

Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit: Entwicklung eines Stufenplans zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung

Reducing Health Inequalities: Development of a Stepwise Procedure from Data to Political Interventions

Autorinnen/Autoren

Andreas Mielck¹, Verina Wild²

Institute

- 1 Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Helmholtz Center Munich German Research Center for Environmental Health, Neuherberg, Germany
- 2 Ethik der Medizin, Universität Augsburg, Augsburg, Germany

Schlüsselwörter

gesundheitliche Ungleichheit, Entwicklung von Maßnahmen, SozialEpidemiologie, Public-Health-Ethik, Gesundheits-Ökonomie

Key words

health inequalities, development of interventions, social epidemiology, public health ethics, health economics

Bibliografie

Gesundheitswesen 2023; 85: 1–11

DOI 10.1055/a-2217-7761

ISSN 0941-3790

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Andreas Mielck

Helmholtz Center Munich German Research Center for Environmental Health

Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen

D-85758 Neuherberg

Germany

andreas80634@gmail.com

ZUSAMMENFASSUNG

Ein niedriger sozio-ökonomischer Status (erhoben über Indikatoren wie Schulbildung oder Einkommen) ist zumeist mit erhöhter Morbidität und Mortalität verbunden. Viele empirische Studien haben das belegt. Sowohl in der wissenschaftlichen als auch in der politischen Diskussion wird oft betont, dass

diese gesundheitliche Ungleichheit verringert werden sollte. Die Frage, wie der Weg ‚von Daten zu Taten‘ konkret aussehen könnte, lässt sich bisher jedoch erst ansatzweise beantworten. Wir stehen vor der großen Herausforderung, wissenschaftlich gut fundierte Vorschläge für die einzelnen Schritte auf diesem Weg zu entwickeln. Von der dafür erforderlichen breiten interdisziplinären Kooperation ist bisher aber nur wenig zu sehen. Im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrages steht eine Frage, die u.E. hier von besonderer Bedeutung ist: Wie sind die empirischen Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit und die daraus abgeleiteten gesundheitspolitischen Forderungen aus ethisch-normativer und aus gesundheits-ökonomischer Sicht zu bewerten? Wir konzentrieren uns daher auf die Kooperation zwischen Sozial-Epidemiologie, Public-Health-Ethik und Gesundheits-Ökonomie. Zunächst wird kurz erläutert, was jede dieser Disziplinen beitragen kann, wenn konkrete Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit entwickelt werden sollen. Besonders hervorgehoben wird dabei die Bedeutung der Public-Health-Ethik, denn sie richtet den Fokus auf grundlegende und bisher weitgehend vernachlässigte Fragen wie zum Beispiel: Welche Ungleichheiten sind ‚ungerecht‘, und wie lässt sich diese normative Bewertung ethisch begründen? Anschließend wird ein ‚Stufenplan zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung‘ vorgeschlagen. Er beschreibt einige grundlegende Schritte bei der Integration empirischer, normativer und ökonomischer Abwägungen. Der Stufenplan zeigt, wie wichtig ein klar strukturiertes Vorgehen ist, und dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit den gesamten Prozess begleiten sollte, angefangen bei Datenerhebung und -analyse bis hin zur Entwicklung von Maßnahmen. Deutlich wird dabei auch, dass es auf diesem Weg ‚von Daten zu Taten‘ noch viele offene Forschungsfragen gibt, und dass die Diskussion zum Thema ‚wissenschaftliche fundierte Entwicklung von Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit‘ gerade erst begonnen hat.

ABSTRACT

Low socioeconomic status (assessed by indicators such as educational level or income) is often associated with increased morbidity and mortality. This has been shown in many empirical studies, also in Germany. There are numerous calls for

political interventions aimed at reducing these health inequalities, in scientific discussions as well as in the public. Asked for scientifically based recommendations on how to proceed 'from data to action', we have to admit that we are still faced with many questions and few answers. Developing these recommendations poses many challenges such as, for example, how to integrate the expertise from different public health disciplines. The present study focuses on the cooperation between social epidemiology, public health ethics and health economics, as we believe that these three disciplines are of particular importance here. We briefly outline what each of them could contribute to the development of practical interventions aimed at reducing health inequalities. We particularly emphasize the importance of public health ethics, as it focuses on questions

that to date have largely been neglected in the German discussion: How can we evaluate the empirical data and the proposed political interventions from an ethical point of view? Which health inequalities are 'unjust', and how can this normative judgement be justified? Based on the expertise from the three disciplines mentioned above, the aim is to pave the way 'from data to action' by developing a well-structured stepwise procedure for interventions aimed at reducing health inequalities. The joint scheme could be very beneficial not only for developing practical interventions, but also for further developing each discipline in itself. The simple scheme proposed here could be a starting point that helps specify many open questions on this path 'from data to action'.

Einführung

In vielen sozial-epidemiologischen Studien ist gezeigt worden, dass die unteren Statusgruppen zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen. Auch der neue Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung lässt daran keinen Zweifel [1]. Heute wird niemand mehr in Frage stellen, dass es diese gesundheitlichen Ungleichheiten tatsächlich gibt. Die empirischen Analysen sind jedoch kein Selbstzweck. Praktische Relevanz erhalten sie erst dann, wenn daraus nutzenbringende, faire und umsetzbare Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit entwickelt werden können. Im folgenden Beitrag stellen wir unseren Vorschlag für einen 'Stufenplan zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung' vor, bezogen auf den Weg von empirischen Analysen bis hin zu gesundheitspolitischen Maßnahmen (siehe ► **Abb. 1**).

Dieser Schritt 'von Daten zu Taten' geht weit über das Arbeitsgebiet der Sozial-Epidemiologie hinaus. Berührt werden dabei auch viele ethische und ökonomische Fragen, um hier nur einige zu nennen:

- Welche empirisch feststellbaren gesundheitlichen Ungleichheiten sind 'ungerecht', d. h. welche stellen ein Problem dar, das durch gesundheitspolitische Maßnahmen verringert werden sollte (bzw. müsste)?
- Wie ließe sich überhaupt entscheiden, ob eine bestimmte gesundheitliche Ungleichheit 'ungerecht' ist oder nicht?
- Wenn es um die Planung konkreter Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit geht, muss auch gefragt werden: Kann es hier zu Konflikten mit anderen ethisch motivierten Zielsetzungen kommen, z. B. mit der Zielsetzung 'keine Stigmatisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen'? Und wenn ja: Wie könnten diese Konflikte gelöst werden, d. h. welche Bedeutung soll die Zielsetzung 'Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit' erhalten, verglichen mit den anderen ethischen Zielsetzungen, die vielleicht verletzt werden könnten?
- Wenn eine konkrete Maßnahme geplant wird, stellt sich immer auch die Frage, welche Effekte auf Art und Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit zu erwarten sind, und mit welchen Kosten gerechnet werden muss.

Für die Entwicklung von Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit sollte eine wissenschaftlich möglichst gut fundierte Basis vorliegen. Hier gibt es noch viel zu tun, einschließlich einer Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit. In diesem Beitrag möchten wir vor allem darauf hinweisen, wie wichtig die enge (und bisher weitgehend vernachlässigte) Kooperation zwischen den drei folgenden Disziplinen ist:

- *Sozial-Epidemiologie*
(Expertise z. B. bezogen auf die methodische Durchführung der empirischen Studien zu Art und Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit)
- *Public-Health-Ethik*
(Expertise z. B. bezogen auf die ethische Analyse der gesundheitlichen Ungleichheit und auch der Maßnahmen zur Verringerung dieser Ungleichheit)
- *Gesundheits-Ökonomie*
(Expertise z. B. bezogen auf die konzeptuellen Überlegungen und empirischen Studien zu den Kosten dieser Maßnahmen).

Unser 'Stufenplan zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung' beinhaltet Schritte, die u.E. erforderlich sind für empirisch fundierte, ethisch angemessene und ökonomisch sinnvolle gesundheitspolitische Maßnahmen zur Reduktion der gesundheitlichen Ungleichheit. Über die drei genannten Disziplinen hinaus sollten bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit selbstverständlich auch noch andere Disziplinen integriert werden (z. B. Public-Health-Psychologie oder Politikwissenschaften). An dieser Stelle kann jedoch nicht auf alle Möglichkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit näher eingegangen werden.

