

Andreas Mielck | Verina Wild

Gesundheitliche Ungleichheit – Auf dem Weg von Daten zu Taten

Fragen und Empfehlungen
aus Sozial-Epidemiologie und
Public-Health-Ethik

Andreas Mielck | Verina Wild

Gesundheitliche Ungleichheit – Auf dem Weg von Daten zu Taten

Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften

Herausgegeben von Petra Kolip

Andreas Mielck | Verina Wild

Gesundheitliche Ungleichheit – Auf dem Weg von Daten zu Taten

Fragen und Empfehlungen aus
Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik

BELTZ JUVENTA

Die Autor_innen

Andreas Mielck ist Soziologe und Epidemiologe. Bis 2020 arbeitete er als wissenschaftlicher Angestellter im Helmholtz Zentrum München. Seine Tätigkeit konzentriert sich auf den Auf- und Ausbau der Sozial-Epidemiologie in Deutschland. Im Mittelpunkt steht dabei die wissenschaftliche Diskussion zum Thema »gesundheitliche Ungleichheit«.

Verina Wild ist Professorin für Ethik der Medizin an der Universität Augsburg. Sie forscht und lehrt in den Bereichen Medizinethik/Bioethik, Public-Health-Ethik und globale Gesundheitsethik. Nach ihrer Arbeit als Ärztin und im eher klassisch medizin- und forschungsethischen Bereich, arbeitet sie schwerpunktmäßig zu Public-Health-Ethik und Theorien der Gesundheitsgerechtigkeit.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-7799-6241-0 Print

ISBN 978-3-7799-5543-6 E-Book (PDF)

1. Auflage 2021

© 2021 Beltz Juventa

in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Ulrike Poppel

Satz: Datagrafix, Berlin

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Vorwort	9
I Einleitung	15
1) Zielsetzung des Buches	18
2) Verdeutlichung der Zielsetzung anhand einiger konkreter Fragestellungen	30
3) Erläuterungen zur Struktur des Buches	37
4) Danksagung	41
II Zusammenfassung der Kapitel und der zentralen Aussagen	46
III Diskussion in der Sozial-Epidemiologie	67
1) Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit	73
a) Soziale Ungleichheit und Mortalität	74
b) Soziale Ungleichheit und Morbidität	78
c) Soziale Ungleichheit und ‚gesundheitsbezogene Lebensqualität‘	83
d) Zeitliche Veränderungen im Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit	86
e) Regionale Ungleichheiten	92
f) Vergleiche zwischen Deutschland und anderen westeuropäischen Staaten	99
g) Kommentar aus Sicht der Public-Health-Ethik	106
2) Ansätze zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit	111
a) Ressourcen und Belastungen	112
b) Gesundheitsverhalten	116
c) Gesundheitliche Versorgung	119
d) Belastungen und Ressourcen in der Wohnumgebung	132
e) Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz	139
f) Relative Deprivation	148
g) Lebenslauf-Analysen (Life-Course Analyses)	155
h) Erkenntnisse aus der Genforschung	161
i) Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit: grafische Darstellung der zentralen Zusammenhänge	173
j) Kommentar aus Sicht der Public-Health-Ethik	179

3)	Aussagekraft der sozial-epidemiologischen Analysen	182
a)	Messung des Gesundheitszustands	185
b)	Messung des sozio-ökonomischen Status	188
c)	Skalen-Niveau der Variablen	201
d)	Dichotomisierung der zentralen Variablen	203
e)	Aussagekraft der Modelle zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit	206
f)	Kommentar aus Sicht der Public-Health-Ethik	217
4)	Diskussion über die ‚Ungerechtigkeit‘ der gesundheitlichen Ungleichheit	222
a)	Betonung der Aussage ‚die Zusammenhänge sind systembedingt‘	224
b)	Empirische Analysen zur ‚Ungerechtigkeit‘ der gesundheitlichen Ungleichheit	227
c)	Definition ‚ungerechter‘ gesundheitlicher Ungleichheiten: Vorschlag von M. Whitehead	233
d)	Kommentar aus Sicht der Public-Health-Ethik	237

IV Gesundheitliche Ungleichheit und Gerechtigkeit aus Sicht der Public-Health-Ethik

		240
1)	Wozu Ethik?	241
2)	Kurze Geschichte der Public-Health-Ethik	244
3)	Das Thema ‚Gesundheitliche Ungleichheit‘ als interdisziplinäre Brücke	247
a)	Philosophische Kritik an Whiteheads Ansatz	248
b)	Zusammenfassung der Kritik an Whiteheads Ansatz	250
4)	Grundlagen einer systematischen Analyse von ‚Gerechtigkeit‘	251
a)	Was wird verteilt? Die ‚Metrik‘ von Gerechtigkeit	252
b)	Wie wird verteilt? Das ‚Muster‘ der gerechten Verteilung	253
5)	Eigenverantwortung bei Gesundheit: Theoretischer Ansatz ‚Glücksegalitarismus‘	255
6)	Theorien der sozialen Gerechtigkeit für Gesundheit	258
a)	N. Daniels: „Just health: Meeting health needs fairly“	259
b)	S. Venkatapuram: „Health justice: An argument from the capabilities approach“	261
c)	M. Powers & R. Faden: „Social justice. The moral foundations of public health and health policy“	262
d)	Relationaler Egalitarismus, strukturelle und epistemische Ungerechtigkeit	265
7)	Anforderungen an die weitere Entwicklung der Public-Health-Ethik	267

8)	Kommentar aus Sicht der Sozial-Epidemiologie	269
a)	Anmerkungen zur Kritik am Ansatz von M. Whitehead	269
b)	Integration der ethischen Ansätze in die sozial-epidemiologische Diskussion	272
c)	Integration empirischer Analysen in die ethische Diskussion	274
V	Konkretisierung der Zielsetzung ‚Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit‘	278
1)	Verringerung der ‚absoluten‘ und/oder der ‚relativen‘ gesundheitlichen Ungleichheit?	280
2)	Quantitative Zielvorgaben	283
3)	Das ‚Marmot-Dilemma‘: Welche Statusgruppen sollen wie stark profitieren?	288
4)	‚Gleichheit‘ in der gesundheitlichen Versorgung	293
a)	Definitionen von G. Mooney	293
b)	‚Horizontale Gleichheit‘ in der gesundheitlichen Versorgung	296
c)	Verbindung mit dem Thema ‚Qualitätssicherung‘	302
5)	Präzisierung des Begriffs ‚Versorgungsbedarf‘	304
6)	Präzisierung des Begriffs ‚Bedarfsgerechtigkeit‘	309
7)	Präzisierung der Zielsetzung ‚Chancengleichheit‘	315
VI	Strategien in Deutschland zur Planung konkreter Maßnahmen	320
1)	Allgemeine Empfehlungen	320
a)	Kriterien für ‚gute Praxis‘	323
b)	Ansetzen bei den Ursachen der Ursachen‘	328
c)	Fokussierung der Maßnahmen auf die unteren Statusgruppen	332
d)	‚Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik‘ (auf Englisch: Health in All Policies)	336
2)	Gesundheitspolitische Ansätze in Deutschland	341
a)	Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der GKV	343
b)	Der ‚Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit‘	361
c)	Berücksichtigung von ‚Chancengleichheit‘ in den nationalen Gesundheitszielen	371
VII	Gesundheitspolitische Entscheidungsfindung: Vorschlag zum Verfahren	379
1)	Von Daten zu Taten: Stufenplan zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung	381
a)	Bewertung des methodischen Vorgehens bei Datenerhebung und -analyse	384

b)	Bewertung der gesundheitlichen Ungleichheit	386
c)	Bestimmung erfolgsversprechender Interventionsmaßnahmen	391
d)	Ethische Bewertung der Interventionsmaßnahmen	394
e)	Gesundheits-ökonomische Bewertung der Interventionsmaßnahmen	397
2)	Weiterentwicklung des Stufenplans	405
VIII	Ansatzpunkte für die weitere interdisziplinäre Diskussion	407
1)	Zusammenarbeit zwischen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik	408
a)	Wissenschaftliches Selbstverständnis der Sozial-Epidemiologie	409
b)	Wissenschaftliches Selbstverständnis der Public-Health-Ethik	411
c)	Potentielle Konkurrenz zwischen den wissenschaftlichen Disziplinen	414
2)	Integration der gesundheits-ökonomischen Diskussion	415
a)	Das Problem der Verteilung knapper Ressourcen	416
b)	Ethische Fragen zum ‚Nutzen‘ der gesundheitlichen Versorgung	426
c)	Einbeziehung des Themas ‚gesundheitliche Ungleichheit‘	430
d)	Gemeinsame Forschungsfragen	439
3)	Methodische Anforderungen an die weiteren empirischen Analysen	452
a)	Aufdeckung der kausalen Zusammenhänge	453
b)	Integration qualitativer empirischer Studien	457
c)	Weiterentwicklung in Richtung ‚Evidence-based Public Health‘	459
d)	Entwicklung eigenständiger Erhebungsinstrumente	465
IX	Ausblick	471
	Literaturverzeichnis	476
	Abbildungsverzeichnis	529
	Tabellenverzeichnis	529
	Abkürzungsverzeichnis	530

Vorwort

Vorwort von Kristin Voigt

Kristin Voigt ist Associate Professor an der McGill University, Institute for Health and Social Policy & Department of Philosophy, Montreal, Kanada. Sie kommt ursprünglich aus Deutschland. Kristin Voigt erhielt ihren DPhil in Politischer Theorie/ Politischer Philosophie an der Universität Oxford. Seit 2011 forscht und lehrt sie an der McGill University in Montreal, Kanada. Sie gehört zu den ausgewiesenen Public-Health-Ethikerinnen. Ihre Arbeit beschäftigt sich u. a. mit philosophischen Theorien der Gleichheit und der Gerechtigkeit sowie deren Anwendung auf Fragen der Sozial- und Gesundheitspolitik. Kristin Voigt hat, wie Andreas Mielck auch, im Projekt ‚Normative Aspekte von Public Health‘ mitgearbeitet (Schmidt et al. 2016, Voigt 2016).

