

Hartmut Kreß

Gesundheitsgerechtigkeit Zum Zusammenhang von „Gesundheit“ und „Gerechtigkeit“ in heutiger Sicht

Referat auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Gemeindepsychologische Forschung und Praxis im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Mainz, 1.4.2011

1. Gerechtigkeit und Gesundheit: präzisierungsbedürftige Begriffe

Das Wort „Gesundheitsgerechtigkeit“ ist ungebräuchlich; es wirkt sperrig. Als die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz im April 2010 ihren Bericht über aktuelle Herausforderungen im Gesundheitswesen vorlegte, hat sie das Wort aber gezielt aufgegriffen¹. In einem der Leitsätze des Kommissionsberichtes heißt es: „Gesundheitsgerechtigkeit ist eine wesentliche Grundlage und ein beständiger Auftrag des Rechts- und Sozialstaats“. Wenn man den Neologismus „Gesundheitsgerechtigkeit“ nutzt, kann und soll dies Aufmerksamkeit und Interesse erzeugen. Der Haken besteht freilich darin, dass die beiden Begriffe, die hier zusammengefügt werden, jeweils ihre eigene Probleme besitzen. Die „Gerechtigkeit“ gehört seit Langem zu den Grundwerten einer modernen Gesellschaft. Anknüpfend an die Trias der Französischen Revolution von 1789 „liberté - égalité - fraternité“ ist sie Teil der heutigen Grundwertetrias „Freiheit - Gerechtigkeit - Solidarität“ geworden. Dennoch führt das Wort zu Verunsicherungen; denn seine Bedeutung ist unbestimmt. Es bedarf der Begriffsklärung und Definition. Gleiches gilt für „Gesundheit“. Das Verständnis von Gesundheit ist strittig sowie erläuterungsbedürftig.

Im Folgenden soll es darum gehen, Ansatzpunkte zu nennen, wie sich diese beiden wichtigen, aber klärungsbedürftigen Begriffe kombinieren lassen, und zwar mit Blick auf heutige konkrete Problemstellungen. Einleitend nenne ich ein einzelnes Beispiel und nehme auf einen Tatbestand Bezug, bei dem – so denke ich – das Desiderat der Gesundheitsgerechtigkeit unter aktuellen Bedingungen gut erkennbar wird.

¹ Der Text der Bioethik-Kommission bildet einen Anknüpfungspunkt für das vorliegende Referat: Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, Gesundheit und Gerechtigkeit. Ethische, soziale und rechtliche Herausforderungen, Bericht vom 30. April 2010, im Internet unter www.justiz.rlp.de; hierzu auch: H. Kreß, Gesundheitsgerechtigkeit und das Recht auf Gesundheit im Grundgesetz. Empfehlungen der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2010, in: Hessisches Ärzteblatt 2010, H. 8, 513-516, im Internet www.laekh.de/upload/Hess._Aerzteblatt/2010/2010_08/2010_08_16.pdf.

2. Verantwortung für Gesundheit heute: ein aktuelles Einzelproblem der Gesundheitsverträglichkeit

Der Bezugspunkt ist ein chemischer Stoff, nämlich der Weichmacher Bisphenol A. Er wird weltweit als Ausgangsstoff für Kunststoffe verwendet, die für zahlreiche Produkte eine Rolle spielen, von Plastikflaschen bis zu Zahnversiegelungen. Tierversuche haben zu der Aussage geführt, dass Bisphenol A (BPA) Gesundheitsprobleme auslösen kann: Es wirke hormonell und könne Krankheiten wie Diabetes oder Adipositas begünstigen; die Chemikalie stehe in Zusammenhang mit Gewichtszunahme, Verhaltensstörungen, vorzeitiger Pubertät oder Unfruchtbarkeit. Studien aus dem Ausland zufolge hat die Belastung durch BPA bei Industriearbeitern zur Verminderung der Zahl und Qualität von Spermien geführt. Zwar herrscht zu solchen Studien Meinungsstreit. Doch auch im Inland wird in diese Richtung hin geforscht. Auf Bisphenol A und vergleichbare Chemikalien bezieht sich in der Bundesrepublik Deutschland ein Projekt der Krankheitsforschung, für das sogar importierte humane embryonale Stammzelllinien verwendet werden. Die Forschung, die auf embryonale Zelllinien zugreift, wird in der Bundesrepublik Deutschland bekanntlich sehr kritisch beäugt. Einzelvorhaben sind nur nach besonderer Genehmigung zulässig. Nun hat das Robert Koch-Institut Ende 2010 ein Forschungsprojekt genehmigt, das unter anderem Bisphenol A betrifft. Eine Hoffnung, die sich mit derartigen Vorhaben verbindet, ist es, Testmethoden zu entwickeln, durch die sich Auswirkungen umweltbelastender Stoffe und Chemikalien wie BPA auf vorgeburtliches Leben auch während der Schwangerschaft abschätzen lassen. Im hypothetischen Erfolgsfall könnten in Zukunft dann Testsysteme / Testverfahren verfügbar werden, die gezielt der Gesundheitsvorsorge für das ungeborene und das neu geborene Leben zugutekämen. Es würde möglich, gravierende Gesundheitsschäden zu verhindern, die bei Kindern im Lauf des Lebens später in Erscheinung treten, weil nachweisbar wäre, dass BPA oder vergleichbare Stoffe schon vorgeburtlich der Gesundheit abträglich sind. Inzwischen ist ja z.B. gut bekannt und wird erforscht, welche negativen Auswirkungen Umweltfaktoren wie Blei, Luftverschmutzung oder Quecksilber für vorgeburtliches Leben haben.

