialer Ungleichheiten? Zu Wolfgang Kerstings vergeblicher Hoffnung, auf dem Weg von John Rawls über Robert Nozick zu einer liberalen Sozialstaatsphilosophie zu gelangen. *Politische Vierteljahresschrift*, 45, 3: 395-413.
- Grundmann, M./Bittlingmayer, U. H./Dravenau, D./Groh-Samberg, O. (2004a): Bildung als Privileg und Fluch – zum Zusammenhang zwischen lebensweltlichen und institutionalisierten Bildungsprozessen. In: Becker, R./Lauterbach, W. (Hg.), Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit, Wiesbaden: VS, 41-68.
- Grundmann, M./Dravenau, D./Bittlingmayer, U. H./Edelstein, W. (2006): Handlungsbefähigung und Milieu. Münster u.a.: Lit.
- Grundmann, M./Groh-Samberg, O./Bittlingmayer, U. H./Dravenau, D. (2004b): Die Umwandlung von Differenz in Hierarchie? Schule zwischen einfacher Reproduktion und eigenständiger Produktion sozialer Bildungsungleichheit. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 24 (2), 124-145.
- Gutmann, Th. (2011): Paternalismus und Konsequentialismus. Preprints of the Centre for Advanced Study in Bioethics No. 17. August 2011. Münster: WWU Münster.
- GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.) (2007): Gemeinsame Erklärung des Kooperationsverbundes zur Weiterentwicklung des Nationalen Gesundheitszielprozesses. Köln: o.V.
- Habermas, J. (1991): Erläuterungen zur Diskursethik. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Habermas, J. (1996): Faktizität und Geltung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Habermas, J. (1969): Analytische Wissenschaftstheorie und Dialektik. In: Adorno, Th. W. et al. (Hg.), Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie, Neuwied: Luchterhand, 155-191.
- Hadjar, A. (2008): Meritokratie als Legitimationsprinzip. Wiesbaden: VS.
- Hartung, S./Bittlingmayer, U. H., (2008): Schulische Elternbildung im Spannungsfeld zwischen Gesundheitsförderung und Präventionsdilemma. Eine empirische Studie zur integrierten schulischen Elternbildung von „Erwachsen werden“. Forschungsbericht an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.
- Haybron, D. (2008): The Pursuit of Unhappiness. The Elusive Psychology of Well-Being. Oxford: Oxford University Press.
- Heid, H. (1988): Zur Paradoxie der bildungspolitischen Forderung nach Chancengleichheit. *Zeitschrift für Pädagogik*, 34, 1, 1-17.
- Heite, C./Klein, A./Landhäußer, S./Ziegler, H. (2007): Das Elend der Sozialen Arbeit – Die „neue Unterschicht“ und die Schwächung des Sozialen. In: Kessel, F./Reutlinger, Chr./Ziegler, H. (Hg.), Erziehung zur Armut? Soziale Arbeit und die „neue Unterschicht“, Wiesbaden: VS, 55-79.
- Held, D. (2005): Democracy and the Global Order. Cambridge: Polity Press.

- Hensen, G. (2008): Gesundheitsbezogene Einflüsse auf den Sozialisationsprozess und risikante Identitäten. In: Hensen, G./Hensen, P. (Hg.), Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Wiesbaden: VS, 259-285.
- Hensen, G./Hensen, P. (Hg.) (2008): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS.
- Heusinger, J. (2008): Der Zusammenhang von Milieuzugehörigkeit, Selbstbestimmungschancen und Pflegeorganisation in häuslichen Pflegearrangements älterer Menschen. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hg.), Soziale Ungleichheit und Pflege, Wiesbaden: VS, 301-314.
- Hill, C. (2007): Anti-Anti-Anti-Paternalism. *NYU Journal of Law and Liberty*, 2: 444-454.
- Hinsch, W. (1992): Einleitung. In: Rawls, J., Die Idee des politischen Liberalismus. Aufsätze 1978-1989, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 9-44.
- Honneth, A. (Hg.) (1993): Kommunitarismus. Eine Debatte über die moralischen Grundlagen moderner Gesellschaften. Frankfurt a. M.: Campus.
- Horkheimer, M./Adorno, Th W. (1969) [1947]: Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Hormel, U./Scherr, A. (2010): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: VS.
- Human Development Report (2009): Overcoming Barriers. Human Mobility and Development, New York: UNDP.
- Hurka, Th. (1993): Perfectionism. Oxford: Oxford University Press.
- Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Theorie von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Weinheim, München: Juventa.
- Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften (Hg.) (2009): Health Inequalities. Bd. 45, Hamburg: Argument.
- Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften (Hg.) (2011): Schwarz-gelbe Gesundheitspolitik. Eine Zwischenbilanz. Bd. 47, Hamburg: Argument.
- Kähnert, H. (2002): Evaluation des Lions Quest-Programms „Erwachsen werden“. Abschlussbericht an das Hilfswerk der deutschen Lions e.V. – Ressort Lions Quest, Forschungsbericht an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.
- Kant, I. (1968) [1785]: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. In: Kant, I.: Werke, Bd.. IV, Akademie-Textausgabe, Berlin: de Gruyter.
- Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Klein, A./Landhäußer, S./Ziegler, H. (2005): The Salient Injuries of Class: Zur Kritik der Kulturalisierung struktureller Ungleichheit. *Widersprüche* 98: 55-74.
- Klein, A./Zeiske, A. (2009): Sexualität und Handlungsbefähigung. Ein Beitrag zur Capability-Instrumentenentwicklung. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation (ZSE)*. 4: 371-386.
- Klocke, A./Becker, A. (2003): Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravensieberer, U. (Hg.), Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, Weinheim, München: Juventa, 183-241.
- Klus, H./Angele, S./Mennicken, R. (2008): Forum Gesundheitsziele.de – Gesundheitsziele auf Bundesebene. In: Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst, Gesundheitsforschung, Bd. 2, 11-21.

