

E.8 Gesundheit

Michelle Becka

Leitfragen:

- Was umfasst ein angemessenes Verständnis von Gesundheit?
- Welche Probleme kennzeichnen das Gesundheitswesen in Deutschland?
- Was hat Gesundheit mit Gerechtigkeit zu tun?
- Was bedeutet das Menschenrecht auf Gesundheit?

1. Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Ethische Fragen im Bereich der Medizin werden oft auf der individuellen Ebene, in der Theologie also im Bereich der theologischen Ethik/Moraltheologie, bearbeitet. Doch zum einen haben alle auf das Individuum bezogenen Gesundheitsfragen auch eine gesellschaftliche Dimension, zum anderen geht es in diesem Beitrag weniger um medizinethische Einzelfallentscheidungen, sondern um Fragen der angemessenen Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft. Daher werden Zugänge berücksichtigt, welche die Aufmerksamkeit auf die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt richten und jene strukturellen Bedingungen betrachten, die zu einer besseren oder schlechteren Gesundheit beitragen.

1.1 Gesundheit als vieldimensionales Konzept

Gesundheit ist ein wichtiges Gut, das aber häufig erst dann wertgeschätzt wird, wenn es gefährdet ist. So wird im Alltagsverständnis Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit aufgefasst. Das ist nicht falsch, aber auch nicht hinreichend. Auch ein enges biomedizinisches Verständnis, das Krankheit auf biologische Zustände reduziert, wird der Komplexität von Krankheit und Gesundheit nicht gerecht. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation, *World Health Organization* (WHO),

geht darüber hinaus: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“¹ Die Abkehr von einem rein biomedizinischen Verständnis ist notwendig, aber die Gleichsetzung von Gesundheit und Wohlergehen ist irreführend. Ein *vollständiges* Wohlergehen erweist sich als unrealistisches und problematisches Ziel, weil es von vielen Faktoren (nicht nur der Gesundheit) abhängig und zudem kaum zu erreichen ist.

Ein weites Konzept von Gesundheit ist gleichwohl notwendig: Gesundheit umfasst physische und psychische Dimensionen, aber auch soziale und andere. Wird Gesundheit auf die biochemische, physiologische und genetische Ebene reduziert, führt das zur Unterschätzung anderer Faktoren sowohl in der Ursachenklärung als auch in der Behandlung und Versorgung. Obwohl es schon früh Versuche gab, sozialen Umständen auch in der Medizin Rechnung zu tragen, setzte sich im 20. Jh. ein rein naturwissenschaftlich-medizinisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit durch. Soziale, ökonomische, kulturelle, aber auch spirituelle Dimensionen sind dahinter zurückgetreten. In Verbindung damit steht der Ansatz der Medikalisierung. Damit bezeichnet man seit den 1960er Jahren die Erfassung sozialer Phänomene oder Prozesse als medizinische Probleme. Medikalisierung bezeichnet häufig eine Verengung, etwa wenn Geburt oder Tod allein medizinisch erfasst werden, und hat dann abwertenden Charakter. Sie kann aber auch eine Erweiterung im Problemverständnis von Phänomenen bedeuten, wenn z. B. Alkoholismus als Krankheit anerkannt wird.²

Etwa seit der Jahrtausendwende hat ein Verständnis von Gesundheit an Bedeutung gewonnen, das verschiedene Dimensionen vereint. Auch spirituelle Aspekte werden zunehmend berücksichtigt. Das zeigt sich auch in der wachsenden Bedeutung von *spiritual care*, jenem Sorgetragen, das auf das geistige und geistliche Wohlergehen zielt. Die Berücksichtigung sozialwissenschaftlicher Ansätze trägt nicht nur der Einsicht Rechnung, dass Gesellschaft Krankheit und Gesundheit hervorbringt, sondern auch jener, dass Gesundheit und Krankheit stets auch soziale Kon-

1 WHO, Constitution of the World Health Organization, 1946/2006, URL vom 8.10.2021: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

2 Vgl. Peter, C./Neubert, C., Medikalisierung sozialer Prozesse, in: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden 2016, 273–285, hier 274.