Immerhin: Gesundheitspolitisch ist bemerkenswert, dass die EU-Kommission Ende des Jahres 2010 die Initiative ergriffen hat. Aufgrund der EU-Vorgabe dürfen auch in der Bundesrepublik Deutschland ab 1. März 2011 keine BPA-haltigen Babyflaschen mehr hergestellt werden. Von Juni 2011 an sind der Import und Vertrieb von Babyfläschchen verbo-

ten, die Bisphenol A enthalten. Die neuen gesetzlichen Bestimmungen bleiben allerdings begrenzt. Nicht verboten ist die Verwendung der chemischen Substanz in Babyschnullern oder in sonstigen Produkten für Kinder und Schwangere. Umso wichtiger sind Forschungsprojekte, die zu genaueren Aussagen führen, auf die sich präzisere Verbote stützen ließen.

Nun soll diese Einzelfrage nicht weiter entfaltet werden. Im Kern ist offensichtlich: Hier geht es sowohl um Gerechtigkeit als auch um Gesundheit. Denn die betreffenden Umweltchemikalien beeinträchtigen eine gesundheitlich besonders verletzbare und schutzlose Gruppe, nämlich ungeborene und neu geborene Kinder. Intuitiv wird man sagen: An dieser Stelle greift das Leitbild der Gesundheitsgerechtigkeit. Doch wie lässt sich dieses moralische Gefühl, die Intuition zugunsten der Gesundheitsgerechtigkeit präzisieren?

Zur Klärung ist der Begriff der Gerechtigkeit nun genauer zu beleuchten. Eine klassische Definition von Gerechtigkeit findet sich bei dem römischen Juristen Ulpian († 223 n. Chr.): „iustitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuendi“ – „Gerechtigkeit ist der dauerhafte und unwandelbare Wille, jedem das Seine zu geben“ oder „jedem das Seine zuzuteilen“. Mehrere Jahrhunderte vorher hatte bereits Aristoteles zwei Formen von Gerechtigkeit auseinandergelassen, nämlich die ausgleichende und die austeilende Gerechtigkeit (*iustitia commutativa* / *iustitia distributiva*). Die aristotelische Begrifflichkeit ist bis heute maßgebend. Daher knüpfe ich an sie an. Später werde ich noch auf eine neue Begriffsbildung zu sprechen kommen, auf eine aktuelle Interpretation von Gerechtigkeit, die mir interessant erscheint.

3. Die Idee der Tauschgerechtigkeit – tragfähig für das Gesundheitswesen?

Eine der beiden Formen von Gerechtigkeit, die Aristoteles nannte, ist die ausgleichende oder die Tauschgerechtigkeit (*iustitia commutativa*). Sie betrifft Menschen, die auf gleicher Ebene miteinander umgehen und sich – wie man heute sagt – „auf gleicher Augenhöhe“ begegnen. Für sie gilt, dass keiner den anderen übervorteilen oder benachteiligen soll; dies wäre ungerecht. Wenn sie zum Beispiel Waren und Güter tauschen, dann soll sich der Austauschgerechtigkeit gemäß der sogenannte gerechte Preis herausbilden, der für beide Seiten angemessen ist.