- Koller, P. (1983): Rawls' Differenzprinzip und seine Deutungen. *Erkenntnis* 20: 1–25.
- Koller, P. (2001): Soziale Gerechtigkeit. Begriff und Begründung. Vienna Working Papers in Legal Theory, Political Philosophy, and Applied Ethics, No. 24. URL: http://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/fb2/c-systematische-theologie/christlichesozialwissenschaften/spiess/ethikundpolitik/koller_soziale_gerechtigkeit-1.pdf [Zugriff am 20.02.2012]
- Konsortium Bildungsbericht (2006): Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Im Auftrag der KMK und des BMBF. Bielefeld: Bertelsmann.
- Konsortium Bildungsbericht (2010): Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit Perspektiven des Bildungswesens im demografischen Wandel. Im Auftrag der KMK und des BMBF. Bielefeld: Bertelsmann.
- Kreckel, R. (2006): Soziologie der sozialen Ungleichheit im globalen Kontext. (Der Hallesche Graureiher 2006–4). Halle: Institut für Soziologie
- Kühn, H./Bittlingmayer, U. H./Sahrai, D./Schnabel, P.-E. (2009): Präventionspolitik: Ein aktueller Rückblick auf eine frühe Diagnose. In: Bittlingmayer, U. H./Sahrai, D./Schnabel, P.-E. (Hg.), Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS, 425–455.
- Kühn, H./Rosenbrock, R. (2009) [1994]: Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Bittlingmayer, U. H./Sahrai, D./Schnabel, P.-E. (Hg.), Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS, 47–71.
- Kuhn, J./Trojan, A. (2010): Gesundheit fördern statt kontrollieren – Lessons Learned, Lessons to Learn, *Gesundheitswesen*, 72, 23–28.
- Kuntz, B. (2010): Bildungsdisparitäten im Gesundheitsverhalten. In: Ders./Thier, R./Reichelt, A. (Hg.), Bildung und Gesundheit, Frankfurt/Main: Mabuse, 11–73.
- Kurth, B.-M./Ziese, T. (2006): Die Epidemiologie von Gesundheit und Krankheit, In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O., Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim, München: Juventa, 483–510.
- Kymlicka, W. (1996): Politische Philosophie heute. Frankfurt a. M./New York: Campus.
- Landhäußer, S./Ziegler, H. (2005): Social Work and the Quality of Life Politics – A Critical Assessment. *Social Work and Society*, 3, 1, 30–56.
- Lehmann, F./Weyers, S. (2007): Programme und Projekte zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen in Deutschland und Europa. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 98–104.
- Loewenstein, G./Schkade, D. (1999): Wouldn't it be Nice? Predicting Future Feelings. In: Kahneman, D. et al. (Hg.), Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology. New York: Russell Sage Foundation, 85–105.
- Löffler, H./Wigger, A. (2009): Arm, aber trotzdem gesund! Verhaltens- oder Verhältnisprävention? In: Bittlingmayer U. H./Sahrai D./Schnabel P.-E. (Hg.), Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 325–343.
- Luber, E. (2000) Woher kommen gute Gesundheitsziele, und: Warum gibt es in Deutschland so wenige. In: Geene, R./Luber, E. (Hrsg), Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik, Frankfurt a. M.: Mabuse, 59–65.
- Lukes, St. (2005): Power: A Radical View. 2. erw. Aufl. London: Macmillan.
- Mabsout, R. (2011): The Capability Approach. From Ethical Foundation to Empirical Operationalization. Unveröffentlichte Dissertation an der Universität Nijmegen (Holland); Internet-Dokument, URL: repository.uibn.ru.nl/bitstream/2066/83180/1/83180.pdf [Zugriff am 2.2.2012.]

