



Veröffentlichung auf  
„Gerechte-Gesundheit.de“

## „Wie gerecht ist das deutsche System der Gesundheitsversorgung?“

### Aufsatz von Dieter Birnbacher

Der Aufsatz von Dieter Birnbacher erschien erstmalig in:  
Gerd Brudermüller/Kurt Seelmann (Hrsg.):  
Zweiklassenmedizin? Würzburg 2012, 9-30

September 2014

**Prof. i.R. Dr. Dr. h.c.  
Dieter Birnbacher**

#### Zur Person

- Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
- seit 1996 Professor für Philosophie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

#### Forschungsschwerpunkte

- Ethische und anthropologische Grundlagen- und Anwendungsprobleme der modernen Medizin (u.a. Organtransplantation, Sterbehilfe, Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem)
- Ethische Probleme im Spannungsfeld von Transhumanismus und Biokonservatismus
- Anthropologie und Neurophilosophie

#### Kontakt

- dieter.birnbacher@uni-duesseldorf.de

Wie gerecht ist das deutsche System der Gesundheitsversorgung – dieser Frage widmet sich Prof. Birnbacher. Er kommt in seinem Aufsatz zu dem Schluss: „Das deutsche System der Gesundheitsversorgung wird den Forderungen der sozialen Gerechtigkeit, sofern man diese in grober Analogie zu den Grundsätzen der Sozialphilosophie von Rawls konstruiert, weitgehend gerecht.“ Ein „Schönheitsfehler“ sei im wesentlichen die Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung im Bereich der Grundversorgung.



Prof. Dieter Birnbacher auf dem ceres-Symposium in Köln, September 2014 © Patric Fouad

## Wie gerecht ist das deutsche System der Gesundheitsversorgung?

Aufsatz von Dieter Birnbacher

1. Einleitung
2. Gesundheitsgerechtigkeit à la Rawls
3. Wie weit entspricht das deutsche System der Gesundheitsversorgung den Grundsätzen sozialer Gerechtigkeit?
4. Gerechtigkeit der Gesundheitsversorgung versus „Gerechtigkeit“ im Gesundheitsstatus
5. Was sollte sich ändern?

### 1. Einleitung

Im 21. Jahrhundert ist die Forderung nach sozialer Gerechtigkeit eine zunehmend universale Forderung an die Organisation von Gesellschaften geworden. Diese Forderung ist eine mehr oder weniger natürliche Fortentwicklung der **liberalen Bürgerrechte**: Wenn die von der Aufklärung erkämpften bürgerlichen Rechte wie das Recht auf Meinungsfreiheit, Versammlungsfreiheit, Religionsfreiheit und freie Entfaltung der Persönlichkeit unter realen gesellschaftlichen Bedingungen wirksam werden sollen, bedarf es mehr als der rechtlichen Garantierung dieser Rechte. Es bedarf auch der **rechtlichen Garantierung** der Mittel, diese Freiheiten nutzen zu können. Eine „Effektivierung“ von Freiheitsrechten erfordert soziale Rechte, die sicherstellen, dass jeder zumindest über **das** Minimum an Ressourcen verfügt, das er benötigt, um die ihm *in abstracto* eingeräumten Rechte auch *in concreto* in Anspruch zu nehmen.

Die Fortentwicklung der Freiheitsrechte zu sie „effektivierenden“ sozialen Rechten ist ein welthistorischer Prozess. Sie zeigt sich in der historischen Abfolge der politischen Verfassungen wie der Kataloge von Menschenrechten und nicht

zuletzt auch in den historisch wechselnden Verständnissen des ethisch-politischen Grundbegriffs der Menschenwürde. Standen bei den Wegbereitern der Menschenwürdeidee in der Aufklärung noch die Freiheits- und andere Abwehrrechte im Mittelpunkt, reicherte sich im 19. Jahrhundert, vor allem durch die Arbeiterbewegungen, die Idee der Menschenwürde mit sozialen Rechten wie dem Recht auf Subsistenzmittel und Gesundheitsversorgung und dem Recht auf menschenwürdige Arbeits- und Lebensbedingungen an. Eine der Folgen dieser Anreicherung ist eine Verschärfung der globalen Ungleichheiten in der Sicherstellung der für die Menschenwürde zentralen Bedingungen. Als Menschenwürdeverletzungen zählen nicht mehr nur Folter, Verfolgung und die Vorenthaltung rechtlichen Gehörs, sondern auch absolute Armut, fehlender Zugang zu Lebensgrundlagen wie sauberem Wasser und minimaler Hygiene und einer zumindest elementaren medizinischen Versorgung.

„Soziale Gerechtigkeit“ ist insofern nicht von ungefähr neben „Freiheit“ und „Gleichheit“ zu einem der am häufigsten verwendeten politischen Schlagworte geworden. Als solches steht es zusammen mit diesen anderen in einem gewissen Verdacht, als **Leerformel** zu fungieren, die im

Dienste der jeweils eigenen Interessen und Wertvorstellungen mit beliebigen Inhalten gefüllt werden kann. Da es keine irgendwie verbindliche und autoritative Definition von sozialer Gerechtigkeit gibt, sind der Möglichkeit kaum Grenzen gesetzt, alle möglichen sozialen Ungleichheiten – besonders, wenn man von ihnen in eigener Person betroffen ist – als „sozial ungerecht“ oder „diskriminierend“ zu beklagen.

Dem prominentesten unter den Sozialphilosophen des 20. Jahrhunderts, John **Rawls**, kommt das Verdienst zu, die Beliebigkeit der Interpretationen ein Stück weit eingedämmt zu haben. In seinem Hauptwerk *Eine Theorie der Gerechtigkeit* (Rawls 1971) unternimmt er den Versuch, die zentralen und unverzichtbaren Kerngehalte der Idee der sozialen Gerechtigkeit, wie sie in den Industriegesellschaften der Gegenwart verstanden wird, herauszuarbeiten und in eine einheitliche und umfassende Konzeption einer gerechten Gesellschaft zu integrieren. Wie weit ihm dieser Versuch gelungen ist und wie weit es seine Theorie schafft, die heterogenen in dem Begriff der Sozialen Gerechtigkeit mitgedachten Elemente in einer Synthese zusammenzuführen, ist umstritten. Angesichts ihrer Integrativität scheint diese Theorie dennoch ein geeigneter Ausgangspunkt, wenn es darum geht, Fragen nach der sozialen Gerechtigkeit von Gesundheitssystemen – und insofern auch des in Deutschland bestehenden Gesundheitssystems – zu beantworten.

## 2. Gesundheitsgerechtigkeit à la Rawls

Die Grundidee von Rawls' Entwurf einer Integration der klassisch-liberalen und der sozialen Gehalte des modernen Begriffs der sozialen Gerechtigkeit besteht in einer **abgestuften** und mit einer **Sphärenaufteilung** zusammengehenden Hierarchie von Prinzipien: Der Kern der klassisch-liberalen Rechte, die von ihm sogenannten „Grundfreiheiten“, sollen bedingungslosen Vorrang vor den übrigen Prinzipien haben und gleichzeitig strikt **universal** gelten. Die Ansprüche, die sich aus ihnen herleiten, sollen von jedem beliebigen Gesellschaftsmitglied ungeachtet von Ver-

dienst, Herkunft und anderen persönlichen Eigenschaften geltend gemacht werden können. Die Gerechtigkeit erfordert, dass alle in den Genuss dieselben Grundfreiheiten kommen. Zu diesen „Grundfreiheiten“ gehört nach Rawls – anders als bei den liberalen Klassikern – neben klassischen Grundrechten wie Religions- und Versammlungsfreiheit – auch die **Selbstachtung**, zumindest soweit die Möglichkeit, sich selbst zu achten, von sozialen Faktoren abhängt. **Nicht** dazu gehört das Recht auf Eigentum, zumindest nicht das Recht auf Kapitalbesitz, so dass die ökonomische Organisationsform der Gesellschaft nicht bereits durch die gerechte Grundstruktur festgelegt ist. Die Gesellschaft ist andererseits verpflichtet, Institutionen zur Sicherung dieser Grundfreiheiten – wie ein Rechtssystem – einzurichten und für ihr möglichst reibungsloses Funktionieren zu sorgen.

Während auf der **ersten** Stufe *strikte Gleichheit* herrscht, herrscht auf der **zweiten** Stufe *Chancengleichheit*: Jeder soll dieselben Chancen haben, öffentliche Ämter zu übernehmen. Wie weit er sie tatsächlich wahrnimmt, hängt von weiteren – nicht gleichverteilten – Faktoren ab, etwa Eignung und Anstrengung. **Soziale Gerechtigkeit** fällt bereits auf dieser Stufe nicht mit **Resultatgleichheit** zusammen. Vielmehr sind verschiedene öffentliche Funktionen mit unterschiedlichen Rechten und Pflichten und unterschiedlichen Machtpositionen verbunden. Die soziale Gerechtigkeit erfordert nach Rawls lediglich, dass die **Chance**, sich für die Übernahme dieser Ämter zu qualifizieren, für jeden in gleicher Weise besteht.