Die zentrale Rolle, die Gesundheit in unserem Leben spielt, kann kaum überschätzt werden. Es überrascht nicht, dass soziale Ungleichheit sich auch in der Gesundheit widerspiegelt: in reduzierter Lebenserwartung, aber auch in erhöhter Morbidität, und darin, wie stark die*der Einzelne durch bestimmte Krankheitsbilder im täglichen Leben oder bei der Verwirklichung wichtiger Lebensziele eingeschränkt wird. In der englischsprachigen Welt haben diese Zusammenhänge unter dem Stichwort ‚social determinants of health‘ sowohl in der wissenschaftlichen als auch in der öffentlichen Debatte Fuß gefasst. So hat insbesondere die bahnbrechende Arbeit von Michael Marmot (z. B. Marmot 2006/2007) dazu beigetragen, dass gesundheitliche Ungleichheit – z. B. Unterschiede in der durchschnittlichen Lebenserwartung zwischen Anwohner*innen wohlhabender und armer Stadtteile in Orten wie Washington, D. C., oder dem schottischen Glasgow – Teil der öffentlichen Diskussion ist (Commission on Social Determinants of Health 2008). Dass soziale Faktoren und Strukturen unsere Gesundheit beeinflussen, und dass die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten ein zentrales Ziel der Gesundheitspolitik sein muss, wird in vielen Ländern und internationalen Organisationen wie der Europäischen Union mittlerweile als selbstverständlich aufgefasst (z. B. Marmot 2010, Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2009).

Im deutschsprachigen Raum hingegen ist dieses Thema bis jetzt weit weniger stark etabliert. Das vorliegende Buch stößt diese längst überfällige Debatte auch in Deutschland an. Mielck und Wild stellen nicht nur sehr klar und übersichtlich dar, was wir über soziale Ungleichheiten in der Gesundheit in Deutschland wissen und welche Wirkung verschiedene Interventionen zu deren Reduzierung haben. Sie zeigen auch auf, welche Wissenslücken weiterhin bestehen und wie diese Lücken trotz bestehender Hürden, wie z. B. fehlender Datensätze, behoben werden könnten.

Die empirische Seite dieser Diskussion ist aber nur ein Teil des Puzzles. Um die Datenlage zu beurteilen und hieraus entsprechende Handlungsaufträge abzuleiten, brauchen wir, wie Mielck und Wilds sorgfältige Analyse und Argumentation zeigen, eine enge Zusammenarbeit zwischen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik. Unter dem übergreifenden Begriff der ‚Gesundheitsgerechtigkeit‘ soll, so Mielck und Wild, ein stärkerer Dialog dieser zwei Disziplinen stattfinden, darüber hinaus aber auch der Austausch mit anderen relevanten wissenschaftlichen Feldern wie der Gesundheits-Ökonomie gesucht werden.

Die zentrale Rolle, die Mielck und Wild der Public-Health-Ethik zusprechen, liegt mir besonders am Herzen, da der Beitrag, den dieses wissenschaftliche Feld zur Debatte um die Gesundheitspolitik leisten kann, in Deutschland oft nur am Rande wahrgenommen wird. Die Public-Health-Ethik ist zwar eine relativ junge Disziplin, sie spielt aber in der internationalen Debatte in diesem Bereich bereits eine zunehmend wichtige Rolle (z. B. Krebs 2008, Rothstein 2012).

Einige wichtige Aspekte der Public-Health-Ethik, die von Mielck und Wild klar und ansprechend dargestellt werden, sollen hier kurz hervorgehoben werden. Zum einen beschäftigt sich die Public-Health-Ethik mit grundlegenden Fragen der Konzepte und Begriffe, auf denen die sozial-epidemiologische Forschung basiert. So ist z. B. die Frage, was wir genau meinen, wenn wir von ‚gesundheitlicher Ungleichheit‘ sprechen, keinesfalls trivial. Die Public-Health-Ethik kann auf relevante Debatten in der Philosophie – hier ist vor allem die politische Philosophie zu nennen – zurückgreifen, um zu hinterfragen, welche impliziten Annahmen in bestimmte methodologische Ansätze einfließen und welche Implikationen dies für die Ergebnisse der entsprechenden Studien hat. Die Konzepte und Methoden, mit denen die Sozial-Epidemiologie soziale Ungleichheiten und deren Einfluss auf die Gesundheit untersucht, gilt es zu verdeutlichen und zu hinterfragen, so dass eine nuancierte Interpretation der vorliegenden Evidenz möglich wird (Preda/Voigt 2015).

Zum anderen kann die Public-Health-Ethik helfen, das Verständnis dafür zu schärfen, dass sich aus den vorliegenden Daten – z. B. über den sozialen Gradienten bei bestimmten Krankheitsbildern oder die unterschiedlichen Auswirkungen einer Intervention auf verschiedene Bevölkerungsgruppen – nicht ohne weiteres Handlungsaufträge ableiten lassen. Der Weg von, wie Mielck und Wild es ausdrücken, ‚Daten zu Taten‘ ist sehr viel komplizierter als oft in der öffentlichen und auch in der wissenschaftlichen Debatte angenommen (dies gilt auch für Fragen der globalen Gesundheit; siehe z. B. Voigt/King 2017.) Natürlich ist eine empirisch korrekte Einschätzung der Situation und der Wirkung verschiedener Interventionen unabdingbar. Mit den Daten alleine können wir aber keine fundierten Entscheidungen darüber treffen, welche Interventionen nun tatsächlich angebracht oder empfehlenswert sind. Die Public-Health-Ethik kann hier wertvolle Anstöße dafür geben, welche Werte – wie Gerechtigkeit, Chancengleichheit, Respekt für die Rechte des*r Einzelnen – bei solchen Entscheidungen relevant sind und wie diese Werte in Konfliktsituationen gegeneinander abzuwägen sind.

Ein weiteres Thema, bei dem die Public-Health-Ethik einen wichtigen Beitrag leisten kann, ist das des individuellen Gesundheitsverhaltens. Es ist leicht, hier die Ursache für gesundheitliche Ungleichheiten zu suchen, vor allem wenn sich, wie z. B. beim Tabakkonsum, große Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen finden. Ein solcher Rückschluss ist jedoch vorschnell, wie Mielck und Wild klar und überzeugend argumentieren. Zum einen sind die Ursachen für Unterschiede im Gesundheitsverhalten in den sozialen Umständen zu finden („causes of the causes“), zum anderen ist aus Public-Health-ethischer Sicht nicht offensichtlich, wie gesundheitliche Ungleichheiten, bei denen das individuelle Gesundheitsverhalten eine kausale Rolle zu spielen scheint, zu bewerten sind: Gesundheitliche Ungleichheiten sind nicht automatisch unproblematisch oder gar ‚gerecht‘, nur weil sie auf Entscheidungen des*r Einzelnen zurückzuführen sind. Es ist auch deshalb unverzichtbar, diese Zusammenhänge zu durchleuchten, weil es in Deutschland bereits diverse Initiativen gibt, die die Annahme bestärken, dass alle die Verantwortung für ihr gesundheitsrelevantes Verhalten übernehmen können und müssen. Hier sind z. B. die sogenannten Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenkassen zu nennen (Schmidt et al. 2016). Inwiefern Menschen ihr Verhalten tatsächlich ändern können, hängt aber stark von ihrem Umfeld ab, das wiederum durch strukturelle Ungleichheit und soziale Ungerechtigkeit geprägt ist (Voigt 2012/2017). Eine öffentliche Debatte, die für diese komplexe Problematik nicht sensibilisiert, ist nicht nur irreführend, sondern kann auch die Stigmatisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen verstärken (Popay 2008). Mielck und Wild offerieren zahlreiche Denkansätze, die die Debatte zu diesem komplexen Thema bereichern und vorantreiben.

Während Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik ihr Augenmerk oft auf die sozialen und strukturellen Faktoren fokussieren, verlieren Mielck und Wild nicht die Rolle des Gesundheitssystems aus dem Blick. Wenn das Gesundheitssystem stärker in die Diskussion über Gesundheitsgerechtigkeit eingebunden wird, stellt sich nicht nur die Frage, inwiefern es bestehende Ungleichheiten verschärft (z. B. wenn privat Versicherte leichter oder schneller Zugang zu fachmedizinischer Behandlung haben, oder wenn Patient*innen mit niedrigem Einkommen zuzahlungspflichtige Leistungen aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch nehmen), sondern auch, inwiefern es einen Beitrag zur *Reduzierung* gesundheitlicher Ungleichheiten leisten könnte (Voigt 2019). Auch hier bieten Mielck und Wild konkrete und realistische Vorschläge zur Umsetzung an.