- MacIntyre, A. (2004): Patriotismus als Tugend, In: Honneth, A. (Hg.), *Kommunitarismus*, Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Marcuse, H. (1990) [1964]: *Der Eindimensionale Mensch*. München: dtv.
- Marzinzik, K./Kluwe, S. (2009): Normativität in der Elternbildung. In: Bittlingmayer, U. H./Sahrai, D./Schnabel, P.-E. (Hg.), *Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit*. Gesundheit und Gesellschaft. Wiesbaden: VS, 389-405.
- Mazouz, N. (2006): Gerechtigkeit. In: Duwell, M./Hubenthal, Chr./Werner, M. (Hg.), *Handbuch Ethik*, Stuttgart/Weimar: Metzler, 371-376.
- Mead, L. (1997): *The New Paternalism: Supervisory. Approaches to Poverty*. Washington: Brookings.
- Mielck, A. (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.
- Mielck, A. (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsmuster, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Huber.
- Mielck, A./Helmert, U. (2006): *Soziale Gesundheit und Gesundheit*. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 4. vollst. überarb. Aufl., Weinheim, München: Juventa, 603-623.
- Mirowsky, J./Ross, C. E. (2003): *Education, Social Status, and Health*. Aldine: de Gruyter.
- Mitchell, G. (2005): Libertarian Paternalism Is an Oxymoron. *Northwestern Law Review*, 99: 1245-1277.
- Morriss, P. (2002): *Power: A Philosophical Analysis*, 2. Aufl. Manchester: Manchester University Press.
- Naidoo, J./Wills, J. (2003): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Berlin: BZgA.
- Negt, O. (1976): *Keine Demokratie ohne Sozialismus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Negt, O./Kluge, A. (1981): *Geschichte und Klassenbewusstsein*. Frankfurt a. M.: Zweitausend-eins.
- Nuffield Council on Bioethics (2007): *Public Health: Ethical Issues*. Cambridge: Cambridge Publishers Ltd.
- Nussbaum, M. (1992): Human Functioning and Social Justice: in Defense of Aristotelian Essentialism. *Political Theory* 20, 2: 202-246.
- Nussbaum, M. (1998): The Good as Discipline, the Good as Freedom. In: Crocker David (Hg.), *The Ethics of Consumption and Global Stewardship*, Lanham, MA: Rowman & Littlefield, 312-339.
- Nussbaum, M. (1999): *Gerechtigkeit oder das gute Leben*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Nussbaum, M. (2000a): *Women and Human Development. The Capabilities Approach*. Cambridge: Harvard University Press.
- Nussbaum, M. (2000b): Aristotle, Politics, and Human Capabilities: A Response to Antony, Arneson, Charlesworth, and Mulgan. *Ethics*, 111, 1: 102-140.
- Nussbaum, M. (2001): Love, Literature, and Human Universals: Comments on the Papers. In: Kallhoff, A. (Hg.), Martha C. Nussbaum: *Ethics and Political Philosophy*, Colloquium in Münster 2000. Münster/Hamburg/London: Lit, 129-152.
- Nussbaum, M. (2002): Aristotelische Sozialdemokratie. Die Verteidigung universaler Werte in einer pluralistischen Welt. In: Nida-Rümelin, J./Thierse, W. (Hg.), Martha C. Nussbaum. *Für eine aristotelische Sozialdemokratie*, Essen: Klartext Verlag, 17-40.
- Nussbaum, M. (2003): Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice. *Feminist Economics*, 2/3: 33-60.
- Nussbaum, M. (2006): *Frontiers of Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Nussbaum, M. (2011): Perfectionist Liberalism and Political Liberalism. *Philosophy and Public Affairs* 39, 1:3-45.

