

Frank Mathwig, Torsten Meireis,
Melanie Werren (Hg.)

Zwischen Ungleichheit und Gerechtigkeit

Grundlagen und Konkretionen
im Gesundheitswesen



TVZ

Zwischen Ungleichheit und Gerechtigkeit

T V Z

Frank Mathwig, Torsten Meireis, Melanie Werren (Hg.)

Zwischen Ungleichheit und Gerechtigkeit

Grundlagen und Konkretionen im Gesundheitswesen

T V Z

Theologischer Verlag Zürich

Der Theologische Verlag Zürich wird vom Bundesamt für Kultur mit einem Strukturbeitrag für die Jahre 2019–2020 unterstützt.

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Umschlaggestaltung
Simone Ackermann, Zürich
unter Verwendung einer Fotografie vom AOK-Mediendienst

Druck
Rosch Buch GmbH, Scheßlitz

ISBN 978-3-290-18213-7
© 2019 Theologischer Verlag Zürich
www.tvz-verlag.ch

Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Vorwort.....7

Frank Mathwig / Torsten Meireis / Melanie Werren

Einleitung.....9

I. GRUNDLEGENDE ZUGÄNGE

Johannes Eurich

Chancengleichheit im Gesundheitswesen –
Überlegungen zu einer sozial gerechten Verteilung
von Gesundheitschancen.....13

Settimio Monteverde

Soziale Gerechtigkeit und moralische Proximität in Pflegebeziehungen:
Ein Widerspruch für die Pflegeethik?.....31

Rouven Porz / Mathias Wirth

«Wir lassen das Mädchen hier bei uns im Haus nicht sterben»
Das Prinzip der Gerechtigkeit in der klinisch-ethischen
Fallbesprechung.....45

Patrik Hummel / Matthias Braun / Peter Dabrock

Das Gute und das Gerechte als Pole einer Ethik der daten- und
algorithmengetriebenen Forschung57

II. KONKRETIONEN

Melanie Werren

Gerechtigkeit im Kontext von prä- und postnataler genetischer
Diagnostik und Behinderung.....79

Franziska Zúñiga

Rationierung in der Alterspflege –

Konzeptualisierung und Erkenntnisse aus der SHURP-Studie89

Melanie Werren

Demenzgerecht?

Gerechtigkeit und Demenz109

Autorinnen und Autoren.....123

Vorwort

Dieser Band ist aus einer vom Berner Arbeitskreis «Ethics & Care» organisierten interdisziplinären Fachtagung «Ungleich – und doch gerecht? Die Frage gerechtfertigter Ungleichheit im Gesundheitswesen» hervorgegangen, die im Dezember 2015 stattfand. Dort wurden Fragen zu gerechtfertigter Ungleichheit am Beispiel von Rationierungsfragen im Medikamenten- (Sovaldi®) und Pflegebereich («bedside rationing») diskutiert. Weil die Debatte um Sovaldi® nicht mehr aktuell ist, wurde der Tagungsband entsprechend angepasst. Die vorliegenden Artikel zum Thema «bedside rationing» lehnen sich deshalb an die dort gehaltenen Referate an. Andere Artikel konnten für diesen Band zusätzlich dazu gewonnen werden. Der Dank der Herausgeberschaft gilt deshalb besonders all denjenigen, die einen Beitrag zur Tagung und/oder zu diesem Band geleistet haben.

Weiter geht ein herzliches Dankeschön an Frau Bettina Schön für ihren kritischen Blick bei der Vorbereitung des Bands sowie an Frau Lisa Briner, Frau Bigna Hauser und Frau Dorothea Meyer-Liedholz für ihre freundliche Begleitung.

Bern, im Dezember 2018

Frank Mathwig
Torsten Meireis
Melanie Werren

Einleitung

Gerechtigkeit ist ein zentraler Wert in Politik und Gesellschaft. Trotzdem ist sie im Hinblick auf ihren Gehalt und ihre Reichweite höchst umstritten. Der vierte Band der Reihe «Ethics & Care» beschäftigt sich deshalb mit dem letzten der vier bioethischen Prinzipien von Tom L. Beauchamp und James F. Childress, nämlich mit dem Prinzip der «Gerechtigkeit» («Justice»), das auch in der Medizin und im Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung ist.