Die Leser*innen gewinnen mit dem vorliegenden Band nicht nur ein Verständnis von Ausmaß und Ursachen von gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland. Sie gewinnen auch einen Einblick in die Komplexität des Themas ‚Gesundheitsgerechtigkeit‘. Um diesem Problemfeld adäquat zu begegnen, benötigen wir genau die interdisziplinäre Zusammenarbeit, für die Mielck und Wild plädieren, und die sie im vorliegenden Band so beispielhaft praktizieren.

Vorwort von Manfred Wildner

Prof. Dr. med. Manfred Wildner, MPH, leitet das Landesinstitut für Gesundheit, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL). Er hat eine Brückenprofessur an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) zum Thema ‚Public Health Policy & Administration‘. Er hat die Schriftleitung der Zeitschrift ‚Das Gesundheitswesen‘ inne. Manfred Wildner setzt sich seit vielen Jahren intensiv für eine engere Verbindung zwischen Public-Health-Wissenschaften und Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) ein, d. h. für die praktische Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und für die Orientierung der Wissenschaft an den Anforderungen in der Praxis. Immer wieder weist er auch darauf hin, dass in Forschung und Praxis mehr über Themen wie Ungleichheit, Gerechtigkeit und Menschenwürde diskutiert werden sollte.

Der Gedanke, dass Gesundheit eine Balance darstellt, ist ein die Zeiten und Kulturen übergreifender Ansatz zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit. In der westlichen Medizin hat er im individualmedizinischen Kontext in den verschiedensten Ordnungslehren – von der antiken Humoralpathologie bis zu modernen ressourcenorientierten salutogenetischen Modellen – immer wieder neuen Ausdruck gefunden. Dass Gesundheit nicht selbstverständlich ist, so sehr wir uns das Gegenteil auch wünschen, ist eine andere Einsicht. Dass Gesundheit auch (bio-psycho-)soziale Bezüge hat, ist ein dritter wesentlicher Bezugspunkt. Damit erschöpfen sich die für Gesundheit zu betrachtenden Ordnungslehren nicht im Individuellen, sondern erweitern sich auf die Ordnung des sozialen, gesellschaftlichen Miteinanders (Schipperges 2007). Die Verwobenheit des gesellschaftlichen Lebens mit der Gesundheit der Einzelnen findet auf Ebene der Bevölkerungsgesundheit einen besonderen Ausdruck in den Epidemien, den großen Volksseuchen. Diese sind in ihrer Ätiologie zwar auch biomedizinisch zu verstehen, sind immer aber auch mitbestimmt durch und Ausdruck von gesellschaftlichen Prozessen (Wildner 2021). Dies gilt für übertragbare Krankheiten ebenso wie für die nicht-übertragbaren Krankheiten.

Die Dokumentation gesundheitlicher Ungleichheiten wurde vor 25 Jahren von einem der beiden Autoren als grundlegender Beitrag für die fachliche Diskussion im deutschsprachigen Raum geleistet (Mielck 1994) und seither beharrlich fortgeführt. Der grundsätzliche Befund einer gesundheitlichen Ungleichheit ist, quasi als soziale Diagnose, mit verschiedenen Modifikationen auch heute noch zu erheben. Er wird wohl auch in Zukunft noch gelten, auch als beständiger Anspruch an die menschliche Gemeinschaft, die Ungleichheit nicht nur hinzunehmen, sondern ihre Ursachen zu verstehen und dann zu handeln (Hollereder/Wildner 2019). Damit stellt sich auch schon zusätzlich zu dem, was *ist*, eine weitere dazugehörige Frage: nämlich nach dem, was *sein soll*. Es erscheint im Nachhinein fast unverständlich, dass dieser für die Sozial-Epidemiologie so

naheliegenden Frage erst so spät in einer umfassenden und strukturierten Weise, wie dies das vorliegende Buch ermöglicht, nachgegangen wird. Zahlen und Fakten sprechen nicht aus sich heraus, sie bedürfen immer einer Interpretation. Diese Interpretation wiederum bedarf der vorbereitenden und begleitenden Artikulation, Begründung und Reflexion – Kernaufgabe des Wissenschaftsfeldes der Ethik. Erst mit einer transparenten Einordnung können Fakten nachhaltig und überzeugend ‚laut‘ werden. Die zweite Autorin ist für diesen Fragekomplex als Ethikexpertin und als in der Public-Health-Ethik forschungsaktive Wissenschaftlerin bestens ausgewiesen, womit sich für dieses Buch eine bemerkenswerte und glückliche Kompetenzbündelung ergibt.

Der vorgelegte Text hat damit bewusst oder unbewusst einen auch politischen Anspruch und leistet hier einen wichtigen Beitrag – nicht im Sinne des vorweggenommenen ‚richtigen‘ Entscheidens, wohl aber als Grundlage für die kenntnisreiche, durch belastbare Evidenz informierte politische Formulierung von Konzepten und Strategien und ein daran anknüpfendes verantwortliches (Aus-) Handeln. Das in Gesetzen und Verordnungen von der staatlichen Legislative und Exekutive Formulierten kann als Ergebnis von multilateralen Aushandlungsprozessen oftmals nur ein moralisches Minimum darstellen. Der Anspruch an die staatlichen Ordnungsentwürfe darf und sollte gerade deswegen in einem (in seinen diversen Ressourcen außergewöhnlich reichen) Land höher gespannt bleiben. Staatliches Handeln als Umsetzung der so formulierten Gesetze und (Ver-) Ordnungen sollte zudem darüber hinaus reichenden ethischen Ansprüchen genügen (Wildner 2009/2013/2015, Wildner/Zöllner 2016). Dass der Weg von der Idee, der Evidenz (und damit den Daten) zu Taten und wünschenswerter Veränderung nicht nur lang, sondern auch komplex ist, ist ebenfalls festzuhalten – als Hinweis auf den dafür notwendigen langen Atem (Wildner 2012/2020a/2020b, Wildner et al. 2018, von Phillipsborn et al. 2020).

Wissenschaft beinhaltet die Erarbeitung neuer Erkenntnisse auf zweifache Weise: Durch neue empirische Evidenz und durch deren systematische Ordnung, Durchdringung, ethisch-normative Reflexion und systematische Präsentation. Der Anspruch dieses Buches liegt insbesondere auf diesem zweiten Aspekt. Dessen Leitfragen sind daher die Belastbarkeit der Evidenz, ihre wissenschaftlich verantwortliche Interpretation sowie die daraus ggf. sinnstiftende Ableitung von Folgerungen. Diese Folgerungen wollen nicht nur Ausgangspunkte für die weitere Forschung sein, sondern auch Vorschläge für und Beiträge zu in ihrer Verhältnismäßigkeit gerechtfertigte, d.h. erforderliche, geeignete und angemessene gesundheitspolitische Maßnahmen.

Mit diesem Selbstanspruch des Buches und seiner Umsetzung wird nicht nur eine ‚Stabübergabe‘ an die kommende Generation von Sozial-Epidemiolog*innen vorbereitet, sondern auch ein intensiver interdisziplinärer Austausch zwischen Sozial-Epidemiologie und dem hoch willkommenen, nicht nur für Deutschland neuen Forschungs- und Praxisfeld einer Public-Health-Ethik. Wissenschaftliche

Bibliotheken können voll sein und dennoch Lücken haben – gemeint sind hier nicht Lücken durch verschwundene Bücher, sondern inhaltliche Lücken, zu welchen erst noch ein Text geschrieben werden muss. Eine solche Lücke beginnt der vorliegende Text zu füllen, der damit das Potential hat, ein essentieller Anker-, Orientierungs- und Ausgangspunkt für ein Mehr an Gesundheit für alle zu werden (Dragano et al. 2016b). Es ist ihm eine breite Bekanntheit in allen Public-Health-Disziplinen zu wünschen.

I Einleitung

Dies Buch erscheint ca. 25 Jahre nach der ersten umfangreicheren deutschsprachigen Publikation zum Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ (Mielck 1994). Der Vergleich zwischen diesen beiden Büchern verdeutlicht somit auch die Weiterentwicklung der Diskussion in den letzten 25 Jahren. Heute liegen viel mehr empirische Analysen vor, zu Art und Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland und zum Vergleich mit anderen westeuropäischen Staaten. Es wurden auch einige neue Ansätze entwickelt zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit und zur Ableitung gesundheitspolitischer Maßnahmen. Hier gibt es jedoch nach wie vor große Lücken, und das Buch will dazu beitragen, sie zu schließen. Es soll daher nicht nur einen aktuellen Überblick zum Stand der sozial-epidemiologischen Diskussion geben¹, sondern vor allem neue Fragen zu den Schritten stellen, die auf dem Weg ‚von Daten zu Taten‘ u. E. noch vor uns liegen.