Jede Disziplin weist ihre eigenen Fragestellungen und Methoden auf und hat daher auch ihren eigenen Zugang zum Thema 'gesundheitliche Ungleichheit'. Im nächsten Abschnitt wird dargestellt, aus welcher Richtung sich die drei oben genannten Disziplinen den Fragen der gesundheitlichen Ungleichheit nähern. Im Mittelpunkt der bisherigen wissenschaftlichen Diskussion stehen in Deutschland vor allem die Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Analysen. In diesem Beitrag wird daher ein besonderer Fokus auf den ethischen und ökonomischen Ansatz gelegt. Anschließend

stellen wir unseren ‚Stufenplan zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung‘ vor.

Wir beschränken uns hier auf eine kurze Darstellung der angesprochenen Themen und Fragen und auf wenige Literaturhinweise. Eine ausführliche Ausarbeitung ist in unserem Buch [2] zu finden (siehe auch [3] für eine detaillierte Rezension des Buches).

Ansatz der Sozial-Epidemiologie

Die empirischen Analysen zu Art und Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit werden in unterschiedlichen Disziplinen durchgeführt. Im vorliegenden Beitrag sprechen wir von ‚sozial-epidemiologischer‘ Analyse, auch wenn es hier viele Überschneidungen zu Medizin-Soziologie und Sozial-Medizin gibt. Wir verstehen den Begriff ‚sozial-epidemiologische Analyse‘ als zusammenfassenden Begriff für alle empirischen Analysen zu Art und Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit, ohne damit einen disziplinären Alleinvertragsanspruch ausdrücken zu wollen.

Die Sozial-Epidemiologie konzentriert sich vor allem auf die Durchführung empirischer Studien und auf die statistische Analyse der erhobenen Daten. Im Mittelpunkt steht dabei zumeist die Frage: Wie wirkt sich die soziale Ungleichheit auf den Gesundheitszustand aus, bzw. wie wirkt sich umgekehrt der Gesundheitszustand auf die soziale Ungleichheit aus? Es gibt viele Merkmale der sozialen Ungleichheit, und entsprechend breit gefächert ist das Themenspektrum der Sozial-Epidemiologie. Der Blick kann sich z. B. auf die Unterschiede zwischen den Geschlechtern richten, auf die Unterschiede nach Migrationsstatus oder auf intersektionale Unterschiede. Ein zentrales Merkmal ist aber zweifellos auch der sozio-ökonomische Status (erhoben über Merkmale wie Bildung und Einkommen). Ein Großteil der sozial-epidemiologischen Arbeiten konzentriert sich auf diese status-spezifischen Unterschiede im Gesundheitszustand, und sie stehen auch im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrags.

In den sozial-epidemiologischen Analysen geht es zum einen darum, empirisch zu prüfen, ob diese status-spezifische gesundheitliche Ungleichheit tatsächlich existiert und wie groß sie ggf. ist. Dabei wird auch untersucht, ob sich das Ausmaß dieser gesundheitlichen Ungleichheit in den letzten Jahren eher vergrößert oder eher verringert hat. Die Ergebnisse der aus Deutschland vorliegenden Studien lassen sich so zusammenfassen [z. B. 2, 4, 5]: Morbidität und Mortalität sind in den unteren Statusgruppen im Vergleich zu den oberen Statusgruppen zumeist deutlich erhöht, und diese gesundheitliche Ungleichheit hat in den letzten Jahren eher zu- als abgenommen. Die Analysen zeigen somit deutlich, dass die Forderung nach gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Verringerung dieser Ungleichheit nichts an Dringlichkeit verloren hat.

In den sozial-epidemiologischen Arbeiten geht es nicht nur um die bloße Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheiten, sondern auch um die Analyse der Ursachen. In den Public-Health-Wissenschaften werden viele Ansätze zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit diskutiert. Als Stichworte können hier z. B. genannt werden: Wohn- und Arbeitsbedingungen, Angebote und Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung, soziale Unterstützung bzw. Diskriminierungserfahrungen, individuelles Gesundheitsverhalten. In der Sozial-Epidemiologie wird versucht, aus diesen Erklärungsansätzen Hypothesen abzuleiten und diese Hy-

pothesen dann in empirischen Studien zu überprüfen. In einigen Bereichen ist das einfacher als in anderen. Relativ gut messen lässt sich z. B. das Gesundheitsverhalten, und auch die Effekte auf den Gesundheitszustand sind hier relativ gut zu erheben.

Andere potentielle Zusammenhänge sind oft erheblich schwieriger zu erfassen. Es ist z. B. zu vermuten, dass die Wohnbedingungen in den unteren Statusgruppen zumeist erheblich gesundheitsbelastender sind als in der oberen. Um nur einige der komplexen Hintergrundfragen zu nennen, die sich hier stellen: Welche Wohnbedingungen sind gesundheitsfördernd bzw. -gefährdend, und wie stark sind diese Effekte? Welche Rolle spielt der geographische und welche Rolle spielt der sozial-räumliche Kontext? Wie lassen sich diese Wohnbedingungen in einer empirischen Studie möglichst präzise erfassen, und wie lassen sich wohnbedingte gesundheitliche Effekte abgrenzen von den vielen anderen gesundheitlichen Einflussfaktoren? Wie sehen die Effekte der Wohnbedingungen auf den Gesundheitszustand aus, d. h. wie sollte der Gesundheitszustand erhoben werden, um diese Effekte möglichst gut messen zu können? Wie beeinflussen sich die unterschiedlichen Umweltbedingungen gegenseitig, und wie wirken sie sich auf das Gesundheitsverhalten aus? Wie lässt sich dieses Geflecht aus Ursache und Wirkung bei der Datenanalyse möglichst präzise abbilden, d. h. wie lässt sich möglichst genau feststellen, welche gesundheitliche Wirkung von welchen Umweltbedingungen ausgeht?

Eine weitergehende Diskussion theoretischer Modelle zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit ist in den deutschsprachigen sozial-epidemiologischen Arbeiten nur relativ selten zu finden [z. B. 2, 6]. Auch in der englischsprachigen Diskussion wird immer wieder betont, wie begrenzt unser Wissen über die sozialen Prozesse ist, die der gesundheitlichen Ungleichheit zugrunde liegen [z. B. 7]. Das hat u.E. vor allem zwei Gründe: Zum einen liegt die Entwicklung theoretischer Modelle nicht im Kernbereich der sozial-epidemiologischen Expertise. Zum anderen gibt es bezogen auf die Theorieentwicklung in der gesamten Public-Health-Diskussion einen erheblichen Nachholbedarf [z. B. 8], und deutlich wird das selbstverständlich auch beim Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘. Umso wichtiger wäre u.E. die engere Kooperation mit den Disziplinen, die sich primär auf die Weiterentwicklung der theoretischen Diskussion konzentrieren, und dazu gehört zweifellos auch die Public-Health-Ethik.

Ansatz der Public-Health-Ethik

Über den Stellenwert der Public-Health-Ethik beim Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ wird im deutschsprachigen Raum bisher nur selten diskutiert. Hier möchten wir daher etwas weiter ausholen. Als Einstieg wird zunächst kurz auf die Entstehungsgeschichte der Public-Health-Ethik hingewiesen. Anschließend gehen wir dann näher auf die Frage ein, welchen Beitrag sie zur Diskussion über das Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ leisten kann.

Erste Versuche in den USA, die Disziplin ‚Public-Health-Ethik‘ zu definieren, erfolgten in expliziter Abgrenzung zur Bioethik. Während sich die Bioethik primär auf die Ebene des Individuums konzentriert, ist der Blick bei der Public-Health-Ethik vor allem populationsbezogen. Im Vordergrund der bioethischen, medizinethischen oder klinisch-ethischen Debatten steht zumeist die Frage, welche Rechte jedes Individuum hat und wie diese Rechte am bes-

ten geschützt werden können [9, 10]. Dabei geht es vor allem um den Respekt der Autonomie jedes Individuums, z. B. um die ‚informierte Einwilligung‘ (‚informed consent‘), die vor einem medizinischen Eingriff oder vor der Teilnahme an einem biomedizinischen Forschungsprojekt einzuholen ist. In der Public-Health-Ethik geht es jedoch vor allem um die ethische Diskussion von Gesundheits- und Präventionsmaßnahmen auf der Bevölkerungsebene, d. h. um ein gerechtigkeitsorientiertes Ziel wie ‚Gesundheit für alle‘. Bei der Zielsetzung ‚Verbesserung des Gesundheitszustands aller Bevölkerungsgruppen‘ kann es aus ethischer Sicht z. B. durchaus möglich sein, dass die Zustimmung jedes Einzelnen nicht unbedingt erforderlich ist, oder gar nicht eingeholt werden kann. Möglich wäre z. B. auch, dass Maßnahmen ergriffen werden dürfen (bzw. müssen), obwohl Einzelne explizit dagegen sind. Trotz dieser unterschiedlichen Ausrichtung ist es uns wichtig, Public-Health-Ethik nicht als ein von der Bioethik klar abzugrenzendes Fach zu definieren: Hier folgen wir der Argumentation von J. Wilson [11, S. 11]: „Anstatt Public Health als etwas zu betrachten, das sich von der klinischen Versorgung unterscheidet und konzeptionell von ihr getrennt werden muss, ist Public Health unserer Ansicht nach die normative Grundlage, auf deren Basis auch die klinische Versorgung funktionieren sollte.“ (Übersetzung: Mielck/Wild). In diesem Sinne sollte auch Public-Health-Ethik nicht von Bioethik getrennt werden. Der gerechtigkeitsorientierte Ansatz ‚Gesundheit für alle‘ sollte also auch in die individualethischen Normen und Abwägungen integriert werden.