- Nutbeam, D. (2000): Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15, 259-267.
- Oelkers, N./Schrödter, M. (2008): Kindeswohl und Kinderwille. Zum Wohlergehen von Kindern aus der Perspektive des Capability Approach. In: Otto, H.-U./Ziegler, H. (Hg.), *Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft*. Wiesbaden: VS, 143-161.
- Oelkers, N./Schrödter, M./Ziegler, H. (2010): Capabilities und Grundgüter als Fundament einer sozialpädagogischen Gerechtigkeitsperspektive. In: Thole, W. (Hg.), *Grundriss Soziale Arbeit*, 3. Aufl. Wiesbaden: VS, 297-310.
- Oelkers, N./Steckmann, U./Ziegler, H. (2008): Normativität in der Sozialen Arbeit. In: Ahrens, J./Beer, R./Bittlingmayer, U. H./Gerdes, J. (Hg.), *Beschreiben und/oder Bewerten I*. Münster: Lit, 231-256.
- Olk, Th./Otto, H.-U. (1987): Institutionalisierungsprozesse sozialer Hilfe – Kontinuitäten und Umbrüche. In: Dies. (Hg.), *Soziale Dienste im Wandel*. Bd. 1: Helfen im Sozialstaat, Neuwied/Frankfurt a. M.: Luchterhand, 1-23.
- Otto, H.-U./Scherr, A./Ziegler, H. et al. (2010): Wieviel und welche Normativität benötigt die Soziale Arbeit? Befähigungsgerechtigkeit als Maßstab sozialarbeiterischer Kritik. *neue praxis 2*: 137-163.
- Otto, H.-U./Ziegler, H. (2008): Der Capabilities-Ansatz als neue Orientierung in den Erziehungswissenschaften. In: Dies. (Hg.), *Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft*, Wiesbaden: VS, 9-15.
- Otto, H.-U./Ziegler, H. (Hg.) (2010): *Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft*, 2. Aufl., Wiesbaden: VS.
- Parsons, T. (1959): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: König, R./Tönnemann, M. (Hg.), *Probleme der Medizinsoziologie*. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 3: 10-57.
- Pauer-Studer, H. (2000): *Autonom Leben*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Pauer-Studer, H. (2001): Liberalism, Perfectionism, and Civic Virtue. *Philosophical Explorations*, 4, 3: 174-192.
- Pauer-Studer, H. (2003): Martha C. Nussbaum. URL: <http://www.michael-funken.de/information-philosophie/philosophie/nussbaum2.html> [Zugriff am 20.02.2012]
- Pfahl, L. (2011): *Techniken der Behinderung. Der deutsche Lernbehinderungsdiskurs. Die Sonderschule und ihre Auswirkungen auf Bildungsbiografien*. Bielefeld: transcript.
- Pfeiffer, U. (Hg.) (2010): *Eine neosoziale Zukunft*. Wiesbaden: VS.
- Powell, J. J. W. (2007): Behinderung in der Schule, behindert durch Schule? Die Institutionalisierung der ‚schulischen Behinderung‘. In: Waldschmidt, A./Schneider, W. (Hg.), *Disability Studies, Kultursociologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld*, Bielefeld: transcript, 321-343.
- Powell, J. J. W. (2009): Von schulischer Exklusion zur Inklusion? Eine neoinstitutionalistische Analyse sonderpädagogischer Fördersysteme in Deutschland und den USA. In: Koch, S./Schemann, M. (Hg.), *Neo-Institutionalismus in der Erziehungswissenschaft. Grundlegende Texte und empirische Studien*, Wiesbaden: VS, 213-232.
- Prüss-Üstün, A./Stein, C./Zeeb, H. (2006): Globale Krankheitslast: Daten, Trends und Methoden. In: Razum, O./Zeeb, H./Laaser, U. (Hg.), *Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health*, Bern: Huber, 27-42.
- Qizilbash, M. (2009): On Capability, Real Libertarianism and Paternalism. Paper im Kontext eines Seminars zu Capability, Health and Measurement am Centre for Philosophy, Justice and Health des University College London, 21 Oktober 2009 URL: <http://www.happiness-economics.net/ocs/index.php/heirs/markethappiness/paper/view/353/175>. [Zugriff am 20.2.2012.]

- Qizilbash, M. (2011): Sugden's critique of Sen's capability approach and the dangers of libertarian paternalism. *International Review of Economics*; 58: 21 – 42.
- Quante, M. (2010): Das Elend der Volksgesundheit. Preprints of the Centre for Advanced Study in Bioethics No. 6. August 2010. Münster: WWU Münster.
- Quenzel, G./Hurrelmann, K. (2010) (Hg.): *Bildungsverlierer. Neue Ungleichheiten*, Wiesbaden: VS.
- Ratner, R./Soman, D./Zauberman, G./Ariely, D./Carmon, Z./Keller, P.A./Kim K. B./Lin, F./Malkoc, S./Small, D. A./Wertenbroch, K. (2008): How Behavioral Decision Research Can Enhance Consumer Welfare: From Freedom of Choice to Paternalistic Interventions. *Marketing Letters*, 19, 3-4: 383-397.
- Rawls, J. (1975): *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Rawls, J. (1982): Social Unity and Primary Goods. In: Sen, Amartya /Williams, Bernard (Hg.), *Utilitarianism and Beyond*. Cambridge: Harvard University Press, 159-186.
- Rawls, J. (1983): Der Vorrang der Grundfreiheiten. In: Rawls, John (1992), *Die Idee des politischen Liberalismus. Aufsätze 1978-1989*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 159-254.
- Rawls, J. (1985): Justice as Fairness: Political not Metaphysical. *Philosophy & Public Affairs* (Summer 1985), 14 (3): 223-251.
- Rawls, J. (1993): *Political Liberalism*, New York: Columbia University Press.
- Rawls, J. (1995): Political Liberalism: Reply to Habermas. *Journal of Philosophy* (March 1995), 92 (3), 132-180.
- Rawls, J. (1997): Gleiche Freiheit für alle. In: Nida-Rümelin, J./Vossenkuhl, W. (Hg.), *Ethische und politische Freiheit*, Berlin: de Gruyter, 205-225.
- Rawls, J. (1998): *Politischer Liberalismus* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Rawls, J. (2003): *Gerechtigkeit als Fairness. Ein Neuentwurf*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Raz, J. (1986): *The Morality of Freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Razum, O./Brzoska, P./Breckenkamp, J. (2011): Die Professionalisierung der Epidemiologie in Deutschland im Kontext von Public Health. In: Hornberg, C./Schott, Th. (Hg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland*, Wiesbaden: VS, 145-157.
- Rebenstorf, H. (1995): *Die politische Klasse. Zur Entwicklung und Reproduktion einer Funktionselite*. Frankfurt a. M., New York: Campus.
- Reichwein, R. (1985): Das deutsche Schulsystem im Reproduktionsprozeß der Gesellschaft. In: Buer, F./Cramer, A./Dittrich, E./Reichwein, R./Thien, H.-G. (Hg.), *Zur Gesellschaftsstruktur der BRD. Beiträge zur Einführung in ihre Kritik*, 2., überarb. Aufl., Münster: Westfälisches Dampfboot, 234-300.
- Remmers, H. (2009): Ethische Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit gesundheitlicher Versorgungsleistungen. In: Bittlingmayer, U. H./Sahrai, D./Schnabel, P.-E. (Hg.), *Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden: VS, 111-133.
- Richter, A./Utermark, K. (2004): Modelle und Konzepte einer Settingbezogenen Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder. In: Richter, A./Holz, G./Altgeld, Th. (Hg.), *Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern*, Frankfurt/Main: ISS, 93-143.
- Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.) (2006): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS.
- Ritsert, J. (2009): *Schlüsselprobleme der Gesellschaftstheorie*. Wiesbaden: VS.
- Rizzo, M. (2009): Little Brother Is Watching You: New Paternalism on the Slippery Slopes. *Arizona Law Review* 51, 3: 685-739.
- Roemer, J. (1996): *Equality of Opportunity*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rolff, H.-G. (1997) [1967]: *Sozialisation und Auslese durch die Schule*. Weinheim, München: Juventa.

