

# Soziale Ungleichheit und Gesundheit – von Daten zu Taten

von Andreas Mielck<sup>1</sup> und Verina Wild<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Morbidität und Mortalität** sind in Gruppen mit niedrigerem sozioökonomischen Status zumeist besonders hoch. Doch was folgt aus diesen empirischen Ergebnissen? Zu dieser Frage gibt es noch großen Diskussionsbedarf. So ist beispielsweise eine stärkere Integration ethisch-normativer Analysen notwendig, einschließlich eines differenzierten Umgangs mit dem Begriff Vulnerabilität. Bislang wird in Deutschland kaum darüber diskutiert, ob (und wenn ja, warum) diese gesundheitlichen Ungleichheiten wirklich ungerecht sind und daher verringert werden sollten. Großer Diskussionsbedarf besteht auch bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheit. Fortschritte sind nur auf Grundlage einer engen Zusammenarbeit zwischen normativer und empirischer Wissenschaft und Praxis zu erwarten. Hier sind in den vergangenen Jahren erhebliche Fortschritte erzielt worden, aber es bleibt noch viel zu tun. Im Beitrag geht es auch um die Frage, wie der Weg von Daten zu Taten gestaltet werden könnte. Zu diesem Zweck schlagen die Autoren einen Stufenplan für die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung vor.

**Schlüsselwörter:** gesundheitliche Ungleichheit, Integration ethisch-normativer Analysen, gesundheitspolitische Maßnahmen, Stufenplan zur Entscheidungsfindung

***Morbidity and mortality** are usually particularly high in groups with lower socioeconomic status. But what follows from these empirical results? There is still a great need for discussion regarding this question. For example, a stronger integration of ethical-normative analysis is necessary, including a differentiated approach to the concept of vulnerability. So far, there has hardly been any discussion in Germany about whether (and if so, why) health inequalities are really unjust, and should therefore be reduced. There is also a great need for discussion regarding the development of measures to reduce health inequities. Progress can only be expected on the basis of a close cooperation between normative and empirical science and practice. Considerable progress has been made in recent years, but there is still much to be done. The authors also turn to the question of how the path from data to action could be structured. To this end they suggest a step-by-step plan for health policy decision-making.*

**Keywords:** health inequalities, integration of ethical-normative analyses, health policy measures, stepwise procedure from data to action

## 1 Einleitung

Vor rund 13 Jahren ist in dieser Zeitschrift bereits ein längerer Beitrag zum Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ erschienen (Lampert und Mielck 2008). Im Mittelpunkt standen dort die folgenden Punkte:

- Auch in Deutschland weisen die unteren Statusgruppen (zum Beispiel niedrige Schulbildung, geringes Einkommen) zumeist eine besonders hohe Morbidität und Mor-

talität auf. Diese gesundheitliche Ungleichheit ist in allen Altersgruppen zu sehen, sowohl bei Frauen als auch bei Männern.

- Die Frage nach den Ursachen ist nicht leicht zu beantworten. Auf einer allgemeinen Ebene lässt sich sagen: Der sozioökonomische Status prägt die Lebensbedingungen (zum Beispiel die Arbeits- und Wohnbedingungen) und damit auch die gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen, die mit diesen Lebensbedingungen verbunden sind.

<sup>1</sup> Dr. phil. Andreas Mielck, Volkartstraße 18, 80634 München · Telefon: 089 166880 · E-Mail: andreas80634@gmail.com

<sup>2</sup> Prof. Dr. med. Verina Wild, Ethik der Medizin · Universität Augsburg · Medizinische Fakultät · Universitätsstraße 2 · 86159 Augsburg · Telefon: 0821 598 3774  
E-Mail: verina.wild@med.uni-augsburg.de

Konkrete Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit lassen sich so jedoch kaum ableiten. Erforderlich wäre die Beantwortung weitergehender Fragen, zum Beispiel: Wie wird der Gesundheitszustand durch die einzelnen Lebensbedingungen beeinflusst und wie stark sind diese Effekte? Wo bieten sich gute Ansatzpunkte zur Verstärkung der gesundheitlichen Ressourcen beziehungsweise zur Verringerung der gesundheitlichen Belastungen, auch und gerade für die Menschen aus der unteren Statusgruppe? Hierzu liegen aber erst wenige Antworten vor.

- Die Forderung nach Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ist inzwischen auch in der Politik angekommen. Eine Umsetzung in konkrete gesundheitspolitische Maßnahmen ist bisher jedoch erst ansatzweise zu erkennen.

Der jetzt vorgelegte Beitrag versteht sich als Fortführung und Vertiefung dieses älteren Beitrages. Dargestellt werden soll hier der aktuelle Stand der Diskussion, vor allem bezogen auf die folgenden Punkte:

- interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik,
- das Konzept Vulnerabilität,
- empirische Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland,
- Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit (allgemeine Empfehlungen, Ansätze in Deutschland),
- Vorschlag für einen Stufenplan der gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung.

Eine ausführlichere Diskussion ist in einem Buch zu finden, das gerade publiziert wird (*Mielck und Wild 2021*).

## 2 Zusammenarbeit zwischen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik

Wir können das Thema der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit unseres Erachtens nur in Zusammenarbeit zwischen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik angehen. Wenn in einer empirischen Analyse gezeigt wird, dass der Gesundheitszustand in der unteren Statusgruppe besonders schlecht ist, dann wird oft gleich gefolgert, dass diese gesundheitliche Ungleichheit ungerecht sei und daher verringert werden müsse. Dem empirisch belegten Zusammenhang „Personengruppe A ist kränker als Personengruppe B“ wird durch die Bewertung als ungerecht also eine ethisch-normative Bewertung zugeschrieben. Die Aufforderung zum Handeln wird sehr viel dringlicher, wenn eine Ungleichheit als ungerecht erkannt wird. Erforderlich ist dabei eine sorgfältige Analyse der Frage, ob und warum die gefundene gesundheitliche Ungleichheit wirklich ungerecht ist und daher ver-

ringert werden sollte. Genau darüber wird in der Public-Health-Ethik intensiv nachgedacht.