In diesem Buch werden grundlegende und praktische Fragen der Gerechtigkeit mit Bezug auf die Anwendungsfelder Gesundheitswesen, Medizin, Biotechnologien und Pflege diskutiert: Wie sieht eine gerechte Verteilung knapper Ressourcen in der Gesundheitsversorgung aus? Worauf zielt eigentlich eine gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen? Welche besonderen Problemstellungen ergeben sich im Verlauf eines menschlichen Lebens? In welchem Verhältnis stehen Gerechtigkeitsfragen zu anderen Themen der Medizin-, Bio- und Pflegeethik?

Im ersten Teil werden grundlegende Zugänge zur Fragestellung eröffnet. Im zweiten Teil werden anhand praktischer Fragestellungen Herausforderungen und Perspektiven aufgezeigt.

Der erste grundlegende Zugang zum Thema «Gerechtigkeit» bietet *Johannes Eurich*. Er diskutiert am Beispiel von Deutschland die ungleiche Verteilung von Gesundheit und Krankheit aufgrund sozioökonomischer Ursachen und stellt diesbezüglich gesundheitspolitische Forderungen. *Settimio Monteverde* fragt in seinem Beitrag nach einer Konzeption von Pflegebedürftigkeit, die einen Massstab für eine gerechte Verteilung von Pflege gibt. *Rouven Porz* und *Mathias Wirth* stellen sich der Herausforderung, den abstrakt klingenden Wert der Gerechtigkeit für den klinischen Alltag zu übersetzen. *Patrik Hummel*, *Matthias Braun* und *Peter Dabrock* befassen sich mit dem Kopplungsverhältnis von Gutem und Gerechtem im Zusammenhang mit der daten- und algorithmengetriebenen Forschung.

Im zweiten Teil des Buches, in dem es darum geht, den Begriff der Gerechtigkeit zu konkretisieren, fragt *Melanie Werren* nach Gerechtigkeit im Kontext von prä- und postnataler genetischer Diagnostik und Behinderung. *Franziska*

Zúñiga präsentiert in ihrem Artikel Resultate aus und Reflexionen zu der Swiss Nursing Home Human Resources Studie (SHURP), in welcher erstmals die implizite Rationierung in Schweizer Pflegeheimen gemessen wurde. Zum Schluss untersucht *Melanie Werren* aus unterschiedlichen Perspektiven, was «demenzgerecht» bedeutet.

I. Grundlegende Zugänge

Johannes Eurich

Chancengleichheit im Gesundheitswesen – Überlegungen zu einer sozial gerechten Verteilung von Gesundheitschancen

In der Diakoniewissenschaft werden Gerechtigkeitsfragen vor allem aus der Perspektive derjenigen angegangen, die sich in der Gesellschaft in Lagen sozialer Benachteiligung, Marginalisierung oder Exklusion befinden. Damit wird einem Spezifikum theologischen Gerechtigkeitsdenkens gefolgt, welches zum Schutz an den Rand gedrängter, verstossener, ausgegrenzter Menschen bereits im Ersten Testament sogenannte Sozialgesetze – und das religionsgeschichtlich sehr früh – begründet hat.¹ Unter Aufnahme dieser jüdischen Tradition sprechen auch christliche Ethiker von der Parteilichkeit Gottes im Blick auf die Armen; ebenso hat auch die befreiungstheologische Option für die Armen hier eine ihrer biblischen Wurzeln. Gerechtigkeits-theoretisch gewendet heisst dieses Vorgehen, nicht nur bei allgemeinen Grundsätzen der Gerechtigkeit anzusetzen² und aus diesen abzuleiten, was in einer ausdifferenzierten Gesellschaft an Chancengleichheit im Gesundheitswesen zu gewährleisten ist, sondern eben auch von Lebenslagen der Entwürdigung, Marginalisierung, Ungerechtigkeit auszugehen und die «unter die Räuber» Gefallenen³ in den Blick zu nehmen, also Top-Down und Bottom-Up-Verfahren miteinander zu verschränken. Nimmt man die Situationen der Opfer von Ungerechtigkeit heute als Ausgangspunkt, kehrt sich folglich auch die Blickrichtung um. Man schaut nicht länger vom Sozialstaat und seinen Leistungen

