

Grundlagen
Gesundheitswissenschaften

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

Leseprobe aus Mielck und Wild, **Gesundheitliche Ungleichheit –
Auf dem Weg von Daten zu Taten**, ISBN 978-3-7799-6241-0
© 2021 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6241-0](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6241-0)

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 |

I Einleitung

Dies Buch erscheint ca. 25 Jahre nach der ersten umfangreicherem 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 gezwifelt (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, Von neilich/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, Hustler/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,