Auch in der Sozial-Epidemiologie wird versucht, zwischen ungerechten und nicht ungerechten gesundheitlichen Ungleichheiten zu unterscheiden, basierend auf dem Vorschlag der Public-Health-Wissenschaftlerin Margaret Whitehead (siehe *Mielck und Wild 2021*): Als ungerecht (das heißt als Problem, das gelöst werden sollte) gelten demnach vor allem die gesundheitlichen Ungleichheiten, die sich auf das „nicht freiwillig gewählte Verhalten“ zurückführen lassen und/oder auf die Arbeits- und Wohnbedingungen. Sie werden als „vermeidbar und unfair“ bezeichnet. Theoretisch gut fundiert ist dieser Vorschlag von Whitehead jedoch nicht. Bei genauerer Betrachtung muss zum Beispiel gefragt werden: Welche Verhaltensweisen, Arbeits- und Lebensbedingungen sind frei gewählt und welche nicht? Wie lässt sich in einem konkreten Fall entscheiden, wie groß der Anteil der Belastungen ist, der als nicht freiwillig gelten kann? Klare Antworten auf diese Fragen bietet der Vorschlag von Whitehead kaum. Es wird daher häufig und zu Recht kritisiert, dass dieser Ansatz einer gründlicheren theoretischen und ethischen Auseinandersetzung bedarf.

Genau hier kann die Public-Health-Ethik einen wichtigen Beitrag leisten durch ihren Bezug zur politischen Philosophie und ihre umfassenden Kenntnisse der Gerechtigkeitstheorien. Die Beantwortung der Frage „Welche gesundheitliche Ungleichheit ist ungerecht?“ ist nicht einfach. Sie fällt unterschiedlich aus, je nachdem, welches Verständnis von Gerechtigkeit herangezogen wird, und je nachdem, wie Gerechtigkeit und Gesundheit miteinander in Beziehung gesetzt werden. Hier gibt es unterschiedliche Ansätze und Möglichkeiten. Es wird häufig betont, dass bei Überlegungen zum Thema „Gerechte Verteilung“ zwei Fragen zu unterscheiden sind: Was soll verteilt werden und wie soll das zu verteilende Gut verteilt werden? Zu jeder dieser Fragen liegen unterschiedliche theoretische Ansätze vor. Bei der ersten Frage sind das zum Beispiel die ressourcenorientierten Ansätze (Fokus auf Ressourcen wie Einkommen und Vermögen), die Capability-Ansätze (Fokus auf die Befähigung zum Beispiel durch schulische und berufliche Bildung) und die Welfare-Ansätze (Fokus auf die Merkmale des subjektiv empfundenen Wohlergehens). Bei der zweiten Frage können zum Beispiel die folgenden Ansätze unterschieden werden: Egalitarismus (Gleichverteilung), Prioritarismus (zum Beispiel Bevorzugung besonders benachteiligter Gruppen) und Suffizienz-Theorien (Ziel ist das Erreichen eines bestimmten Schwellenwertes).

Weitere wichtige Ansätze sind im Bereich relationaler Gerechtigkeitstheorien zu finden (siehe *Mielck und Wild 2021*). Diese Ansätze stellen nicht so sehr die Verteilung von Gütern in den Vordergrund, sondern die Praxis gerechter sozialer Beziehungen, Interaktionen und Institutionen, bei der alle Menschen als gleich respektiert werden (*Heilinger 2019*). Da-

mit richtet sich das Augenmerk hier vor allem auf die strukturellen Ungerechtigkeiten, das heißt, auf die Ungerechtigkeiten, die integraler Bestandteil der gesellschaftlichen Machtverhältnisse und Interaktionsmuster sind: Strukturelle Ungerechtigkeiten entstehen durch die Art und Weise, wie Gesellschaften und Institutionen strukturiert sind und welche Werte und Normen ihnen zugrunde liegen (etwa in Form fest etablierter Hierarchien, Geschlechterverhältnisse und strukturell verfestigter sozioökonomischer Unterschiede). Strukturellen Ursachen von Ungleichheit und Ungerechtigkeit entgegenzuwirken kann nicht allein durch Umverteilung von Gütern geschehen, sondern verlangt strukturelle Reformen. Entgegengewirkt werden sollte dabei auch der epistemischen Ungerechtigkeit, mit anderen Worten: Alle sollten die gleiche Chance haben zur Beteiligung an den Diskussions- und Entscheidungsprozessen, auch die gesellschaftlich marginalisierten Bevölkerungsgruppen. Es geht darum, ihre Stimmen zu hören, zu verstehen und genauso ernst zu nehmen wie die anderen Stimmen. Einige dieser Ansätze wurden inzwischen auf den Bereich Gesundheit übertragen (siehe *Mielck und Wild 2021*). Sie bieten einen empirisch und theoretisch fundierten Ausgangspunkt für Diskussionen zum Thema „Gerechtigkeit und Gesundheit“, insbesondere auch mit Blick auf die Frage nach Eigenverantwortung und ungleich verteilte Ausgangsbedingungen.

### 3 Das Konzept Vulnerabilität

Allgemein formuliert lässt sich sagen: Je vulnerabler – also verletzlicher oder verwundbarer – jemand hinsichtlich des Gesundheitszustandes ist, desto wichtiger ist es, hier mit gesundheitspolitischen Maßnahmen entgegenzuwirken. Das Konzept der Vulnerabilität wird in ethischen Diskussionen zu gesundheitsbezogenen Themen häufig verwendet und auch schon seit Langem kritisch diskutiert (*Mackenzie et al. 2013*).