Dieser Idee von Gerechtigkeit in der Logik des Marktmodells kommt für die Gesellschaftsgestaltung bis heute eine Schlüsselbedeutung zu. Auf die Struktur und Organisation spezi-

ell des Gesundheitswesens lässt sie sich freilich nur begrenzt anwenden. Was angesichts von Gesundheit und Krankheit als „gerecht“ zu gelten hat, wird sich nicht durchgängig einem Marktmodell gemäß regeln lassen. Denn das Verhältnis zwischen den Menschen, die im Gesundheitswesen miteinander zu tun haben, ist asymmetrisch: einerseits die Patienten, die Gesundheitsleistungen nachfragen, andererseits die Anbieter von Dienstleistungen und die Ärzte. Sogar im ganz kleinen überschaubaren Rahmen, im Gegenüber des einzelnen Patienten und seines Arztes sind die Ausgangs- und die Handlungsbedingungen ungleich. Es herrscht ein Machtgefälle und eine „ungleiche Augenhöhe“. Dies ergibt sich schon allein durch den Wissensvorsprung des Arztes und durch die persönlich belastete Situation des Patienten, weil er den Arzt anlässlich akuter Krankheit oder Krankheitsverdachts aufgesucht hat. Die Tauschgerechtigkeit oder das Marktmodell eignen sich nur begrenzt, um im Umgang mit Krankheit und Gesundheit überzeugend Gerechtigkeit herzustellen.

Wie sieht es mit dem zweiten Begriff aus, den Aristoteles geprägt hat, der zuteilenden Gerechtigkeit / *iustitia distributiva*?

4. Zuteilungsgerechtigkeit: Notwendigkeit der Differenzierung

Bei der zuteilenden oder austeilenden Gerechtigkeit geht es darum, Härten auszugleichen, die im Neben- und auch Gegeneinander der Menschen beim Marktmodell zustande kommen. Letztlich ist es der Staat, der für die Verwirklichung der Zuteilungsgerechtigkeit zuständig ist. Die Allgemeinheit wird in die Verantwortung genommen, damit den einzelnen Menschen das ihnen Zustehende gewährt und damit das „*sum cuique*“ / „jedem das Seine“ tatsächlich realisiert wird. Nun ist das Gesundheitssystem in Deutschland im Prinzip solidarisch angelegt. Im Rahmen des Solidarsystems ist die zuteilende Gerechtigkeit ein tragendes Prinzip. Sie sorgt dafür, dass auch schwächere, benachteiligte oder weniger leistungsfähige Menschen ein Maß an Gesundheitsleistungen erhalten, die ihrer Situation und ihrem Bedarf angemessen sein soll.

Nur: Genau an dieser Stelle brechen bei uns zurzeit schwere Probleme auf. Patienten empfinden das Gesundheitswesen oftmals als ungerecht – zum Beispiel weil sie konkret vor Ort zu lange auf einen Arzttermin warten müssen, weil offenkundige Fehlverteilungen erfolgen oder weil der Gesetzgeber bestimmte Behandlungen im Inland nicht zulässt (man denke an die gesetzlichen Einschränkungen in der Reproduktionsmedizin oder an

die laufenden Debatten, ob man PID für das Inland verbieten soll, so dass genetisch belastete Paare weiterhin ins Ausland fahren müssen) oder weil Patienten bei gleicher Krankheit ungleich behandelt werden (Stichwort „Zweiklassenmedizin“). Dies Letztere reicht bis dahin, dass Tumorpatienten je nach ihrer finanziellen Absicherung und ihrer Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse unterschiedlich wirksame Schmerzmedikamente erhalten.

Manche dieser Probleme wären pragmatisch lösbar, sei es durch Verbesserungen in der Organisation des Gesundheitswesens, durch Korrektur von Fehlallokationen, durch Anpassung, „Modernisierung“ der Gesetzgebung oder durch zusätzliche Initiativen und Koordination in der Forschung. Darüber hinaus ist nach wie vor Einsparpotential im Gesundheitswesen zu sehen, z.B. durch Reduktion mancher technisch aufwändiger, kostenintensiver Untersuchungen oder durch Überprüfung des Zusatznutzens bestimmter Medikamente. Dennoch bleibt bei der Zuteilungsgerechtigkeit ein harter Problemkern bestehen. Er ergibt sich 1. aus dem demographischen Wandel, d.h. den hohen Behandlungskosten für den überproportional größer werdenden Anteil der älteren Menschen in unserer Gesellschaft, sowie 2. durch den Kostenanstieg in der hochtechnisierten Hochleistungsmedizin. Deshalb ist es unerlässlich, genauer durchzubuchstabieren, was unter heutigen und unter künftigen Bedingungen unter Zuteilungsgerechtigkeit zu verstehen ist. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle denkbaren, gegebenenfalls noch nicht einmal alle medizinisch indizierten und zweckmäßigen Behandlungsmaßnahmen finanzierbar sein werden. Daher sollten Kriterien entwickelt werden, die besagen, wie sich die vorhandenen Mittel möglichst gerecht zuteilen lassen. Unter anderem ist an folgende Kriterien zu denken:

- Transparenz. D.h. wenn Leistungsbegrenzungen tatsächlich unerlässlich sind, müssen sie öffentlich bekannt gegeben und nachvollziehbar begründet werden
- medizinische Plausibilität: Verteilungsentscheidungen sollten auf medizinisch gesicherten Erkenntnissen beruhen, die den gesundheitlichen Nutzen und die zu erwartenden Kosten berücksichtigen.
- Revisionsbereitschaft und Korrekturoffenheit: Verteilungsentscheidungen sind im Licht neuer Erkenntnisse regelmäßig zu überprüfen.
- Einzelfallgerechtigkeit: Nach wie vor sollten einzelfallorientierte ärztliche Entscheidungen möglich bleiben; denn allgemeine Verteilungsregeln werden dem

einzelnen Patienten in seiner besonderen, individuellen Krankheitssituation nicht immer gerecht werden.

- Wahrung von Widerspruchsmöglichkeiten: Für Ärzte, Patienten, Pflegepersonal und andere Betroffene sollten bei Leistungseinschränkungen Widerspruchsverfahren geklärt sein; und anderes.

Im Ergebnis: Heutzutage ist es unerlässlich, den alten Gedanken der Zuteilungsgerechtigkeit weiterzudenken, ihn auszudifferenzieren und Zusatzkriterien zu entwerfen, so wie ich dies angedeutet habe. Wenn man sich dieser Aufgabe verschließt, droht das Vertrauen in die Rechtsordnung, genauer: in die Gerechtigkeit des Rechtsstaates und in die Verlässlichkeit der Gesundheitspolitik noch stärker beschädigt zu werden, als es bereits der Fall ist.

Dies führt zu einer grundlegenden Anschlussfrage: Warum ist gerade der Umgang mit Gesundheit ein Thema, das in derart hohem Maß das Gerechtigkeitsempfinden berührt und gerechtigkeitssensibel ist? Zur Erläuterung greife ich einen Begriff auf, der in der Rechtsphilosophie des 20. Jahrhunderts geprägt worden ist, nämlich den Begriff der *iustitia protectiva*.

5. *iustitia protectiva*: Die Schutzfunktion der Gerechtigkeit zugunsten des Grundrechts Gesundheit

Das Wort „*iustitia protectiva*“ ist an die klassischen Leitbegriffe des Aristoteles – *iustitia commutativa* / Tauschgerechtigkeit und *iustitia distributiva* / Zuteilungs- oder Verteilungsgerechtigkeit – angelehnt worden. Man könnte von der schützenden Gerechtigkeit, der Gerechtigkeit in ihrer Schutzfunktion sprechen. Demzufolge ist es der Sinn von Gerechtigkeit, die Ausübung von Macht zwischen den Menschen zu regulieren, damit jeder Einzelne in seinen Grundrechten geschützt wird. Insofern sind die staatliche Rechtspolitik und die Rechtsordnung verpflichtet, mit Hilfe von Gesetzen, parlamentarischer Kontrolle, prozeduralen Regelungen usw. für die Wahrung von Grundrechten einzustehen. In unserem Zusammenhang kommt es darauf an, dass dies auch die menschliche Gesundheit betrifft. Denn Gesundheit ist ein Grundrecht oder ein Menschenrecht.

Es ist nach wie vor unerlässlich, dies so nachdrücklich zu sagen – zumal angesichts mancher Stimmen in der öffentlichen und politischen Diskussion in Deutschland, die dies be-