¹ Vgl. Wolfgang Huber, *Gerechtigkeit und Recht. Grundlinien christlicher Rechts-ethik*, Gütersloh 1996.

² Vgl. John Rawls, *A Theory of Justice*, Oxford 1999; vgl. zur Problematik, allgemeine Gerechtigkeitsgrundsätze auf marginalisierte Personengruppen anzuwenden: Johannes Eurich, *Gerechtigkeit für Menschen mit Behinderung. Ethische Reflexionen und sozialpolitische Perspektiven*, Frankfurt a. M. 2008, 75ff.

³ Vgl. die Erzählung vom barmherzigen Samariter in Lk 10,25–37.

aus, sondern versucht, neue Situationen der Not, des Ausschlusses zu erkennen. Genau dies versucht die amerikanische Philosophin Judith Shklar, die von konkreten Erfahrungen der Ungerechtigkeit ausgeht: «Welche Entscheidung wir auch immer treffen, sie wird solange unrecht sein, wie wir der Ansicht des Opfers nicht uneingeschränkt Rechnung tragen und seiner Stimme nicht volles Gewicht verleihen.»⁴ Interessant ist die Annahme Shklars, dass Ungerechtigkeit nicht einfach das Gegenteil von Gerechtigkeit ist, sondern auch neben Gerechtigkeit vorhanden sein kann.

Diese Perspektive zugrunde legend möchte ich fragen, was aus dem Grundsatz gleicher Gesundheitschancen im Blick auf Menschen folgt, die in sozialer Hinsicht «ungleich» im Sinne einer sozialen Benachteiligung sind. Dies wird vor allem hinsichtlich der ungleichen Verteilung von Gesundheit und Krankheit aufgrund sozioökonomischer Ursachen am Beispiel Deutschlands diskutiert. Grundsätzlich gehe ich mit Dieter Birnbacher davon aus, «dass das in Deutschland bestehende System der Gesundheitsversorgung den Erfordernissen der sozialen Gerechtigkeit [...] in hohem Maße gerecht wird»⁵. Trotzdem gibt es gesundheitliche Ungleichheiten, die auf Grenzen aufmerksam machen, welche im Blick auf die Herstellung gleicher Gesundheitschancen durch Gesundheitsversorgungssysteme bestehen. Daraus werden Schlussfolgerungen im Blick auf gesundheitspolitische Massnahmen gezogen, die am Ende des Beitrags dargestellt werden

I. Chancengleichheit als Gerechtigkeitskriterium

Chancengleichheit ist einer der schon länger diskutierten Vorschläge, um die Allokation von medizinischen Leistungen nach einer Gerechtigkeitsidee zu steuern.⁶ Diese Idee ist eingegangen in die Sozialgesetzgebung in Deutschland und hat zu Grundsätzen in der Gesundheitspolitik geführt, welche allen Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf medizinische Versorgung einräumen, deren «Qualität und Wirksamkeit der

⁴ Judith Shklar, *Über Ungerechtigkeit. Erkundigungen zu einem moralischen Gefühl*, Berlin 1992, 203.

⁵ Dieter Birnbacher, *Wie gerecht ist das deutsche System der Gesundheitsversorgung?*, in: Gerd Bruder Müller / Kurt Seelmann (Hg.), *Zweiklassenmedizin?*, Würzburg 2012, 9–30 (15).

⁶ Vgl. Anton Leist, *Chancengleichheit in der Medizin*, in: Peter Koller (Hg.), *Gerechtigkeit im politischen Diskurs der Gegenwart*, Wien 2001, 303–326.