Wichtiger Auslöser für die Entstehung der Disziplin ‚Public-Health-Ethik‘ waren die sozial-epidemiologischen Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit. Ihre zentrale Aussage, dass der Gesundheitszustand bei den sozial Benachteiligten zumeist besonders schlecht ist, führte zur Überzeugung, dass eine Public-Health-orientierte Ethik sich vor allem auf Fragen zum Thema ‚Gerechtigkeit‘ konzentrieren müsse [12, 13], dass sie ihre Erkenntnisse daher primär aus differenzierten Gerechtigkeitstheorien gewinnen müsse (z. B. aus der politischen Philosophie) und aus der sozialen und ökonomischen Ungleichheitsforschung. Im Mittelpunkt stehen hier also kollektive, pluralistische Werte wie Solidarität, Reziprozität, soziale Gerechtigkeit und Gemeinwohl.

Die heutige Literatur im Bereich der Public-Health-Ethik ist bereits recht ausdifferenziert und behandelt z. B. folgende Themenbereiche: Einschränkungen der individuellen Freiheit durch Gesundheitsmaßnahmen (Stichwort ‚Paternalismus‘), Bedeutung von Solidarität und sozialer Unterstützung beim Thema ‚Gesundheit‘, Stigmatisierung durch Gesundheitsmaßnahmen, globale Gesundheitsgerechtigkeit, Werte und Wertkonflikte bei humanitären Hilfsmaßnahmen in Krisengebieten, ethisch orientiertes Pandemie-Management.

Zu betonen ist auch, dass es *die* Public-Health-Ethik als fest etablierte Disziplin noch nicht gibt. Das Spektrum der Inhalte und Methoden entwickelt sich stetig weiter. An der Diskussion beteiligen sich nicht nur Philosoph*innen, sondern z. B. auch Personen mit Hintergrund in Rechtswissenschaften, Medizin, Politikologie, Ökonomie, Soziologie und humanitärer Hilfe. Etliche wichtige Beiträge stammen von Wissenschaftler*innen, die sich selbst vielleicht gar nicht als Public-Health-Ethiker*in bezeichnen würden (sondern zum Beispiel als politische/r Philosoph*in). Um die Diskussion zu bündeln, ist im Jahr 2010 mit Gründung der Zeitschrift ‚Public

Health Ethics‘ (Oxford University Press) ein eigenes wissenschaftliches Forum geschaffen worden. In der Zeitschrift wird großer Wert auf die gründliche philosophische Ausarbeitung der jeweiligen Themen Wert gelegt. Begrüßt wird jedoch auch, wenn dabei eine gute Verankerung in der empirischen Realität hergestellt werden kann. Internationale Treffen der Public-Health-Ethiker*innen finden z. B. im Rahmen des ‚World Congress of Bioethics‘ statt.

Im englischsprachigen Raum ist die Entwicklung der Public-Health-Ethik schon relativ weit fortgeschritten. Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher jedoch noch kein entsprechendes Standard-Curriculum, keinen klar definierten thematischen Bereich und keine eigenständigen beruflichen Karrieren. Bisher können auch noch keine Professuren in diesem Fach besetzt werden. Eigenständige wissenschaftliche Forschung zum Themenbereich ‚Public-Health-Ethik‘ ist daher nur sehr eingeschränkt möglich. Umso höher zu schätzen sind die Beiträge derjenigen, die sich dafür einsetzen, dass die Public-Health-Ethik auch hierzulande eine größere Bedeutung erhält [z. B. 14–18].

Die Arbeitsbereiche der Sozial-Epidemiologie und der Public-Health-Ethik weisen ohne Frage große Überschneidungen auf, auch und vor allem beim Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘. Wissenschaftlich gesehen kommt die Public-Health-Ethik jedoch aus einer anderen Richtung. Im Vordergrund der ethischen Diskussion steht nicht die Durchführung empirischer Studien, sondern die geisteswissenschaftliche, normative Analyse ethischer Fragen (also wie etwas *ethisch* zu bewerten ist, d. h. wie etwas sein *soll*, und warum). Sozial-Epidemiologen*innen arbeiten primär empirisch, zur Bereitstellung möglichst objektiver Informationen (also zur Frage, wie etwas *ist*). Zumindest implizit sind die Schlüsse aus diesen empirischen Studien jedoch häufig normativ, d. h. ethisch bewertend. Ähnlich ist es bei der Planung und Durchführung der empirischen Studien, auch hier spielen ethisch-normative Vorstellungen eine große Rolle (z. B. bezogen auf die Frage, welche gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen im Mittelpunkt der Studie stehen *sollen*). In ihren Arbeiten folgen die Sozial-Epidemiologen*innen zumeist dem folgenden Argumentationsmuster: Zuerst wird empirisch belegt, dass die gesundheitliche Belastung in der unteren Statusgruppe besonders hoch ist, und dann wird daraus quasi automatisch gefolgert, dass Maßnahmen zur Verringerung dieser Ungleichheit erforderlich sind. Bei näherem Hinsehen wird deutlich, wie weit dieser argumentative Sprung ist, d. h. der Sprung von einem empirisch festgestellten Zusammenhang (d. h. wie etwas *ist*) hin zu einer normativen Forderung (d. h. wie etwas sein *soll*).

Der Begriff ‚normativ‘ leitet sich ab von ‚Norm‘ und verweist auf etwas, was wertend, 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 wäre die aus ethischer Sicht ‚richtige‘ gesetzliche Rechtsnorm?). Ethisch verstandene Normativität ist in vielen Public-Health-Diskussionen zu finden, auch in der Sozial-Epidemiologie. Eine systematisch geführte Diskussion über die komplexen ethisch-normativen Fragen, die dabei berührt werden, ist jedoch nur selten zu finden [19, 20].

Ohne explizite Diskussion darüber, wie eine normative Aussage ethisch begründet ist bzw. bewertet werden kann, oder wie im Fall

eines Wertekonfliktes vorgegangen werden soll, besteht u.E. immer die Gefahr, dass wichtige Kriterien bei der gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung übersehen werden. Um nicht missverstanden zu werden: Die Aussage ‚es muss etwas getan werden‘ kann selbstverständlich vollkommen richtig sein. Wichtig wäre u.E. jedoch, solche Aussagen auch aus ethisch-normativer Sicht immer möglichst gut zu begründen. Auch wenn es darum geht, wie eine gesundheitliche Ungleichheit verringert werden soll, ist eine fundierte ethisch-normative Überprüfung der Vorschläge u.E. unerlässlich (z. B. in Bezug auf Themen wie Stigmatisierung, Solidarität und Priorisierung).

In der Sozial-Epidemiologie (ebenso wie in den gesamten Public-Health-Wissenschaften) wird häufig gesagt, 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. Begründet wird diese Forderung nach politischer Priorisierung zumeist durch mehr oder weniger direkte Hinweise auf grundlegende ethische Ziele wie ‚Gleichheit‘ oder ‚Gerechtigkeit‘, d. h. durch allgemein akzeptierte gesellschaftliche Wertvorstellungen, die vermutlich von jedem Menschen geteilt werden. Verwiesen wird dabei häufig auf den Ansatz von M. Whitehead [z. B. 21]. Eine fundierte Diskussion über die Stärken und Schwächen der von ihr vorgeschlagenen normativen Bewertungen ist in der Sozial-Epidemiologie jedoch kaum zu finden. Aus ethischer Sicht müsste hier z. B. gefragt werden: Welche Gerechtigkeitstheorie liegt dem Ansatz von M. Whitehead zugrunde, und wie gut fundiert ist dieser theoretische Ansatz? Was spricht für bzw. gegen den einen oder den anderen gerechtigkeits-theoretischen Ansatz?