Erst auf der **dritten** Stufe kommen bei Rawls Gesichtspunkte der *Verteilungsgerechtigkeit* ins Spiel, und zwar einerseits in der Sphäre des Einkommens, andererseits in der Sphäre weiterer natürlich oder durch die soziale Herkunft bedingten **Ungleichheiten**. Die Verteilung der Einkommen soll nur soweit als sozial gerecht gelten können, als die in der jeweiligen Gesellschaft bestehenden Ungleichheiten in der Entlohnung notwendig sind, um die Geringstverdiener längerfristig besserzustellen. Hohe Managergehälter sind danach immer nur dann gerechtfertigt, wenn plausibel gemacht werden kann, dass ohne sie die Wirtschaftsleistung

nicht ausreichen würde, um die für die Transfers an die Ärmsten nötigen Ressourcen aufzubringen. Soziale Gerechtigkeit verlangt Rawls zufolge aber nicht nur – *idealerweise* – und abgesehen von allen Anreizwirkungen – eine Egalisierung der Einkommen. Sie verlangt auch einen **Ausgleich** der – soweit sie nicht in die Verantwortung des Individuums fallen – durch natürliche und soziale Faktoren bedingten Ungleichheiten in den Lebensperspektiven. Die Ungleichheiten von natürlichen Vorgegebenheiten, Erziehung und Milieu, die in allen uns bekannten Gesellschaften für die Lebenschancen des Einzelnen von entscheidender Bedeutung sind, sollen – in den Grenzen der Leistungsfähigkeit der Gesellschaft – so weit wie möglich ausgeglichen werden.

Noch stärker als auf den ersten und zweiten Stufen macht sich auf der **dritten Stufe** der Rawlschen Sozialtheorie eine ausgeprägt **egalitaristische** Tendenz bemerkbar. Ungleichheiten in den natürlichen und sozialen Lebensbedingungen sollen tendenziell aufgehoben, die Niveaus tendenziell angeglichen werden. Ungleichheiten in Einkommen und den mit Einkommen assoziierten weiteren Gütern (Freiheitsspielräume, Macht, Ansehen usw.) sollen nur insoweit als sozial gerecht gelten, als sie letztlich der Egalisierung der Lebenschancen aller dienen. Diese dritte Stufe ist die am stärksten umstrittene. Umstritten ist insbesondere, ob dabei den jeweils Schlechtestgestellten, also den Menschen mit den geringsten Einkommen bzw. den geringsten Lebenschancen, z. B. aufgrund schwerer Krankheit, Behinderung oder längerdauernder Arbeitslosigkeit, die prononcierte Sonderstellung zukommt, die Rawls ihnen zuweist. Auch wenn diese Orientierung für Rawls' Theorie kennzeichnend ist – trotz der Kritik von Fachkollegen und einem schwindenden Vertrauens in die von ihm selbst dafür gegebenen Begründungen hat er bis zuletzt festgehalten –, stellt sich die Frage, wie weit das „**Unterschiedsprinzip**“, das diese Orientierung auf den Punkt bringt, mit dem überwiegenden Verständnis von sozialer Gerechtigkeit zur Deckung gebracht werden kann. Ist es ein Gebot der sozialen Gerechtigkeit, gegebenenfalls alle ökonomischen und anderweitigen sozialen Ressourcen auf die – möglicherweise nur geringfügige – Verbesserung

des Schicksals der Ärmsten und Belastetsten zu verwenden, auch wenn dies bedeutet, dafür beträchtliche Verschlechterungen in den wirtschaftlichen und sozialen Lebensverhältnissen aller anderen, einschließlich der Schlechteren, aber nicht Schlechtestgestellten in Kauf zu nehmen? Zumal auf die Gesundheitsversorgung angewendet wäre die Rawlssche Orientierung am Minimum wenig plausibel: Die von der Gesellschaft bereitgestellten Gesundheitsversorgungsleistungen müssten sich so vorrangig an den Schwerstbelasteten orientieren, dass sie diesen jede Leistung zukommen lässt, die ihr Schicksal – möglicherweise nur geringfügig – erleichtert, auch wenn dies bedeutet, dass die Gesundheitsversorgungsleistungen für alle anderen rigoros zusammengestrichen werden müssten (vgl. Rauprich 2006, 72f.).

Das ändert nichts daran, dass die Rawlsche Theorie insgesamt – sieht man von dem umstrittenen „Unterschiedsprinzip“ ab – eine geeignete Grundlage für das liefert, was im Bereich der **Gesundheitsversorgung** als **sozial gerecht** gelten kann. Zunächst lässt sich eines der zentralen Merkmale dieser Theorie, nämlich ihre formale Strukturierung in drei Stufen, plausibel auf die Struktur der sozialen Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung übertragen: Die Normen, die darüber entscheiden, was als sozial gerecht gelten kann, scheinen in der Gesundheitsversorgung in der Tat in dieselben drei Gruppen zu fallen wie bei Rawls hinsichtlich der Grundstruktur der Gesellschaft, nämlich

1. in strikt universale und für jedermann gleiche Normen,
2. in Normen der für jedermann gleichen Chancen, und
3. in Normen des sozialen Lastenausgleichs.

Die universalen und strikten für das System der Gesundheitsversorgung geltenden Normen sind wesentlich solche der **Freiheitswahrung** und der **elementaren Gesundheitsversorgung**. Ein zentrales und unabhängig von der Schwere der Erkrankung oder Störung bestehendes *Freiheitsrecht* ist das der Patientenselbstbestimmung und das Recht

### „Wie gerecht ist das deutsche System der Gesundheitsversorgung?“

Aufsatz von Dieter Birnbacher

auf Abwehr unerwünschten medizinischen Paternalismus. Eine Zwangsbehandlung ist – außer in Notfällen – allenfalls dann zulässig, wenn entweder die Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten zeitweilig oder auf Dauer eingeschränkt ist oder wenn die Behandlung unerlässlich ist, um gravierende Fremdinteressen zu schützen. Aber auch dann, wenn paternalistische oder fremdnützige Eingriffe legitim scheinen, muss die Zwangsausübung so weit wie möglich begrenzt werden. Die Prognose etwa, dass es einem Psychotiker „gut tun“ wird, länger als gewünscht in einer geschlossenen Abteilung behandelt zu werden, als es der Schutz vor Selbst- oder Fremdgefährdung erfordert, ist keine ausreichende Rechtfertigung. Auch im Bereich der Prävention muss eine Zwangsanwendung – z. B. in Form eines eventuellen Impfwangs oder einer Erzwingung von Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern – aufs Äußerste begrenzt bleiben. Nicht ausgeschlossen sind damit jedoch gesellschaftliche oder staatliche Anstrengungen der *moral suasion* in Richtung einer gesünderen Lebensführung sowie die Etablierung von Anreizsystemen zur Vermeidung einer Überstrapazierung der Gesundheitssysteme. **Der Staat ist nicht auf Neutralität gegenüber allen möglichen Lebensformen verpflichtet**, insbesondere nicht gegenüber ausgeprägt ungesunden. Und eine Praxisgebühr, die davon abhalten soll, den Arztbesuch als Ersatz für den früher üblichen Kirchgang zu sehen, ist noch keine Freiheitsbeschränkung – auch wenn sie unter anderen Aspekten der sozialen Gerechtigkeit als problematisch gelten muss (vgl. unten). Ebenso unstrittig – jedenfalls für in Deutschland Ansässige – ist das Recht auf *elementare Gesundheitsversorgung*.

Der zweiten Stufe der sozialen Gerechtigkeit bei Rawls entspricht das Prinzip des **gleichen Zugangs** zu Gesundheitsversorgungsleistungen im Rahmen der Grundversorgung unabhängig von **Zahlungsfähigkeit, sozialer Stellung und Machtposition**. Auf dieser Stufe geht es nicht mehr um strikte Gleichheit, sondern um Chancengleichheit. Es soll jeder dasselbe Recht haben, Gesundheitsversorgungsleistungen in Anspruch zu nehmen, aber verpflichtet ist die Allgemeinheit lediglich, diese anzubieten. Ob das Angebot wahrgenommen wird,

bleibt in der Verantwortung des Einzelnen. **Es gibt keine Pflicht zur Gesunderhaltung** (vgl. Patzig 1989), und es ist nicht in jedem Fall sozial ungerecht, wenn diejenigen, die gegen besseres Wissen auf eine angebotene Gesundheitsversorgungsleistung verzichten, dadurch Nachteile erleiden.