Leistungen [...] dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen»⁷ haben.

Das Kriterium der Chancengleichheit in der Medizin ist eine Anwendung des Grundprinzips einer «fairen Verteilung» grundlegender Lebenschancen auf das Gesundheitswesen.⁸ John Rawls sieht dazu ein System grundlegender Rechte und Freiheiten (Grundfreiheiten) vor, das in weiteren Abstufungen gleiche Chancen auf öffentliche Ämter (Chancengleichheit) und dann Prinzipien hinsichtlich der Verteilung von Einkommen und natürlicher oder sozial bedingter Ungleichheiten (sozialer Lastenausgleich) beinhaltet. Die Grundfreiheiten werden vorrangig garantiert und sichern die Grundrechte des Individuums ab, etwa im Blick auf bevormundende Entscheidungen Professioneller durch das Prinzip der Selbstbestimmung. Das Prinzip der Chancengleichheit bedeutet, den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewähren ohne Berücksichtigung sozialer Unterschiede an Einkommen, Status oder Bildung. Weiterhin sollen nach dem Differenzprinzip sozial bedingte Ungleichheiten – soweit dies einer Gesellschaft möglich ist – ausgeglichen werden. Nach John Rawls soll also jedes Mitglied der Gesellschaft den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben und ebenso sind die natürlichen und sozialen Benachteiligungen auszugleichen. Hier spielt das Prinzip des Bedürfnisses eine Rolle, das zu ungleich höheren Gesundheitsausgaben im Einzelfall führen kann. Über die gleichen Chancen des Zugangs zu Gesundheitsleistungen hinaus ist folglich ein solidarischer Lastenausgleich geboten, der die besonderen Bedürfnisse, die aufgrund natürlicher oder sozialer Benachteiligungen vorhanden sind, mit weitergehenden Ansprüchen versieht. Entgegen dem Differenzprinzip bei John Rawls, das nur die Schlechtestgestellten einer Gesellschaft bedenkt,⁹ sieht Dieter Birnbacher den Gehalt der sozialen Gerechtigkeit angemessener in einer prioritaristischen Regel abgebildet. Diese besagt, «dass den relativ Schlechtestgestellten weitergehende Ansprüche an solidarischen Leistungen zukommen als anderen, solange ihre Lebenschancen unter einem jeweils gesellschaftlich definierten Normalniveau liegen, und zwar entsprechend dem Ausmass, in dem sie dahinter

⁷ § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

⁸ Vgl. hierzu Norman Daniels, *Just Health Care*, Cambridge 1985, in: ders., *Just Health. Meeting health needs fairly*. Cambridge u. a. 2009; Dieter Birnbacher (Anm. 5).

⁹ Vgl. zur Kritik daran: Eurich (Anm. 2).

zurückbleiben»¹⁰. Damit hat nicht nur der chronisch erkrankte oder altersgeschwächte oder unter sonstigen Gebrechen besonders leidende Mensch einen Anspruch, der über das Recht auf gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen und damit über den Anspruch besser gestellter Mitglieder der Gesellschaft hinausgeht, sondern auch der aufgrund sozialer Herkunft, Armut oder sonstiger sozialer Zusammenhänge gesundheitlich Schlechtergestellte.¹¹