In der Public-Health-Ethik sind für diese Diskussion bereits viele Grundlagen geschaffen worden. Die hier entstandene Expertise besteht vor allem darin, die ethisch-normativen Dimension der Bewertungen und Empfehlungen zu erkennen, zu benennen und zu analysieren, und dabei auch das Spannungsfeld möglicher normativer Konflikte im Auge zu behalten. Insbesondere im Themenbereich ‚Gesundheitsgerechtigkeit‘ sind in den letzten Jahren viele grundlegende Beiträge entstanden, hervorzuheben sind hier z. B. die folgenden:

- Weiterentwicklung des gerechtigkeits-theoretischen Ansatzes von John Rawls für den Bereich ‚Gesundheit‘ durch Norman Daniels [22]
- Weiterentwicklung des Capability-Ansatzes von Amartya Sen und Martha Nussbaum für den Bereich ‚Gesundheit‘ durch Sridhar Venkatapuram [13]
- Weiterentwicklung der Ansätze zur strukturellen und epistemischen Gerechtigkeit (insbesondere der Ansätze von Iris Marion Young und Miranda Fricker) für den Bereich ‚Gesundheit‘ [z. B. 23, 24].
- Entwicklung einer Theorie zum Themenkomplex ‚soziale Gerechtigkeit in Public-Health-Politik und -Praxis‘ durch Madison Powers und Ruth Faden [25].

Diese Ansätze bieten eine gute Grundlage, wenn überlegt wird, ob und warum eine bestimmte gesundheitliche Ungleichheit als ‚ungerecht‘ bewertet werden kann. Sie bieten auch einen guten Rahmen zur Prüfung der Frage, welche ethisch-normativen Problemen bei einer Maßnahme zur Verringerung dieser Ungleichheit auf-

ten könnten. Falls diese Prüfung ergibt, dass aus ethischer Sicht erhebliche Bedenken bestehen, würde das die Empfehlung nach sich ziehen, die Maßnahme zu überarbeiten oder neu zu konzipieren (und anschließend aus ethischer Sicht erneut zu prüfen).

Die oben genannten Ansätze führen zu vielen weitergehenden Fragen, um hier nur einige zu nennen:

- Sollen alle Ungleichheiten verringert werden, die als ‚ungerecht‘ zu bewerten sind?
- Kann es ‚ungerechte‘ Ungleichheiten geben, die trotzdem zu akzeptieren sind?
- Wenn es mehrere ‚ungerechte‘ Ungleichheiten gibt: Welche sind wichtiger als andere, und wie könnte diese Priorisierung begründet werden?
- Gibt es auch Ungleichheiten, die nicht als ‚ungerecht‘ zu bewerten sind, aus ethischer Sicht aber trotzdem behoben werden sollten?
- Ist die Vielschichtigkeit und Komplexität der real existierenden Ungerechtigkeit mit den bisher vorhandenen gerechtigkeits-theoretischen Grundlagen bereits angemessen zu beschreiben und zu bewerten, und wie angemessen ist diese Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen zur Verringerung der Ungerechtigkeit?

Verglichen mit dem englischsprachigen Raum werden solche Fragen im deutschsprachigen Raum bisher kaum diskutiert.

Gesundheits-Ökonomie

Einige Leser*innen mögen überrascht sein, dass hier beim Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ nicht nur der Sozial-Epidemiologie und der Public-Health-Ethik, sondern auch der Gesundheits-Ökonomie eine große Bedeutung beigemessen wird. Wenn man davon ausgeht, dass es in der Ökonomie vor allem um Möglichkeiten der Kosteneinsparung oder Gewinnsteigerung geht, dann fällt es in der Tat schwer, die Verbindung zum womöglich kostenintensiven Thema ‚Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit‘ herzustellen. Bei näherer Betrachtung wird jedoch schnell deutlich, dass in der Gesundheits-Ökonomie ein sehr viel breiteres Spektrum an Fragen bearbeitet wird, und dass es dabei viele inhaltliche Überschneidungen mit den Bereichen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik gibt [26–28].

Ausführliche Darstellungen der gesundheits-ökonomischen Diskussion sind an anderer Stelle zu finden [z. B. 29, 30]. Mit Blick auf das Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ werden dabei z. B. die folgenden empirischen und normativen Fragen behandelt:

- Wie sollten die zur Verfügung stehenden Ressourcen der gesundheitlichen Versorgung am besten verteilt werden?
- Was soll gleich (bzw. gerechter) verteilt werden, der Gesundheitszustand, die Lebensqualität, die gesundheitliche Versorgung, oder noch etwas anderes?
- Wie ist das, was gleich (bzw. gerechter) verteilt werden soll, in empirischen Analysen zu erfassen?
- Wie teuer sind die Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, und welche Effekte bzw. Nutzen haben sie?

Trotz dieser inhaltlichen Gemeinsamkeiten ist von einer konstruktiven, systematischen Zusammenarbeit zwischen Sozial-Epidemio-

logie, Public-Health-Ethik und Gesundheits-Ökonomie bisher noch nicht viel zu sehen. Im Sinne empirisch gut fundierter, normativ gut begründeter und praktisch umsetzbarer Maßnahmen zur Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit wäre eine solche Zusammenarbeit u.E. jedoch sehr zu begrüßen.

In der Gesundheits-Ökonomie wird zumeist zwischen horizontaler und vertikaler Gleichheit in der gesundheitlichen Versorgung unterschieden. Grundlage ist die folgende Definition:

- Horizontale Gleichheit: Die gesundheitliche Versorgung sollte bei allen Personen mit gleichem Versorgungsbedarf gleich gut sein.
- Vertikale Gleichheit: Die gesundheitliche Versorgung sollte bei Personen mit größerem Versorgungsbedarf besser sein als bei Personen mit niedrigerem Bedarf.

In der Gesundheits-Ökonomie sind umfangreiche Analysen insbesondere zur horizontalen Gleichheit in der gesundheitlichen Versorgung durchgeführt worden. Dabei wird z. B. deutlich, dass die Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung bei den unteren sozio-ökonomischen Statusgruppen zumeist besonders hoch sind. Das ist auch plausibel, denn diese Gruppen weisen ja zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand auf, und sie haben somit auch einen besonders hohen Bedarf an gesundheitlicher Versorgung. Bei gleichem Gesundheitszustand (d. h. bei gleichem Bedarf) sollte es aber keine größeren Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung nach sozio-ökonomischem Status mehr geben (siehe Definition ‚horizontale Gleichheit‘). Die empirischen Analysen aus Deutschland zeigen hier jedoch das folgende Bild [2]: Bezogen auf die Besuche bei *Allgemeinärzt*innen* sind zwischen Patient*innen mit niedrigem bzw. höherem Einkommen zumeist nur geringe Unterschiede zu erkennen. Die Personen mit höherem Einkommen gehen aber deutlich häufiger zu *Fachärzt*innen* als die Personen mit geringerem Einkommen, auch wenn für die Variable ‚Versorgungsbedarf‘ statistisch kontrolliert wird. Hier ist also eine klare horizontale *Ungleichheit* zu erkennen. Mit anderen Worten: Offenbar gibt es Barrieren bei der Inanspruchnahme ambulant tätiger *Fachärzt*innen*, die vor allem für die einkommensschwächeren Patient*innen nur schwer zu überwinden sind. Die Vermutung liegt nahe, dass diese horizontale *Ungleichheit* zu einer Verfestigung bzw. Vergrößerung der gesundheitlichen Ungleichheit führt.

