

Welche gesundheitlichen Ungleichheiten sind ungerecht?



Zum Zusammenspiel von Sozialepidemiologie und Public-Health-Ethik am Beispiel ungleicher Gesundheitschancen

Mediale Feststellungen wie „Wer arm ist, stirbt früher“ oder „Arme sind kränker als Reiche“ begleiten regelmäßig die Veröffentlichung neuer Untersuchungen zu ungleichen Gesundheitschancen. Hinter diesen einfachen Aussagen versteckt sich eine Komplexität, welche sowohl die (sozial)epidemiologische Beschreibung und Erklärung der Ungleichheiten als auch ihre normativ-ethische Beurteilung umfasst. Dieser Beitrag möchte einen Einblick in das Thema „ungleiche Gesundheitschancen“ aus Sicht beider Disziplinen, Sozialepidemiologie und Ethik, geben. Anhand der Frage „Welche gesundheitlichen Ungleichheiten sind ungerecht?“ soll gezeigt werden, wie sehr beide Disziplinen einander ergänzen und ihre Bedeutung für die Entwicklung konkreter Gesundheitsprogramme („health policies“) herausgestellt werden.



Johannes Ulrich

Die Erkenntnis, dass Wohn- und Lebensbedingungen und damit insbesondere Armut den Gesundheitszustand der Menschen beeinflussen, ist nicht neu. Im deutschsprachigen Raum wird in diesem Zusammenhang oft auf Rudolf Virchows Analyse der Typhus-Epidemie der armen Landbevölkerung von Oberschlesien von 1848 verwiesen; im europäischen Ausland werden dagegen oft Sir Edwin Chadwick (1800–1890) oder Louis Villermé (1782–1863) als Urheber der sozialmedizinischen Tradition herangezogen. Für den heutigen Kontext interessant ist die „Wiederentdeckung“ der sozialen Determinanten von Gesundheit in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts. Die allgemeine Sterblichkeit (Mortalität) war seit dem Ende des 19. Jahrhunderts kontinuierlich gesunken und nicht übertragbare Erkrankungen wie zum Beispiel die koronare Herzkrankheit (KHK) oder Tumorleiden hatten

im globalen Norden infektiöse Ursachen hinsichtlich ihrer Sterblichkeit und Krankheitslast (Morbidität) abgelöst. Die Ursache dafür sah man vor allem im Fortschritt der modernen (Bio-) Medizin im Kampf gegen Infektionskrankheiten, allem voran die Entwicklung von Antibiotika.

Diese allgemeine Sichtweise fand sich im Widerspruch zu wissenschaftlichen Untersuchungen wieder: Anhand demografischer Daten aus England und Wales konnte der britische Arzt und Epidemiologe Thomas McKeown zeigen, dass der Rückgang der Sterblichkeit am ehesten den verbesserten Lebens-, Wohn- und Ernährungsgewohnheiten der Menschen zugerechnet werden konnte, und eben nicht dem medizinischen Fortschritt (McKinlay/McKinlay 1977). McKeowns These warf neue Fragen hinsichtlich der sozialen Determinanten von Gesundheit auf. Was genau zählt dazu und auf

welche Weise beeinflussen sie Gesundheit? Auch wenn die Evidenz mittlerweile in vielem eine klare Sprache spricht, wird diese Diskussion innerhalb der Sozialepidemiologie bis heute geführt, nicht zuletzt, da auch die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen sich laufend verändern. In diesem Beitrag geht es um ein grundlegendes Verständnis der wichtigsten Konzepte und Theorien. Dafür hilft ein Blick auf eine mittlerweile berühmt gewordene Studie aus dem England der 60er Jahre.

Gesundheit folgt einem sozialen Gradienten

Zwischen 1967 und 1970 wählte eine Gruppe von Epidemiologen unter der Leitung von Sir Michael Marmot 18 000 männliche Angestellte des öffentlichen Dienstes aus und beobach-