Ein historisch bedeutender Moment, Vulnerabilität als wichtiges Konzept im Bereich Medizin und Gesundheit zu etablieren, war die Entwicklung des Nürnberger Kodex im Rahmen der Nürnberger Ärzteprozesse. Der ethische Kodex sollte verhindern, dass menschenverachtende Versuche an besonders verletzlichen (also vulnerablen) Personen vorgenommen werden, wie etwa an Gefangenen. Als vulnerabel werden seitdem in der Forschungsethik häufig bestimmte Gruppen von Menschen bezeichnet, die nicht in der Lage sind, ihre Entscheidung selbst frei zu treffen und/oder adäquat zu formulieren.

Ein großer Teil der anhaltenden kritischen Diskussion des Begriffs Vulnerabilität richtet sich zu Recht gegen die pauschale Beurteilung von Personen oder Gruppen als vulnerabel (*Levine et al. 2004; Luna 2009; Martin et al. 2014*). Es wird kritisiert, dass mit einer solchen Etikettierung von Personen

oder Gruppen eine übermäßig protektionistische und paternalistische Haltung einhergeht, die zu Stereotypisierung und Diskriminierung führen kann. Gleichzeitig wurde der Begriff aber auch auf so viele Gruppen angewendet, dass er an normativer Kraft verloren hat. Die traditionell gebräuchliche Definition von Vulnerabilität konnte somit die tatsächlich vulnerablen Personen nicht mehr präzise identifizieren und ihnen somit auch nicht den nötigen Schutz zukommen lassen.

In den vergangenen Jahren wandte sich daher der Blick von der Identifikation vulnerabler Gruppen ab. Stattdessen werden verschiedene alternative Konzepte diskutiert, um die Ursachen möglicher Vulnerabilitäten zu identifizieren und um die daraus folgenden Verantwortungen und Pflichten zu bestimmen (*Martin et al. 2014*). Neuere Ansätze zum Umgang mit Vulnerabilität versuchen also zumeist, die allgemeine Etikettierung ganzer Gruppen zu vermeiden. So gibt es zwar einerseits in der biologischen Grundausstattung von Menschen angelegte Vulnerabilitäten. Andererseits sind aber auch die situationsabhängigen Vulnerabilitäten zu beachten, deren Ursachen eher in den sozialen und politischen Umständen zu suchen sind (*Luna 2009; Mackenzie et al. 2013*).

Die für uns wichtigsten Aspekte aus der langjährigen Diskussion der Vulnerabilität sind folgende:

- Wir möchten Vulnerabilitäten identifizieren, die zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit führen beziehungsweise aus ihr resultieren. Vulnerabilität verstehen wir dabei als erhöhtes populationsbezogenes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko.
- Wenn wir von bestimmten Bevölkerungsgruppen sprechen (zum Beispiel von Gruppen mit niedriger Schulbildung) stehen wir vor einem gewissen Dilemma: Auf der einen Seite müssen die vulnerablen Gruppen möglichst präzise identifiziert werden, um dann spezielle Maßnahmen für sie entwickeln zu können. Auf der anderen Seite soll das aber ohne Stigmatisierung erfolgen.
- Die Suche nach Vulnerabilitäten soll uns also in erster Linie helfen, sensibel zu werden für die Frage, welche strukturellen gesellschaftlichen Bedingungen diese Bevölkerungsgruppen vulnerabel machen. Der Blick richtet sich somit auch auf die Frage, wie sich diese Bedingungen gesundheitsförderlicher gestalten ließen und wer dazu welchen Beitrag leisten könnte.
- Das Sprechen über sogenannte benachteiligte Gruppen ist immer mit dem Risiko behaftet, sie dadurch zusätzlich zu stigmatisieren. Auch in der Public-Health-Forschung und -Praxis ist es daher wichtig, jeden Schritt so zu planen, dass Stigmatisierung reduziert wird. Geschehen kann das zum Beispiel durch frühzeitige Partizipation der Gruppen, die erreicht werden sollen, und durch Vermeidung von Formulierungen, die als Ausdruck wissenschaftlicher Überheblichkeit empfunden werden können (Beispiel: „die Zielgruppen ins Visier nehmen“). Wichtig ist es auch, immer

wieder darauf hinzuweisen, wie stark der Gesundheitszustand durch die strukturell bedingten Lebensverhältnisse geprägt wird.

## 4 Empirische Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland

Im früheren Beitrag wurde betont (siehe *Lampert und Mielck 2008, 11*): „Mittlerweile sind empirische Belege für den Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit nur noch von begrenztem Neuigkeitswert; sie bestätigen vor allem einen bereits hinlänglich bekannten und weitgehend akzeptierten Sachverhalt.“

Die Analysen zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit konzentrieren sich auch heute noch zumeist auf die Themen Gesundheitsverhalten, gesundheitliche Versorgung, Belastungen und Ressourcen in der Wohnumgebung und am Arbeitsplatz, subjektive Wahrnehmung der Benachteiligung, sowie Lebenslauf-Analysen. Die aktuellen Ergebnisse lassen sich so zusammenfassen:

- Gesundheitsgefährdendes Verhalten (zum Beispiel Rauchen, geringe sportlich-körperliche Bewegung) ist in der unteren Statusgruppe besonders häufig zu beobachten.
- In der unteren Statusgruppe gibt es besonders große Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung. Es werden zum Beispiel weniger Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen, weniger Fachärztinnen und Fachärzte aufgesucht. Auch ist die Überlebenszeit nach einem Herzinfarkt kürzer als bei der oberen Statusgruppe.
- Die Belastungen durch Lärm und Luftverschmutzung sind dort besonders groß, wo überdurchschnittlich viele Menschen aus der unteren Statusgruppe wohnen.
- Die Belastungen am Arbeitsplatz sind in der unteren Statusgruppe zumeist besonders hoch, nicht nur bei den klassischen Belastungen (zum Beispiel Heben schwerer Lasten, Lärm- und Staubexposition), sondern auch bei den psychosozialen Belastungen (zum Beispiel geringer Handlungsspielraum, geringe Anerkennung).
- Schon wenn man sich sozial benachteiligt fühlt, ist dies ein gesundheitlicher Risikofaktor.
- Soziale und gesundheitliche Benachteiligung beginnt bereits im frühen Kindesalter.