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. Das gleiche Recht, zumindest im Bereich der Gesundheit unabhängig von diesen Gradienten dieselben Ansprüche geltend machen zu können, ist eine wesentliche **Bedingung des sozialen Zusammenhalts** und eine **wirksame Prophylaxe gegen soziale Konflikte**. Der Bereich der Gesundheitsversorgung fungiert gewissermaßen als „Gegenwelt“ gegen die inegalitäre Berufswelt mit ihren stark abgestuften Prämierungen. Das Medizinsystem ist „Balsam“ für die vom Konkurrenzsystem geschlagenen Wunden (Singer 1976, 191 f.). Wenn es um Leben und Gesundheit geht, soll jeder Einzelne sich sagen können, dass er der Gesellschaft ebenso viel wert ist wie alle anderen.

Während auf der ersten und zweiten Stufe soziale Gerechtigkeit gleiche Rechte beinhaltet, beinhaltet sie auf der **dritten** Stufe eine Differenzierung der berechtigten Ansprüche nach der jeweiligen Ausgangssituation. Wie die zweite Stufe ist sie in einem Solidaritätsprinzip begründet, aber über die gleichen Chancen zu Gesundheitsleistungen hinaus fordert sie im Sinne eines solidarischen Lastenausgleichs ein Eintreten für infolge natürlicher und sozialer Benachteiligungen in besonderer Weise Bedürftige. Soziale Gerechtigkeit ist *partiell* Bedürfnisgerechtigkeit, d. h. inegalitär in Bezug auf die in ihr enthaltenen Rechtsansprüche. Nicht nur der aufgrund von Behinderung, chronischer Krankheit, besonderen Anfälligkeiten und Alter gesundheitlich Schlechtergestellte, auch der aufgrund von Armut und Milieu gesundheitlich Schlechtergestellte hat einen Fürsorgeanspruch, der über den der Bessergestellten hinausgeht und sich nicht in dem Recht auf gleichen Zugang erschöpft. Angemessener als durch das von Rawls

vertretene Unterschiedsprinzip, das jeweils nur die absolut Schlechtestgestellten privilegiert, wird dieser Gehalt der sozialen Gerechtigkeit durch eine dem Gesundheitskontext angepasste Version des *Prioritarismus* abgebildet. Dieser besagt, dass den relativ Schlechtergestellten weitergehende Ansprüche an solidarische Leistungen zukommen als anderen, solange ihre Lebenschancen unter einem jeweils gesellschaftlich definierten **Normalniveau** liegen, und zwar entsprechend dem Ausmaß, in dem sie dahinter zurückbleiben.

Selbstverständlich ist diese Explikation von sozialer Gerechtigkeit für die Gesundheitsversorgung auslegungsfähig und -bedürftig. Nicht zufällig sind nahezu alle ihre einzelnen Komponenten **kontrovers**. Auf der **ersten** Stufe ist insbesondere kontrovers, **wie weit** das für jeden gleichermaßen und unabhängig vom Versichertenstatus bestehende Recht auf elementare Gesundheitsversorgung **reicht**. Umfasst es die gesamte Normalversorgung, wie sie Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung erwarten können, oder nur eine Minimalversorgung, etwa zur Lebensrettung, zur Schmerzfreiheit und zur Bekämpfung akuter Infektionen, wie sie in Deutschland gegenwärtig Asylbewerbern und sogenannten *sans-papiers* gewährt wird? Auf der **zweiten** Stufe ist umstritten – und jeweils auf dem Hintergrund der Leistungsfähigkeit des Sozialsystems auszuhandeln –, welche Angebote an Gesundheitsversorgungsleistungen im Rahmen der Grundversorgung zur Verfügung gestellt werden. Gehört die Psychotherapie oder die Kinderwunschbehandlung dazu oder nicht? Besteht ein Recht auf Behandlung mit wissenschaftlich umstrittenen Verfahren, z. B. der Naturheilkunde? Auf der **dritten** Stufe ist umstritten, was genau als besondere Bedürftigkeit zählt, die im Zeichen des sozialen Lastenausgleichs besondere Berücksichtigung verdient und wie weit der Ausgleich besonderer Notlagen gehen soll. Gehört dazu, dass ein Patient mit einer unheilbaren Erkrankung, an der er erwartbar in einigen wenigen Jahren sterben wird, angesichts seiner verzweifelten Lage eine wissenschaftlich dubiose Therapie aus Mitteln der Solidargemeinschaft finanziert bekommt, wie es der sogenannte

„Nikolaus-Beschluss“ des Bundesverfassungsgerichts vom 6. 12. 2005 vorsieht?

### 3. Wie weit entspricht das deutsche System der Gesundheitsversorgung den Grundsätzen sozialer Gerechtigkeit?

Insgesamt scheint mir das Urteil angemessen, dass das in Deutschland bestehende System der Gesundheitsversorgung den Erfordernissen der sozialen Gerechtigkeit, so verstanden, in hohem Maße gerecht wird.

Was die erste Stufe der Respektierung von Selbstbestimmungsrechten betrifft, so zeigt sich in den letzten Jahren verstärkt eine Tendenz zur Abkehr vom ärztlichen Paternalismus in der hippokratischen Tradition und eine stärkere Beachtung von Patientenwünschen, auch solchen, die vorwiegend in Patientenverfügungen dokumentiert sind. Allerdings sind weiterhin erhebliche Defizite in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu beklagen: Der in der Medizinethik seit langem geforderte *informed consent* des Patienten zu einer ärztlichen Behandlung und der in der Idealform des *shared decision making* vorgesehene Prozess des Aushandelns von Therapiezielen und den dafür geeigneten Mitteln zwischen Arzt und Patient stehen angesichts des in vielen Praxen und Krankenhäusern herrschenden **Zeitdrucks** weiterhin weitgehend nur auf dem Papier.

Freiheitsrechte werden im Übrigen durch die politischen Bemühungen um die Durchsetzung gesunder Lebensstile nicht verletzt. Ein Problemfall ist unter diesem Aspekt allerdings das Ausmaß, in dem ungesundes Verhalten wie etwa das Rauchen durch – auch vom Bundesverfassungsgericht absegnete – gesetzliche Verbote erschwert wird (vgl. Huster 2010, 296). Aber auch hier kann von einem „Zwang“ zu gesunder Lebensführung oder einem **healthism** im Sinne einer Gesundheitsdiktatur keine Rede sein. Schwer zu rechtfertigen scheinen allerdings die durch das Embryonenschutzgesetz gesetzten – und vielfach auf einer antiquierten christlichen Moral basierenden – gesetzlichen Begrenzungen der Inanspruchnahme reproduktions-

medizinischer Verfahren. Ähnlich wie in früheren Zeiten bei der Abtreibung sind viele Paare, die sich dieser Verfahren bedienen wollen, gezwungen, Angebote im Ausland wahrzunehmen – mit der Folge, dass sich nur wirtschaftlich Bessergestellte diese Option leisten können. Nicht zufällig ist die soziale Schieflage im sogenannten Kinderwunsch-tourismus zunehmend ein Thema der neueren Medizinethik (vgl. Pennings 2004).

Dem Prinzip der Chancengleichheit kommt das deutsche System dadurch entgegen, dass es dem **Solidaritäts- oder Leistungsfähigkeitsprinzip** Vorrang gibt vor dem **Äquivalenzprinzip** und vermittelt des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung, dem etwa 90% der Bevölkerung angehören, für jeden unabhängig von seiner finanziellen Leistungsfähigkeit eine hochwertige Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellt. Dass die Gesundheitsversorgung dem Solidaritätsprinzip statt dem Äquivalenzprinzip folgt, ist in einem stabilen gesellschaftlichen Konsens verankert und wird überwiegend als ein Kernstück der Ausfüllung der in der Verfassung festgelegten Sozialstaatlichkeit der Bundesrepublik gesehen. Der **Zwangscharakter** der zur Aufrechterhaltung des Systems erforderlichen Beitragspflicht wird kaum je als solcher zum Thema gemacht. Umstritten ist lediglich die Höhe der Beiträge und der Umfang der durch das Solidarsystem abgedeckten Leistungen, vor allem angesichts im Zeitverlauf zunehmender und dabei überwiegend nicht preiswerter werdender medizinischer Eingriffsmöglichkeiten. Obwohl das Solidaritätsprinzip mit wachsender wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit immer mehr Versorgungsbereiche erfasst hat, die ursprünglich nach dem Äquivalenzprinzip finanziert wurden, fällt es politisch schwer, den Leistungsumfang angesichts finanzieller Engpässe und Widerstände gegen Beitragssatzerhöhungen zu reduzieren. Dem sozialpsychologischen *endowment effect* entsprechend werden die jeweils solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgungsleistungen als **Besitzstand** betrachtet und etwaige Verluste auch auf einem hohen Niveau als sehr viel schmerzlicher empfunden als der Verzicht auf Erweiterungen.