In der Gesundheits-Ökonomie wird auch darüber diskutiert, ob die Effekte bzw. Nutzen der gesundheitlichen Versorgung bei den Patient*innen höher gewichtet werden sollen, die aus der unteren Statusgruppe kommen (Stichwort ‚equity weights‘). Die Idee dahinter lässt sich so verdeutlichen: Auch wenn mit einer bestimmten Versorgungsmaßnahme bei allen Patient*innen aus rein medizinischer Sicht die gleiche Verbesserung des Gesundheitszustands erreicht werden könnte, sollte diese Verbesserung bei den Patient*innen aus der unteren Statusgruppe ein größeres Gewicht erhalten als bei den Patient*innen aus der oberen Statusgruppe. Bezogen auf die untere Statusgruppe wird dieser Maßnahme also ein besonders großer positiver Effekt bzw. Nutzen zugeschrieben. Im Endergebnis würde das dazu führen, dass die gesundheitliche Versorgung der unteren Statusgruppe eine besonders hohe Priorität erhält. Im Mittelpunkt der gesundheits-ökonomischen Diskussion stehen hier vor allem die beiden folgenden Fragen: Wie können diese Gewichte berechnet werden, und wie lässt sich auf dieser

Grundlage das Ziel ‚Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit‘ in die Analyse integrieren? Inzwischen gibt es eine umfangreiche Diskussion zum Thema ‚equity weights‘. Dabei werden nicht nur zahlreiche statistische Verfahren vorgeschlagen [31], sondern auch praktische Fragen der gesundheitspolitischen Umsetzung angesprochen. Es wird z. B. betont, dass eine normative Diskussion erforderlich ist, um entscheiden zu können, mit welchem Wert eine Zielsetzung wie ‚Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit‘ in die gesundheits-ökonomischen Analysen eingehen soll [32]. Auch zur Frage, wie sich die ‚equity weights‘ aus *ethischer* Sicht begründen lassen, liegen schon einige Diskussionsbeiträge vor [z. B. 33].

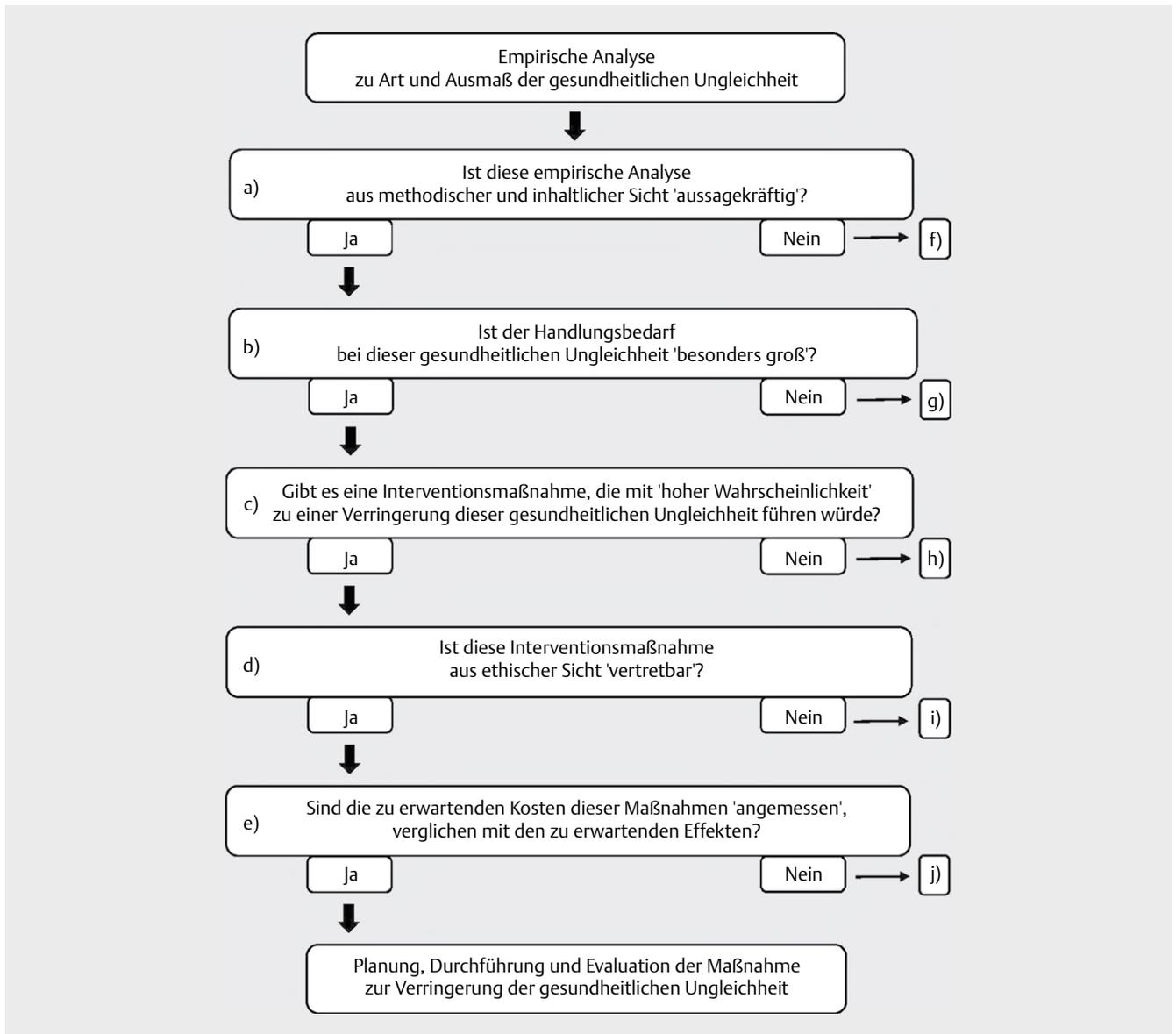
Manche mögen einwenden, dass die sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen erheblich wichtiger sind zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit als die Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung, dass sich die Ansätze zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit daher vor allem auf diese sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen konzentrieren sollten. Dem soll hier nicht widersprochen werden. Das ändert u.E. jedoch nichts an der Aussage, dass sich wissenschaftlich möglichst gut fundierte Vorschläge zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit nur auf einer möglichst breiten interdisziplinären Basis entwickeln lassen, unter Einbezug aller dazu gehörenden empirischen und normativen Forschungsansätze.

Die Integration der Gesundheits-Ökonomie in diesen Diskurs ist nicht nur deswegen wichtig, weil dort bereits intensiv über die Frage nachgedacht wird, ob und wie sich die Probleme der gesundheitlichen Ungleichheit auch im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung verringern lassen. Hinzu kommt noch ein weiterer wichtiger Punkt: Unabhängig davon, ob sich eine Interventionsmaßnahme auf den Bereich der gesundheitlichen Versorgung konzentriert oder nicht, wird immer überlegt werden müssen, welche Kosten mit dieser Maßnahme verbunden sind, und mit welchen Effekten bzw. Nutzen gerechnet werden kann. Die hierfür erforderlichen Analysen sind integraler Bestandteil der Gesundheits-Ökonomie, auf diese Expertise sollte daher nicht verzichtet werden.

Entwicklung eines Stufenplans zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung

Unser Ausgangspunkt ist die Frage, wie sich aus den empirischen Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit wissenschaftlich möglichst gut fundierte Empfehlungen zur Verringerung dieser Ungleichheit ableiten lassen. Der Stufenplan soll aufzeigen, wie die Integration von Sozial-Epidemiologie, Public-Health-Ethik und Gesundheits-Ökonomie auf diesem Weg ‚von Daten zu Taten‘ aussehen könnte. Eine erste Version des Stufenplans ist bereits an anderer Stelle publiziert worden [2, 34], in diesem Beitrag möchten wir einen Schritt zur Weiterentwicklung vorschlagen. Wichtig wäre auch die Integration normativer Abwägungen bei Planung, Design und Durchführung der empirischen Studien, das ist hier jedoch nicht zu leisten.

Der Weg von ‚Daten zu Taten‘ wird anhand der folgenden fünf ‚Leitfragen‘ verdeutlicht (siehe ► **Abb. 1**):



► **Abb. 1** Zentrale Fragen bei der Entwicklung eines Stufenplans zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung.