- Rosenbrock, R. (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In: Rosenbrock, R./Bellwinkel, M./Schroer, A. (Hg.), Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Bd. 8, Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft, 7-149.
- Rosenbrock, R. (2005): Gesundheitspolitik für gesunde Wahlmöglichkeiten – Partnerschaften für Gesundheitsbildung. Stellungnahme auf der Abschluss-Podiumsdiskussion im Rahmen des European Health Forums. Unveröff. Ms.
- Rosenbrock, R. (2006): Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim, München: Juventa, 1079-1116.
- Ruger, J. P. (2010a): Health Capability: Conceptualization and Operationalization. *American Journal of Public Health*, 100 (1), 41-49.
- Ruger, J. P. (2010b): Health and Social Justice. New York: Oxford Univ. Press.
- Sahrai, D. (2009): Healthy Migrant oder besondere Risikogruppe? Zur Schwierigkeit des Verhältnisses von Ethnizität, Migration, Sozialstruktur und Gesundheit. In: Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Bd. 45, 76-94.
- Sahrai, D. (2010): Differenzen in der Wahrnehmung präventiver Angebote von Elternpartizipation im Setting Kita. Eine Analyse der Wechselwirkung schicht- und migrationspezifischer Einflüsse. Unveröff. Dissertation an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.
- Sahrai, D./Feldmann, P. (2012): Replacing Old Inequalities by New Ones. Education Policy in Afghanistan. *Dialectical Anthropology: Special Issue on Afghanistan*. Herausgegeben von Christian Sigrist (im Erscheinen).
- Sarrazin, T. (2010): Deutschland schafft sich ab. Wie wir unser Land aufs Spiel setzen. München: Deutsche Verlagsanstalt.
- Sayer, A. (2005): The Moral Significance of Class. Cambridge: Cambridge University Press.
- Scherr, A./Bittlingmayer, U. H. (2009): Warum Chancengleichheit nicht genügt. Für ein Konzept der Befähigungsgerechtigkeit. *Vorgänge* 188, 43-52.
- Schimpl-Neimanns, B. (2000): Soziale Herkunft und Bildungsbeteiligung. Empirische Analysen zu herkunftsspezifischen Bildungsungleichheiten zwischen 1950 und 1989. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 52, 4, 636-669.
- Schmid, V./Bös, M. (2010): Aufbruchstimmung in Krisenzeiten – oder hoffnungslos unzufrieden? In: Heitmeyer, W. (Hg.), Deutsche Zustände. Folge 8. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 107-128.
- Schmidt, B. (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen. Bern: Huber.
- Schmidt, B./Kolip, P. (Hg.) (2007): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim, München: Juventa.
- Schnabel, P.-E. (2007): Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren. Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns. Weinheim, München: Juventa.
- Schnabel, P.-E./Bittlingmayer, U. H./Sahrai, D. (2009): Normativität und Public Health. Einleitende Bemerkungen in problempräziserer und sensibilisierender Absicht. In: Dies. (Hg.), Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 11-43.
- Scholtes, F. (2005): Amartya K. Sens Entwicklungsethik zwischen Universalismus und Relativismus. In: Gad et al. (Hg.), Wirtschaft, Ethik und Entwicklung – Wie passt das zusammen? Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin, 95-119.
- Schulze, G. (1992): Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. Frankfurt a. M., New York: Campus.