Das Buch verfolgt dabei einen Ansatz, der für die Diskussion im deutschsprachigen Raum noch etwas ungewöhnlich ist: Es wird gefragt, wie die Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Analysen aus Sicht der Public-Health-Ethik zu bewerten sind. Vor 25 Jahren ist über eine derartige Frage kaum diskutiert worden, und daran hat sich auch bis heute nicht viel geändert. Sozial-Epidemiolog*innen beschäftigen sich vor allem mit der Durchführung empirischer Studien zur gesundheitlichen Ungleichheit, d. h. sie untersuchen, ob und wie die soziale Ungleichheit (erhoben über Merkmale wie Bildung und Einkommen) mit dem Gesundheitszustand zusammenhängt. Public-Health-Ethiker*innen beschäftigen sich vor allem mit den ethisch-normativen Fragen, die hier auftreten können, insbesondere bezogen auf die Fragen zum Thema ‚Gesundheitsgerechtigkeit‘. Die Sichtweise der Public-Health-Ethik ermöglicht eine systematische Untersuchung der vorgebrachten Argumente, einen klaren und kritischen Blick auf die Diskussion zum Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘, und damit auch auf die ethisch-normative Bewertung einer Ungleichheit als ‚ungerecht‘ (d. h. als moralisch besonders problematisch). Sie wirft viele Fragen auf, die in der Sozial-Epidemiologie bisher kaum angesprochen werden, die für die angemessene Ableitung gesundheitspolitischer Empfehlungen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit u. E. jedoch von großer Bedeutung sind.

25 Jahre entsprechen ungefähr einer Generation von Wissenschaftler*innen. Das vorliegende Buch ist somit auch so etwas wie die Übergabe des Stabes an die nächste Generation der Wissenschaftler*innen. Die bisher gemachten Fortschritte sind nicht zu unterschätzen. Vor 25 Jahren ist das Thema ‚gesundheitliche

1 Alle Angaben im Buch entsprechen dem Stand ‚Ende 2019‘, stellenweise wurden aber auch Angaben aus den Jahren 2020 und 2021 ergänzt.

Ungleichheit‘ von den gesundheitspolitischen Akteur*innen in Deutschland kaum zur Kenntnis genommen worden. Hier hat sich inzwischen viel getan, heute ist die Auseinandersetzung mit dem Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ aus der gesundheitspolitischen Diskussion nicht mehr wegzudenken. Angetrieben wurde diese Entwicklung vor allem durch immer neue empirische Analysen, die eindeutig darauf hinweisen, dass es auch in Deutschland große gesundheitliche Ungleichheiten gibt. Jetzt ist es an der Zeit, diese Diskussion weiterzuentwickeln, um dann wissenschaftlich möglichst gut fundierte Vorschläge zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ableiten zu können. Es ist schon viel darüber diskutiert worden, wie sich die gesundheitlichen Ungleichheiten erklären lassen, was die Ursachen sind, und die Ursachen der Ursachen. Entscheidend ist aber auch die Frage, wann und warum gesagt werden kann, dass eine gesundheitliche Ungleichheit ‚ungerecht‘ ist. Eine fundierte Diskussion darüber wird nur durch Integration der ethischen Dimension möglich sein, und dies ist bisher kaum geschehen.

Das Buch will dazu anregen, die bisher vorgelegten Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Diskussion zum Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ kritisch zu hinterfragen. Mit anderen Worten: Vertrauen Sie nicht einfach den Ergebnissen der empirischen Analysen, seien Sie skeptisch, stellen Sie so viele kritische Fragen wie möglich. Wie bewerten Sie die Aussagekraft der empirischen Analysen, die Erklärung der Zusammenhänge, die Praxisnähe und Umsetzbarkeit der Ergebnisse, die Ableitung von Empfehlungen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit? Tragen Sie durch Ihr kritisches Nachfragen dazu bei, dass die Diskussion in den Public-Health-Wissenschaften auch wirklich zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit führt, d.h. zu einer konkreten Verbesserung des Gesundheitszustands in den unteren Statusgruppen.

Im Buch wird gefragt, wieviel die Public-Health-Wissenschaftler*innen bisher wirklich wissen, bezogen auf Art und Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit, auf die Möglichkeiten zur Verringerung dieser Ungleichheit, und auch bezogen auf die Frage: Welche gesundheitlichen Ungleichheiten stellen ein besonders großes Problem dar, d.h. welche Ungleichheiten sollten im Fokus der gesundheitspolitischen Maßnahmen stehen? Der kritische (und aus Sicht der beiden Autor*innen auch selbstkritische) Blick auf den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion zeigt, dass hier noch zahlreiche Unklarheiten und Forschungslücken zu finden sind. Das Buch richtet sich somit zum einen an die Wissenschaftler*innen und soll aufzeigen, dass noch viele Fragen zu klären sind. Zum anderen richtet es sich aber auch an die gesundheitspolitischen Akteur*innen und soll sie dazu anregen, den Stand der wissenschaftlichen Diskussion immer wieder kritisch zu hinterfragen, immer wieder eine möglichst große Praxisnähe der wissenschaftlichen Analysen einzufordern. Wissenschaftliche Publikationen dienen oft auch dem eigenen wissenschaftlichen Renommee. Mit den Publikationen werden Karrieren begründet, weitere Projekte und Forschungsgelder akquiriert. Die Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen für

die gesundheitspolitischen Akteur*innen steht also häufig nicht im Mittelpunkt. Umso wichtiger ist daher die kritische Betrachtung durch die gesundheitspolitischen Akteur*innen selbst. Nur dadurch kann sichergestellt werden, dass die wissenschaftliche Diskussion zum Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ letztlich auch zu konkreten, praxisorientierten Empfehlungen führt.

Die Idee zu diesem Buch entstand im Rahmen des Projektes ‚Normative Aspekte von Public Health‘.² Das Projekt wurde vom Zentrum für interdisziplinäre Forschung (ZIF) in Bielefeld gefördert, im Zeitraum 2013 bis 2014. Projektleiter waren Stefan Huster (Universität Bochum) und Thomas Schramme (Universität Hamburg). Mitgearbeitet im Projekt haben noch eine ganze Reihe weiterer Wissenschaftler*innen: Siegfried Geyer (Universität Hannover), Petra Kolip (Universität Bielefeld), Andreas Mielck (Helmholtz Zentrum München), Oliver Rauprich (Ludwig-Maximilians-Universität, München), Oliver Razum (Universität Bielefeld), Volker H. Schmidt (National University of Singapore) und Kristin Voigt (McGill University, Montreal, Canada). Die Ergebnisse des Projektes sind in mehreren Publikationen nachzulesen (z. B. Huster/Schramme 2015/2016a).

Ausgangspunkt des Projektes war der in vielen sozial-epidemiologischen Studien belegte Zusammenhang, dass Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status (niedrige Bildung, geringes Einkommen etc.) zumeist eine besonders hohe Morbidität und Mortalität aufweisen. An der Existenz dieser ‚gesundheitlichen Ungleichheiten‘ wird schon seit langem nicht mehr gezweifelt (siehe Kapitel III-1). Das Projekt ging daher einen Schritt weiter und konzentrierte sich auf die Frage: Sind diese gesundheitlichen Ungleichheiten ‚ungerecht‘? Das ist eine fundamentale Frage, und ihre Beantwortung hat weitreichende Implikationen. Die normative Bewertung einer gesundheitlichen Ungleichheit als ‚ungerecht‘ würde die klare politische Forderung nach sich ziehen, dass diese Ungleichheit verringert werden sollte bzw. müsste.

Im Mittelpunkt des Projektes stand somit ein zentrales Problem der bisherigen Diskussion zur gesundheitlichen Ungleichheit: Auf der einen Seite wird immer wieder gefordert, die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Diese Forderung lässt sich auch gut begründen. „Schließlich ist der Staat gegenüber jedem Bürger in gleicher Weise verpflichtet und drastische Ungleichheiten in Bezug auf zentrale Werte wie Gesundheit und Lebenserwartung sind in einem Sozial- oder Wohlfahrtsstaat nicht ohne weiteres hinnehmbar.“³ Auf der anderen Seite wird aber kaum darüber diskutiert, auf welcher Grundlage wir entscheiden können, welche empirisch belegten gesundheitlichen Ungleichheiten in der Tat ‚ungerecht‘ sind und daher verringert werden sollten. Und es gibt noch eine ganze Reihe weiterer offener Fragen wie z. B.: Welche ungerechten Ungleichheiten

2 Siehe: www.uni-bielefeld.de/ZIF/FG/2013Normative/

3 Siehe Projekthomepage beim Projektleiter Thomas Schramme (www.bio-governance.uni-hamburg.de/projects/)

sind zu priorisieren, wenn mehrere identifiziert werden? Gibt es auch Ungleichheiten, die nicht als ‚ungerecht‘ bezeichnet werden können, aus ethischer Sicht aber dennoch behoben werden sollten?

Die im Projekt ‚Normative Aspekte von Public Health‘ deutlich gewordenen Schwachpunkte der bisherigen Diskussion lassen sich so zusammenfassen (Huster/Schramme 2015/2016a):

- Bisher wird im deutschsprachigen Raum kaum darüber diskutiert, ob und wann gesundheitliche Ungleichheit ‚ungerecht‘ ist. Es wird auch nur selten explizit darauf hingewiesen, dass eine systematisch durchgeführte, ethisch-normative Bewertung der gesundheitlichen Ungleichheit wichtig wäre, zur besseren Begründung der politischen Handlungsempfehlungen.
- Erforderlich wäre also ein intensiver interdisziplinärer Austausch zwischen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik. Davon ist bisher jedoch kaum etwas zu sehen, zumindest nicht im deutschsprachigen Raum.