- a) *Ist diese empirische Analyse zu Art und Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit aus methodischer und inhaltlicher Sicht ,aussagekräftig'?*
 Weiterführende Fragen wären hier z. B.: Wie repräsentativ ist die Stichprobe? Wurden die statistischen Analysen methodisch korrekt durchgeführt? Wie gut sind die erforderlichen qualitativen Studien durchgeführt worden? Wie gut werden die gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen der sozial benachteiligten Personen bzw. Gruppen erfasst?
- b) *Ist der Handlungsbedarf bei dieser gesundheitlichen Ungleichheit ,besonders groß'?*
 Weiterführende Fragen wären hier z. B.: Gehört diese Gruppe der sozial Benachteiligten wirklich zu den am stärksten benachteiligten Gruppen? Ist diese gesundheitliche Ungleichheit ,ungerecht' und ergibt sich daraus besonders dringender Hand-

- lungsbedarf? Sind die sozialen und/oder ökonomischen Folgen der Ungleichheit hier ,besonders schwerwiegend'?
- c) *Gibt es eine Interventionsmaßnahme, die mit ,hoher Wahrscheinlichkeit' zu einer Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheit führen würde?*
 Weiterführende Fragen wären hier z. B.: Wurden vergleichbare Interventionsmaßnahmen bereits durchgeführt, und falls ja: Wurde dabei auch die Auswirkung auf das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit erhoben? Wie gut lässt sich hier die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Maßnahmen abschätzen, wenn bisher noch keine empirischen Informationen zur Wirkung vergleichbarer Maßnahmen vorliegen?
- d) *Ist diese Interventionsmaßnahme aus ethischer Sicht ,vertretbar'?*
 Weiterführende Fragen wären hier z. B.: Werden individuelle Selbstbestimmungsrechte verletzt, und wenn ja: Wäre das aus ethischer Sicht eventuell vertretbar? Wie gut werden die Perso-

nen, die erreicht werden sollen, vor Diskriminierung geschützt? Wie gut werden sie einbezogen in die Planung und Durchführung der Maßnahme (Stichwort ‚Partizipation‘)?

e) *Sind die zu erwartenden Kosten dieser Maßnahmen ‚angemessen‘, verglichen mit den zu erwartenden Effekten?*

Weiterführende Fragen wären hier z. B.: Sollen nicht nur die finanziellen, sondern auch die zeitlichen Kosten einbezogen werden? Mit welchen Unsicherheiten ist bei dieser Kostenschätzung zu rechnen, und ab wann ist diese Unsicherheit so groß, dass die Frage nach der Angemessenheit nicht mehr zu beantworten ist? Wie gut lassen sich die Effekte auf Art und Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit abschätzen, mit welchen Unsicherheiten ist dabei zu rechnen, und wie lassen sich die Effekte trotz dieser Unsicherheiten zumindest grob abschätzen?

Wenn eine dieser Leitfragen mit ‚ja‘ beantwortet werden kann, sollte sich der Blick auf die nächste Frage richten. Wenn alle Leitfragen mit ‚ja‘ beantwortet werden können, lassen sich u.E. gut begründete Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ableiten. Dieser Idealfall wird wahrscheinlich selten eintreten. Wir möchten nicht ausschließen, dass es bereits Interventionsmaßnahmen gab oder gibt, die diesem Idealfall entsprechen. Wir kennen zurzeit jedoch keine. Die Suche nach derartigen positiven Beispielen muss einer späteren intensiven Recherche vorbehalten bleiben. In der Praxis ist vor allem mit zwei Herausforderungen zu rechnen:

- Die oben aufgeführten weiterführenden Fragen sollen beispielhaft andeuten, wie komplex diese fünf Leitfragen sind. Sie werden nur selten mit einem klaren ‚ja‘ (bzw. ‚nein‘) zu beantworten sein. Jede wirft viele weitere Fragen auf. Im Rahmen der Diskussion müsste also geklärt werden, wie man trotz der zumeist großen Informationslücken und Unwägbarkeiten zu einer Entscheidung zwischen ‚ja‘ bzw. ‚nein‘ kommen kann. Bei jeder der fünf Leitfragen ist ein Begriff hervorgehoben worden, der die Abwägung, die bei dieser Entscheidungsfindung erforderlich ist, besonders deutlich macht (bei der ersten ist dies z. B. das Wort ‚aussagekräftig‘).
- Wenn eine der fünf Leitfragen letztlich mit ‚nein‘ beantwortet werden muss, könnte man die Diskussion zur Frage, ob (bzw. wie) die hier empirisch aufgezeigte gesundheitliche Ungleichheit verringert werden sollte, an dieser Stelle einfach beenden. Es wäre u.E. jedoch erheblich sinnvoller, wenn weiter überlegt wird, wie die empirische Studie verbessert werden könnte, bzw. welche anderen Möglichkeiten zur Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheit entwickelt werden könnten.

Die erste Herausforderung verdeutlicht, wie anspruchsvoll dieser Diskussionsprozess ist. Auch innerhalb der einzelnen wissenschaftlichen Disziplinen wird es unterschiedliche Bewertungen und Schlussfolgerungen geben. Hinzu kommt die erforderliche Abstimmung zwischen den Wissenschaftler*innen, den gesundheitspolitischen Akteuren und den Vertreter*innen der Personen, die mit den Maßnahmen letztlich erreicht werden sollen. Auch das birgt erhebliches Konfliktpotential. Ohne eine gute Moderation wird es schwer sein, Antworten zu finden, die von allen Beteiligten akzeptiert werden können. Eine ausführliche Darstellung der ersten He-

erausforderung ist im oben erwähnten Buch zu finden [2]. Auf die zweite Herausforderung möchten wir hier in diesem Beitrag noch etwas näher eingehen. Dabei geht es also vor allem um die Frage, wie weiter verfahren werden könnte, wenn eine der fünf oben genannten Fragen (siehe ‚a‘ bis ‚e‘) mit ‚nein‘ beantwortet werden muss. Dazu möchten wir hier einige Vorschläge zur Diskussion stellen (siehe ‚f‘ bis ‚k‘ in ► **Abb. 1**):

f) *Nein, die empirische Analyse ist aus methodischer bzw. inhaltlicher Sicht nicht ‚aussagekräftig‘.*

Weiterführende Fragen wären hier z. B.: Welche Schritte wären erforderlich, um die gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen der benachteiligten Bevölkerungsgruppen besser erfassen zu können (einschließlich der Wechselwirkungen zwischen diesen Ressourcen und Belastungen)? Gibt es konzeptuelle, methodische und/oder theoretische Lücken (z. B. bezogen auf die Definition von ‚Benachteiligung‘ oder von ‚Vulnerabilität‘), und wenn ja: Wie könnten sie geschlossen werden? Welche Disziplinen sollten einbezogen werden für die Durchführung weiterführender empirischer und normativer Analysen, und wie sollten diese interdisziplinären Forschungsprojekte konzipiert sein?

g) *Nein, der Handlungsbedarf ist bei dieser gesundheitlichen Ungleichheit nicht ‚besonders groß‘.*

Weiterführende Fragen wären hier z. B.: Welche sozialen Gruppen sind gesundheitlich am stärksten belastet, und welche empirischen Studien wären erforderlich bezogen auf diese Gruppen? Welche ethisch-normativen Ansätze wurden verwendet, um eine gesundheitliche Ungleichheit als ‚ungerecht‘ zu bezeichnen, und welche Perspektiven und Argumente sollten hier zur besseren Erfassung von ‚Ungerechtigkeit‘ noch stärker berücksichtigt werden? Wie lässt sich die gerechtigkeits-theoretische Expertise schon bei der Studienplanung integrieren? Gibt es größeren Forschungsbedarf bezogen auf die gesundheitlichen Ungleichheiten, die aus ökonomischer Sicht besonders ‚teuer‘ sind, und wenn ja: Wie lassen sich die entsprechenden empirischen Studien aufsetzen?

h) *Nein, wir kennen keine Interventionsmaßnahme, die mit ‚hoher Wahrscheinlichkeit‘ zu einer Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheit führen würde.*

Weiterführende Fragen wären hier z. B.: Wie lässt sich auch bei unklarer Informationslage entscheiden, ob die wissenschaftliche Evidenz ‚ausreichend‘ hoch ist oder nicht? Bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist diese Frage besonders wichtig, da klare wissenschaftliche Evidenz für die potentielle Wirkung dieser Maßnahmen zumeist besonders schwer zu erhalten ist (siehe Diskussion zum Thema ‚Evidence-based Public Health‘ [z. B. 35]). Wurden vergleichbare Interventionsmaßnahmen bereits in anderen Ländern durchgeführt, und wenn ja: Was waren dort die Effekte auf die gesundheitliche Ungleichheit, und wie gut lassen sich diese Ergebnisse auf Deutschland übertragen? Im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit sind 12 Kriterien für ‚gute Praxis‘ entwickelt worden.¹ Ist die Forderung nach ‚hoher Wahrscheinlichkeit‘ also bereits erfüllt, wenn diese 12 Kriterien weitgehend befolgt werden, und welche dieser Kriterien sind dabei besonders wichtig? Wenn keine Interventionsmaßnahme mit klar belegbarer Wirkung vorhanden ist, wird oft empfohlen, eine Maßnahme zu wählen, bei der die Wirkung zumindest plausibel zu begründen ist (siehe Unterschei-

dung zwischen ‚proven intervention‘ und ‚promising intervention‘).² Aber auch hier müsste gefragt werden: Wie plausibel ist plausibel genug? Wäre es hierfür z. B. ausreichend, einige der zentralen 12 Kriterien für ‚gute Praxis‘ weitgehend zu erfüllen? Aber welche Kriterien sind das, und was genau ist hier gemeint mit ‚weitgehend erfüllt‘?