streiten. Ethisch und juristisch ausgedrückt: Für die menschliche Existenz ist Gesundheit ein fundamentales, ein elementares oder ein konditionales Gut. Für jeden einzelnen Menschen bildet sie die Voraussetzung, sein Leben selbstbestimmt gestalten, persönliche Werte verwirklichen und Lebensziele sowie soziokulturelle Aktivitäten verwirklichen zu können. Was unter „Gesundheit“ näher zu begreifen ist, hängt dabei von der einzelnen Person selbst ab. Menschen haben von ihrer persönlichen Gesundheit ganz unterschiedliche subjektive Wahrnehmungen, je nachdem ob es sich um einen schmerzbelasteten Patienten oder einen Heranwachsenden mit Down Syndrom oder einen unter Chorea Huntington leidenden Erwachsenen oder einen Erwachsenen in mittleren Lebensjahren handelt, der das Glück hat, einen Arzt allenfalls für routinemäßige Vorsorgeuntersuchungen aufsuchen zu müssen. Daher ist beim Grundrecht auf Gesundheit das Maß an Gesundheit im Blick, das einem einzelnen Menschen in *seiner* Situation jeweils erreichbar ist. In diesem Sinn bewerten Staatsverfassungen oder internationale Konventionen die Gesundheit jetzt als Menschenrecht. Klassisch erfolgte dies im UN-Sozialpakt von 1966 (Artikel 12); oder es sind die UN-Kinderrechtskonvention von 1989 (Artikel 24) oder die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Behinderten aus dem Jahr 2008 zu nennen. In der UN-Kinderrechtskonvention heißt es:

„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit.“

Und in der bahnbrechenden UN-Behindertenrechtskonvention, dem „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ lautet Artikel 25:

„Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben.“

In diesen Konventionen werden danach noch konkrete Einzelpunkte genannt. Im Kern ist aber entscheidend: Die Gesundheit des einzelnen Menschen gilt als Grundrecht, insofern sie 1. schutzwürdig, 2. schutzbedürftig und 3. auf Unterstützung und Förderung durch

Dritte angewiesen ist. Für den Staat und die Gesellschaft ist es ein Gebot der Gerechtigkeit, nämlich der *iustitia protectiva*, zur Wahrung und Förderung menschlicher Gesundheit beizutragen, gesundheitliche Gefahrenquellen abzuwehren und eine tragfähige medizinische Versorgung zu sichern.

Anhaltspunkte, die dieses Anliegen stützen, finden sich auch im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland. In Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes ist bislang zwar nicht von der Gesundheit, aber vom Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit die Rede. Darüber hinaus wird der Staat durch das Sozialstaatsprinzip (Artikel 20 GG) der Sache nach auf den Gesundheitsschutz verpflichtet. Hinzu kommt, dass die Bundesrepublik an EU-Vorgaben und an internationale Übereinkommen gebunden ist, in denen der Gesundheitsschutz als Grundrecht definiert wird. So gesehen wäre es folgerichtig – und es würde zudem der Rechtsklarheit und der Transparenz dienen, wäre symbolisch wirkungsvoll und eine Verdeutlichung der Gerechtigkeitsidee selbst –, wenn der Gesundheitsschutz als solcher im Grundgesetz der Bundesrepublik verankert würde. Genau dies hat die Bioethikkommission Rheinland-Pfalz in ihrem Bericht „Gesundheit und Gerechtigkeit“ vom April 2010 vorgeschlagen:

„Weil Gesundheit für jeden Menschen ein fundamentales Gut darstellt, sollte das Schutzgut Gesundheit explizit in die Verfassung aufgenommen und Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes entsprechend ergänzt werden: ‚Jeder hat das Recht auf Leben, *Gesundheit* und körperliche Unversehrtheit‘“.

In dieser Formulierung wird „Gesundheit“ umfassend zum Schutzgut erklärt. Sie meint nicht nur die körperliche, sondern gleichfalls die psychische Gesundheit. Die Aufnahme des Gesundheitsbegriffs in die Verfassung könnte im Übrigen einen Impuls setzen und den Sinn haben, dass gesellschaftlich intensiver darüber nachgedacht würde, was in der Gegenwart unter „Gesundheit“ eigentlich zu verstehen ist. Diese Frage hat hohes Gewicht, weil sich die alltägliche Deutung von Gesundheit zurzeit erheblich verschiebt.

6. Verschiebungen im Verständnis von Gesundheit

Was mit „Gesundheit“ gemeint ist, hängt in hohem Maß von kulturellen Wandlungen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ab. Grundlegend sind zunächst zwei Dimensionen von Gesundheit oder Krankheit auseinanderzuhalten, 1. die subjektive und 2. die objektive, medizinisch-diagnostische Seite. In der ersten Hinsicht geht es um die Perspektive der

betroffenen Menschen selbst, um ihre eigene Wahrnehmung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, um ihr subjektives Befinden. Im Englischen wird dies mit dem Wort „illness“ umschrieben. Die zweite Hinsicht betrifft die medizinische Diagnose, den objektiv überprüfbar Befund, die objektivierbare klinische Funktionsstörung (englisch „disease“). Zwischen diesen beiden Seiten von Gesundheit und Krankheit bestehen vielfältige Wechselwirkungen, die etwa in der Psychosomatik erschlossen werden. Inzwischen steigt die Bereitschaft an, in der Forschung und im medizinischen Alltag hierauf stärker zu achten.