struktionen sind. Was genau bzw. ab wann eine Abweichung als pathologisch gilt, ist kein Naturgesetz, sondern steht in Relation zu einem als *normal* bewerteten Zustand. Außerdem wird, vor allem im Kontext von *Public Health*³, die dem biomedizinischen Krankheitsmodell eigene *Pathogenese*, mit der man die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten bezeichnet, ergänzt durch die Perspektive der *Salutogenese*, die Entwicklung und Entstehung von Gesundheit. Hier steht also die Gesundheit im Mittelpunkt.⁴ Zwischen *krank* und *gesund* liegt kein einzelner Umschlagpunkt, sondern zahlreiche Zwischenstufen.

► Ein angemessenes Verständnis von Gesundheit verbindet biomedizinische und soziale Dimensionen.

1.2 Gesundheit und gesellschaftliche Bedingungen

Gesundheit ist von sozialen, ökonomischen und anderen Bedingungen abhängig. Diese zu gestalten, ist eine politische Aufgabe.

Das Konzept *Public Health* beachtet zur Förderung von Gesundheit nicht nur im engen Sinne medizinische Faktoren, sondern alle Aspekte der sozialen oder natürlichen Welt, die einen Einfluss auf die Erhaltung oder Förderung der Gesundheit haben. „Unter *Public Health* verstehen wir eine von der Gesellschaft organisierte, gemeinsame Anstrengung, mit dem Ziel der

- Erhaltung und Förderung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung oder von Teilen der Bevölkerung,
- Vermeidung von Krankheit und Invalidität,
- Versorgung der Bevölkerung mit präventiven, kurativen und rehabilitativen Diensten.“⁵

Public Health meint sowohl den öffentlichen Gesundheitsdienst mit vorwiegend präventiver Aufgabe als auch das akademische Fachgebiet und die staatliche Aufgabe. *Public Health Care (Services oder System)* bezieht

3 Der englische Begriff ist auch im Deutschen gebräuchlich. Der Begriff der Volksgesundheit wird wegen seiner Belastung durch den Nationalsozialismus nicht verwendet.

4 Vgl. Egger, M./Razum, O./Rieder, A., *Public Health. Konzepte, Disziplinen, Handlungsfelder*, in: Dies. (Hg.), *Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt*, Berlin 2017, 10 f.

5 Egger/Razum/Rieder, *Public Health*, 1.

sich hingegen eher auf den öffentlichen (versus privaten) Teil des Gesundheitssystems mit der Krankenversorgung als quantitativ größtem Teil. *Public Health* ist also einerseits Teil(aufgabe) des Gesundheitswesens, geht andererseits aber darüber hinaus.

Das Gesundheitswesen als gesellschaftlicher Teilbereich muss organisiert werden. Das betrifft auch die Finanzierung. Drei Modelle sind zu unterscheiden: (1) Im *Modell des reinen Marktes* ist die Verteilung medizinischer Güter komplett marktwirtschaftlich organisiert; (2) im *Modell des Wohlfahrtsstaates* ist die Gesundheitsversorgung vollständig aus öffentlichen Mitteln oder einer alles umfassenden gesetzlichen Versicherung gesichert. (3) Ein *Mischmodell* verbindet private und öffentliche Vorsorgeformen.⁶ Ein rein privat finanziertes Gesundheitssystem ist sozial ungerecht, weil jene, die über weniger Geld verfügen, eine schlechte Gesundheitsversorgung erhalten. Dadurch werden ihnen Entwicklung und die Wahrnehmung von Chancen verwehrt, wodurch die soziale Ungleichheit weiter steigt. Um diese Ungerechtigkeit zu verhindern, ist es moralisch gefordert, mindestens eine medizinische Grundversorgung aus öffentlichen Mitteln oder eine allgemeine Krankenkasse zu finanzieren. Dieser Grundkonsens bietet jedoch noch keine konkreten Modelle zur Finanzierung oder zur Bestimmung der notwendigen Versorgung.