- i) *Nein, diese Interventionsmaßnahme wäre aus ethischer Sicht nicht ‚vertretbar‘.*

Weiterführende Fragen wären hier z. B.: Können diese ethischen Bedenken ausgeräumt werden durch Veränderungen bei der Planung bzw. Durchführung dieser Maßnahme? Welche anderen Interventionsmaßnahmen gäbe es zur Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheit, und wie wären diese anderen Möglichkeiten aus ethischer Sicht zu bewerten?

- k) *Nein, verglichen mit den zu erwartenden Effekten wären die zu erwartenden Kosten dieser Maßnahmen nicht ‚angemessen‘ (d. h. ‚zu hoch‘).*

Weiterführende Fragen wären hier z. B.: Können diese Kostenbedenken ausgeräumt werden durch Veränderungen bei der Planung bzw. Durchführung dieser Maßnahme? Welche anderen Interventionsmaßnahmen gäbe es zur Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheit, und wie wären diese anderen Möglichkeiten aus ökonomischer Sicht zu bewerten?

Der Stufenplan endet hier mit ‚Planung, Durchführung und Evaluation der Maßnahme zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit‘. Besonders hervorheben möchten wir dabei die Relevanz der Evaluation. Je mehr wir über die Wirkung einer Maßnahme wissen, und je besser wir diese Wirkung auch erklären können, desto eher wird es möglich sein, neue Maßnahmen zu entwickeln, die den drei oben genannten Anforderungen entsprechen (siehe Stufen ‚c‘, ‚d‘ und ‚e‘).

Fazit

Art und Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit sind bereits in vielen empirischen Analysen beschrieben worden. Es bestehen jedoch nach wie vor große Lücken bei der wissenschaftlich fundierten Ableitung von Maßnahmen zur Verringerung dieser Ungleichheit, und auch bei der dafür erforderlichen interdisziplinären Zusammenarbeit. Wir möchten mit diesem Beitrag darauf hinweisen, wie wichtig hier die (zumindest im deutschsprachigen Raum bisher weitgehend vernachlässigte) interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozial-Epidemiologie, Public-Health-Ethik und Gesundheits-Ökonomie ist.

Hilfreich wäre u.E. in schrittweises Vorgehen anhand eines klar strukturierten ‚Stufenplans zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung‘. Unser dazu hier vorgestellte Vorschlag bietet u.E.

eine gute Möglichkeit zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit, d. h. zur Strukturierung des erforderlichen gemeinsamen Arbeitsprozesses bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten. Er kann und soll nicht mehr als eine Anregung zur weiteren Diskussion sein. Die in unserem Vorschlag gewählte Beschränkung auf fünf Leitfragen (sowie die Festlegung auf eine Reihenfolge) bringt zwangsläufig eine starke Vereinfachung mit sich. Je nach Aufgabenstellung, Setting und beteiligten Akteur*innen können selbstverständlich andere Anforderungen an so einen Stufenplan entstehen. Zudem wäre es wünschenswert, weitere Disziplinen einzubeziehen. Das ändert u.E. jedoch nichts an der zentralen Aussage: Je klarer und transparenter dieser Diskussionsprozess strukturiert wird (z. B. anhand eines Stufenplans), desto eher ist zu erwarten, dass wissenschaftlich gut begründete Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit entwickelt werden können, unter Berücksichtigung sowohl der empirischen als auch der normativen Gesichtspunkte, und dass diese Maßnahmen dann auch von allen Beteiligten akzeptiert und gemeinsam umgesetzt werden können.

Eine nachhaltige Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit wird letztlich nur durch Bündelung der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Ressourcen zu erreichen sein (z. B. im Rahmen eines Nationalen Aktionsprogramms zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit). Bis dahin ist es jedoch noch ein weiter Weg. Wenn die in den Public-Health-Wissenschaften vorhandenen Ressourcen stärker als bisher gebündelt werden, wäre das u.E. aber schon ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

Die Liste der Fragen, die bearbeitet werden müssten, ist lang, und die Zahl derjenigen, die daran arbeiten, nach wie vor sehr begrenzt. Zu Art und Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit liegen in Deutschland bereits viele empirische Analysen vor, angetrieben wird diese rege Publikationstätigkeit bisher aber von relativ wenigen Personen. Noch dünner wird die ‚personelle Decke‘ mit Blick auf die Entwicklung gesundheitspolitischer Empfehlungen: Wie lassen sich die gesundheitlichen Ungleichheiten verringern, welche theoretischen und praktischen Grundlagen werden dafür benötigt, wie können empirische Erkenntnisse und normative Abwägungen bestmöglich ineinandergreifen? Hier tut sich ein großes Arbeitsgebiet auf, das langen Atem und viel Engagement erfordert, und das zweifellos noch lange von hoher sozialer und gesundheitspolitischer und -ökonomischer Relevanz bleiben wird. Es ist ebenso spannend wie herausfordernd, hier mehr Brücken zwischen Empirie, Theorie und Praxis zu bauen. Aus unserer Sicht hat die wissenschaftliche Diskussion zum Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ gerade erst begonnen.

Die Probleme der gesundheitlichen Ungleichheit haben nichts an Aktualität verloren, ganz im Gegenteil. Die COVID-19-Pandemie hat erneut sehr deutlich gezeigt, wie eng die sozialen und gesundheitlichen Benachteiligungen miteinander verbunden sind [36]. Epidemien und Pandemien treffen immer auf die bereits bestehenden sozialen und ökonomischen Strukturen. Die Unterschiede in den Auswirkungen der Pandemie zwischen ‚arm‘ und ‚reich‘ (bzw. zwischen ‚benachteiligt‘ und ‚privilegiert‘) zeigen sich daher nicht nur im globalen Vergleich, sondern auch innerhalb eines wohlhabenden Landes wie Deutschland [37]. Das Risiko einer Infektion ist in den unteren Statusgruppen zumeist deutlich erhöht, verursacht z. B. durch beengtere Wohnverhältnisse oder durch arbeitsplatzbedingte erhöhte Ansteckungsgefahr bei der beruflichen Tätigkeit.

¹ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/

² Siehe z. B. die Empfehlung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: „Kriterium der Unterstützung bzw. Finanzierung insbesondere von komplexen Präventionsprojekten in Lebenswelten kann beim derzeitigen Wissensstand nicht in jedem Fall der Nachweis der Wirksamkeit sein (proven interventions). Gefördert werden sollten auch sozial und gesundheitlich plausible Interventionen, wenn sowohl ein theoretisch fundiertes Modell für die Wirksamkeit als auch empirische Evidenz vorliegt, die zumindest Teile dieses Modells stützt (promising interventions.)“ [46, S. 93].

Hinzu kommt, dass die negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen der Infektionsschutzmaßnahmen die unteren Statusgruppen zumeist besonders stark treffen. Man muss sich nur fragen, welche Kinder wie gut gefördert werden können, wenn Kindergarten oder Schule geschlossen bleiben - oder wer ökonomisch so schlecht abgesichert ist, dass finanzielle Einbußen eher zu Armut führen bzw. bestehende finanzielle Notlagen verstärken.

Auch aus Deutschland liegen dazu bereits einige Publikationen vor. Dabei wird z. B. auf die zunehmende Einkommens-Ungleichheit infolge der Corona-Pandemie hingewiesen [38]. In anderen Arbeiten wird betont, dass mit einer erheblichen Zunahme der gesundheitlichen Ungleichheit zu rechnen ist [z. B. 39–43], dass eine Zunahme der psychischen Belastung bei den Kindern vor allem in der unteren Statusgruppe zu sehen ist [44], und dass mehr Unterstützungsmaßnahmen speziell für die sozial Benachteiligten benötigt werden [45].