Freilich sind damit erst Grundprinzipien sozialer Gerechtigkeit benannt, die hinsichtlich ihrer Bedeutung für das Gesundheitssystem weiter auslegungsbedürftig sind. Wie weit reicht das Recht auf eine elementare Gesundheitsversorgung? Entspricht es dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne einer Normalversicherung oder umfasst es lediglich eine Minimalversorgung zur Lebensrettung, Schmerzfreiheit und bei akuten Erkrankungen? Wie sind die Leistungen der jeweiligen Versorgungsstufe zu definieren – umfasst eine Normalversorgung etwa die Behandlung aufgrund eines Kinderwunschs oder durch eine alternative Heilmethode? Auch im Blick auf die Gruppe der im Rahmen des Prioritarismus begünstigten Schlechtergestellten ist zu klären, welche Bedürftigkeit darunter fällt und welche nicht mehr und in welchem Umfang diese dann zu berücksichtigen ist. Diese Fragen sind im politischen Diskurs unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems gesellschaftlich auszuhandeln. Bei allen Unterschieden, die hier im Einzelnen zu Tage treten mögen, lässt sich auf einer grundsätzlichen Ebene jedoch bestätigen, dass ein solches System an Grundfreiheiten und Chancengleichheit den Erfordernissen sozialer Gerechtigkeit zu genügen vermag.¹² Zudem besitzt es eine hohe Bedeutung für den sozialen Zusammenhalt einer Gesellschaft: «Das Prinzip des gleichen Zugangs ist ein Kerngehalt der sozialen Gerechtigkeit, insbesondere in Gesellschaften mit einer ausgeprägten Schichtung in Hinsicht auf die eng korrelierten Variablen Einkommen, Bildungsstand und Macht.»¹³ Daher kann der Bereich der Gesundheitsversorgung einen Ausgleich bieten zur beruflichen Welt der Hierarchien und Abstufungen und so sowohl die Zustimmung zur bzw. Identifikation mit der staatlichen Gemeinschaft befördern als auch sozialen Konflikten vorbeugen. «Wenn es um Leben und Gesundheit geht, soll

¹⁰ Birnbacher (Anm. 5), 14.

¹¹ Vgl. Birnbacher (Anm. 5), 14.

¹² Vgl. Birnbacher (Anm. 5), 10–15.

¹³ Birnbacher, (Anm. 5), 13.

jeder Einzelne sagen können, dass er der Gesellschaft ebenso viel wert ist wie alle anderen.»¹⁴ Doch wie sieht es in der gesellschaftlichen Realität aus? Welche Ergebnisse liefern empirische Untersuchungen zum sozialen Gradienten von Gesundheit?

II. Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit

Unter ungleichen Gesundheitschancen wird die ungleiche Verteilung veränderbarer gesundheitsschädigender Bedingungen in einer Gesellschaft verstanden, so dass «dadurch bestimmte Bevölkerungsgruppen systematisch in stärkerem Maß als andere den im Prinzip vermeidbaren Erkrankungsrisiken ausgesetzt sind»¹⁵. Gleiche Gesundheitschancen bedeuten im Blick auf sozial bedingte Ungleichheit, «eine Gleichheit der Opportunitäten vermeidbarer Gesundheitsrisiken»¹⁶ herzustellen. Niemand soll vermeidbare schlechtere Gesundheitschancen dadurch haben, dass er einer mittellosen oder sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppe angehört. Obwohl man vom Gerechtigkeitsempfinden her intuitiv einer solchen Aussage zustimmen mag, weisen medizinsoziologische und sozialepidemiologische Untersuchungen auf das Fortbestehen sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit in westlichen Industrieländern hin. So gibt es:¹⁷

- Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Mitgliedern der am besten gestellten und der am meisten benachteiligten sozialen Schicht in einer durchschnittlichen Spanne von vier bis zehn Jahren.¹⁸

¹⁴ Birnbacher, (Anm. 5), 14.

¹⁵ Johannes Siegrist, Sozial ungleiche Gesundheitschancen. Prävention als solidarisches Handeln, in: Anja Katarina Weilert (Hg.), Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat. Interdisziplinäre Zugänge, Baden-Baden 2015, 257–274 (257).

¹⁶ Siegrist (Anm. 15), 257.

¹⁷ Vgl. zur folgenden Aufzählung: Siegrist (Anm. 15), 258f.

¹⁸ Vgl. Johannes Siegrist / Michael Marmot, Einleitung: dies. (Hg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern 2008, 15–44. Als Schichtindikatoren galten Bildung, Einkommen und berufliche Position.

