
ANDREAS MIELCK, VERINA WILD

Welche Ungleichheit ist »ungerecht« – und welche nicht?

In den Public Health-Wissenschaften wird häufig gesagt, dass die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ein zentrales Ziel der Gesundheits- und Sozialpolitik sein sollte und dass Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels besonders wichtig sind. Diese Forderung nach sozial- beziehungsweise gesundheitspolitischer Priorisierung wird oft durch Hinweisen auf grundlegende ethische Ziele wie »Gleichheit« oder »Gerechtigkeit« begründet.

Bei (selbst-)kritischer Betrachtung dieser Diskussion muss jedoch gefragt werden: Warum sind diese Ziele zentral oder besonders wichtig? Wodurch begründet sich diese Priorisierung und ist die Begründung richtig? Eine explizite Diskussion über diese Fragen ist bisher kaum zu finden, zumindest nicht im deutschsprachigen Raum. Und was genau ist mit »Gleichheit« gemeint, oder mit »Gerechtigkeit«? Worin unterscheiden sich Gleichheit und Gerechtigkeit? Welche Arten von Gerechtigkeit gibt es, und ist eine »besser« als die andere?

Wenn man diesen Fragen nachgeht, wird deutlich, 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 Normen und Werte, über Rechte, Regeln und Prinzipien. Erforderlich wäre daher eine kritische Reflexion der »normativen« Aussagen hinter den Handlungsempfehlungen.

Kritische Reflexion »normativer« Aussagen

Der Begriff »normativ« verweist auf etwas, was empfohlen oder sogar vorgeschrieben ist. Normen oder normative Empfehlungen beziehungsweise Anweisungen können in Form von Gesetzen in Erscheinung treten oder auch ethisch verstanden werden, zum Beispiel gemäß der Frage: Wie lässt sich aus ethischer Sicht begründen, dass Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit besonders wichtig sind, wichtiger als viele der anderen politischen Maßnahmen?

Wenn eine politische Empfehlung beziehungsweise Forderung formuliert wird, ist es wichtig, sich bewusst zu sein, dass damit eine ethisch-normative Aussage getroffen wird und dass diese auch ethisch möglichst gut begründet werden sollte. Die Public Health-Wissenschaftler*innen haben hier noch einen weiten Weg vor sich. Bei ihren politischen Empfehlungen verhalten sie sich oft normativ, das heißt ethisch bewertend, auch wenn ihnen das vielleicht nicht immer so bewusst ist.

Denkbar wäre auch eine Gegenposition, zum Beispiel: »Ich habe eure empirischen Ergebnisse zur Kenntnis genommen und jetzt weiß ich, dass die Jugendlichen aus der unteren Statusgruppe besonders großen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Aber daraus folgt für mich noch lange nicht, dass hier wirklich dringender politischer Handlungsbedarf besteht.« Die politischen Akteur*innen könnten zu Recht betonen, dass ständig Probleme an sie herangetragen werden, die dringend einer Lösung bedürfen, dass wir daher schon etwas genauer begründen müssen, warum gerade die gesundheitliche Ungleichheit so ein ganz besonders wichtiges Problem sein soll.

Und dann wird es kompliziert. Man könnte darauf hinweisen, dass wir in Deutschland eine stabile rechtliche Grundlage für die Forderung nach Chancengleichheit haben, das im Grundgesetz verankerte Sozialstaatsgebot. Das Sozialstaatsgebot ist jedoch eine sehr unspezifische Vorgabe, damit lassen sich auch Maßnahmen begründen, die nur wenig mit der Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit zu tun haben.

Integration der Public Health-Ethik

Ohne die Zusammenarbeit mit den Public Health-Ethiker*innen wird es nicht gehen. Zu ihrem Aufgabenbereich gehört es, die normative Dimension, die hinter politischen Empfehlungen steht, zu erkennen und kritisch zu reflektieren. Es wäre daher naheliegend, sie zu fragen, welche gesundheitlichen Ungleichheiten aus ihrer Sicht »ungerecht« sind. Aus Sicht der Ethik hängt die Antwort aber vor allem davon ab, welches Verständnis von »Gerechtigkeit« herangezogen wird und wie Gerechtigkeit und Gesundheit miteinander in Beziehung gesetzt werden.