► **Öffentliche Gesundheitsvorsorge erfordert die Berücksichtigung verschiedener Faktoren und benötigt eine sichere Finanzierung.**

1.3 Gesundheitsvorsorge und -versorgung

Zur Gesundheitsvorsorge, insbesondere, aber nicht nur im Konzept von *Public Health*, gehört die Prävention. Auch gesamtgesellschaftlich ist das Bewusstsein für die Bedeutung der Prävention von Krankheiten gewachsen. Angesichts der Zunahme chronischer, oft unheilbarer, aber durch Vorbeugung teils vermeidbarer Krankheiten ist es sinnvoll, diesen durch die Lebensweise vorzubeugen. Dazu tragen politische Maßnahmen, wie etwa ein Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden, ebenso bei wie

6 Vgl. Kersting, W., Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik, in: Wiesing, U. (Hg.), *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*, Stuttgart 2020, 301–305, hier 302.

die individuelle Beachtung von Schutzfaktoren wie etwa Bewegung und ausgewogene Ernährung.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass das individuelle Gesundheitsbewusstsein sozialisationsabhängig ist; es wird von sozioökonomischen Faktoren ebenso mitbestimmt wie vom persönlichen Lebensumfeld. Deshalb bedarf es neben der *Verhaltensprävention* auch der *Verhältnisprävention*, d. h. der Gestaltung eines sozialen und ökonomischen Umfelds, das Gesundheit begünstigt.⁷

Ein Ansatz präventiver Gesundheitsfürsorge ist zudem begrenzt. Er muss abwägen, welche gesundheitsdienlichen Forderungen oder Maßnahmen gesunden Menschen zur Vermeidung von Krankheiten auferlegt werden. So wäre es mit Blick auf die *individuelle* Gesundheit ethisch bedenklich, wenn die Gesundheitsversorgung weitgehend oder gar ausschließlich von der individuellen Vorsorge abhängig gemacht würde. Eine Überbetonung von Prävention und Eigenverantwortung übersieht andere Ursachen von Krankheiten und kann dazu führen, dass weite Bereiche der persönlichen Lebensführung – und damit die individuelle Freiheit – der Gesundheit wegen politisch über das Angemessene hinaus reglementiert werden. Ethisch gesprochen: Der Bereich des guten Lebens droht sollensethisch verengt zu werden.

In diesem Zusammenhang hat, direkte Vorschriften vermeidend, *Nudging* an Bedeutung gewonnen. „Nudging ist die absichtsvolle Führung von Individuen durch das gezielte Auslösen unbewusster Verhaltensänderungen.“⁸ Beispiele sind etwa die geschickte Platzierung gesunder Lebensmittel im Supermarkt oder zur Bewegung motivierende Fußspuren auf Treppen. Das Prinzip arbeitet mit motivationaler Steuerung statt mit Verboten oder Zwang. *Nudging* hilft ein wenig nach, im Sinne des eigenen Wohlergehens zu handeln, ohne die Freiheit der Betroffenen zu beschneiden. Einerseits erscheinen derartige gesundheitsförderliche Anregungen sinnvoll, andererseits droht eine allzu unkriti-

7 Vgl. Marckmann, G./Rothenberger, G., Public Health. Einführung, in: Wiesing (Hg.), Ethik in der Medizin, 532–540, hier 534.

8 Piasecki, S., „Schubs mich nicht!“ – Nudging als politisches Gestaltungsmittel, in: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (Hg.), Bildung im digitalen Wandel, Berlin 2017, URL vom 26.10.2020: <https://www.bpb.de/lernen/digitale-bildung/werkstatt/258946/schubs-mich-nicht-nudging-als-politisches-gestaltungsmittel>.

sche Übernahme des verhaltensökonomischen Konzepts seine bevorzogene Tendenz und die Gefahr der Manipulation zu übersehen.

Hinsichtlich des *gesellschaftlichen* Guts der Gesundheit ist außerdem zu berücksichtigen, dass vorbeugende Maßnahmen, etwa bei Infektionskrankheiten, zum gesundheitlichen Nutzen einer ganzen Bevölkerungsgruppe ergriffen werden und nicht für den Einzelnen, so dass Einschränkungen oder ein Schadensrisiko für Gesunde entstehen können. „Dass viele Menschen an Präventionsmaßnahmen teilnehmen müssen, um Erkrankungen bei wenigen Menschen zu vermeiden, wird als ‚Präventions-Paradox‘ bezeichnet.“⁹ Es ist mitunter schwer zu bestimmen, was alles getan werden muss, um Krankheiten zu verhindern, und wodurch Maßnahmen Grenzen gesetzt sind. Weil Prävention schwer eingegrenzt werden kann, ist ethisch gefordert, ihre Folgen für Einzelne nicht aus dem Blick zu verlieren.