- Dies gilt auch in skandinavischen Ländern mit ihren allen Bevölkerungskreisen zugänglichen, gut ausgebauten Gesundheitssystemen ebenso wie in wohlhabenden Ländern wie der Schweiz.
- Gesundheitliche Ungleichheit gibt es im Vergleich aller sozialen Schichten und betrifft nicht nur die am stärksten benachteiligte Bevölkerungsgruppe. Der «soziale Gradient» von Morbidität zieht sich durch die gesamte Gesellschaft, so dass sich der Gesundheitszustand der Mitglieder einer sozialen Schicht mit jeder höheren gesellschaftlichen Position verbessert.¹⁹
- Ebenso gibt es einen sozialen Gradienten für chronisch degenerative Erkrankungen, die bei sozial schlechter gestellten Bevölkerungsmitgliedern öfters als bei besser gestellten auftreten, der bis in die höchste Altersstufe hinein bestehen bleibt.²⁰
- Epidemiologische Studien aus vielen europäischen Ländern belegen dieses bis heute typische Verteilungsmuster auch bei gesundheitspolitisch relevanten Indikatoren der krankheitsbedingten Frühinvalidität und der vorzeitigen Sterblichkeit, auch im Hinblick auf spezifische Erkrankungen wie Koronarsterblichkeit oder Lungenkrebs-erkrankungen.²¹

Nun könnte man einwenden, dass nicht die soziale Benachteiligung ursächlich für den sozialen Gradienten von Morbidität ist, sondern genau umgekehrt eine höhere Erkrankungshäufigkeit soziale Ungleichheiten erst entstehen lässt, etwa durch die mit einer Erkrankung einhergehenden finanziellen Belastungen und beruflichen Einschränkungen. Jedoch haben epidemiologische Längsschnittstudien festgestellt, «dass die Kausalrichtung, die von sozialen Einflussfaktoren zur Krankheitsentwicklung führt, wesentlich stärker ausgeprägt ist als der umgekehrte Wirkzusammenhang»²². Ebenso kann auch ausgeschlossen werden, dass ungleiche Zugangschancen zu medizinischer

¹⁹ Vgl. Michael Marmot, *Status Syndrome. How your social standing directly affects your health*, London 2004, 13–36.

²⁰ Marmot (Anm. 19), 39.

²¹ Vgl. Matthias Richter / Klaus Hurrelmann, *Gesundheitliche Ungleichheit. Ausgangsfragen und Herausforderungen*, in: dies. (Hg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden 2009, 13–33.

²² Siegrist (Anm. 15), 260; vgl. Chris Power / Diana Kuh, *Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf*, in: Siegrist / Marmot (Anm. 18), 45–76.

Behandlung oder eine ungleiche Behandlungsqualität hauptsächlich für die Varianz sozial ungleicher Krankheitslast ist.²³

Welche Erklärungsansätze können dann gesundheitliche Ungleichheit erklären? Nach Johannes Siegrist kommen vor allem drei Ansätze in Betracht: gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, soziale Benachteiligung am Lebensbeginn sowie Belastungen und Benachteiligungen in zentralen Lebensbereichen des Erwachsenenalters.²⁴ Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen hängen mit dem in einer sozialen Gruppe vorherrschenden Lebensstil zusammen, der sich deutlich von Schicht zu Schicht unterscheidet und von der vorhergehenden Generation jeweils übernommen wird. Aus den tradierten Werten, eingespielten Gewohnheiten und vorherrschenden sozialen Normen ergibt sich ein Muster der Lebensführung, das – ergänzt um verfügbare Chancen der Lebensgestaltung – sich auf den Gesundheitszustand auswirkt: «Ungünstiges Ernährungsverhalten, Bewegungsmangel und Übergewicht sind Bestandteile eines gesundheitsschädigenden Lebensstils, der, gemeinsam mit häufigerem Zigarettenkonsum, einen ausgeprägten sozialen Gradienten aufweist: je niedriger der Bildungsgrad und die Einkommenshöhe einer Bevölkerungsgruppe ist, desto häufiger findet sich dieses Muster [...]»²⁵