Davon abgesehen vollzieht sich in der Gegenwart bezüglich Gesundheit eine epochale Akzentverlagerung. Gesundheit ist heute nicht mehr nur so zu deuten, dass es um die aktuelle Befindlichkeit, den aktuellen Gesundheitszustand, den Jetzt-Zustand eines Menschen geht. Vielmehr wird sie zu einer prognostischen Größe, für die die futurischen *Gesundheitsaussichten*, die *Gesundheitserwartungen* eines Menschen eine Rolle spielen. Zugespielt gesagt: Bis in die jüngste Vergangenheit hinein dominierte die betreuende und die heilende, kurative Medizin. Sie interessierte sich für die kausale und symptomatische Behandlung von Krankheiten und für die Krankheitsnachsorge. Inzwischen rückt Anderes in den Vordergrund. Zusätzlich zur nachsorgenden Behandlung und Heilung werden jetzt 1. die Prädiktion, die Vorhersage von Krankheiten, sowie 2. die Prävention, die gesundheitliche Vorbeugung und die zukunftsbezogene Vorsorge relevant.

Besonders augenfällig wird dies in der Humangenetik. Durch genetische Diagnostik lässt sich vorhersagen, ob bei einem einzelnen Menschen bestimmte Krankheiten mit Sicherheit oder mit großer oder mit geringer Wahrscheinlichkeit auftreten werden. Eine solche prädiktive / vorhersagende genetische Diagnostik betrifft erwachsene Menschen, aber auch Kinder und Jugendliche sowie vorgeburtliches Leben. Über die letztgenannte Option wird aktuell sehr gestritten, weil das Verfahren der Präimplantationsdiagnostik (PID) eine solche vorhersagende genetische Analyse vornimmt. Die Thematik PID klammere ich hier jedoch aus. Vielmehr sei hervorgehoben: Vor allem erwachsene, urteilsfähige Menschen werden mit prädiktiven genetischen Aussagen über sich selbst konfrontiert. Sobald sie sich einem Gentest unterziehen, erlangen sie Wissen über ihre gesundheitliche Zukunft, über die Wahrscheinlichkeit des Manifestwerdens von Krankheiten.

Ein solches Wissen kann sehr nützlich sein. Es kann dazu führen, vorbeugend Maßnahmen zu ergreifen, um das Auftreten einer Krankheit zu verhindern oder den künftigen Krankheitsverlauf zu lindern. Andererseits ist derartiges Wissen gegebenenfalls belastend und erdrückend, besonders wenn es schwerste und unheilbare Krankheiten betrifft, die einem Menschen bevorstehen, etwa Chorea Huntington oder neurodegenerative Erkrankungen wie Morbus Alzheimer oder Morbus Parkinson. Für die Betroffenen stellt es eine große Herausforderung dar, mit einem derartigen Wissen über ihre eigene gesundheitliche Zukunft umzugehen.

An dieser Stelle gelangt nun wieder – in nochmals neuer Version – die Gerechtigkeitsidee ins Spiel. Im Folgenden greife ich eine Version von Gerechtigkeit auf, die erst in letzter Zeit „entdeckt“ und begrifflich auf den Nenner gebracht worden ist, nämlich die Befähigungsgerechtigkeit oder die Partizipationsgerechtigkeit.

7. Partizipationsgerechtigkeit als neues Leitbild

Maßgebend für diese Idee sind der Wirtschaftsnobelpreisträger Amartya Sen sowie die amerikanische Philosophin Martha Nussbaum. Es handelt sich um eine „aktivierende“ Konzeption der Gerechtigkeit. Gesellschaft und Staat sollen daran bemessen werden, dass sie die individuellen Lebenschancen, die „capabilities“ der Menschen erweitern. „Gerecht“ ist es, wenn die Freiheits- und die Teilhabespielräume der Menschen erweitert, sie zu aktiver Partizipation an Kultur und Gesellschaft befähigt und sie in ihren Aussichten gestärkt werden, ein Leben zu führen, das sie persönlich für vorzugswürdig halten und das ihre Selbstachtung nicht infrage stellt. Zur Veranschaulichung: In ihrem Buch zur Gerechtigkeit aus dem Jahr 1999 hat Martha Nussbaum Fähigkeiten aufgezählt, die zu einem „guten“ oder „gelingenden Leben“ gehören, etwa die Fähigkeit,

- ein menschliches Leben von normaler Länge und in lebenswerter Qualität zu führen
- sich guter Gesundheit zu erfreuen
- unnötigen Schmerz zu vermeiden
- eigenständig zu denken und zu urteilen
- sich für andere Menschen und für die Kultur des Zusammenlebens aktiv einzusetzen
- eine Vorstellung vom Guten zu entwickeln
- in Verbundenheit mit der Natur zu leben.