Die neueren Studien zeigen zudem einen relativ klaren Trend: Die gesundheitliche Ungleichheit ist in den vergangenen Jahren eher größer als kleiner geworden. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass die Anstrengungen zur Verringerung dieser Ungleichheit intensiviert werden sollten.

Es bleibt wichtig, empirische Studien durchzuführen, und zwar vor allem aus folgenden Gründen:

- Auf Basis neuer Daten muss fortlaufend gezeigt werden, dass die Probleme der gesundheitlichen Ungleichheit keinesfalls behoben sind.
- Eine pauschale Aussage wie „Niedrige Schulbildung führt zu höherer Morbidität“ ist wenig hilfreich. Es könnte ja zum Beispiel durchaus sein, dass es hier erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern, zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen, zwischen ländlichen und städtischen Regionen, hinsichtlich Versicherungsstatus, Hautfarbe oder Nationalität gibt. Wichtig wäre es daher auch zu wissen, wo die Probleme der gesundheitlichen Ungleichheit besonders deutlich werden.
- Voraussetzung für die Entwicklung differenzierter Interventionsmaßnahmen ist, dass die Ursachen dieser Ungleichheit bekannt sind. Das komplexe Gefüge der Ursachen ist jedoch nur schwer zu entwirren. Die Public-Health-Wissenschaften stehen hier vor einer enormen Herausforderung, bezogen auf folgende drei Aspekte: erstens die Entwicklung entsprechender theoretischer Ansätze (einschließlich ethisch-normativer Perspektiven), zweitens die Durchführung empirischer Studien zur Überprüfung dieser Ansätze und drittens die grundlegende Aufgabe, diskriminierenden und stigmatisierenden Mustern entgegenzuwirken.

## 5 Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit: allgemeine Ansätze

In den vergangenen Jahren ist intensiv darüber diskutiert worden, wie die gesundheitliche Ungleichheit verringert werden könnte. Dabei wurden viele Empfehlungen entwickelt, die zwar auf einer relativ allgemeinen Ebene bleiben, aber bereits gut ausgearbeitet und begründet sind. Etwas näher eingegangen werden soll hier vor allem auf die vier folgenden (weitere lassen sich zum Beispiel bei *Siegrist 2021* finden).

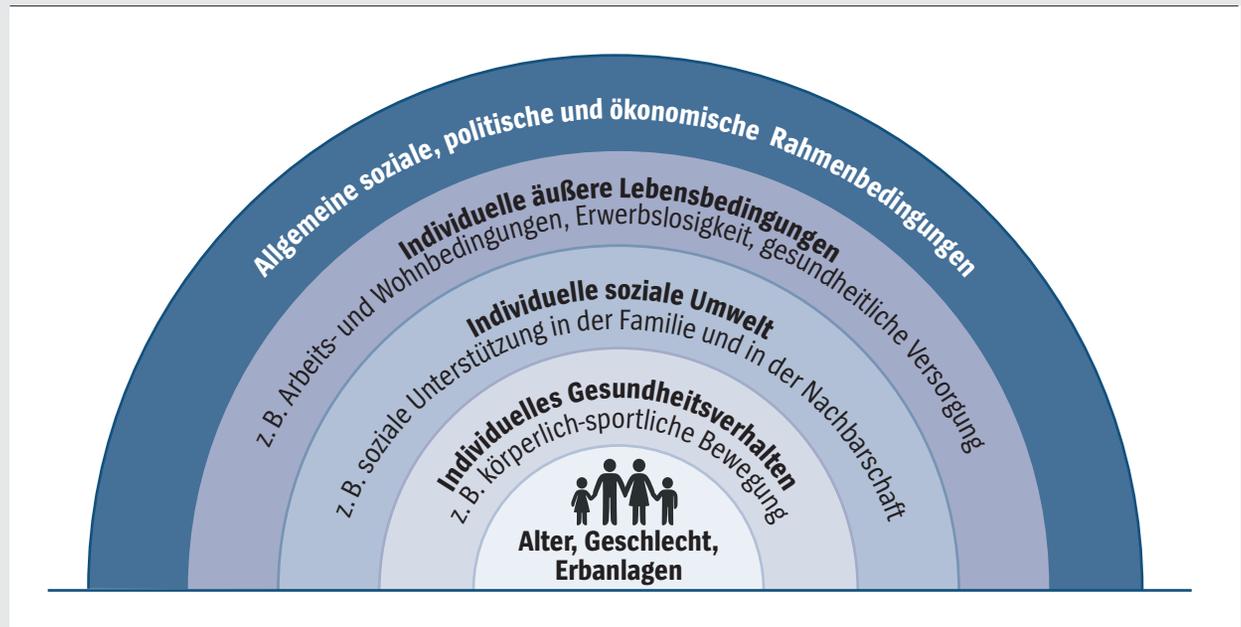
### 5.1 Ansetzen bei den Ursachen der Ursachen

Um die gesundheitliche Ungleichheit besser verstehen und dauerhaft verringern zu können, müssen wir die Ursachen der Ursachen in den Blick nehmen, da sind sich die Public-Health-Wissenschaftlerinnen und -Wissenschaftler einig. Die Formulierung „Ursachen der Ursachen“ macht deutlich, dass nicht nur die unmittelbaren Ursachen einer Erkrankung betrachtet werden sollten (zum Beispiel mangelnde sportliche Betätigung), sondern auch die dahinterliegenden Ursachen (zum Beispiel unzureichende Sportangebote in der Wohnumgebung) und die Ursachen dieser Ursachen (zum Beispiel die strukturellen Ursachen für unzureichende Sportangebote in der Wohnumgebung).