Hier setzt das vorliegende Buch an, d. h. es will dazu beitragen, diese Diskussion weiterzutragen und zu vertiefen. Dabei werden viele Fragen aufgeworfen, auch bezogen auf die Aussagekraft der empirischen Analysen zu Art und Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit. Es soll aufgezeigt werden, wie der Weg ‚von Daten zu Taten‘ aussehen könnte, angefangen bei der kritischen Bewertung der sozial-epidemiologischen Analysen bis hin zur Ableitung politischer Maßnahmen. Das ist eine anspruchsvolle Zielsetzung, sie soll im Folgenden noch etwas ausführlicher erläutert werden.

1) Zielsetzung des Buches

Die empirischen Studien zu Art und Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit lassen sich aus ganz unterschiedlicher Sicht betrachten. Aus *epidemiologischer* Sicht stehen oft die Methoden der Datenerhebung und -analyse im Mittelpunkt. Hier wird gefragt, ob die verwendeten Methoden angemessen sind bzw. welche methodologischen Schwachpunkte identifiziert werden können (siehe Kapitel III-3). Aus *soziologischer* Sicht wird gefragt, ob die sozialen Ursachen der gesundheitlichen Unterschiede angemessen berücksichtigt werden (siehe z. B. Kapitel VI-1b). Aus *gesundheits-psychologischer* Sicht stellt sich die Frage, ob die Vorschläge zur Veränderung des individuellen Gesundheitsverhaltens auf theoretischen Modellen basieren, welche die Voraussetzungen für eine Verhaltensänderung angemessen abbilden (z. B. Hurrelmann/Baumann 2014, Kleinert et al. 2007, Rossmann/Hastall 2017, von Lengerke 2018). Für die verschiedenen *politischen* Akteur*innen wird die Frage im Vordergrund stehen, ob sich aus den empirisch belegten Ungleichheiten konkrete Anforderungen an die eigene Arbeit ergeben.

Die Publikationen zum Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ stammen zumeist von Sozial-Epidemiolog*innen, die Diskussion konzentriert sich daher häufig auf die Frage, welche methodischen Stärken und Schwächen bei der Analyse zu beachten sind. In einigen Arbeiten wird auch die soziologische Sichtweise vertieft (Behrens/Zimmermann 2017, Hradil 2009, Vonneilich/von dem Knesebeck 2016). Eine explizite ethische Bewertung erfolgt jedoch so gut wie nie. Zumindest in den deutschsprachigen Beiträgen wird zumeist einfach vorausgesetzt, dass die gesundheitlichen Ungleichheiten ‚per se‘ ungerecht sind und verringert werden sollten.

Sozial-Epidemiolog*innen und Public-Health-Ethiker*innen stehen aus unserer Sicht vor einer großen *gemeinsamen* Herausforderung: Zum einen müssen die empirischen Ergebnisse zu Art und Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit bewertet werden, sowohl aus sozial-epidemiologischer als auch aus ethisch-normativer Sicht. Zum anderen müssen konkrete Vorschläge zur Verringerung dieser Ungleichheit entwickelt und ebenfalls bewertet werden. Diese Herausforderung wird am besten durch eine enge Kooperation zwischen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik zu bewältigen sein, und hier stehen wir noch ganz am Anfang. Die gesundheitspolitischen Empfehlungen der Sozial-Epidemiolog*innen haben zumeist einen stark normativen Charakter, auch wenn ihnen das nicht immer so bewusst ist. Wichtig wäre eine explizite Reflexion und Begründung der vielen normativen Aussagen, die in den sozial-epidemiologischen Arbeiten zu finden sind. Wenn die politischen Empfehlungen nicht nur aus sozial-epidemiologischer, sondern auch aus ethisch-normativer Sicht gut begründet sind, würde das ihre Überzeugungskraft erheblich steigern, dann wäre viel einfacher zu belegen, dass sie angemessen und sinnvoll sind.

Es lassen sich somit zwei zentrale Anforderungen unterscheiden:

- In der sozial-epidemiologischen Diskussion geht es vor allem um das Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘. Dabei werden oft Empfehlungen zur Verringerung dieser Ungleichheit formuliert, aber zumeist ohne ausführliche Analyse der Pro- und Kontra-Argumente. Wenn behauptet wird, dass eine bestimmte gesundheitliche Ungleichheit ‚ungerecht‘ ist und verringert werden soll, dann muss diese wertende und ‚norm-gebende‘ (d.h. normative) Aussage u.E. jedoch begründet werden, unter Abwägung von Argumenten, die dafür oder dagegen sprechen können.
- Wenn eine konkrete Maßnahme zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit vorgeschlagen wird, dann sollte auch überlegt werden, ob diese Maßnahme wichtiger ist als andere Maßnahmen, die ebenfalls als ‚wichtig‘ angesehen werden können. Jede konkrete Maßnahme beinhaltet eine komplexe ethische Aussage, wirft Fragen zu Rechtfertigung und Priorisierung auf. Die Vorschläge sollten daher auch aus normativer Sicht gut begründet sein, unter Abwägung aller Argumente, die für oder gegen diese Maßnahme sprechen könnten.

In der Public-Health-Ethik wird intensiv über das Thema ‚Gesundheitsgerechtigkeit‘ diskutiert. Dabei sind unterschiedliche Ansätze zur Bestimmung von ‚Gerechtigkeit‘ entwickelt worden, bezogen auf die Unterschiede beim Gesundheitszustand, bei der gesundheitlichen Versorgung und bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten. Sozial-Epidemiolog*innen und Ethiker*innen sind bei dem Versuch, die gesundheitlichen Ungleichheiten ethisch-normativ zu bewerten und das Ausmaß der ‚Ungerechtigkeit‘ zu bestimmen, daher so etwas wie ‚natürliche Partner‘. Die Sozial-Epidemiolog*innen benötigen die ethisch-normative Expertise, und die Ethiker*innen benötigen konkrete Anwendungsfälle für ihre theoretischen Überlegungen.

Umso erstaunlicher ist es, dass von einer Zusammenarbeit zwischen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik bisher nicht viel zu sehen ist, zumindest nicht im deutschsprachigen Raum. Die Diskussion in der Public-Health-Ethik wird in der Sozial-Epidemiologie kaum zur Kenntnis genommen, und in der Ethik gibt es offenbar nur ein begrenztes Verständnis des sozial-epidemiologischen Ansatzes (siehe Kapitel IV-8). Bei den Sozial-Epidemiolog*innen mag eine Rolle gespielt haben, dass sie ihr Fach in der letzten ‚Wissenschaftler*innen-Generation‘ (d. h. seit ca. 30 Jahren) im deutschsprachigen Raum erst einmal wieder aufbauen und etablieren mussten. Bei den Gesundheits-Ethiker*innen mag eine Rolle gespielt haben, dass bei ihnen zumeist die ethischen Fragen des klinischen Alltags und der klinischen Forschung im Vordergrund standen bzw. immer noch stehen (siehe Kapitel IV-2), auch aufgrund schwerwiegender Skandale in Forschung und Medizin. Ein weiterer Grund wird sein, dass die Medizinethik zwar fester Bestandteil des Curriculums der Medizin ist, dass in Deutschland aber noch keine Lehrstühle für Public-Health-Ethik eingerichtet wurden, keine Professuren in diesem Fach besetzt werden können, und dass es daher auch sehr schwer ist, in diesem Themenbereich eigenständige wissenschaftliche Forschung durchzuführen. Eine eingehende Beschäftigung mit dem Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ könnte es z. B. auch in der politischen Philosophie oder in anderen Teilbereichen der Philosophie geben. Aus Gründen, die wir nicht ganz nachvollziehen können, ist dies bisher offenbar jedoch kaum geschehen, zumindest nicht im deutschen Sprachraum.

An dieser Stelle möchten wir betonen, dass es ‚die Public-Health-Ethik‘ als eigenständige wissenschaftliche Disziplin mit klarer inhaltlicher Beschreibung nicht gibt. Es gibt auch keine eindeutige normative Positionierung ‚der Public-Health-Ethik‘, sondern innerhalb dieses Feldes viele unterschiedliche Ausgestaltungen und Argumente. Längerfristig gesehen wäre es vielleicht auch sinnvoller, hier eine *Ethik der Gesundheit* anzustreben, die nicht nur den Bereich ‚Public Health‘ umfasst, sondern auch Bereiche wie Medizin, Pflege, Biotechnologien und ‚global health‘. Wenn wir in diesem Buch dennoch von ‚der Public-Health-Ethik‘ sprechen, meinen wir damit die Ausrichtung des Bereiches der angewandten Ethik, der sich schwerpunktmäßig mit den populationsbezogenen Fragen der Gesundheit beschäftigt.