Aus philosophischer Sicht illustriert der Gegensatz zwischen Solidaritäts- und Äquivalenz-

prinzip die außerordentliche Vieldeutigkeit und Plastizität des Gerechtigkeitsbegriffs. Auch das **Äquivalenzprinzip**, dem die private Krankenversicherung folgt, ist ein Gerechtigkeitsprinzip. Es entspricht dem Fairnessprinzip im engeren Sinne, nach dem jeder, der sich an einer gemeinschaftlichen Unternehmung beteiligt, in dem Maße dazu beitragen sollte, wie es seinem Anteil an den Vorteilen entspricht. Die „Vorteile“ bemessen sich im Fall der Krankenversicherung nach dem Ausmaß der individuellen Gesundheitsrisiken. Wer das größere Risiko trägt, Leistungen aus der Versicherung in Anspruch nehmen zu müssen, sollte auch einen entsprechend höheren Anteil der Kosten übernehmen. Mit der Idee der sozialen Gerechtigkeit – und wohl auch mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 GG – ist das Äquivalenzprinzip allerdings nur soweit vereinbar, als es für die Lebensführung und Lebenschancen weniger zentrale Güter als die Gesunderhaltung bzw. die Aufrechterhaltung der für das Alltagsleben notwendigen körperlichen Funktionen betrifft. Eine medizinische Grundversorgung kann nur *sozial* gerecht sein, wenn sie unabhängig vom individuellen Gesundheitsrisiko und unabhängig von der individuellen Zahlungsfähigkeit zur Verfügung steht. Anders als beim Begriff der Gerechtigkeit als fairem Äquivalententausch gehören zum Begriff der **sozialen** Gerechtigkeit wesentlich welfaristisch-sozialstaatliche Elemente einer **Umverteilung der Lasten** von den Besser- zu den Schlechtergestellten: Nur eine Umverteilung der Lasten von den „schlechten“ zu den „guten“ Risiken sowie eine Umverteilung von den Reicherer zu den Ärmeren ermöglicht die Gleichheit der Chancen auf eine angemessene medizinische Behandlung auch für die von der natürlichen und der sozialen Lotterie Benachteiligten. Zusätzlich legitimiert ist die mit dem Solidaritätsprinzip verbundene Umverteilung von „oben“ nach „unten“ einerseits durch **Grenznutzenüberlegungen**, andererseits durch den Gedanken der **sozialen Kohäsion**. Unter der Voraussetzung, dass der Grenznutzen des Einkommens mit wachsendem Einkommen fällt, wiegen die bei den ökonomisch Leistungsfähigeren anfallenden Verzichte aufs Ganze gesehen weniger schwer als der andernfalls bei den weniger Leistungsfähigen anfallende Verzicht

auf die daraus finanzierten Leistungen. Darüber hinaus ist das System der solidarischen Gesundheitsversorgung in allen Gesellschaften, die es eingeführt haben, ein wichtiger Bezugspunkt für die **Identifikation** mit der jeweiligen staatlichen Gemeinschaft. Sie stiftet gesellschaftlichen Zusammenhalt, führt allerdings vielfach auch dazu, dass Leistungen für andere als die Angehörigen der Gemeinschaft (wie etwa primär wegen Gesundheitsleistungen Immigrierende) ungern gesehen werden und politisch kaum durchsetzbar sind.

Das deutsche System der Gesundheitsversorgung wird allerdings dem Prinzip der Chancengleichheit nicht *vollständig* gerecht, und zwar aus mehreren Gründen:

Eine gravierende Abweichung vom Prinzip der sozialen Gerechtigkeit ist das Nebeneinander von gesetzlichen, auf dem Solidarprinzip fußenden, und privaten, auf dem Äquivalenzprinzip basierenden Krankenkassen zur finanziellen Absicherung der Grundversorgung. Mit etwa 10% der Versicherten ist in keinem anderen Land der EU (mit Ausnahme der Niederlande) der Anteil der privaten Krankenversicherung so groß wie in Deutschland. Auch unter der (idealisierenden) Annahme, dass Privatpatienten dieselbe Behandlung bekommen wie Kassenpatienten, kann aufgrund dieses „Zwei-Klassen-Systems“ von vollkommener Chancengleichheit keine Rede sein. In der Tat schränkt die – zumindest bis dato politisch gewollte – Dualität des Krankenversicherungssystems die Chancengleichheit in mehr als einer Hinsicht ein und ist insoweit mit den Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit nur schwer vereinbar:

**Erstens** besteht, da die Ärzte für dieselben Leistungen bei Privatpatienten deutlich höhere Vergütungen erhalten als bei Kassenpatienten (teilweise das Mehrfache), für sie ein fortwährender Anreiz zur Bevorzugung von Privatpatienten, z. B. bei der Terminvergabe. Ein durchschnittlicher Psychotherapeut muß angesichts der erheblichen Honorierungsdifferenzen schon aus purem Überlebensinteresse weniger behandlungsbedürftige Privatpatienten objektiv **behandlungsbedürftigeren** Kassenpatienten vorziehen. Außerdem lassen sich für Privatpatienten eine ganze Reihe

von Behandlungen mit den Kassen abrechnen, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht enthalten sind (was u. a. erklärt, dass je Versicherten die Leistungsausgaben deutlich höher sind als bei Kassenpatienten). Die Folge ist u. a. ein empfindlicher Mangel an Ärzten und Psychotherapeuten in Regionen mit wenigen Privatpatienten, z. B. in den neuen Bundesländern.

**Zweitens** ist zu fragen, ob die Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung noch als angemessen gelten kann. Diese besteht gegenwärtig weiterhin ausschließlich aus dem Einkommen aus Erwerbsarbeit. In breiten Schichten der Bevölkerung macht das Erwerbseinkommen jedoch zunehmend nur noch einen **Anteil** des Haushaltseinkommens aus, hinzu kommen Kapiteleinkünfte und Einkünfte aus Vermietung. Außerdem ist das System unter der Voraussetzung der Vollbeschäftigung konzipiert, die seit langem nicht mehr gegeben ist. Wenn die finanzielle Leistungsfähigkeit über die Beiträge entscheiden soll, ist nicht zu sehen, warum diese ausschließlich nach dem Einkommen aus unselbständiger Arbeit bemessen und die übrigen Einkunftsarten nicht mitberücksichtigt werden. Die Ausrichtung der Beitragsbemessung an den Arbeitseinkommen ist nicht nur wenig konsequent, sie ist auch sozial ungerecht, da sie die ausschließlichen Bezieher von Erwerbseinkommen gegenüber den Beziehern anderer Einkommensarten bei gleicher finanzieller Leistungsfähigkeit schlechterstellt. Die Chancengleichheit ist nicht gewahrt.

**Drittens** wird die Chancengleichheit auch durch die Begrenzung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, die sogenannte **Bemessungsgrenze**, kompromittiert. Für Versicherte mit einem Einkommen oberhalb dieser Grenze ist es im allgemeinen günstiger, sich in einer privaten Krankenversicherung zu versichern als die relativ höheren Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten. In Einzelfällen können die Besserverdienenden auf diese Weise ihre Beitragssätze nahezu halbieren (Rosenbrock/Gerlinger 2006, 108f.). Obendrein kommen sie als Privatpatienten in den Genuss geringerer Wartezeiten und vielfach auch eines erweiterten Leistungsangebots.



Nicht zufällig spiegeln sich diese verschiedenen Ungleichheiten auch in dem **subjektiven Gerechtigkeitsempfinden** der Versicherten. In einer jüngeren repräsentativen Befragung äußerten 83,5 Prozent der Deutschen ein starkes Ungerechtigkeitsempfinden über die Privilegierung der privat Krankenversicherten. Nur 4,1 Prozent aller Befragten äußerten nur ein geringes Ungerechtigkeitsempfinden. Interessanterweise fanden sich in der Gruppe der Befragten mit starkem Ungerechtigkeitsempfinden zu 10,4 Prozent auch privat Versicherte (Braun/Marstedt 2011, 3).

Sozial gerechter, weil mehr Chancengleichheit sichernd wäre demgegenüber eine gesetzliche Einheitsversicherung nach dem Solidarprinzip, deren Beiträge wie Steuern eingezogen werden, wie gegenwärtig in den Niederlanden oder im britischen National Health Service. Die wirtschaftlich Bessergestellten könnten auf diese Weise fairer an der Finanzierung der insgesamt anfallenden Kosten der Gesundheitsversorgung beteiligt und der für alle einheitlich geltende Beitragssatz gesenkt werden. Selbstverständlich sollte das Solidarprinzip dabei nur für die allen gleichermaßen zur Verfügung stehende **Grundversorgung** gelten. Für Komfortleistungen und die Finanzierung anderer außerhalb der Grundversorgung liegender Leistungen wären private Zusatzversicherungen abzuschließen.