Besonders anschaulich wird dieser Ansatz im sogenannten Regenbogen-Modell von Göran Dahlgren und Margret White-

ABBILDUNG 1

## Einflussfaktoren auf den individuellen Gesundheitszustand



Viele Faktoren haben Einfluss auf den eigenen Gesundheitszustand. Je größer der Halbkreis um die Kernelemente Alter, Geschlecht und Erbanlagen ist, desto mehr Menschen lassen sich mit Maßnahmen auf der entsprechenden Ebene erreichen.

Quelle: Dahlgren und Whitehead 1991; eigene Darstellung von Mielck; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

head (1991). Zum ersten Mal vorgestellt wurde es zu Beginn der 1990er-Jahre, inzwischen ist es wohl zu der am meisten zitierten Abbildung in der Public-Health-Diskussion geworden (Abbildung 1). Die zentralen Aussagen sind:

- Wir sollten uns nicht nur auf die Änderung des Gesundheitsverhaltens konzentrieren. Wichtiger wäre eine Änderung der Lebensbedingungen und der gesellschaftlichen Normen und Praktiken, die das Gesundheitsverhalten prägen.
- Änderungen an einem solch komplexen Gefüge werden letztendlich nur möglich sein durch die entsprechenden Weichenstellungen auf politischer Ebene, aber auch durch zivilgesellschaftliches Engagement und die partizipative Einbeziehung der jeweils betroffenen Gruppen.

## 5.2 Health in All Policies

In den Public-Health-Wissenschaften ist es unbestritten, dass alle Politikbereiche ihren Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten sollten beziehungsweise müssten (vergleiche das Regenbogen-Modell in Abbildung 1). Im englischen Sprachraum wird diese Diskussion unter dem Stichwort „Health in All Policies“ geführt, im deutschen Sprachraum zumeist unter dem Stichwort „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“.

Bezogen auf die Zielsetzung „Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit“ ließe sich also sagen: Alle Bereiche der Politik sollten ihren Beitrag zur Erreichung dieses Ziels leisten, das heißt nicht nur die Gesundheitspolitik, sondern zum Beispiel auch die Bildungs-, Sozial- und Wirtschaftspolitik.

## 5.3 Fokussierung der Maßnahmen auf die unteren Statusgruppen

Public-Health-Maßnahmen gehen häufig von einem bevölkerungsweiten Ansatz aus. Die Devise lautet: Die Verbesserung des Gesundheitszustandes in der Gesamtbevölkerung sollte im Mittelpunkt stehen. Diese Maßnahmen können jedoch zu einer Vergrößerung der gesundheitlichen Ungleichheit führen. Zur Verringerung dieser Ungleichheit wird daher empfohlen, eher dem Risikogruppen-Ansatz zu folgen: Erreicht werden sollten vor allem die Personen, die gesundheitlich besonders stark belastet sind, also zum Beispiel die Personen aus der unteren Statusgruppe. Maßnahmen, die dem bevölkerungsweiten Ansatz folgen, können selbstverständlich wichtig sein. Betont wird hier jedoch: Wir benötigen Maßnahmen, mit denen ganz gezielt versucht wird, den Gesundheitszustand in den unteren Status-

gruppen zu verbessern, denn hier gibt es noch erheblichen Nachholbedarf.

## 5.4 Kriterien für gute Praxis

Die Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit sollten sich an den wissenschaftlichen Empfehlungen orientieren, die für diese Art von Maßnahmen entwickelt worden sind. Erforderlich ist aber auch eine Übersetzung in die Praxis, das heißt eine längerfristige Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis. So etwas ist selten, umso wichtiger ist daher eine Initiative, die im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ entstand. Dort ist im Jahr 2004 eine Arbeitsgruppe gebildet worden, die sich zum Ziel gesetzt hat, Kriterien für „gute Praxis“ zu entwickeln. Dabei wurde gezielt darauf geachtet, dass nicht nur Public-Health-Wissenschaftlerinnen und -Wissenschaftler beteiligt sind, sondern auch Fachleute aus der Praxis. Erstellt wurde eine Broschüre mit zwölf Kriterien für „gute Praxis“. In der Arbeitsgruppe werden diese Kriterien fortlaufend weiterentwickelt. Im Juli 2021 ist die vierte Version dieser zwölf Kriterien für „gute Praxis“ erschienen. Sie kann über die Internetseite [gesundheitsliche-chancengleichheit.de/good-practice](http://gesundheitsliche-chancengleichheit.de/good-practice) bestellt werden.

Angesprochen werden in der Broschüre die folgenden zwölf Themen: Zielgruppenbezug, Konzeption der Maßnahme, Setting-Ansatz, Empowerment, Partizipation, niedrigschwellige Arbeitsweise, Multiplikatoren-Konzept, Nachhaltigkeit, integriertes Handlungskonzept, Qualitätsmanagement, Dokumentation und Evaluation, Wirkungen und Kosten der Maßnahme. Die inhaltliche Aussage dieser zwölf Kriterien soll hier an zwei Beispielen verdeutlicht werden:

- Setting-Ansatz: Die Maßnahme sollte darauf abzielen, die Umweltbedingungen im Setting (das heißt in den jeweiligen Lebenswelten) gesundheitsförderlicher zu gestalten. Dabei sollte es also primär um die Änderung des Settings gehen (zum Beispiel Kita, Schule, Wohn- und Arbeitsumgebung) und nicht um die Änderungen des Gesundheitsverhaltens im Setting.
- Partizipation: Die Entscheidungsbefugnisse sollten so weit wie möglich an die Adressaten der Maßnahme übertragen werden, und zwar in allen Phasen der Planung und Umsetzung. Die Adressaten sollten also so weit wie möglich selbst entscheiden können, welche Maßnahme wie durchgeführt wird.