Das Buch soll dazu beitragen, die Kooperation zwischen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik zu stärken, zur gemeinsamen Bewältigung der oben skizzierten Herausforderungen. Bei der Ableitung konkreter politischer Empfehlungen sollten nach Möglichkeit aber selbstverständlich auch andere wissenschaftliche Disziplinen einbezogen werden. Auf Grundlage der sozial-epidemiologischen Analysen könnte z. B. eine Aussage formuliert werden wie: Die Personen mit niedrigem Einkommen sollten ihr Gesundheitsverhalten verbessern, sie sollten weniger rauchen, sich mehr sportlich betätigen und gesünder ernähren. Zu hinterfragen wäre hier nicht nur die ethische Angemessenheit dieser Aussage. Hinzu kommt die Frage, wie diese angestrebte Verhaltensänderung erreicht werden könnte. Welche Modelle gibt es zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens, welche Ansätze bieten sie für Maßnahmen zur Veränderung des Verhaltens, und wie gut lassen sich diese Modelle auf Personen mit niedrigem Einkommen anwenden? Auch über diese Fragen wird in den sozial-epidemiologischen Arbeiten bisher nur selten ausführlich und wissenschaftlich fundiert diskutiert. Hier könnte die Public-Health-Psychologie (bzw. Gesundheits-Psychologie) einen wichtigen Beitrag leisten. (z. B. Faltermaier 2017, Knoll et al. 2017, von Lengerke 2018). Da die gesundheitliche Ungleichheit zumeist mit der sozialen Ungleichheit korreliert, wird aus sozial-epidemiologischer Sicht häufig auch eine Verringerung der sozialen Ungleichheit gefordert (z. B. eine Erhöhung der staatlichen Transferleistungen für Familien mit niedrigem Einkommen). Diese Forderung mag folgerichtig sein, sie sollte jedoch untermauert werden durch Analysen aus Politologie und Ökonomie, um aufzeigen zu können, wie so eine Forderung konkret umgesetzt werden könnte. Dieses Beispiel zeigt also, wie wichtig die Zusammenarbeit der Sozial-Epidemiologie mit anderen Disziplinen wäre, nicht nur mit der Public-Health-Ethik, sondern z. B. auch mit der Psychologie, Politologie und Ökonomie.

Das Buch soll vor allem zur weiteren Diskussion anregen. Der erste Autor (A. M.) hat viele Jahre als Sozial-Epidemiologe gearbeitet und die zweite Autorin (V. W.) viele Jahre als Ethikerin. In ihrer Arbeit haben sie immer wieder bemerkt, wie wenig diese beiden Wissenschaftsbereiche voneinander wissen, wie gering der fachliche Austausch zwischen ihnen ist. Gemeinsame Forschungsprojekte gibt es kaum, und zumindest im deutschsprachigen Raum arbeiten Sozial-Epidemiolog*innen und Ethiker*innen auch nur selten an einer gemeinsamen Publikation. Wissenschaftliche Disziplinen grenzen sich häufig gegenseitig ab, jede Disziplin richtet ihre eigenen Tagungen aus und hat ihre eigenen Zeitschriften. Die Probleme der gegenseitigen Abgrenzung sollten in den Public-Health-Wissenschaften eigentlich nur schwach ausgeprägt sein, da hier von vornherein betont wird, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit unverzichtbar ist. Doch auch innerhalb der Public-Health-Wissenschaften gibt es noch Brücken zu bauen und zu stabilisieren, und eine davon ist die Brücke zwischen Sozial-Epidemiologie und Ethik.

Wenn man danach fragt, warum sich die Sozial-Epidemiolog*innen bisher so selten um den wissenschaftlichen Austausch mit den Public-Health-Ethiker*innen

bemüht haben, stößt man bald auf ein allgemeineres Problem: In den Public-Health-Wissenschaften werden zwar viele Zusammenhänge beschrieben und postuliert, zumindest im deutschsprachigen Raum sind die theoretischen Ansätze zur Erklärung dieser Zusammenhänge jedoch oft noch nicht sehr ausgereift. Um diese Aussage zu erläutern, soll im nächsten Abschnitt noch etwas näher auf dieses generelle Theoriedefizit eingegangen werden.

Theoriedefizit in den Public-Health-Wissenschaften

In den letzten Jahren wird immer häufiger darauf hingewiesen, dass bezogen auf die theoretischen Grundlagen in den Public-Health-Wissenschaften noch viel zu tun ist (z.B. Schaeffer 2010, Schnabel 2015). Es gibt eine Vielzahl empirischer Analysen und auch einige Erklärungsansätze, häufig fehlt jedoch die Integration dieser Ansätze in ein theoretisch gut abgesichertes Erklärungsmodell. Wie entsteht das Gesundheitsverhalten, und warum wird es manchmal verändert? Welche Faktoren der sozialen und räumlichen Umwelt sind für das Gesundheitsverhalten besonders wichtig, und warum? Warum reagieren unterschiedliche soziale Gruppen manchmal ganz unterschiedlich auf die gleichen sozialen und räumlichen Lebensbedingungen? Warum sind einige soziale Gruppen nicht bereit, sich gesundheitsbewusster zu verhalten, und welche Rolle spielen dabei die sozialen und räumlichen Umweltbedingungen? Ist es für einige soziale Gruppen wichtiger als für andere, gesund zu sein bzw. zu bleiben, und wenn ja: Warum ist das so, wie lassen sich diese Unterschiede erklären? Es gibt viele Fragen, die sich bisher erst ansatzweise beantworten lassen, die Liste ließe sich mühelos fortsetzen. Empirische Studien können zeigen, ob und wie stark zwei Variablen miteinander zusammenhängen. Die Frage nach dem ‚Warum?‘ wird sich jedoch nur auf Basis eines theoretischen Erklärungsmodells beantworten lassen. Wenn von einer statistischen Korrelation auf eine *kausale* Wirkung geschlossen werden soll, dann erfordert das eine theoriegeleitete Reflexion und Analyse. Und erst wenn mit einiger Sicherheit gesagt werden kann, *warum* ein Zusammenhang besteht, lassen sich wissenschaftlich fundierte, passgenaue und zielgerichtete gesundheitspolitische Empfehlungen ableiten.

Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen benötigen eine stabile theoretische Grundlage. Die Public-Health-Wissenschaften stehen hier vor einer großen Herausforderung, und sie wird auch immer stärker wahrgenommen. Auf der Homepage des Studiengangs Public Health an der Universität Bremen ist z. B. zu lesen:⁴

4 Siehe: www.uni-bremen.de/ (Fachbereich 11, Human- und Gesundheitswissenschaften)

„Innerhalb der Gesundheitswissenschaften kann der Bereich Gesundheitsförderung & Prävention auf eine längere Geschichte zurückblicken, wobei er traditionell unter einem starken Anwendungsdruck stand, der zu einer gewissen Vernachlässigung theoretischer Überlegungen geführt hat. Der Masterstudiengang in Bremen versucht, dieses Theoriedefizit aufzuarbeiten und setzt sich kritisch mit der traditionellen Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung auseinander. Dabei ist ein grundlegendes Verständnis der sozialen und psychosozialen Wechselwirkungen von Gesundheit und Gesellschaft leitend, das Gesundheit und Krankheit als Ergebnis gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse versteht.“

In der englischsprachigen Diskussion wird schon seit vielen Jahren versucht, die theoretischen Grundlagen der Public-Health-Diskussion weiterzuentwickeln (z. B. Bartley 2016, Bauer 2014, Bergeron et al. 2017, Crosby/Noar 2010, Glanz/Bishop 2010, Goldberg 2014, Hammarström/Hensing 2018, Houlihan 2018, Krieger 2001, McCartney et al. 2013, Nutbeam et al. 2010, Øversveen et al. 2017, Uphoff et al. 2013, Whitehead et al. 2016). Im deutschsprachigen Raum werden diese Ansätze bisher weniger zur Kenntnis genommen, auch auf den wissenschaftlichen Tagungen der Public-Health-Wissenschaftler*innen wird nur selten intensiv darüber debattiert. Public Health wird oft als ‚anwendungsorientierte‘ Wissenschaft bezeichnet (z. B. Kurth/Kurth 2017), d. h. die wissenschaftliche Tätigkeit soll der Politikberatung dienen, der Entwicklung von Empfehlungen für ‚die Praxis‘. Dieses Aufgabengebiet ist bereits so groß, und die wissenschaftlichen Ressourcen sind zumeist so begrenzt, dass für die Weiterentwicklung der theoretischen Basis oft wenig Raum bleibt.

Selbstverständlich gibt es auch im deutschsprachigen Raum bereits einige Publikationen zu den theoretischen Grundlagen der Public-Health-Wissenschaften. Sie stammen z. B. aus der Soziologie (z. B. Behrens/Zimmermann 2017, Hradil 2009, Richter/Hurrelmann 2016, Vonneilich/von dem Knesebeck 2016) und der Psychologie (z. B. Faltermaier 2017, Knoll et al. 2017, von Lengerke 2018). Zu einigen theoretischen Ansätzen gibt es auch schon etwas ausführlichere Arbeiten, zu nennen sind hier z. B.:⁵

- Befähigung bzw. ‚empowerment‘ (z. B. Laverack 2010, Loss 2008)
- berufliche Gratifikationskrise (siehe z. B. auch Kapitel III-2e)
- Gesundheitskompetenz bzw. ‚health literacy‘ (z. B. Bitzer/Sørensen 2018, Schaeffer/ Pelikan 2017, Schaeffer et al. 2019; siehe z. B. auch Kapitel III-2c)
- Kohärenzgefühl bzw. ‚sense of coherence‘ und Salutogenese (z. B. Faltermaier 2015, Petzold/Bahrs 2018)

5 Siehe z. B. auch die ‚Leitbegriffe der Gesundheitsförderung‘ (www.leitbegriffe.bzga.de/).

- Partizipation (z. B. Quilling/Köckler 2018, Wright 2010/2013; siehe z. B. auch Kapitel VI-1a)
- soziales Kapital (z. B. Abel et al. 2012, Siegrist et al. 2009)
- soziale Unterstützung (z. B. Borgmann et al. 2017, Kienle et al. 2006)
- ‚Wilkinson-Hypothese‘. Sie besagt, dass große soziale Ungleichheiten für alle Menschen in der Bevölkerung gesundheitlich belastend sind, auch für die Besserverdienenden (z. B. Rathmann 2015, Pickett/Wilkinson 2012; siehe z. B. auch Kapitel III-2f).
- Capabilities-Ansatz (z. B. Brunner 2017, Frohlich/Abel 2014; siehe auch Kapitel IV-4a/6b)

Auf dem Weg zur theoretischen Fundierung der Public-Health-Wissenschaften sind dies wichtige Schritte, aber es liegt noch viel Arbeit vor uns.