- ▶ **Gesundheitliche Prävention ist moralisch richtig. Art und Reichweite der Maßnahmen sind aber zu begründen und mit anderen Gütern (z. B. Freiheitsrechten) abzuwägen.**

2. Problemfelder

2.1 Ökonomisierung

Es ist notwendig, im Gesundheitswesen *auch* ökonomisch zu denken. Ressourcen sind begrenzt, daher ist es moralisch geboten, verantwortlich mit ihnen umzugehen. Ökonomisierung des Gesundheitswesens hingegen bezeichnet die Unterordnung medizinischer Überlegungen unter eine ökonomische Logik, insbesondere das Ziel der Gewinnerzielung. Dadurch droht die Ausrichtung am Wohl der Patient*innen verloren zu gehen und Medizin als soziale Praxis ausgehöhlt zu werden.¹⁰

9 Marckmann/Rothenberger, Public Health, 535. Während der Corona-Pandemie 2020/21 bezeichnet *Präventions-Paradox* auch den Umstand, dass bei gelingender Prävention schwere Auswirkungen der Pandemie ausbleiben, so dass die Präventionsmaßnahmen im Nachhinein als überflüssig erscheinen.

10 Vgl. Maio, G., Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft, Berlin 2014, 19.

E. Handlungsfelder

Die Umstrukturierung des Gesundheitssystems in Deutschland begann in den 1990er Jahren. Erste Maßnahmen waren eine Deckelung der Ausgaben von Krankenhäusern und die Umstellung der Entgeltkosten von krankenhausspezifischen Pflegesätzen auf einheitliche Pflege- und Behandlungskosten. Der damit eingeleitete Paradigmenwechsel vollzog sich 2003 mit der Umstellung auf das diagnosebasierte Fallpauschalen-System, *Diagnosis Related Groups* (DRG). Dieses sieht vor, dass Kliniken nicht nach einer Behandlung die Kosten feststellen, sondern schon vorher auf der Grundlage der Diagnose. Mit dem festgelegten Betrag müssen sie dann trotz möglicher Veränderungen auskommen.¹¹ Die Verantwortung für wirtschaftliches Handeln liegt damit bei den Kliniken und bei den Ärztinnen und Ärzten. Dadurch werden die Kliniken zu Wirtschaftsakteuren, was durch Privatisierungstendenzen massiv verstärkt wird.

Das System schafft zahlreiche Fehlanreize: Patient*innen werden nach ökonomischen Kriterien kategorisiert; es gibt gleichzeitig Über- und Unterdiagnostik bzw. zu viel und zu wenig Behandlung, die durch das begründet ist, was sich rechnet. Das wiederum führt zu einer Aufwertung technikintensiver Maßnahmen, während technikarme, aber zeitintensive Behandlungen abgewertet werden. Damit einher geht ein stark erhöhter Verwaltungsaufwand für Pflegende und ärztliches Personal. Die Auswirkungen auf Patient*innen, auf das medizinische Personal und auf das Verständnis von Krankheit und Gesundheit sind weitreichend. Viele fordern daher eine Abschaffung des DRG-Systems und eine am Wohl der Patient*innen ausgerichtete Gesundheitsversorgung.¹²

► **Medizinische Fragen dürfen nicht primär ökonomisch entschieden werden.**

11 Vgl. Maio, Geschäftsmodell Gesundheit, 17.

12 Vgl. Arbeitsgruppe „Ökonomisierung“ der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), Wir und die Ökonomisierung; Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää), Positionspapier des vdää zur Zukunft der Krankenhäuser, 20.9.2020; Mensch vor Profit: Ökonomisierung an deutschen Krankenhäusern abschaffen!, URL vom 29.9.2021: <https://www.change.org/p/jens-spahn-mensch-vor-profit-%C3%B6konomisierung-an-deutschen-krankenh%C3%A4usern-abschaffen>.