Wir werden also aufgefordert, uns unser eigenes Verständnis von »Gerechtigkeit« zu verdeutlichen und es im Diskurs mit anderen Meinungen einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Ohne die Expertise der Public Health-Ethik (beziehungsweise der politischen Philosophie) ist so ein Diskurs kaum konstruktiv zu führen. Es gibt viele theoretische Ansätze, mit denen versucht wird zu ergründen, warum etwas »ungerecht« ist oder nicht.

In den Gerechtigkeitstheorien wird betont, dass es zur Strukturierung der Diskussion zumeist sinnvoll ist, zwei Fragen zu unterscheiden: (a) Was soll verteilt werden (zum Beispiel die sozialen Determinanten der Gesundheit, oder »nur« der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung)? Ausgangspunkt könnten hier unter anderem die ressourcenorientierten Ansätze (zum Beispiel nach J. Rawls), die Capability-Ansätze (zum Beispiel nach M. Nussbaum) oder die Welfare-Ansätze (zum Beispiel nach J. Griffin) sein. Die zweite Frage lautet: (b) Wie soll das, was verteilt werden soll, verteilt werden? Sie ließe sich zum Beispiel mit dem Egalitarismus (Gleichverteilung), dem Prioritarismus (Bevorzugung besonders benachteiligter Gruppen) oder den Suffizienz-Theorien (Erreichen eines bestimmten Schwellenwertes), oder auch mit Mischformen dieser Theorien beantworten. Weitere gerechtigkeits-theoretische Ansätze wären hier zum Beispiel: Vermeidung der strukturellen Ungerechtigkeiten (zum Beispiel nach I.M. Young) – beziehungsweise der daraus resultierenden »epistemischen« Ungerechtigkeiten, also bezogen darauf, wer als »Wissender« gefragt und gehört wird (zum Beispiel nach M. Fricker) – oder Sicherstellung der »relationalen« (das heißt auf die sozialen Interaktionen bezogenen) Gerechtigkeit (zum Beispiel nach E. Anderson).

Besonders wichtig ist hier die Auseinandersetzung mit dem konzeptionellen Ansatz von M. Whitehead. In den 1990er Jahren schlug sie vor, drei Typen der gesundheitlichen Ungleichheit zu unterscheiden: nicht vermeidbar, vermeidbar aber nicht unfair, vermeidbar und unfair. »Ungerecht« ist demnach vor allem der dritte Typ, bei dem sich die Ungleichheiten auf das nicht freiwillig gewählte Verhalten sowie auf die Arbeits- und Wohnbedingungen zurückführen lassen. In der Public Health-Ethik wird heute aber schon über sehr viel ausgereifere Ansätze zur Erfassung »ungerechter« gesundheitlicher Ungleichheit diskutiert, in den anderen Public Health-Wissenschaften ist das bisher jedoch wenig zur Kenntnis genommen worden (zumindest im deutschsprachigen Raum).

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Wenn wir in einer empirischen Studie feststellen, dass gesundheitliche Ungleichheit vorliegt, machen wir zumeist nahezu automatisch den Sprung zu einer normativen Aussage wie: Diese gesundheitliche Ungleichheit sollte verringert werden. Unseres Erachtens ist es jedoch wichtig, nicht jede Ungleichheit sofort als »ungerecht« zu bezeichnen. Erforderlich wäre eine kritische Abwägung der Frage, warum bestimmte gesundheitliche Ungleichheiten »ungerecht« sind und daher verringert werden sollten. Dabei sollte auch gefragt werden: Wie lässt sich begründen, dass die Maßnahmen zur Verringerung dieser Ungleichheit besonders wichtig sind (das heißt wichtiger als viele der anderen sozial- und gesundheitspolitischen Maßnahmen, die ebenfalls sinnvoll sein können)?

Eine ausführlichere Diskussion der hier aufgeworfenen Fragen finden Sie in dem jetzt erscheinenden Buch von Mielck und Wild mit dem Titel »Gesundheitliche Ungleichheit – Auf dem Weg von Daten zu Taten. Fragen und Empfehlungen aus Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik« (Beltz Juventa Verlag).

Literatur bei den Verfasser*innen

DR. ANDREAS MIELCK, Helmholtz Zentrum München, Parkring 11, 85748 Garching, E-Mail: mielck@helmholtz-muenchen.de

PROF. DR. MED. VERINA WILD, Universität Augsburg, Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg, E-Mail: verina.wild@uni-a.de