Bei diesem allgemeinen Theoriedefizit ist es auch nicht erstaunlich, dass bisher nur selten in systematischer (und selbstkritischer) Art und Weise über die Frage diskutiert wurde, ob die eigenen Empfehlungen ethisch angemessen sind. Die unzureichende Diskussion über die Normativität der eigenen Aussagen (z. B. Bittlingmayer et al. 2009) ist somit nur ein Beispiel unter vielen. Das Thema ‚Normativität‘ stellt die Public-Health-Wissenschaftler*innen zudem vor eine besonders schwierige Aufgabe. Zum einen werden hier komplexe theoretische Konzepte angesprochen, die oft weit außerhalb ihrer eigenen Fachkompetenz liegen. Und zum anderen sind sie hier mit der ungewohnten Aufgabe konfrontiert, noch einmal ganz grundlegend erläutern und rechtfertigen zu müssen, warum sie welche Empfehlungen machen.

Beim Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ wird dieses Theoriedefizit u. E. besonders deutlich. Die sozial-epidemiologischen Arbeiten münden zumeist in gesundheitspolitische Empfehlungen, die einen stark normativen Charakter haben, die Normativität wird dabei jedoch nur selten hinterfragt und theoretisch fundiert. Es gibt auch nur wenige deutschsprachige Arbeiten, in denen explizit darauf hingewiesen wird, dass hier ein großer Forschungsbedarf besteht (z. B. Buyx 2010, Huster/Schramme 2015/2016a, Mielck 2010a/b). Bewältigen lässt sich diese Aufgabe u. E. nur durch enge und kontinuierliche Zusammenarbeit mit der Public-Health-Ethik, d. h. durch Integration der Diskussion zum Thema ‚Gesundheitsgerechtigkeit‘ in alle Bereiche der Public-Health-Wissenschaften.

Stellenwert und Bedeutung des Begriffs ‚normativ‘

Oben wurde bereits betont, dass sich aus den empirischen Ergebnissen zur gesundheitlichen Ungleichheit ‚per se‘ noch keine fundierten politischen Handlungsempfehlungen ableiten lassen. Alle Empfehlungen basieren letztlich auf Annahmen über moralische, soziale und politische Normen und Werte und Güter,

über Rechte, Regeln und Prinzipien. Erforderlich wäre daher eine explizite, kritische Reflexion dieser normativen (d.h. Norm-basierten und Norm-gebenden) Annahmen hinter den Handlungsempfehlungen. Wenn eine politische Empfehlung bzw. Forderung formuliert wird, ist es zumindest wichtig, sich bewusst zu sein, *dass* eine normative Aussage getätigt wird. Noch besser wäre es, wenn auch überlegt wird, wie sie zu begründen ist.

Der Begriff ‚normativ‘ ist in diesem Buch also von zentraler Bedeutung, er soll hier noch etwas ausführlicher erläutert werden: Das Wort ‚normativ‘ leitet sich ab von ‚Norm‘. Es verweist somit auf etwas, was empfohlen oder sogar vorgeschrieben ist. Normen oder normative Empfehlungen bzw. Anweisungen können z. B. als ‚Rechtsnorm‘ verstanden werden und in Form von Gesetzen in Erscheinung treten. Sie können jedoch auch *ethisch* verstanden werden und unabhängig von den aktuell geltenden juristischen Normen sein, z. B. gemäß der Frage: Was ist die aus ethischer Sicht ‚richtige‘ Norm, und warum? Diese ethische Dimension wird zum Beispiel dann wichtig, wenn es darum geht, Rechtsnormen zu entwickeln oder bestehende Rechtsnormen zu überarbeiten.

In diesem Buch verstehen wir den Begriff ‚normativ‘ als ethisch relevanten Begriff und wir unterscheiden dabei zwei Dimensionen, eine ‚präskriptive‘ und eine ‚evaluative‘: Zum einen können Handlungsempfehlungen bzw. -pflichten als ‚ethisch-normativ‘ bezeichnet werden, wenn sie auf Grundlage ethischer Kriterien, Werte oder Prinzipien hergeleitet werden. Ein Beispiel dafür ist (nach Immanuel Kant) die ‚Pflicht‘, nicht zu lügen. Sie lässt sich dadurch begründen, dass niemand wollen könne, dass die Erlaubnis zu Lügen zu einem allgemeinen Gesetz werde. Dies wäre die ‚präskriptive‘ (lateinisch *praescribere*: vorschreiben, verordnen, gebieten) Dimension der Normativität. Zum anderen können verschiedene Eigenschaften, Zustände oder Dinge *normativ bewertet* werden. Ihnen wird dann (bewusst oder unbewusst) ein ethischer Wert wie ‚gut‘, ‚schlecht‘, ‚gerechtfertigt‘ oder ‚wünschenswert‘ zugesprochen. Dies wäre die ‚evaluative‘ Dimension der Normativität. Ein gutes Beispiel hierfür ist der Begriff ‚Gesundheit‘. Wir sprechen diesem Begriff zumeist ganz spontan ‚gute‘ Eigenschaften zu, und die normative Arbeit wäre nun, herauszufinden, was an ‚Gesundheit‘ gut ist und warum, ob das für alle Menschen gleichermaßen gilt.

Public-Health-Wissenschaftler*innen und -Praktiker*innen verhalten sich häufig normativ, d.h. ethisch bewertend, auch wenn ihnen das vielleicht nicht immer so bewusst ist. Wenn bei Jugendlichen festgestellt wird, dass diejenigen aus der unteren Statusgruppe⁶ besonders großen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind, und wenn gefordert wird, diese Belastungen gezielt zu verringern (z.B. Lampert et al. 2017), dann ist das eine normative Forderung. Die Arbeit von Public-Health-Ethiker*innen besteht nun zum großen Teil darin,

6 Gemessen wird der soziale Status hier z. B. über die Schulbildung und das Einkommen der Eltern (Lampert et al. 2018a, siehe auch Kapitel III-3b).

diese normative Dimension der Bewertungen und Empfehlungen zu erkennen, zu benennen und zu analysieren, und dabei auch das Spannungsfeld möglicher normativer Konflikte im Auge zu behalten. Und wenn eine politische Handlungsempfehlung dann als ‚ethisch besonders gerechtfertigt‘ oder ‚ethisch vorrangig geboten‘ bezeichnet werden kann, verleiht ihr das mehr Gewicht.

In den Public-Health-Wissenschaften wird häufig davon ausgegangen, dass die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ein *zentrales* Ziel der Gesundheits- und Sozialpolitik sein sollte, dass Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels daher *besonders wichtig* sind. Mit entsprechendem Nachdruck werden dann auch konkrete Maßnahmen eingefordert, z. B. zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Jugendlichen aus der unteren Statusgruppe (z. B. Kuntz et al. 2018b). Häufig wird dabei eine besonders hohe politische Priorität eingefordert, z. B. durch Hinweis auf grundlegende ethische Ziele wie ‚Gleichheit‘ oder ‚Gerechtigkeit‘, d. h. durch allgemein akzeptierte gesellschaftliche Wertvorstellungen, die vermutlich von jedem Menschen geteilt werden. Aus ethisch-normativer Sicht würden Begriffe wie ‚zentral‘ oder ‚besonders wichtig‘ genauer untersucht werden (z. B. um die Aussage besser theoretisch begründen zu können): Warum sind diese Ziele *zentral*? Warum sind die Maßnahmen *besonders wichtig*? Worauf begründet sich diese Aussage und ist die Begründung richtig? Auch die Begriffe ‚Gleichheit‘ und ‚Gerechtigkeit‘ (oder eine Aussage wie ‚alle Menschen teilen diese Wertvorstellungen‘) sind aus ethisch-normativer Sicht zu hinterfragen: Worin unterscheiden sich Gleichheit und Gerechtigkeit? Welche Arten von Gerechtigkeit gibt es, und ist eine ‚besser‘ als die andere?

Bei der expliziten Thematisierung der normativen Dimension rücken also z. B. die folgenden Fragen in den Mittelpunkt:

- Welches Verständnis von ‚Gerechtigkeit‘ liegt der Forderung zugrunde, dass die gesundheitliche Ungleichheit verringert werden sollte? Ist dieses Gerechtigkeitsverständnis ethisch gut zu begründen?
- Warum sollen die Maßnahmen zur Erreichung der Zielsetzung ‚Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit‘ eine besonders hohe Priorität erhalten?
- Werden bei diesen Maßnahmen andere normative Zielsetzungen verletzt, die ebenfalls eine hohe Priorität besitzen? Kann es z. B. zu Konflikten kommen mit Zielsetzungen wie ‚Schutz der individuellen Freiheitsrechte‘ oder ‚Schutz der Privatsphäre‘? Wie können derartige Konflikte gelöst werden, mit welchen Verfahren, und gibt es dazu bereits Vorschläge aus der Public-Health-Ethik?
- Wie gut ist eine ‚norm-prägende‘ Forderung wie ‚Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit‘ demokratisch legitimiert?