2.2 Allokation

Fragen der *Allokation* (Verteilung) stellen sich auf zwei grundsätzlichen Ebenen: Innerhalb des Gesellschaftssystems stellt sich die Frage, welche Mittel das Gesundheitssystem als gesellschaftlicher Teilbereich (in Konkurrenz zu anderen, z.B. Bildung) erhält, und innerhalb dieses Subsystems stellen sich Fragen, nach welchen Kriterien Mittel dort zu verteilen sind.

Eine staatliche Grundversorgung ist moralisch geboten, weil Gesundheit ein besonderes Gut ist. Es kann als transzendentes oder ermöglichendes Gut bezeichnet werden, weil sein Besitz die Voraussetzung ist, dass Menschen ihr Lebensprojekt annähernd realisieren können. Eine wohlgeordnete Gesellschaft muss daher eine bedarfsgerechte Grundversorgung mit diesen Gütern ermöglichen.¹³ In ähnlicher Weise kann Gesundheitsversorgung als Grundbedingung zur Realisierung von Freiheit verstanden werden. Norman Daniels (* 1946) betont, dass durch Krankheit die normale Funktionsfähigkeit beeinträchtigt ist und dadurch Chancen in verschiedenen Lebensbereichen beschränkt sind. Weil niemandem diese Chancen vorenthalten werden dürfen, wird die Bereitstellung einer gesundheitlichen Grundversorgung zur Gerechtigkeitsforderung. Die Frage nach der Höhe der Zuwendung für das Gesundheitssystem ist damit nicht geklärt, aber Daniels nennt als Kriterium, dass zumindest der dringende Bedarf an Gesundheitsfürsorge zu erfüllen ist, der eine *spezies-typische Funktionsfähigkeit* herstellt und einen *normalen Umfang an Chancen* ermöglicht.¹⁴ Auch wenn beides schwer zu bestimmen ist, sind damit zumindest Kriterien für Abwägungsprozesse gegeben.

Angesichts knapper Mittel sind auch innerhalb des Gesundheitswesens Leistungseinschränkungen nötig, so dass Kriterien für Priorisierungen erforderlich sind. Notwendig sind materiale Verteilungskriterien, allem voran die medizinische Bedürftigkeit, aber auch der erwartete medizinische Nutzen für den*die Patient*in und möglicherweise das Kosten-Nutzen-Verhältnis, was allerdings auch ethische Fragen aufwirft. Hinzu kommen formale Kriterien, die den Abwägungsprozess für eine gerechte Verteilung strukturieren, wie etwa Transparenz, Konsistenz

13 Vgl. Kersting, W., Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik, in: Wiesing (Hg.), *Ethik in der Medizin*, 301–305, hier 302.

14 Vgl. Daniels, N., *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge 2008, 29–79.

(gleiche Kriterien für alle), Legitimität (Entscheidung durch legitimierte Institutionen), Begründung, Evidenzbasierung, Partizipationsmöglichkeit u. a.¹⁵ Mit ihnen lassen sich Verteilungsentscheidungen begründen. Gleichzeitig ist aber auch nach den Ursachen für Knappheit zu fragen und danach, ob sich durch deren Behebung vielleicht manche Mangel-situation verändern lässt.

2.3 Prekäre Pflege

Ein besonders durch Mangel gekennzeichnet Bereich ist die Pflege. Es fehlt an Personal, Geld und Zeit, wobei alle in einem Zusammenhang stehen: Pflegeberufe sind trotz einiger Verbesserungen unterbezahlt. Dadurch sowie durch schlechte Arbeitszeiten und -bedingungen und die oftmals fehlende gesellschaftliche Anerkennung ist der Beruf unattraktiv. Die Folge ist ein eklatanter Mangel an Pflegekräften. Während der Corona-Pandemie 2020/21 erhielten Pflegenden sichtbare gesellschaftliche Anerkennung und wurden in ihrer Systemrelevanz erkannt. Dennoch hat sich wenig an den Rahmenbedingungen geändert. In der Folge können Pflegekräfte ihre Aufgaben nicht immer zufriedenstellend erfüllen. Das darf aber nicht den einzelnen Pflegekräften angelastet werden, sondern es ist ein systemisches Problem, das politisch zu lösen ist.¹⁶