- Schwefel, D. (2006): Gesundheit in globalisierter Entwicklung. In: Razum, O./Zeeb, H./Laaser, U. (Hg.), *Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health*, Bern: Huber, 47–64.
- Seel, M. (1998): Wege einer Philosophie des Glücks. In: Schummer, Joachim (Hg.), *Glück und Ethik*. Würzburg: Königshausen & Neumann, 109–123.
- Sen, A. (1980): Equality of What? In: Mc Murrin, St. L. (Hg.), *The Tanner Lectures on Human Value*, Salt Lake City: University of Utah Press, 195–220.
- Sen, A. (1992): *Inequality Reexamined*. New York/Cambridge: Harvard University Press.
- Sen, A. (1993): Capability and Well-Being, In: Sen, A./Nussbaum, M. (Hg.), *The Quality of Life*, Oxford: Oxford University Press, 30–53.
- Sen, A. (1999): *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Sen, A. (2000): *Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*. München: Hanser.
- Sen, A. (2002): *Rationality and freedom*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sen, A. (2008): *The Economics of Happiness and Capability*. In: Bruni, L./Comim, F./Pugno, M. (Hg.), *Capabilities and Happiness*, Oxford University Press, 16–27.
- Sen, A. (2009): *The Idea of Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Soellner, R./Huber, S./Lenartz, N./Rudinger, G. (2009): Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17, 3, 105–113.
- Solga, H./Wagner, S. (2004): Die Zurückgelassenen – die soziale Verarmung der Lernumwelt von Hauptschülerinnen und Hauptschülern. In: Becker, R./Lauterbach, W. (Hg.), *Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungungleichheit*, Wiesbaden: VS, 195–224.
- St. Leger, L. (2001): Schools, Health Literacy and Public Health: Possibilities and Challenges. *Health Promotion International*, 16 (2), 197–205.
- Steckmann, U. (2008): Autonomie, Adaptivität und das Paternalismusproblem – Perspektiven des Capability Approach. In: Otto, Hans-Uwe/Ziegler, Holger (Hg.), *Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft*, Wiesbaden: VS, 90–115.
- Strasser, M. (1988): The New Paternalism. *Bioethics* 2: 103–117.
- Strobach, N. (2001): "Mi casa es tu casa" – Why Aristotle Is Not the Socialist Nussbaum Would Like Him to Be. In: Kallhoff, A. (Hg.), *Martha C. Nussbaum: Ethics and Political Philosophy, Colloquium in Münster 2000*. Münster et al.: Lit, 105–114.
- Stroß, A., (2012): Gesundheitserziehung. In: Bauer, U./Bittlingmayer U. H./Scherr, A. (Hg.), *Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie*, Wiesbaden: VS (i.E.).
- Sturma, D. (2000): Universalismus und Neoaristotelismus. A. Sen und Martha C. Nussbaum über Ethik und soziale Gerechtigkeit. In: Kersting, W. (Hg.), *Politische Philosophie des Sozialstaats*. Weilerswist: Velbrück, 257–292.
- Suber, P. (1999): Paternalism. URL: <http://www.earlham.edu/~peters/writing/paternal.htm> [Zugriff am 20.2.2012.]
- Sugden, R. (2006): What We Desire, What We Have Reason to Desire, Whatever We Desire: Mill and Sen on the Value of Opportunity. *Utilitas* 18, 1:33–51.
- Sundmacher, T. (2009): Ist Gesundheit ein Grundgut und welche gesundheitspolitischen Implikationen hätte dies? In: Sesselmeier, W./Schulz-Nieswandt, F. (Hg.), *Konstruktion von Sozialpolitik im Wandel. Implizite normative Elemente*, Berlin: Duncker & Humblot, 93–120.
- Sunstein, C. (1991): Preferences and Politics, *Philosophy and Public Affairs*, 20: 3–24.
- Sunstein, C./Thaler, R. (2003): Libertarian Paternalism Is Not An Oxymoron. *University of Chicago Law Review* 70: 1159–1202.
- Thaler, R./Sunstein, C. (2008): *Nudge. Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*. New Haven: Yale University Press.