Beim Latenzmodell wird hingegen davon ausgegangen, dass am Lebensbeginn eines Menschen wirkende Faktoren (z. B. psychosoziale Stressbelastung der Mutter, Rauchen während der Schwangerschaft) sich später im Lebenslauf als Krankheiten manifestieren. Diese sogenannte Lebenslauf-Perspektive untersucht, «wie soziale und biologische Faktoren, die in verschiedenen Phasen des Lebens und über Generationen hinweg wirksam sind, zur gesundheitlichen Ungleichheit im Erwachsenenalter beitragen. Sie stellt insbesondere die Frage, wie viel der gesundheitlichen Ungleichheit im Erwachsenenalter auf sozial differentielle Expositionen im frühkindlichen Alter zurückzuführen ist»²⁶. Durch Geburtskohortenstudien konnte nun gezeigt werden, dass ein nachhaltiger Einfluss von psychosozial und soziökonomisch

²³ Vgl. Johan Mackenbach, The persistence of health inequalities in modern welfare states. The explanation of a paradox, in: *Social Science & Medicine* 75, 2012, 761–769.

²⁴ Vgl. Siegrist (Anm. 15), 261–269.

²⁵ Siegrist (Anm. 15), 262.

²⁶ Power / Kuh (Anm. 22), 45f.

ungünstigen Startchancen am Lebensbeginn auf den späteren Gesundheitszustand im Erwachsenenalter auswirkt.²⁷ Allerdings sind davon nur schwerlich die späteren Einflüsse durch Erziehung und Sozialisation abzugrenzen, weshalb man zum Kumulationsmodell übergegangen ist, welches davon ausgeht, «dass eine vor der Geburt und in früher Kindheit erworbene erhöhte Gefährdung durch nachfolgende ungünstige körperliche, seelische und soziale Entwicklungschancen während der Sozialisation im Elternhaus verstärkt wird»²⁸. Bei der Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheit hat man festgestellt, dass auf diese Weise längerfristig entstehende geringere Gesundheitschancen weit verbreitete Krankheiten einschliessen, die bei sozial schlechter gestellten Schwangeren bzw. Eltern wesentlich häufiger auftreten als bei besser gestellten.

In der Lebenslauf-Perspektive kommt besonders dem frühen und mittleren Erwachsenenalter eine besondere Bedeutung zu, weil sich in diesem Alter die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht inklusive damit verbundener sozialer Rollen, Berufstätigkeit und Engagementformen und damit die weitere gesellschaftliche Stellung eines Menschen verfestigen. «Schichtzugehörigkeit bedeutet daher zum einen, in unterschiedlichem Maß an der Zuteilung gesellschaftlich wertvoller Güter und Ressourcen zu partizipieren, zum anderen, durch typische Erfahrungen, Fähigkeiten und Lebensstile der eigenen sozialen Lage geprägt zu sein.»²⁹ Besonders gut belegt ist der Einfluss materieller Not und Benachteiligung auf die gesundheitliche Ungleichheit, jedoch werden neben Armut auch weniger sichtbare Formen sozialer Benachteiligung als Gesundheitsdeterminanten in den Blick genommen. Der psychosozialen Umwelt kommt hierbei eine Schlüsselfunktion zu, denn darunter wird «derjenige Bereich sozialer Opportunitäten verstanden, der Menschen zur Verfügung steht, um ihre fundamentalen Bedürfnisse nach Wohlbefinden, Produktivität und positiver Selbstentfaltung zu erfüllen»³⁰. Die Verfügbarkeit und Qualität sozialer Rollen, welche im frühen und mittleren Erwachsenenalter erworben werden, beeinflusst massgeblich, wie die psychosoziale Umwelt eines Menschen beschaffen ist und inwieweit er bzw. sie solche fundamenta-

²⁷ Vgl. George Davey-Smith / John Lynch, Life course approaches to socioeconomic differentials in health, in: Diana Kuh / Yoav Ben-Shlomo (Hg.), *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*, Oxford 2004, 77–115.

²⁸ Siegrist (Anm. 15), 263.

²⁹ Siegrist (Anm. 15), 264.

³⁰ Siegrist (Anm. 15), 265.