Die zwölf Kriterien sind in der Praxis weithin akzeptiert und wurden zum Beispiel auch in den „Leitfaden Prävention“ der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen, das heißt als Qualitätskriterien für die Maßnahmen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden können (siehe [gkv-spitzenverband.de](http://gkv-spitzenverband.de)).

## 6 Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit: Ansätze in Deutschland

In Deutschland existieren bereits viele Maßnahmen, mit denen gezielt versucht wird, den Gesundheitszustand in der unteren Statusgruppe zu verbessern. Dabei handelt es sich zumeist um relativ kleine, regional und zeitlich begrenzte Maßnahmen, die hier nicht vorgestellt werden können. An dieser Stelle möchten wir nur auf einige Bestimmungen und Vereinbarungen eingehen, bei denen eine bundesweite, längerfristige Perspektive zu erkennen ist:

### 6.1 Gesetzliche Bestimmung in § 20 SGB V

In § 20 SGB V ist vorgeschrieben, dass die gesetzliche Krankenversicherung einen Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit leisten muss. Gefordert werden spezielle Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes in der unteren Statusgruppe. Aufgenommen in das Sozialgesetzbuch wurde dieser § 20 im Jahr 2000, die aktuelle Fassung steht im Präventionsgesetz aus dem Jahr 2015.

### 6.2 Bundesweiter Kooperationsverbund [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de)

Im bundesweiten Kooperationsverbund [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) arbeiten seit dem Jahr 2000 viele Institutionen und Verbände zusammen an der gemeinsamen Entwicklung nationaler Gesundheitsziele. Auch hier wird die Relevanz der gesundheitlichen Ungleichheit betont. Alle Maßnahmen zur Erreichung der nationalen Gesundheitsziele sollen einen Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit leisten.

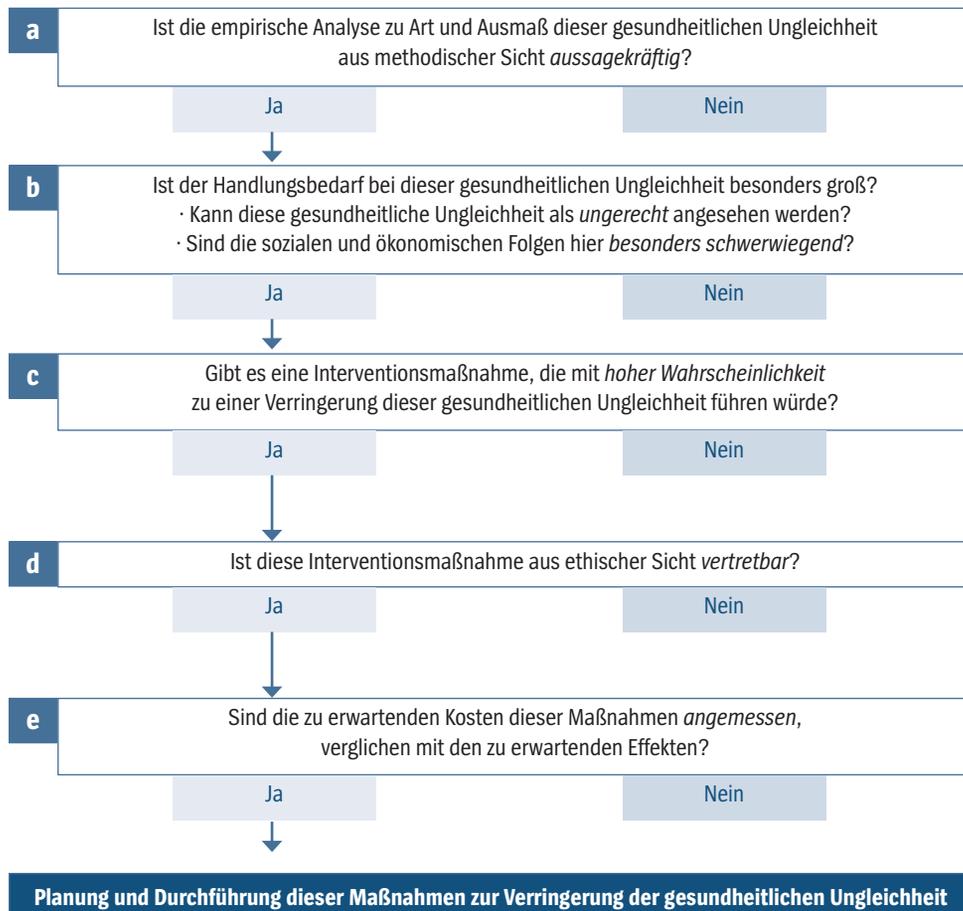
### 6.3 Bundesweiter Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“

Auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist im Jahr 2003 ein bundesweiter Kooperationsverbund gestartet worden, der sich gezielt für die Verbesserung des Gesundheitszustandes in den unteren Statusgruppen einsetzt. Er wächst stetig weiter, nicht nur bezogen auf die Zahl der Kooperationspartner, sondern auch hinsichtlich der Aufgaben und Arbeitsbereiche. Seit 2012 nennt er sich Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Aktivitäten sind zum Beispiel:

- die Einrichtung einer „Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit“ in jedem der 16 Bundesländer,
- die Schaffung einer Praxisdatenbank zu den Maßnahmen, die sich gezielt für die Gesundheitsförderung in den unteren Statusgruppen einsetzen,
- die Qualitätsentwicklung dieser Maßnahmen, vor allem durch Entwicklung der zwölf Kriterien für „gute Praxis“ (siehe 5.4),

ABBILDUNG 2

## Stufenplan zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung



Quelle: Mielck und Wild 2021; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

- der Aufbau eines kommunalen Partnerprozesses zur Förderung dieser Aktivitäten in den Kommunen.