- Thaler, R./Sunstein, C. (2009): *Nudge. Wie man kluge Entscheidungen anstößt*. Berlin: Econ.
- Therborn, G. (2001): Globalization and Inequality. Issues of Conceptualization and Explanation. *Soziale Welt*, 52: 449– 476.
- Thomas, M./Buckmaster, L. (2010): Paternalism in Social Policy – When is it Justifiable? Parliament of Australia. Research Paper No. 8 2010–2011 URL: <http://www.aph.gov.au/library/pubs/rp/2010-11/11rp08.pdf>. [Zugriff am 15.08.2011.]
- Tversky, A./Kahnemann, D. (1983): The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. *Science* 211: 453–458.
- U.S. Dep. HHS (U.S. Department of Health and Human Services) (2000): *Healthy People 2010*. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Ubel, P. (2009): *Free Market Madness: Why Human Nature is at Odds with Economics – and Why it Matters*. Boston: Harvard Business Press.
- UNDP (United Nations Development Programme) (2000): *Human Development Report*. Oxford: UNDP.
- UNDP (United Nations Development Programme) (2009): *Human Development Report 2009*. New York: Palgrave Macmillan.
- Vahsen, F. (2011): Paradigmenwechsel? Soziale Arbeit zwischen Agency, Capability und libertärem Paternalismus (Nudge) und empirischer Fundierung. Vom Verlust der gesellschaftstheoretischen Perspektive. In: Mührel, E./Birgmeier, B. (Hg.), *Theoriebildung in Sozialer Arbeit. Entwicklungen in der Sozialpädagogik und der Sozialarbeitswissenschaft*, Wiesbaden: VS, 85–102.
- Vallentyne, P. (2005): Debate: Capabilities versus Opportunities for Wellbeing. *Journal of Political Philosophy*, 13: 359–371.
- van der Linden, H. (2003): Explaining, Assessing, and Changing High Consumption. *Radical Philosophy Review*, 6, 2: 179–189.
- VanDeVeer, D. (1980): Autonomy Respecting Paternalism. *Social Theory and Practice* 6, 2: 187–207.
- Vester, M. (2004): Die Illusion der Bildungsexpansion. Bildungsöffnungen und soziale Segregation in der Bundesrepublik Deutschland. In: Engler, St./Krais, B. (Hg.), *Das kulturelle Kapital und die Macht der Klassenstrukturen*, Weinheim: Juventa, 13–52.
- Vester, M. (2005): Die selektive Bildungsexpansion. Die ständische Regulierung der Bildungschancen in Deutschland. In: Berger, P. A./Kahlert, H. (Hg.), *Institutionalisierte Bildungsungleichheiten. Wie das Bildungswesen Chancen blockiert*, Weinheim, München: Juventa, 39–70.
- Vester, M. (2009): Milieuspezifische Lebensführung und Gesundheit. In: *Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, Bd. 45, 36–56.
- Vester, M./von Oertzen, P./Geiling, H./Hermann, Th./Müller, D. (2001): *Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Zwischen Integration und Ausgrenzung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Vossenkuhl, W. (2006): *Die Möglichkeit des Guten. Ethik im 21. Jahrhundert*. München: Beck
- White, M. (2010): Behavioral Law and Economics: The Assault on Consent, Will, and Dignity. In: Favor, C. et al. (Hg.), *Essays on Philosophy, Politics & Economics: Integration & Common Research Projects*. Stanford: Stanford University Press.
- WHO (World Health Organization) (1998): *Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Eine Einführung*. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 5, Kopenhagen: o.V.
- WHO (World Health Organization) (2003): *The World Health Report 2003: Shaping the Future*, Genf: o.V. www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf; [Zugriff am 14.3.2011].
- WHO (World Health Organization) (2010) [1986]: *The Ottawa-Charta for Health Promotion*. Internet-Dokument: Download unter: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf [Zugriff am 3.11.2011].

- Wicki, W./Bürgisser, T. (Hg.) (2008): Praxishandbuch Gesunde Schule. Gesundheitsförderung verstehen, planen und umsetzen. Bern u.a.: Haupt Verlag.
- Wilkinson, R. G. (1998): *Unhealthy Societies. From Inequality to Well-Being*. London: Routledge.
- Wilkinson, R. G. (2005): *The Impact of Inequality. How to Make Sick Societies Healthier*. London: New Press.
- Wilkinson, R. G./Pickett, K. E. (2008): Das Problem der relativen Deprivation. Warum einige Gesellschaften erfolgreicher als andere sind. In: Bauer, U./Bittlingmayer, U. H./Richter, M. (Hg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheiten*, Wiesbaden: VS, 59-86.
- Wilkinson, R. G./Pickett, K. E. (2010): Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Frankfurt a. M.: Zweitausendeins.
- Wilms, E. (2004): Das Programm "Erwachsen werden" von Lions Quest als Beitrag zum sozialen Lernen in der Schule. In: Melzer, W./Schwind, H.-D. (Hg.), *Gewaltprävention in der Schule. Grundlagen – Praxismodelle – Perspektiven*, Baden Baden: Nomos, 101-112.
- Wisdom, J./Downs, J./Loewenstein, G. (2010): Promoting Healthy Choices: Information versus Convenience. *American Economic Journal: Applied Economics* 2: 164-178.
- Wright, E. (2009): Understanding Class: Towards an Integrated Analytical Approach. *New Left Review*, 60: 101-116.
- Wright, E. O./Brighouse, H. (2001): Complex Egalitarianism: A Review of Alex Callinicos 'Equality'. *Historical Materialism* 10, 1: 193-222.
- Wright, M. (2009): Partizipation als reflexive und emanzipative Normativität. Der Beitrag der Aktionsforschung". In: Bittlingmayer, U. H./Sahrai, D./Schnabel, P.-E. (Hg.), *Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Gesundheit und Gesellschaft*. Wiesbaden: VS, 407-421.
- Wulfhorst, B. (2006): Gesundheitserziehung und Patientenschulung. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Weinheim, München: Juventa, 819-844.
- Young, I. M. (1990): *Justice and the Politics of Difference*. Princeton: Princeton University Press.
- Zahlmann, Ch. (1993): *Kommunitarismus in der Diskussion. Eine streitbare Einführung*. Berlin: Rotbuch.
- Zamir, E. (1998): The Efficiency of Paternalism. *Virginia Law Review* 84: 229-286.
- Ziegler, H./Otto, H.-U. (2007): Soziale Arbeit, Glück und das gute Leben – das sozialpädagogische Potenzial des Capability-Approachs, In: Andresen, S./Pinhard, I./Weyers, S. (Hg.), *Erziehung – Ethik – Erinnerung. Pädagogische Aufklärung als intellektuelle Herausforderung*, Weinheim, Basel: Beltz, 229-248.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1:	Entwicklung der Kindersterblichkeitsrate 1970–2002 nach Region.....	17
Abb. 2:	Nationalstaaten mit großer absoluter Reduktion der Kindersterblichkeit seit 1970	17
Abb. 3:	Schematische Darstellung des CA nach Ziegler und Bartelheimer	28
Abb. 4:	Schematische Darstellung des CA nach Ziegler und Bartelheimer	56
Abb. 5:	Entwicklung des Gini-Koeffizienten; Quelle Lebenslagen in Deutschland	58
Abb. 6:	Organisationsstruktur des Forums gesundheitsziele.de.....	68
Abb. 7:	Konventionelles Messmodell der Wirksamkeitsforschung.....	70
Abb. 8:	Das CA Grundmodell der Wirkungen von Interventionen.....	70
Tab. 1:	12 Kriterien der WHO für eine gesundheitsfördernde Schule.....	6
Tab. 2:	Liste der Central Capabilities nach Martha Nussbaum (2006: 76ff., übersetzt nach Ulrich Steckmann).....	33
Tab. 3:	Liste der Grundgüter nach Rawls	50
Tab. 4:	Ausschnitt aus der Liste der Central Capabilities nach Nussbaum (2006: 76ff., übersetzt nach Ulrich Steckmann).....	53
Tab. 5:	Ausschnitt aus der Liste der Central Capabilities nach Nussbaum (2006: 76ff., übersetzt nach Ulrich Steckmann).....	54
Tab. 6:	Ausschnitt aus der Liste der Central Capabilities nach Nussbaum (2006: 76ff., übersetzt nach Ulrich Steckmann).....	54
Tab. 7:	Verteilung der realen Bruttoeinkommen aus unselbstständiger der ArbeitnehmerInnen insgesamt	59
Tab. 8:	Nationale Gesundheitsziele für Deutschland.....	67