Defizite hinsichtlich der sozialen Gerechtigkeit in einem – weitgefassten – Rawlsschen Sinne sind auch auf der **dritten** Stufe, der besonderen Berücksichtigung der Schlechtestgestellten zu konstatieren. Während bei Rawls die Lebensbedingungen der Gruppe der Schlechtestgestellten, also z. B. der Sozialhilfempfänger, einseitig zum Maß der sozialen Gerechtigkeit einer ganzen Gesellschaft gemacht werden – gewissermaßen in der Nachfolge des christlichen Prinzips, eine Gemeinschaft nach dem Schicksal „des geringsten ihrer Brüder“ zu beurteilen –, geht aus einschlägigen sozialwissenschaftlichen Studien hervor, dass in Deutschland nicht nur der Gesundheitszustand der zu dieser Gruppe Gehörenden am schlechtesten ist, sondern dass ihnen auch der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert wird, z. B. durch die Praxis- und Apothekengebühren, die

für viele der Geringverdiener zu einer spürbaren finanziellen Belastung werden können. In einigen Studien konnte belegt werden, dass die Belastungen u. a. dazu führen, dass überschuldete Erkrankte auch dann den Gang zum Arzt vermeiden, wenn sie damit rechnen könnten, die für ihre Erkrankung erforderliche Behandlung zu erhalten (vgl. Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2010, 58). Im übrigen ergibt sich die gesundheitliche Schlechterstellung der wirtschaftlich Schlechtestgestellten in unserer Gesellschaft u. a. auch aus der vielfach **fehlenden Motivation**, entsprechende Angebote wahrzunehmen, können also insofern nicht durchweg als Defizite an sozialer Gerechtigkeit im System der Gesundheitsversorgung gelten. Angebote an Gesundheitsförderung und Prävention werden vorwiegend von Mitgliedern der Mittelschicht wahrgenommen statt von den Angehörigen der untersten Sozialschicht, die am meisten von ihnen profitieren könnten. Die Folge ist, dass „im Ergebnis Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention den „sozialen Graben“ zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen vertiefen (können), obwohl sie zu seiner Nivellierung beitragen wollen.“ (Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2010, 63 f.)

#### 4. Gerechtigkeit der Gesundheitsversorgung versus „Gerechtigkeit“ im Gesundheitsstatus

Auch ein noch so sozial gerechtes Gesundheitsversorgungssystem kann keine entsprechend „gerechte“ Verteilung von Gesundheit und Krankheit, Lang- und Kurzlebigkeit, leicht und schwer zu tragendem Lebensschicksal bewirken. Da Gesundheit ein überwiegend natürliches Gut ist, kann eine gerechte Verteilung von Gesundheit und Krankheit nicht „hergestellt“ werden, so wie eine bestimmtes Verteilungsmuster von Sozialleistungen hergestellt werden kann. Es ist keine gesellschaftliche Institution vorstellbar, die Gesundheit wortwörtlich „verteilt“, so wie in einem Unternehmen die Unternehmensgewinne „verteilt“ oder in einer zentralen Planwirtschaft die Vergütungen für Ar-

beitsleistungen „verteilt“ werden. Ähnlich wie bei dem „Recht auf Bildung“ kann ein „Recht auf Gesundheit“ primär nur als Recht auf entsprechende Angebote und auf die Mittel zu ihrer Wahrnehmung verstanden werden. Wie beim Bildungsstatus sind die Faktoren, die über den Gesundheitsstatus jedes einzelnen entscheiden, vielfältig. Sie sind durch soziale Faktoren, die sich nach Gerechtigkeitskriterien beurteilen lassen, nur teilweise steuerbar.

Darüber hinaus ist nicht klar, was es überhaupt heißen kann, statt von der sozialen Gerechtigkeit eines Systems der **Gesundheitsversorgung** von einer sozialen Gerechtigkeit des **Gesundheitsstatus** und seiner Verteilung zu sprechen – also den Begriff der sozialen Gerechtigkeit nicht auf Regeln, Verfahren und Handlungen, sondern auf die Resultate von deren Anwendung (die „outcomes“) anzuwenden. Dass man diese Frage überhaupt stellen kann, zeigt wiederum die kategoriale Mehrdeutigkeit der Redeweise von Gerechtigkeit. Gerecht sollen nach verbreiteter Anschauung nicht nur die Regeln sein, nach denen die Gesundheitsversorgung organisiert ist, gerecht sollen auch die Resultate sein, die sich ergeben, wenn diese Regeln befolgt werden. Versteht man „soziale Gerechtigkeit“ allerdings ausschließlich als einen politisch-moralischen und handlungsbezogenen Begriff, wie man es m. E. tun muss, wird man „Gesundheitsgerechtigkeit“ stets nur als Leitbegriff für bestimmte Formen der gesellschaftlichen Organisation gelten lassen können, die sich fördernd oder abträglich auf die Gesundheit der Gesellschaftsmitglieder auswirken, nicht aber für die Resultate ihres Wirkens selbst. In diesem Punkt unterscheidet sich der Begriff der *sozialen* Gerechtigkeit von dem *allgemeinen* Begriff der Gerechtigkeit. Dieser wird üblicherweise nicht nur auf die Regeln oder Institutionen der Verteilung bestimmter Güter angewandt, sondern auch auf die Resultate der Anwendung dieser Regeln bzw. das bestimmungsgemäße Funktionieren der Institutionen.

Auch dann, wenn man bereit ist, den Gerechtigkeitsbegriff nicht nur auf Regeln, Institutionen und Handlungen, sondern auf deren Resultate anzuwenden, wird man sich darüber klar sein müssen, dass beide voneinander abweichen

können. Ungerechtigkeiten der Resultate sind zwar ein **Indiz**, aber kein **Beweis** für Ungerechtigkeiten des Systems. Auch das lückenlose Funktionieren eines perfekt gerechten System kann erheblich „ungleiche“ und in diesem Sinne möglicherweise als „ungerecht“ empfundene Resultate zur Folge haben, insbesondere dann, wenn es sich um Güter handelt, deren Verteilung nur teilweise von gesellschaftlich beeinflussbaren Faktoren abhängt. Betroffen von dieser Ambiguität sind insbesondere zwei der wesentlichen Lebensgüter: Gesundheit und Glück. Dafür gibt es einen **logischen** und einen **empirischen** Grund. Bereits **begrifflich** besteht zwischen der Gerechtigkeit der Regeln (der **Verfahrensgerechtigkeit**) und der Gerechtigkeit der Folgen der Regelanwendung (der **Resultatgerechtigkeit**) keine prästabilisierte Harmonie. Als gerecht beurteilte Verfahrensregeln führen zwar überwiegend, aber nicht in jedem einzelnen Fall zu als gerecht empfundenen Lösungen. *Ex ante* „gerechte“ Verteilungsregeln können zu *ex post* ausgesprochen „ungerechten“ Resultate führen. Das wusste bereits Aristoteles, der in dem der Gerechtigkeit gewidmeten Kapitel der *Nikomachischen Ethik* der Gerechtigkeit die *Billigkeit* als Korrektiv gegenüberstellte. Hinzu kommt die **empirische** Beobachtung, dass Gesundheit und Glück wesentlich von schicksalhaften Faktoren (wie der genetischen Ausstattung) abhängen, die sich durch gesellschaftliche Reformen nur schwer oder gar nicht beeinflussen lassen. Auch in einer schlechthin idealen Gesellschaft ließe sich die **Kontingenz** von Gesundheit und Krankheit und von positiver und negativer Grundgestimmtheit – mit der Möglichkeit der Hiob-Frage nach der Gerechtigkeit des Lebensschicksals – nicht vollständig überwinden. Nicht zufällig kann keine der bisher erdachten politischen Utopien ausschließen, dass die einen – „ungerechterweise“ und unverdientermaßen – schwer leiden müssen, während sich andere eines langen und leichten Lebens erfreuen.