Eine solche Liste sei eine „Minimaltheorie des Guten“ (so Nussbaum). Man kann der Aufzählung abspüren, dass Sen und Nussbaum ihre Überlegungen im Blick auf die Dritte Welt, auf weltweite Armutprobleme, Frauendiskriminierung und gesundheitliche Nachteile in Entwicklungsländern entfaltet haben. Der Grundgedanke gilt aber ebenfalls für westliche Gesellschaften. Man könnte sagen, dass Gerechtigkeit hier 1. sozial, 2. ökologisch und 3. gleichzeitig liberal interpretiert wird; sozialstaatliche sowie westlich-liberale, freiheitlich-emanzipative Anliegen werden verknüpft. Es geht darum, dass die einzelnen Menschen eine faire Chance auf Verwirklichung ihrer persönlichen Entscheidungsspielräume und Lebensoptionen erhalten. Dabei gerät auch die Gesundheitsgerechtigkeit ins Spiel. Die Gesellschaft und der Staat sollen Bedingungen herstellen, die den einzelnen Bürger dazu befähigen, das ihm individuell mögliche Maß an Gesundheit tatsächlich erreichen zu können, damit er seine persönlichen Lebenschancen zu realisieren vermag. Die Bürgerinnen und Bürger sollen in die Lage versetzt werden, sich an der Bewahrung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit selbst aktiv zu beteiligen („capability approach“).

In diese Richtung argumentiert gleichfalls die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Schon in der Ottawa-Charta von 1986 hob sie das Anliegen der gesundheitsbezogenen Selbstbestimmung hervor und unterstrich, dass die Staaten verpflichtet sind, einen *eigenverantwortlichen* Umgang der Bürger mit ihrer Gesundheit zu fördern: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

Es leuchtet ein – schon allein aufgrund neuerer sozialer Verwerfungen und aufgrund der Komplexität unseres Gesundheits- und Medizinbetriebs –, diese Idee der Befähigungs- oder Partizipationsgerechtigkeit auch für unser eigenes Gesundheitswesen mit Leben zu erfüllen. Inwiefern gilt dies?

8. Konkretisierungen

Zunächst erinnere ich an die Verschiebung im Gesundheitsverständnis, die ich soeben erwähnt habe, nämlich an den Stellenwert, den die prädiktive / vorhersagende Medizin inzwischen gewinnt, und an den Sachverhalt, dass Menschen vor der Herausforderung stehen, sich über ihre gesundheitlichen Zukunftsaussichten – einschließlich der Schattenseite, der Krankheitserwartungen – Gedanken zu machen. Hierfür bedeutet Befähigungs- oder Partizipationsgerechtigkeit, dass die Patientenberatung und die Patientenbegleitung

ausgebaut werden sollten. In der Humangenetik, der Reproduktionsmedizin oder angesichts von Schwangerschaftskonflikten werden hierzu bereits Anstrengungen unternommen. Durch umfassende medizinische und psychosoziale Beratung sollen Menschen in die Lage versetzt werden, mit schwierigen Entscheidungs-, Konflikt- und Zukunftsfragen ihrer Gesundheitsbiographie möglichst selbstbestimmt und authentisch umgehen zu können.

Überhaupt: Die Partizipationsgerechtigkeit zielt darauf ab, die Eigenverantwortung und das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung generell zu unterstützen. Die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz hat dieses Anliegen in ihrem Bericht von 2010 für unterschiedliche Gruppen erörtert: bezogen auf Kinder und Jugendliche, alte Menschen, Männer und Frauen, chronisch Kranke und Behinderte, Menschen mit Migrationshintergrund.

Um beispielhaft Gesichtspunkte zur letztgenannten Gruppe zu nennen: Man kann zwar nicht pauschal sagen, der Gesundheitsstatus von Menschen mit Migrationshintergrund sei per se schlechter als derjenige der einheimischen Bevölkerung. Jedoch fällt auf, dass Kinder, die in diesen Familien aufwachsen, in geringerem Maß von U- Vorsorgeuntersuchungen profitieren und dass Migranten überproportional häufig Notfallambulanzen in Anspruch nehmen. Dies dürfte zum Teil auf ihre unzureichenden Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems zurückzuführen sein. Für Menschen mit Migrationshintergrund stellen sprachliche, kulturelle, weltanschaulich-religiöse und sonstige alltagsweltliche Barrieren eine Hürde dar, die es ihnen erschwert, die Angebote des Gesundheitswesens adäquat zu nutzen und sich eigenverantwortlich gesundheitsgemäß zu verhalten. Daher hat die Bioethik-Kommission u.a. eingefordert, dass in der Aus- und Fortbildung von Ärzten und Pflegepersonal um der Patienten willen interkulturelle Kompetenz stärker zu beachten ist als bislang.