Discussion Papers des Forschungsschwerpunkts Bildung, Arbeit und Lebenschancen 2011

Forschungsgruppe **Public Health**

Katrin Falk/Josefine Heusinger/Kerstin Kammerer/Meggi Khan-Zvorničanin/Susanne Kümpers/Michael Zander SP I 2011-301
Arm, krank und ausgeschlossen im Alter? Studien zu Inklusion und Selbstbestimmung im sozial benachteiligten Quartier – der Fall Berlin-Moabit [vergriffen]

Jane Springett/Michael T. Wright/Brenda Roche SP I 2011-302
Developing Quality Criteria for Participatory Health Research. An Agenda for Action.

Susanne Hartung SP I 2011-303
Partizipation – eine relevante Größe für individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen für Zusammenhänge zwischen Partizipation und Gesundheit

Abteilung **Ausbildung und Arbeitsmarkt**

Philip Wotschack /Franziska Scheier/Philipp Schulte-Braucks/Heike Solga SP I 2011-501
Mehr Zeit für Weiterbildung
Neue Wege der betrieblichen Arbeitszeitgestaltung

Paula Protsch SP I 2011-502
Zugang zu Ausbildung
Eine historisch vergleichende Perspektive auf den segmentierten Ausbildungsmarkt in (West-)Deutschland

Abteilung **Ungleichheit und soziale Integration**

Kent Weaver SP I 2011-201
The Politics of Automatic Stabilization
Mechanisms in Public Pension Programs

Britta Grell SP I 2011-202
Unemployment Compensation in the United States
Provisions and Institutional Changes since the 1980s

Britta Grell SP I 2011-203
Family Dissolution and Public Policies in the United States
Social Provisions and Institutional Changes since the 1980s

Britta Grell SP I 2011-204
Old-Age Provisions in the United States
Changes in the Retirement System since the 1980s

Martin Ehlert Shifted Labor Market Risks? The Changing Economic Consequences of Job Loss in the United States and West Germany	SP I 2011-205
Markus Wörz Unemployment Compensation in Germany Provisions and Institutional Changes since the 1980s	SP I 2011-206
Markus Wörz Family Dissolution and Public Policies in Germany Social Provisions and Institutional Changes since the 1980s	SP I 2011-207
Markus Wörz Old-Age Provisions in Germany Changes in the Retirement System since the 1980s	SP I 2011-208
Markus Wörz Financial Consequences of Falling Ill Changes in the German Health Insurance System since the 1980s	SP I 2011-209
Max Haller Die sozialen Klassen im ethnisch heterogenen Milieu Ein soziologischer Ansatz zur Erklärung der Unterschiede der Einkom- mensverteilung in den Ländern der Welt	SP I 2011-210
Jens Alber/Jan-Paul Heisig Do New Labour Activation Policies Work? A Descriptive Analysis of the German Hartz Reforms	SP I 2011-211
Yan Hao Equitable Access to Land as a Means of Poverty Reduction in Rural China	SP I 2011-212