An dieser Stelle ist noch eine weitere Einschränkung zu machen. Auch dann, wenn man voraussetzt, dass „Gesundheitsgerechtigkeit“ stets nur die Gerechtigkeit der sozialen Regeln und nicht die Gerechtigkeit ihrer Resultate betrifft, ist mehr

als zweifelhaft, ob „Gesundheitsgerechtigkeit“ wesentlich von der Gerechtigkeit der *Gesundheitsversorgung*, also von der Gerechtigkeit des Medizinsystems im weitesten Sinne abhängt. **Das System der Gesundheitsversorgung ist nur eine von vielen Variablen, die über die Gesundheit der Individuen entscheiden.** Auch ein perfekt gerechtes System der Gesundheitsversorgung wäre stets nur eine von vielen Bedingungen der (wie immer im einzelnen definierten) Gesundheitsgerechtigkeit und nach allem, was wir aus der Medizinsoziologie wissen, nicht einmal das wichtigste. Entsprechend gering sind die Chancen dafür, dass sich Steigerungen der Gerechtigkeit des Systems der *Gesundheitsversorgung* in entsprechenden Steigerungen der Gerechtigkeit in den sozialen *Gesundheitsfaktoren* niederschlagen. Einerseits hängen Gesundheit und Krankheit zu einem erheblichen Teil von genetischen Dispositionen ab, die sich einer Steuerung mit sozialen und medizinischen Mitteln entziehen und durch Eingriffe allenfalls in ihren Auswirkungen gemildert werden können. Andererseits deuten medizinsoziologische Befunde darauf hin, dass Gesundheit und Krankheit zu großen Teilen von der Wahl bestimmter gesundheitsförderlicher oder -abträglicher **Lebensstile** abhängen, die durch sozialpolitische Maßnahmen nur teilweise beeinflusst werden können, nämlich in dem Maße, in dem sie ihrerseits von sozialen Faktoren abhängen und etwa **Suchtverhalten** als Kompensation von sozial bedingten Zwängen und Konflikten verstanden wird. So könnte ein Faktor bei der in allen westlichen Gesellschaften auffälligen **kürzeren Lebenserwartung der Männer** neben beruflicher Überforderung auch die bei Männern ausgeprägtere **Risikobereitschaft** und die insgesamt **weniger entwickelte Bereitschaft zu gesundheitlicher Selbstsorge** sein. Im allgemeinen nehmen Männer z. B. Vorsorge- und Routineuntersuchungen sehr viel weniger wahr als Frauen. Auch die Herstellung perfekter Chancengleichheit kann nicht sicherstellen, dass die gebotenen Chancen auch genutzt werden – zumindest solange elementare Freiheitsrechte geachtet werden und kein gesundheitlicher Zwang ausgeübt wird.

Ein noch wesentlicherer Faktor des Gesundheitsstatus, der durch eine wie immer gerechte Ge-

sundheitsversorgung nicht erreicht werden kann, sind die sozialen, aber außerhalb des Medizinsystems liegenden Faktoren. Diese Faktoren lassen sich zwar prinzipiell steuern, allerdings nur mit gravierenden Rückwirkungen auf andere gesellschaftliche und politische Sektoren wie insbesondere die wirtschaftlichen Organisationsformen und die Beschäftigungspolitik. Eine der fundamentalen Erkenntnisse der neueren Public-health-Forschung ist die, dass sich die Leistungsfähigkeit und die Organisationsform des Medizinsystems in einem sehr viel geringerem Maße auf das soziale Verteilungsmuster des Gesundheitsstatus der Bevölkerung auswirkt, als üblicherweise angenommen wird. Innerhalb der Gruppe der Industrieländer gehen steigende Gesundheitsausgaben nicht mit einer steigenden durchschnittlichen Gesundheit und Lebenserwartung einher (Rauprich 2006, 80). Noch unterscheiden sich in dieser Hinsicht Länder mit hohen (wie Norwegen und Finnland) und Länder mit relativ niedrigen Sozialleistungen (wie Japan) (vgl. Dahl u. a. 2008). Zwar haben die Fortschritte der Medizin zu einer beträchtlichen Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung geführt. Sie haben es aber nicht vermocht, die Gesundheitsniveaus zwischen den sozioökonomischen Schichten anzugleichen. Ein Vergleich zwischen den USA und den westlichen EU-Ländern zeigt überdies, dass auch die soziale Gerechtigkeit der Gesundheitsversorgung an der Ungleichheit der Gesundheitsniveaus nichts Wesentliches ändert. In beiden Gesellschaften gilt das, was Georg Marckmann so zusammenfasst: „Je ungünstiger der soziale Status, desto höher die Sterblichkeit. Dabei sind nicht nur die Mitglieder der untersten sozialen Schichten gegenüber dem Rest der Gesellschaft benachteiligt. Es existiert vielmehr ein sozialer Gradient über alle gesellschaftlichen Schichten hinweg.“ (Marckmann, 2010, 209) Berechnet man die durchschnittliche Lebenserwartung ausgehend vom Alter von 16 Jahren, haben Männer mit Abitur eine um 3,3 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer ohne Abitur, Frauen sogar eine um 3,9 Jahre höhere (Rosenbrock/Geldinger 2006, 43). Ein guter Teil der Ungleichheit in den Gesundheitsniveaus scheint also durch soziale Faktoren außerhalb des

Gesundheitssystem bedingt. Insofern diese Faktoren ihrerseits ungerecht verteilt sind, ist es sinnvoll, mit Norman Daniels von einer entsprechend ungerechten Ungleichheit im Gesundheitsstatus zu sprechen: „A health inequality is unjust when it derives of an unjust distribution of the socially controllable factors affecting population health and its distribution“ (Daniels 2008, 27). Damit wird die Frage nach der gerechten gesellschaftlichen Verteilung von Gesundheit die Frage nach der gerechten Verteilung der gesundheitsbestimmenden sozialen Faktoren.

Das damit aufgeworfene Problem ist ein ausgesprochen grundlegendes der Gerechtigkeits-theorie: Ist die soziale Gerechtigkeit von Regeln und Verfahren primär ein Selbstzweck oder ist sie primär darauf gerichtet, bestimmte Resultate zu erzielen? Nur wenn das letztere gilt, kann die Tatsache, dass sie diese Resultate erreicht oder nicht erreicht, ein Grund sein, die entsprechenden Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit aufzugeben oder zu modifizieren. Gegeben, dass sich die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit primär durch die Folgen ihrer Anwendung legitimieren, stellt sich die Frage, welche Variablen ihrer Resultate als Gesichtspunkte für die Beurteilung der Prinzipien der Verfahrensgerechtigkeit fungieren sollen. Insbesondere fragt sich, ob dabei auch Gesichtspunkte ausschlaggebend sein sollen, die von den Kriterien der sozialen Gerechtigkeit auf der Seite der Verfahren und Regeln inhaltlich abweichen. Dies wäre z. B. dann der Fall, wenn als Maßstab der Zielerreichung ausschließlich **egalitaristische** Kriterien der Resultatgleichheit oder **utilitaristische** Gesichtspunkte der Maximierung des gesundheitlichen Gesamtnutzens zur Anwendung kämen.

Viele Public-health-Ethiker tendieren dazu, „Gerechtigkeit“ der Resultate im Sinne einer *egalitaristischen* Gerechtigkeitskonzeption zu verstehen, d. h. im Sinne von Resultatgleichheit, z. B. als Angleichung der Lebenserwartung und des Gesundheitsstatus zwischen den Mitgliedern der sozioökonomischen Schichten. Allerdings scheint ein solches Kriterium allenfalls dann angemessen, wenn die **Präferenz** für Gesundheit und Gesunderhaltung bei allen Gesellschaftsmitgliedern gleich

ausgeprägt ist. Zwar ist Gesundheit ein „transzendentes“ Gut, insofern es die Bedingung für eine ganze Reihe weiterer Güter (materieller wie immaterieller) ist und darüber hinaus für die Wahrnehmung von Rechten wie der Grundfreiheiten und der Chancen auf soziale Partizipation. Dennoch trifft es nicht zu, dass diese Präferenz bei allen Gesellschaftsmitgliedern gleich hoch ist. Süchtige haben z. B. diese Präferenz vielfach sehr viel weniger als Nicht-Süchtige.

Dennoch ist ein Blick auf die auf sozialen Faktoren zurückzuführende Ungleichheit des Gesundheitsstatus aufschlussreich. Bei den **sozialen Bestimmungsfaktoren** von Gesundheit kann man zunächst unterscheiden zwischen solchen, die durch die soziale Schichtung **strukturell** bedingt sind, und solchen, die **spezifisch** durch die Belastungen aus der Zugehörigkeit zu einer der unteren gesellschaftlichen Schichten bedingt sind. Die Auffassung, dass die Unterschiede in der Lebenserwartung wesentlich von dem Ausmaß der Schichtung selbst abhängen, vertritt Richard Wilkinson (vgl. Wilkinson 2001). Nach ihm hat das Auseinanderdriften in den Einkommen, wie es gegenwärtig in nahezu allen Industriegesellschaften zu beobachten ist, zur Folge, dass der Zusammenhalt der Gesellschaft insgesamt leidet und es zunehmend zu Phänomenen sozialer Isolation kommt. Als Beleg führt er u. a. an, dass im internationalen Vergleich eine ungefähre Korrelation zwischen der Gleichheit in der Verteilung der Einkommen und der durchschnittlichen Lebenserwartung besteht. Diese Auffassung ist umstritten. Zwar ist vielfach belegt, dass mehr Gleichheit in den Lebenschancen den Zusammenhalt einer Gesellschaft erhöht und das soziale Klima verbessert (was sich seinerseits auf die Zufriedenheit der Gesellschaftsmitglieder und deren Gesundheit auswirkt). Aber die geringere Lebenserwartung ausgeprägt ungleicher Gesellschaften könnte auch darauf beruhen, dass in Gesellschaften mit ungleicher Verteilung relativ mehr Armut zu finden ist und diese – und nicht das Verteilungsmuster selbst – auf die Lebenserwartung drückt (vgl. Meyer-Abich 2010, 286).