Mit diesem Beitrag - bzw. mit der ausführlicheren Darstellung im Buch [2] - verbinden wir die Hoffnung, dass sich auch und gerade die jüngeren Public-Health-Wissenschaftler*innen angesprochen fühlen. Auf sie warten viele wichtige und wissenschaftlich interessante Fragestellungen. Das Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ ist und bleibt zweifellos von hoher sozialer und gesundheitspolitischer Relevanz. Einige Wissenschaftler*innen arbeiten primär empirisch, andere primär theoretisch oder normativ. Die Praktiker*innen ‚vor Ort‘ müssen überlegen, ob und wie sie eine Maßnahme zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit durchführen können. Die Personen, die letztlich erreicht werden sollen, müssen bei allen Entscheidungen so weit wie möglich einbezogen werden. All diese Akteure müssen zusammengebracht werden, einander zuhören und voneinander lernen. Solche Brücken zu bauen zwischen Empirie, Theorie und Praxis ist ebenso spannend wie herausfordernd.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) Lebenslagen in Deutschland – Der Sechste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin; 2021
- [2] Mielck A, Wild V. Gesundheitliche Ungleichheit – Auf dem Weg von Daten zu Taten. Fragen und Empfehlungen aus Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik. Weinheim: Beltz Juventa; 2021
- [3] Wachtler B, Hoebel J. Sozial-Epidemiologie meets Public-Health-Ethik. (Rezension des bei [2] genannten Buches). Gesundheitswesen 2022; 84: 1075
- [4] Lampert T, Kroll L, Kuntz B et al. Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich – Zeitliche Entwicklungen und Trends. J Health Monitoring 2018; 3: ■
- [5] Lampert T, Hoebel J, Kroll LE. Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. J Health Monitoring 2019; 4: 3–14
- [6] Siegrist J. Gesundheit für alle? Die Herausforderung sozialer Ungleichheit. Darmstadt: wbv Academic 2021
- [7] McCartney G, Bartley M, Dundas R et al. Theorising social class and its application to the study of health inequalities. SSM Popul Health 2019; 7: 1–5
- [8] Schnabel EP. Einladung zur Theoriearbeit in den Gesundheitswissenschaften. Wege, Anschlussstellen, Kompatibilitäten. Weinheim: Beltz Juventa; 2015
- [9] O'Neill O. Public health or clinical ethics: Thinking beyond borders. Ethics & International Affairs 2002; 16: 35–45
- [10] Bayer R, Fairchild AL. The genesis of public health ethics. Bioethics 2004; 18: 473–492
- [11] Wilson J. Philosophy for public health and public policy: Beyond the neglectful state. Oxford: Oxford University Press; 2021
- [12] Dawson A. Resetting the parameters. Public health as the foundation for public health ethics. In: Dawson A (ed.) Public Health Ethics. Key Concepts and Issues in Policy and Practice. Cambridge: Cambridge University; 2011: 1–19
- [13] Venkatapuram S. Health Justice: An argument from the capabilities approach. Cambridge: Polity Press; 2011
- [14] Buyx A, Huster S. Ethische Aspekte von Public Health. Ethik in der Medizin 2010; 22: 175–177. (Editorial)
- [15] Schröder-Bäck P. Ethische Prinzipien für die Public-Health-Praxis: Grundlagen und Anwendungen. Frankfurt: Campus Verlag; 2014
- [16] Schröder-Bäck P, Kuhn J. (Hrsg.) Ethik in den Gesundheitswissenschaften: eine Einführung. Weinheim: Beltz Juventa; 2016
- [17] Strech D, Marckmann G. (Hrsg.) Public Health Ethik. Münster: LIT Verlag; 2010
- [18] Wild V, Buyx A, Hurst S et al. Covid-19: Eine Ad hoc Public-Health-Ethikberatung. Gesundheitswesen 2020; 82: 507–513
- [19] Bittlingmayer U, Sahrai D, Schnabel PE. (Hrsg.) Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009
- [20] Huster S, Schramme T. (Hrsg.) Normative Aspekte von Public Health – Interdisziplinäre Perspektiven. Baden-Baden: Nomos; 2016
- [21] Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. Int J Health Services 1992; 22: 429–445
- [22] Daniels N. Just health: Meeting health needs fairly. Cambridge: Cambridge University Press; 2008
- [23] Chung R. Structural Health Vulnerability: Health Inequalities, Structural and Epistemic Injustice. Journal of Social Philosophy 2021; 52: 201–216
- [24] Sauerborn E, Eisenhut K, Ganguli-Mitra A et al. Digitally supported public health interventions through the lens of structural injustice: The case of mobile apps responding to violence against women and girls. Bioethics 2022; 36: 71–76
- [25] Powers M, Faden R. Social justice: The moral foundations of public health and health policy (2. edition). Oxford: Oxford University Press; 2008
- [26] Greiner W. Welchen Beitrag kann die Gesundheitsökonomie im Kontext von Public Health leisten? Public Health Forum 2018; 26: 283–285
- [27] Damm K, Graf v d Schulenburg JM. Gesundheitsökonomische Evaluation und Verteilungsgerechtigkeit. In: Schöffski O, Graf v.d. Schulenburg JM (Hrsg.) Gesundheitsökonomische Evaluation. Berlin Heidelberg: Springer; 2012: 501–520
- [28] Rothgang H. Gesundheitsökonomie und Ethik - zur Verhältnisbestimmung. In: Schröder-Bäck P, Kuhn J (Hrsg.) Ethik in den Gesundheitswissenschaften: eine Einführung. Weinheim: Beltz Juventa; 2016: 124–135
- [29] Breyer F, Zweifel P, Kifmann M. Gesundheitsökonomik (6. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer; 2013

- [30] Schöffski O, Graf v d Schulenburg JM. (Hrsg.) Gesundheitsökonomische Evaluation. Berlin Heidelberg: Springer; 2012
- [31] Round J, Paulden M. Incorporating equity in economic evaluations: A multi-attribute equity state approach. *Eur J Health Econ* 2018; 19: 489–498
- [32] Cookson R, Mirelman A, Griffin S et al. Using cost-effectiveness analysis to address health equity concerns. *Value Health* 2017; 20: 206–212
- [33] Herlitz A. Income-based equity weights in healthcare planning and policy. *J Med Ethics* 2017; 43: 510–514
- [34] Mielck A, Wild V. Soziale Ungleichheit und Gesundheit – von Daten zu Taten. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 2022; 22: 7–15
- [35] De Bock F, Dietrich M, Rehfuess E. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln 2020
- [36] Wachtler B, Hoebel J. Soziale Ungleichheit und COVID-19: Sozialepidemiologische Perspektiven auf die Pandemie. *Gesundheitswesen* 2020; 82: 670–675
- [37] Rohleder S, Costa D, Bozorgmehr K. Area-level socioeconomic deprivation, non-national residency, and Covid-19 incidence: A longitudinal spatiotemporal analysis in Germany. *Lancet eClinicalMedicine* 2022; 49. (July 1)
- [38] Kohlrausch B, Zucco A, Hövermann A. Die Einkommensungleichheit wird durch die Corona-Krise noch weiter verstärkt. Verteilungsbericht 2020, WSI Report Nr. 62. Düsseldorf: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) 2020
- [39] Bartig S, Müters S, Hoebel J et al. Soziale Unterschiede im COVID-19-Impfstatus – Ergebnisse der Studie GEDA 2021. *Journal of Health Monitoring* 2023; 8: 2–20
- [40] Hoebel J, Haller S, Bartig S et al. Soziale Ungleichheit und COVID-19 in Deutschland – Wo stehen wir in der vierten Pandemiewelle? *Epid Bull* 2022; 5: 3–10
- [41] Rabe JE, Schillok H, Merkel C et al. Belastung von Eltern mit Kindern im Schulalter während verschiedener Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Eine Analyse der COVID-19-Snapshot-Monitoring-(COSMO-)Daten. *Bundesgesundheitsblatt* 2021; 64: 1500–1511
- [42] Rommel A, von der Lippe E, Treskova-Schwarzbach M et al. Bevölkerung mit einem erhöhten Risiko für schwere COVID-19-Verläufe in Deutschland. Auswertungen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2021; 6:
- [43] Wahrendorf M, Rupprecht CJ, Dortmann O et al. Erhöhtes Risiko eines COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthaltes für Arbeitslose: Eine Analyse von Krankenkassendaten von 1,28 Mio. Versicherten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 2021; 64: 314–321
- [44] Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C et al. Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19- Pandemie – Ergebnisse der COPSYS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt* 2021; 64: 1512–1521
- [45] Holz G, Richter-Kornweitz A. Corona-Chronik Gruppenbild ohne (arme) Kinder - Eine Streitschrift. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS-Frankfurt a.M.) & Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. Hannover 2020
- [46] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Berlin; 2007