Die Liste ließe sich problemlos fortsetzen, aber schon diese wenigen Fragen verdeutlichen, mit welchen komplexen Herausforderungen die Public-Health-Wissenschaftler*innen hier konfrontiert sind. Als Leitfrage kann dabei gelten: Ist

eine bestimmte Maßnahme zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit aus ethischer Sicht wichtig und sinnvoll, und wenn ja: warum? Wenn hier mehr Klarheit hergestellt werden könnte, wäre es erheblich einfacher zu begründen, warum einige Maßnahmen priorisiert werden sollten.

Begriffe wie ‚Normativität‘ oder ‚normative Bewertung‘ sind in der deutschsprachigen sozial-epidemiologischen Diskussion bislang nur selten zu finden, Ausnahmen (z. B. Bittlingmayer et al. 2009) bestätigen die Regel. Bisher scheint es wenig Bewusstsein und Verständnis für die normative Dimension der eigenen Aussagen zu geben, und damit auch für die Wichtigkeit eines intensiven Dialogs mit Public-Health-Ethiker*innen. Adressat dieser (selbst-)kritischen Bemerkung sind aber nicht nur die Sozial-Epidemiolog*innen, sondern auch viele andere Public-Health-Wissenschaftler*innen.

Mit der Frage, wie die empirischen Ergebnisse zu Art und Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit normativ zu bewerten sind, wird daher viel Neuland betreten, zumindest in der deutschsprachigen Diskussion. Im Buch wird versucht, diese Fragestellung noch etwas mehr zu verdeutlichen und weiter zu konkretisieren.

Sozialstaatsgebot und Chancengleichheit

Bei dieser wissenschaftlichen Diskussion darf nicht vergessen werden, dass in Deutschland eine stabile rechtliche Grundlage für die Forderung nach Chancengleichheit geschaffen worden ist. Ausgangspunkt ist das Sozialstaatsgebot, die Bundeszentrale für politische Bildung schreibt dazu:⁷

- „Der Sozialstaat ist im Grundgesetz mit den Formulierungen ‚sozialer Bundesstaat‘ (Art. 20,1) sowie ‚sozialer Rechtsstaat‘ (Art. 28,1) als allgemeine Staatszielbestimmung normiert worden. Das Gemeinwesen wird durch dieses Sozialstaatsgebot zur Förderung sozialer Gerechtigkeit als allgemeiner Richtschnur der Erfüllung öffentlicher Aufgaben verpflichtet.“
- „Aus der Verpflichtung der staatlichen Gewalt, die Menschenwürde zu achten und zu schützen (Art. 1), folgt, dass der Staat allen seinen Bürgern das materielle Existenzminimum sichern muss. Die Gleichberechtigung von Mann und Frau und das Diskriminierungsverbot, also das Verbot, jemanden aus irgendwelchen Gründen zu benachteiligen (Art. 3 Abs. 2 und 3), verpflichten dazu, soziale Ungleichheiten zu beseitigen und für Gleichbehandlung, zum Beispiel am Arbeitsplatz, zu sorgen. (...) Kern der Sozialpolitik sind die klassischen Systeme der sozialen Sicherung gegen Lebensrisiken: Alter, Krankheit, Unfall, Pflegebedürftigkeit, Arbeitslosigkeit. (...) Sozialpolitik im weiteren Sinne

7 Siehe: www.bpb.de/

umfasst Maßnahmen der Bildungspolitik (...), der Wohnungsbaupolitik (...), der Arbeitsmarktpolitik (...), der Steuerpolitik (...).“

Explizit erwähnt wird dort auch die Zielsetzung ‚Chancengleichheit‘, dazu wird z. B. gesagt:

„Sozialpolitische Maxime, die für alle Bürger unabhängig von ihrer sozialen Herkunft das Recht auf gleiche Lebens- und Sozialchancen in Ausbildung und Beruf fordert. Die von der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) Anfang der 1960er-, von der Christlich Demokratischen Union Deutschlands (CDU) Anfang der 1970er-Jahre aufgenommene Maxime fordert für alle zumindest gleiche Startchancen, d. h. Zugang zu allen Bildungs- und Ausbildungsgängen und ggf. eine materielle Unterstützung, um diese wahrnehmen zu können. Chancengleichheit setzt damit den Schwerpunkt auf die individuellen Ausgangsbedingungen und das Bildungsangebot.“

Im Mittelpunkt steht hier also immer die Schaffung *sozialer* Chancengleichheit. Da soziale und gesundheitliche Ungleichheit eng miteinander zusammenhängen, ließe sich das Sozialstaatsgebot u. E. jedoch auch erweitern in Richtung ‚Schaffung *gesundheitlicher* Chancengleichheit‘.

Orientierung der gesamten Gesundheitswissenschaften am Leitmotiv ‚Schaffung von mehr sozialer und gesundheitlicher Gerechtigkeit‘

Das Buch versteht sich als Beitrag zur Integration des Themas ‚soziale und gesundheitliche Gerechtigkeit‘ in die gesundheitswissenschaftliche Diskussion. Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik bieten u. E. hierfür hervorragende Ansatzpunkte. In der Sozial-Epidemiologie werden die Ungleichheiten empirisch belegt, und viele Arbeiten münden in die Forderung, dass mehr für die soziale und gesundheitliche Gerechtigkeit getan werden müsse. Ohne ethisch-normative Fundierung bleibt die Forderung nach mehr ‚Gerechtigkeit‘ jedoch relativ vage. Mithilfe der gerechtigkeitstheoretischen Überlegungen in der Public-Health-Ethik lässt sich hier eine sehr viel stabilere Grundlage schaffen.

In Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik ist schon viel Vorarbeit geleistet worden.⁸ In diesem Buch können wir daher schon mehr ins Detail gehen, d. h. relativ ausführlich darauf eingehen, wie die Fragen zum Thema ‚Gerechtigkeit‘ in das Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ integriert werden können. An

⁸ Bezogen auf die Sozial-Epidemiologie liegen auch viele deutschsprachige Vorarbeiten vor, bezogen auf die Public-Health-Ethik erfolgte die Vorarbeit hauptsächlich in der englischsprachigen, internationalen Literatur.

vielen Stellen wird betont, wie wichtig und fruchtbar diese Integration sein kann, und dass dafür in Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik bereits viele Grundlagen geschaffen worden sind. Das zieht sich wie ein roter Faden durch das gesamte Buch.

Die sozial-epidemiologischen Analysen und die gerechtigkeits-theoretischen Elemente der Public-Health-Ethik treffen sich hier in einem klar definierbaren Punkt, dem gemeinsamen Leitmotiv: Schaffung von mehr sozialer und gesundheitlicher Gerechtigkeit. Dieses Leitmotiv steht nicht in allen Bereichen der Epidemiologie im Vordergrund, und auch nicht allen Bereich der Public-Health-Ethik. In der Epidemiologie geht es z. B. häufig um Risikofaktoren wie Ernährung, Rauchen und körperlich-sportliche Aktivität, ohne dabei immer auch der Frage nachzugehen, welche sozialen Faktoren hinter diesen verhaltensbezogenen Risikofaktoren stehen. In der Public-Health-Ethik wird z. B. über das Thema ‚Schutz der individuellen Freiheitsrechte‘ diskutiert, ohne dabei immer genau auszuleuchten, wo es hier zu Konflikten mit Fragen zum Thema ‚soziale und gesundheitliche Gerechtigkeit‘ kommen kann. Wir plädieren dafür, in der *gesamten* Epidemiologie und in der *gesamten* Public-Health-Ethik explizit der Frage nachzugehen, wie ein Beitrag zur Erreichung der Zielsetzung ‚Schaffung von mehr sozialer und gesundheitlicher Gerechtigkeit‘ geleistet werden kann. Und wir würden hier sogar noch einen Schritt weitergehen: Aus unserer Sicht sollten sich *alle* Gesundheitswissenschaften dieser Zielsetzung verpflichtet fühlen, einschließlich der Medizin (wobei es selbstverständlich unterschiedliche Konzepte von Gerechtigkeit geben kann). Das ist ein ambitioniertes Ziel, und das vorliegende Buch kann nicht mehr als ein kleiner Schritt in diese Richtung sein.

Aktualität des Themas ‚gesundheitliche Ungleichheit‘

Das Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ ist nicht neu, aber nach wie vor sehr aktuell. Umfangreiche empirische Analysen sind in Deutschland schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts publiziert worden (z. B. Mosse/Tugendreich 1913). An Fahrt aufgenommen hat die Diskussion dann in den 1970er Jahren, zunächst im englischsprachigen Bereich (z. B. Marmot et al. 1978, Morris 1979, Townsend 1974) und dann auch im deutschsprachigen (z. B. Abholz 1976, Blohmke et al. 1975, Grünauer et al. 1979). Die Zahl der Publikationen mit empirischen Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit und mit Empfehlungen für gesundheitspolitische Interventionsmaßnahmen ist seitdem ständig gewachsen.⁹ Die wissenschaftliche

9 Gut zu sehen ist diese Zunahme z. B. in der Publikationsdatenbank ‚pubmed‘. Wenn man dort nach Publikationen zum Thema ‚health inequalities‘ sucht, wird die Zahl der Publikationen pro Jahr grafisch sehr anschaulich dargestellt (siehe: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/).