Weniger umstritten ist die Überzeugung, dass es klar benennbare **Stressfaktoren** gibt, denen die Angehörigen der unteren Schichten

stärker ausgesetzt sind als andere und die von un-mittelbarer und nachvollziehbarer Bedeutung für den Gesundheitsstatus sind: **physische Belastung, psychische Überforderung** durch fremdbestimmte Arbeitsanforderungen und Unterforderung sowie **finanzielle Probleme infolge von Arbeitslosigkeit**. „Knochenarbeit“ (die überwiegend von Männern geleistet wird, bei denen die Unterschiede in der Lebenserwartung nicht zufällig ausgeprägter sind) zehrt an der Gesundheit stärker als Schreibtischarbeit und birgt die größeren Unfallrisiken. (Müllwerker gehören zu den Gruppen mit der geringsten Lebenserwartung.) Arbeiter und untergeordnete Angestellte leiden stärker an „job strain“ – der Kombination von geringen Handlungsspielräumen und hohen Anforderungen – als höhere Angestellte und Selbstständige (vgl. Mielck 2010, 240). Die sich bei diesen Berufen häufig einstellenden Depressionen und Ohnmachtsgefühle wirken sich ihrerseits ungünstig auf das Erkrankungsrisiko aus (vgl. Geyer 2010, 259). Als treffsicherste prognostische Variable für einen unterdurchschnittlichen späteren Gesundheitsstatus hat sich im übrigen herausgestellt, wie gut oder schlecht die Familie, in der ein Kind aufwächst, ökonomisch gestellt ist. Die Verteilung von Wohlstand zwischen den Familien, in denen Kinder aufwachsen, scheint ein bedeutsamerer Faktor für die Diskrepanzen in der sozialen Verteilung von Gesundheit und Krankheit zu sein als das – grundsätzlich zu spät kommende – Gesundheitsversorgungssystem. Freilich ist der Prädiktor „Armut oder Wohlstand in der Kindheit“ mit so vielen anderen möglicherweise kausal bedeutsamen Faktoren korreliert, dass er als *alleinige* Erklärung der bestehenden Ungleichheiten nicht taugt: mit Unterschieden im *Bildungsniveau*, Unterschieden in der Fähigkeit zur erfolgreichen *Bewältigung* beruflicher und sozialer Anforderungen und Unterschieden in *Selbstachtung* und *Selbstvertrauen*. Welcher dieser Faktoren für welchen anderen Faktor bedeutsam ist und an welchen sozialpolitische Maßnahmen am günstigsten ansetzen könnten, um die gesundheitlichen Auswirkungen in Richtung einer stärkeren Gleichverteilung der Niveaus von Gesundheit und Lebenserwartung zu beeinflussen, ist eine hoch-

komplexe Frage, zu deren Beantwortung auch das umfangreiche Befundmaterial der Public-health-Forschung noch lange nicht ausreicht. Unklar ist nicht zuletzt, wie weitgehend die sozialen Unterschiede autonome Kausalfaktoren darstellen und wie weit sie ihrerseits auf genetisch bedingte konstitutionelle Unterschiede zurückgehen. Einige Krankheitsfaktoren sind eindeutiger sozialer Natur als andere, etwa Schwerarbeit, Arbeitslosigkeit und die Abhängigkeit in ausgeprägt hierarchischen Arbeitsverhältnissen. Aber wer „von Geburt an“ psychisch belastbarer ist, hat auch dann, wenn er unter ungünstigen sozialen Bedingungen aufwächst, bessere Aussichten als andere, psychische Konflikte zu bestehen, soziale Zwangslagen auszuhalten und auch unter widrigen Bedingungen beruflich erfolgreich zu sein.

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich, wenn man statt eines explizit oder implizit egalitaristischen Kriteriums (wie dem von Daniels und vielen Public-health-Ethikern) ein utilitaristisches Kriterium für den Erfolg eines Gesundheitsversorgungssystems ansetzt und sich fragt, wie weit sich sozial gerechte Regeln in Verbesserungen der Gesundheit insgesamt niederschlagen. Auch die Antwort auf diese Frage ist umstritten – u. a. deshalb, weil nicht klar ist, welche Indikatoren für eine Gesamtbetrachtung zugrunde gelegt werden sollen und wie weit positive Entwicklungen der Zunahme der medizinischen Möglichkeiten und wie weit sie der sozial ausgewogeneren Organisation der Gesundheitsversorgung zuzurechnen sind. Im Gegensatz zu Daniels, der sich sicher ist, dass „justice as fairness is good for our health“ (Daniels 2008, 23), sind andere in diesem Punkt skeptisch. Viele Teilnehmer an der Public-health-Diskussion bezweifeln, dass auf dem heutigen Stand der Medizin weitere medizinische Verbesserungen überhaupt einen positiven Grenznutzen haben, da sie davon ausgehen, dass die zu erwartenden Fortschritte zwar die Lebenserwartung weiter erhöhen, aber nicht verhindern, dass die dazugewonnenen Jahre überwiegend durch Multimorbidität und Siechtum statt durch Gesundheit und Vitalität gekennzeichnet sind (vgl. Huster 2010, 290f.).

#### 5. Was sollte sich ändern?

Das deutsche System der Gesundheitsversorgung wird den Forderungen der sozialen Gerechtigkeit, sofern man diese in grober Analogie zu den Grundsätzen der Sozialphilosophie von Rawls konstruiert, weitgehend gerecht. Ihr „Schönheitsfehler“ ist im wesentlichen die Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung im Bereich der Grundversorgung und die dadurch eröffnete Möglichkeit für Bessergestellte, sich ein erweitertes Angebot an medizinischen Behandlungen zu teilweise deutlich günstigeren Konditionen zu sichern. Dass in diesem Nebeneinander eine soziale Ungerechtigkeit steckt, die mit den Prinzipien des Sozialstaats nur schwer zu vereinbaren ist, wird von Gesundheitswissenschaftlern in Fachpublikationen und in der Öffentlichkeit zunehmend kritisiert (vgl. z. B. Árnason 2005, 369, Wasem 2010) und zunehmend auch in der Politik anerkannt. Konsequenter – und angesichts der heutigen Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung ehrlicher – wäre eine steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung als Teil des Staatshaushalts, aus der die Grundversorgung finanziert würde, während sich Patienten für darüber hinausgehende medizinische Leistungen (möglicherweise mit staatlicher Förderung der wirtschaftlich Schlechtergestellten) privat versichern müssten. Der Leistungskatalog sollte, damit die Kosten nicht aus dem Ruder laufen, so restriktiv wie möglich gehalten sein, vor allem durch den Ausschluss von Verfahren mit ungeprüfter oder nicht mehr als minimaler Wirksamkeit (vgl. Schöne-Seifert 2011, 11 f.). Dass die Finanzierung des Gesundheitssystems auf Steuerbasis erfolgt, heißt im übrigen nicht, dass die eingenommenen Gelder auch von staatlichen Institutionen verwaltet werden müssten oder dass die Gesundheitsversorgung insgesamt verstaatlicht sein müsste. Auch wäre damit nicht jede Form von Wettbewerb ausgeschlossen, auch wenn sich dieser Wettbewerb lediglich auf die Kostenvorteile in der rationellen Verwaltung der im übrigen politisch gesetzten Beiträge und auf mögliche Zusatzversicherungen erstrecken würde. Selbstverständlich ist Wettbewerb vor allem unter dem Gesichtspunkt der Effizienz-

steigerung und der Nutzung von Wirtschaftlichkeitsspielräumen unverzichtbar.