## 7 Vorschlag für Stufenplan zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung

Die wissenschaftliche Diskussion zum Thema „Gesundheitliche Ungleichheit“ ist selbstverständlich kein Selbstzweck. Alle empirischen Analysen, die eine gesundheitliche Un-

- gleichheit aufzeigen, münden letztlich in die beiden Fragen:
  - Bei welcher gesundheitlichen Ungleichheit ist der gesundheitspolitische Interventionsbedarf besonders groß?
  - Was könnte beziehungsweise sollte zur Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheit getan werden, wie und durch wen?

Letztlich geht es also immer um die praktische Umsetzung in politisches Handeln. Es ist ein Weg von Daten zu Taten. Bisher ist erstaunlich wenig darüber nachgedacht worden, wie dieser Weg konkret aussehen könnte. Wir möchten daher

einen eigenen Vorschlag zur Diskussion stellen, im Mittelpunkt stehen dabei fünf Fragen (Abbildung 2):

- a) Ist die empirische Analyse zu Art und Ausmaß der erhobenen gesundheitlichen Ungleichheit aus methodischer Sicht *aussagekräftig*?
- b) Ist der Handlungsbedarf bei dieser gesundheitlichen Ungleichheit besonders groß? Mit anderen Worten: Kann diese gesundheitliche Ungleichheit als *ungerecht* angesehen werden? Und sind die sozialen und ökonomischen Folgen hier *besonders schwerwiegend*?
- c) Gibt es eine Interventionsmaßnahme, die mit *hoher Wahrscheinlichkeit* zu einer Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheit führen würde?
- d) Ist diese Interventionsmaßnahme aus ethischer Sicht *vertretbar*?
- e) Sind die zu erwartenden Kosten dieser Maßnahme *angemessen*, verglichen mit den zu erwartenden Effekten?

Diese fünf Fragen bieten unseres Ermessens einen guten Rahmen für die weitere Diskussion. Der Stufenplan sollte jedoch weiterentwickelt werden. Weitere wichtige Fragen wären zum Beispiel: Welche gesundheitlichen Ungleichheiten sind bisher selten erfasst beziehungsweise erforscht worden, und wie gut werden sie in der hier vorliegenden Studie berücksichtigt? Wie gut ist bereits vor Beginn der empirischen Studie auf mögliche Vulnerabilitäten geachtet worden und wie gut wurde darauf geachtet, Stigmatisierungen zu vermeiden? Der hier vorgeschlagene Stufenplan versteht sich daher vor allem als Anregung zur weiteren Diskussion.

Die Fragen a) bis e) könnten der Reihe nach durchlaufen werden, das heißt, wenn eine Frage mit Ja beantwortet werden kann, kann sich der Blick auf die nächste Frage richten. Und wenn alle Fragen mit Ja beantwortet werden können, lassen sich gut begründete Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ableiten. In der praktischen Anwendung werden dabei selbstverständlich viele Hürden zu überwinden sein, zum Beispiel:

- Die bei jeder Frage zu treffende Unterscheidung zwischen Ja und Nein ergibt sich nicht quasi automatisch aus der Gesamtbetrachtung aller angesprochenen Argumente. Die Argumente, die dafür beziehungsweise dagegen sprechen können, müssen bewertet, gewichtet und gegeneinander abgewogen werden. Wenn letztlich mit Ja (beziehungsweise mit Nein) entschieden wird, ist diese Entscheidung daher nie endgültig, sie ist immer offen für weitere Diskussion und Revision.
- Bei jeder der fünf Fragen ist ein Begriff hervorgehoben, der die Abwägung, die bei dieser Entscheidungsfindung erforderlich ist, besonders deutlich macht. Bei der ersten Frage ist es zum Beispiel das Wort „*aussagekräftig*“. Hier wäre zu klären: Welche methodischen Schwächen weist die empirische Studie auf und wie stark wird die Aussagekraft der Studie dadurch geschwächt? Auch hier müssen Standpunkte bewertet, gewichtet und gegeneinander abgewogen werden.

- Der Stufenplan geht nicht darauf ein, welche Schritte möglich wären, wenn eine dieser fünf Fragen mit Nein beantwortet wird. Ein Nein könnte aber sehr fruchtbar sein. Es könnte zu einer Verbesserung der Analysen führen und damit auch zu einer genaueren Spezifizierung der gesundheitlichen Ungleichheit, die verringert werden soll.

Der hier vorgeschlagene Stufenplan soll dabei helfen, die erforderliche Diskussion zu strukturieren. Hervorzuheben sind dabei einige grundsätzliche Punkte:

- Trotz der vielen offenen Fragen und des weiterhin bestehenden großen Diskussionsbedarfs: Konkrete Fortschritte sind nur zu erwarten, wenn das jeweils zur Verfügung stehende Wissen so gut wie möglich in praktische Maßnahmen umgesetzt wird und wenn die Erkenntnisse und Lösungsvorschläge dann kontinuierlich überprüft werden.
- Auf dem Weg von Daten zu Taten ist nicht nur die Expertise der Wissenschaft gefragt, sondern auch die der gesundheitspolitischen Akteurinnen und Akteure vor Ort. Je stärker sie eingebunden werden, desto eher wird es möglich sein, Interventionsmaßnahmen fundiert zu planen und durchzuführen.
- Einzubeziehen ist selbstverständlich auch die Expertise der Personen, deren Gesundheitszustand verbessert werden soll, das heißt, ihre Partizipation sollte in allen Phasen der Entscheidungsfindung gewährleistet sein.