Oder: Ein weiterer Schwerpunkt des Berichts bezieht sich auf das Schul- und Bildungssystem. Er interpretiert die Gesundheitsbildung als wesentliches Element der Gesundheitsgerechtigkeit. Sozialwissenschaftlich ist breit belegt, dass ein prekärer Sozial- und ein niedriger Bildungsstatus zugleich zu gesundheitlichen Benachteiligungen führen. In der Bundesrepublik geben der Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten zahlreicher Heranwachsender Anlass zur Sorge. Umso wichtiger ist es, Ansätze der Gesundheitsbildung zu entwickeln, die Heranwachsende zur Eigenverantwortung befähigen, um hierdurch ihre gesundheitlichen Zukunftschancen zu verbessern.

9. Kernpunkte der Gesundheitsgerechtigkeit heute

Vor dem Hintergrund des Gesagten hebe ich drei Leitgedanken hervor, die mir gegenwärtig in Bezug auf Gesundheitsgerechtigkeit zentral erscheinen.

1. anknüpfend an die Schutzfunktion der Gerechtigkeit: Gesundheit stellt ein fundamentales Gut des Menschseins dar. Deshalb besitzen Menschen ein Grundrecht auf den Schutz ihrer Gesundheit. Das Gut der Gesundheit ist allerdings fragil und bedroht – nicht nur aufgrund persönlicher Faktoren, etwa genetischer Belastungen, sondern auch aufgrund von externem Einfluss. Hierzu gehören Umweltgefahren. Eingangs hatte ich hierzu ein Einzelbeispiel genannt, die Bedrohung vorgeburtlichen und neu geborenen Lebens durch Umweltchemikalien wie Bisphenol A. Es ist ein Gebot der schützenden Gerechtigkeit (*iustitia protectiva*), strukturelle Konsequenzen zu durchdenken. *Eine* Schlussfolgerung besteht darin, Forschungsanstrengungen zum Gesundheitsschutz zu verstärken. Eine andere Überlegung zielt darauf ab, vorsorgliche Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen zu verstärken und in bestimmten Bereichen die Beweislast umzukehren. Demzufolge wäre vorab darzulegen, dass chemische Substanzen² oder z.B. die Verkehrsplanung und sonstige Infrastrukturmaßnahmen *keine* Gesundheitsschäden verursachen.

2. anknüpfend an den Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit: Die Verteilungsprobleme, die sich für das Gesundheitssystem gegenwärtig stellen, sollten beim Namen genannt werden. Daher ist es erforderlich, implizite, verdeckte, verheimlichte Rationierungen zu überwinden und Verteilungskriterien auszuarbeiten, die die Transparenz im Gesundheitswesen verbessern. Wenn dies nicht gelingt, besteht die Gefahr, dass der Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem und in den Rechtsstaat weiter zunimmt.

3. anknüpfend an den Aspekt der Partizipationsgerechtigkeit: Es gilt, die persönlichen Entscheidungskompetenzen von Menschen zu stärken, damit sie sich aus eigener Verantwortung heraus gesundheitsgemäß verhalten können. Dies betrifft – zumal in einer weltanschaulich-kulturell, materiell und sozial heterogen gewordenen Gesellschaft, in der sich neue soziale Schieflagen, ja Exklusionen aufgebaut haben – u.a. den Ausbau von Gesundheitsbildung und Gesundheitsberatung.

In summa: Es gilt ernstzunehmen, dass der Gesundheitsschutz in der Gegenwart wissenschaftlich und rechtspolitisch im Sinn eines Querschnittsthemas aufzuarbeiten ist.

² Vgl. hierzu bereits die REACH-Verordnung der EU, die am 1.7.2001 in Kraft trat.

Verfasser:

Prof. Dr. Hartmut Kreß
Universität Bonn
Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik
Am Hof 1, 53113 Bonn
www.sozialethik.uni-bonn.de/kress
E-Mail: [hkress\[at\]uni-bonn.de](mailto:hkress[at]uni-bonn.de)