Ein Übergang zu einer Einheitsversicherung bedürfte allerdings beharrlichen politischem Durchsetzungswillens. Auch wenn, was wohl der Fall scheint, die möglichen Bedenken des Bundesverfassungsgerichts durch eine großzügige Regelung zum Vertrauensschutz der bisher privat Krankenversicherten (wie z. B. der Gesamtheit der Beamten) ausgeräumt werden könnten, z. B. durch entsprechende Übergangspflichten, sind Widerstände bei den Privatversicherern zu überwinden. Ein Risikofaktor dieses Modells ist im übrigen seine Intransparenz. Die Finanzierungswege im Gesundheitsbereich wären noch weniger überschaubar als im gegenwärtigen System. Zu fragen ist darüber hinaus, ob die Belastung der Zahlungsfähigeren bei Wegfall jeder Bemessungsgrenze nicht so exorbitant würden, dass dadurch weitere massive Anreize zur Steuerflucht und anderen Vermeidungsstrategien gesetzt und bestehende Leistungsanreize zunichte gemacht würden. Es müsste in jedem Fall sorgfältig geprüft werden, wie sich eine Verdoppelung der progressiven Belastungen (durch Einkommenssteuer und Beiträge für die Grundversorgung) auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und damit auf die Ressourcenbasis auch des medizinischen Versorgungsniveaus auswirken würde.

Des Weiteren geben die Erkenntnisse der Public-health-Forschung Anlass zu der Frage, ob es im Sinne sowohl der Nutzensteigerung als auch der Angleichung der Gesundheitsniveaus zwischen den sozialen Schichten nicht sinnvoll wäre, mehr politische Anstrengungen als bisher in die **Primärprävention** statt in die weiterhin im Gesundheitssystem im Vordergrund stehende **Akutmedizin** zu investieren und die Erkrankungsrisiken im Vorfeld zu mindern – wofür allerdings die Gesundheitspolitik weniger zuständig wäre als die Sozial- und Bildungspolitik. Der in Singapur lehrende Gesundheitssoziologe Volker Schmidt hat dazu kürzlich die Überlegung angestellt, dass Investitionen in die Anhebung des Bildungsniveaus der untersten sozialen Schicht möglicherweise ein effektiveres Mittel zu einer erfolgreichen und darüber hinaus sozial gerechten Gesundheitspolitik sein könnte als die

### „Wie gerecht ist das deutsche System der Gesundheitsversorgung?“

Aufsatz von Dieter Birnbacher

Förderung der Entwicklung einer „low-chance medicine“ (Choices in Health Care 1992, 45) zur Lebensverlängerung bei Schwerkranken. Schmidt weist insbesondere auf die deutlichen Unterschiede zwischen der Gesundheit im Alter in Deutschland und einigen seiner Nachbarländer: „Es gibt eine enge Korrelation zwischen Bildungsstand und Gesundheit im Alter. In Dänemark und Finnland übersteigen die öffentlichen Investitionen ins Bildungswesen die entsprechenden Werte im Gesundheitsbereich. In Deutschland existiert das umgekehrte Verhältnis“ (Schmidt 2010, 278). Eine konsequente Primärprävention würde weniger bei den gesundheitlichen als bei den **sozialen** Stressoren ansetzen, von denen wir wissen, dass sie gravierende gesundheitliche Folgen haben, etwa den gegenwärtig um sich greifenden ungesicherten Arbeitsverhältnissen, der Flexibilisierung der Arbeitszeiten und dem zunehmenden Druck auf Leistungsintensivierung (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2006, 80). Der Schutz der Beschäftigten vor den Gefahren von Arbeitsstress und Überforderung sollte zu den ebenso selbstverständlichen Aufgaben einer ethisch vertretbaren Unternehmensführung gehören wie der Schutz vor den Risiken durch Schadstoffe und Unfälle (vgl. Siegrist/Theorell 2008, 123).

Primärprävention ist allerdings ein mühsames Geschäft und braucht einen langen Atem – einerseits, weil in etablierte marktförmig organisierte Bereiche wie den Arbeitsmarkt eingegriffen werden müsste, andererseits, weil die Mittel dafür möglicherweise nur bereitstehen, wenn in der Akutmedizin noch stärker auf den Pfennig geachtet würde, als es heute bereits der Fall ist. Heikel wird es vor allem, wenn zugunsten der Krankheitsprävention die „**rule of rescue**“, der Vorrang der Lebensrettung, beschnitten werden müsste. Eine gut bestätigte sozialpsychologische Regel besagt, dass die meisten nicht bereit sind, einem Verzicht auf Lebensrettung zuzustimmen, auch wenn eine Verwendung der dafür notwendigen Mittel zur Prävention der entsprechenden Notfälle sehr viel mehr Leben retten würde (vgl. Calabresi 1969, 179).

Auch in diesem Punkt, so scheint es, eignet sich soziale Gerechtigkeit nicht als gesundheitspolitisches Allheilmittel.

### Literatur

- Árnason, Vilhjálmur: *Dialog und Menschenwürde* (2005). Münster.
- Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2010): *Gesundheit und Gerechtigkeit. Ethische, soziale und rechtliche Herausforderungen. Bericht der Bioethik-Kommission*. Mainz.
- Braun, Bernard/Gerd Marstedt: *Vertrauen und Gerechtigkeit – (wie) beeinflussen sie Einstellungen und Verhaltensweisen im Gesundheitswesen?* Gesundheitsmonitor 1/2011, 1-15.
- Calabresi, Guido: *Reflections on medical experimentation in humans*. In: P. A. Freund (Hrsg.): *Experimentation with human subjects*. New York 1969, 178-196.
- Choices in Health Care (1992): *A report by the Government Committee on Choices in Health Care*. Rijswijk (NL).
- Daniels, Norman (2008): *Just health. Meeting health needs fairly*. New York.
- Geyer, Siegfried (2010): *Manifestation, Erklärung und Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten*. *Ethik in der Medizin* 22, 249-262.
- Huster, Stefan (2010): *Individual responsibility in health law*. *Ethik in der Medizin* 22, 289-299.
- Marckmann, Georg (2010): *Präventionsmaßnahmen im Spannungsfeld zwischen individueller Autonomie und allgemeinem Wohl*. *Ethik in der Medizin* 22, 207-220.
- Meyer-Abich, Klaus Michael (2010): *Was es bedeutet, gesund zu sein*. *Philosophie der Medizin*. München.
- Mielck, Andreas (2010): *Sozial-epidemiologische und ethische Ansätze zur Bewertung der gesundheitlichen Ungleichheit*. *Ethik in der Medizin* 22, 235-248.

### „Wie gerecht ist das deutsche System der Gesundheitsversorgung?“

Aufsatz von Dieter Birnbacher

*Patzig, Günther (1989): Gibt es eine Gesundheitspflicht? Ethik in der Medizin 1 (1989), 3-12.*

*Pennings, Guido (2004): Legal harmonization and reproductive tourism in Europe. Human Reproduction 19, 2689-2694.*

*Rauprich, Oliver: Gleiche Gesundheit und soziale Gerechtigkeit. In: Bettina Schöne-Seifert/ Alena M. Buyx/Johann S. Ach (Hrsg.): Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. Paderborn 2006, 51-87.*

*Rawls, John (1971): A theory of justice. Cambridge (Mass.)*

*Rosenbrock, Rolf /Thomas Gerlinger (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. Auflage. Bern.*

*Schmidt, Volker H. (2010): Priorisierung auf der Makroebene. Das Gesundheitswesen im Ensemble sozialpolitischer Leistungsbereiche. Ethik in der Medizin 22, 275-288.*

*Schöne-Seifert, Bettina (2011): Müssen die ethischen Grundsätze unserer Gesellschaft modifiziert werden? in: Frankfurter Forum für gesellschaftliche und gesundheitspolitische Grundsatzfragen: Priorisierung, Rationierung – begriffliche Abgrenzung. Frankfurt am Main, 6-13.*

*Siegrist, Johannes/ Töres Theorell (2008): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung. In: Johannes Siegrist/ Michael Marmot (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern, 99-130.*

*Singer, Peter (1976): Freedoms and utilities in the distribution of health care. In: Robert M. Veatch/ Roy Branson (Hrsg.): Ethics and health policy, Cambridge (Mass.), 175-193.*

*Wasem, Jürgen: Vorbild Niederlande. Deutschland sollte eine einheitliche Krankenversicherung für alle einführen. DIE ZEIT 40/2010.*

*Wilkinson, Richard G. (2001): Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit. Wien/ New York.*

## Impressum

### Herausgeber und Redaktion

Presseagentur Gesundheit  
Albrechtstraße 11, 10117 Berlin  
www.pa-gesundheit.de  
030 - 318 649 - 0  
V.i.S.d.P.: Lisa Braun

### Mit Unterstützung von:

Sanofi-Aventis  
Deutschland GmbH  
Potsdamer Straße 8, 10785 Berlin

### Bildnachweis

Seite 1: Bild im Seitenkopf, Ausgangsfoto: Knipsermann: „Löwenzahn“, Some rights reserved CC-Lizenz (BY 2.0), <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/de/deed.de>, Quelle: [www.piqs.de](http://www.piqs.de), Bildmontage: David Krause; Foto Birnbacher: Patric Fouad