Der Weg von Daten zu Taten kann durch ein schrittweises Vorgehen anhand eines klar strukturierten Stufenplans unseres Erachtens erheblich erleichtert werden; über solche Stufenpläne wird bisher jedoch kaum diskutiert. Unser Vorschlag kann und soll nicht mehr sein als ein erster Aufschlag, das heißt eine Anregung zur weiteren Diskussion.

## 8 Ausblick

Im Fokus der wissenschaftlichen Diskussion steht nicht mehr die bloße Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheiten mithilfe empirischer Analysen. Heute richtet sich der Blick mehr auf die Frage, ob tatsächlich alle Vulnerabilitäten in diesem Bereich adäquat in den Blick genommen wurden und wie die gesundheitlichen Ungleichheiten verringert werden könnten. Wichtige Schritte auf diesem Weg von Daten zu Taten sind bereits gemacht worden, auch in Deutschland, viele weitere liegen aber noch vor uns. In allen Bereichen von Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlicher Versorgung wäre zu fragen, ob und wie die strukturell bedingten sozialen (und die damit verbundenen gesundheitlichen) Ungleichheiten verringert werden könnten. Davon sind wir jedoch noch weit entfernt, und große Lücken tun sich auch in der wissenschaftlichen Diskussion

auf, zum Beispiel bei der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik.

Die Diskussion zum Thema „Gesundheitliche Ungleichheit“ hat nichts an Aktualität verloren, ganz im Gegenteil. In der Covid-19-Pandemie ist erneut deutlich geworden, wie eng soziale und gesundheitliche Benachteiligung miteinander verbunden sind. Das Risiko einer Infektion mit dem neuen Coronavirus (SARS-CoV-2) ist in den unteren Statusgruppen zumeist auffallend hoch, zum Beispiel aufgrund der hier häufig besonders beengten Wohn- und Arbeitsverhältnisse. Auch die negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen der Infektionsschutzmaßnahmen treffen die unteren Statusgruppen zumeist besonders stark (intensiv darüber diskutiert wird zum Beispiel im Kompetenznetzwerk Public Health Covid-19 und im Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“). Inzwischen liegen dazu auch erste empirische Analysen aus Deutschland vor. Wie kaum anders zu erwarten zeigen sie, dass die unteren Statusgruppen von den gesundheitlichen Folgen der Pandemie zumeist verstärkt betroffen sind (siehe *Mielck und Wild 2021*). Erforderlich wäre unseres Erachtens daher eine erhebliche Intensivierung der Anstrengungen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit.

## Literatur

- Dahlgren G, Whitehead M (1991):** Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background Document to WHO – Strategy Paper for Europe. Stockholm: Institute for Future Studies
- Heilinger J-C (2019):** Cosmopolitan Responsibility: Global Injustice, Relational Equality, and Individual Agency. Berlin, Boston: De Gruyter
- Lampert T, Mielck A (2008):** Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 8, Heft 2, 7–16

**Levine C et al. (2004):** The Limitations of “Vulnerability” as a Protection for Human Research Participants. *American Journal of Bioethics*, Vol. 4, No. 3, 44–49

**Luna F (2009):** Elucidating the Concept of Vulnerability: Layers not Labels. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, Vol. 2, No. 1, 121–139

**Mackenzie C, Rogers W, Dodds S (Hrsg.) (2013):** Vulnerability: New Essays in Ethics and Feminist Philosophy. Oxford University Press

**Martin AK, Tavaglione N, Hurst S (2014):** Resolving the Conflict: Clarifying “Vulnerability” in Health Care Ethics. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol. 24, No. 1, 51–72

**Mielck A, Wild V (2021):** Gesundheitliche Ungleichheit – Auf dem Weg von Daten zu Taten. Fragen und Empfehlungen aus Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik. Weinheim: Beltz Juventa Verlag

**Siegrist J (2021):** Gesundheit für alle? Die Herausforderung sozialer Ungleichheit. Darmstadt: wbg Academic

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 10. Dezember 2021)

Thomas Lampert, der bei dem GGW-Beitrag von 2008 die Federführung hatte, hätte diese Analyse sicher gerne mit uns geschrieben. Zu unserer großen Bestürzung ist er jedoch im Dezember 2020 gestorben. Wir schreiben diesen Beitrag im Gedenken an ihn. Er hat das Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ immer in den Mittelpunkt seiner umfangreichen Arbeit gestellt, die Diskussion mit seinen zahlreichen empirischen Analysen untermauert und weitergeführt. Wir haben ihm viel zu verdanken.

## DIE AUTOREN



**Dr. phil. Andreas Mielck,**

Jahrgang 1951, studierte Soziologie in Hamburg (Dr. phil.) und Epidemiologie in Chapel Hill, North Carolina, USA (Master of Public Health). Von 1989 bis Ende 2020 arbeitete er als Sozial-Epidemiologe am Helmholtz Zentrum München im Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen. In seiner wissenschaftlichen Tätigkeit konzentrierte er sich vor allem auf das Thema „Gesundheitliche Ungleichheit“. Sein Interesse galt dabei nicht nur den empirischen Analysen, sondern auch den gesundheitspolitischen Folgerungen aus diesen Analysen.



**Prof. Dr. med. Verina Wild,**

Jahrgang 1977, studierte Medizin an der Georg-August-Universität Göttingen und arbeitete als Ärztin in der Inneren Medizin. Seit 2008 ist sie in Forschung und Lehre im Bereich Bioethik/Medizinethik/Public-Health-Ethik/Globale Gesundheitsethik tätig. Zunächst arbeitete sie am Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich. 2018 wurde sie stellvertretende Institutsdirektorin am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, LMU München, seit 2020 ist sie Professorin für Ethik der Medizin an der Universität Augsburg. Der Schwerpunkt ihrer Forschung liegt auf Public-Health-Ethik und Theorien der Gesundheitsgerechtigkeit.