Ein Sonderfall prekärer Pflege stellt die Pflege in Privathaushalten dar. Dazu gehört die Angehörigenpflege, auf die sich unser Pflegesystem weitgehend stützt, ohne dass die Pflegenden hinreichend entlastet und abgesichert würden, und die durch sogenannte *Live-ins* (im Haushalt lebende Pflegekräfte) vorgenommene Pflege. Sie hat an Bedeutung gewonnen durch die demografische Entwicklung einerseits und die Bedeutung des Wertes autonomer Lebensgestaltung im Alter andererseits. Allerdings stellen sich zahlreiche ethische Probleme. Oft fehlt ein regulärer Arbeitsvertrag. In illegalen Arbeitsverhältnissen aber sind die Pflegenden schutzlos und abhängig. Die Arbeitszeit ist sehr lang, und Pausen entstehen oft durch Ruhezeiten der zu Betreuenden, so dass sie schwer zu nut-

15 Vgl. Marckmann, G., Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Einführung, in: Wiesing (Hg.), *Ethik in der Medizin*, 287–300, hier 289.

16 Mit dem seit 2019 geltenden *Pflegepersonal-Stärkungsgesetz* (PpSG) und der zum 1. Januar 2020 in Kraft getretenen *Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik* (PPP-RL) sind Anfänge gemacht, die Auswirkungen sind zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht klar zu bewerten.

zen sind; Bereitschaftszeit galt bislang nicht als Arbeitszeit.¹⁷ Die Anforderungen an menschenwürdige Arbeit werden somit nicht erfüllt. Damit eng verbunden sind Fragen der Geschlechtergerechtigkeit und der Migration: Überwiegend Frauen sind in der Pflege tätig. Ihre Verletzbarkeit ist durch die Gefahr sexueller Übergriffe in Privathaushalten erhöht. Außerdem haben die Pflegekräfte selbst oft Kinder oder pflegebedürftige Angehörige zu versorgen. Es entstehen sogenannte Pflegeketten (*care chains*): Pflegekräfte aus dem Ausland müssen zur Versorgung ihrer Angehörigen auf Pflegekräfte aus anderen Ländern zurückgreifen, so dass die Pflegelücke verschoben wird. Das selbstbestimmte Leben der einen wird folglich durch prekäre Arbeits- und Lebensverhältnisse von anderen ermöglicht. Das zu ändern, bedarf größter politischer Anstrengungen.¹⁸

2.4 Lücken im System

Die Corona-Pandemie hat in besonderer Weise verdeutlicht, wie wichtig gute Gesundheitsversorgung ist. Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über ein gut funktionierendes Gesundheitssystem. Dennoch gibt es Mängel und Gefahren, etwa durch Ökonomisierung. Insbesondere das dadurch entstehende Problem der gleichzeitigen Unter- und Überversorgung führt zu Ungleichheiten und Lücken in der Behandlung, die durch das duale Krankenversicherungssystem, das Vorhandensein von privaten und gesetzlichen Krankenkassen, verschärft werden. Auch wenn Expert*innen über die Folgen einer einheitlichen Bürgerversicherung uneins sind, ist doch die Legitimation für ein geteiltes System schwer erkennbar, und eine Versicherung für alle verspricht mehr soziale Gerechtigkeit.

Zu den Lücken im System gehört, dass es auch in Deutschland Menschen gibt, die keinen oder kaum Zugang zu Gesundheitsversorgung haben. Asylsuchende haben in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts einen eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung, wonach nur akute Erkrankungen und Schmerzzustände behandelt werden dür-

17 Vgl. Emunds, B., Beendet die Ausbeutung in der sogenannten 24-Stunden-Pflege!, in: Kirche und Gesellschaft 454 (2018) 3–6. Das ändert sich durch das Grundsatzurteil des Bundesarbeitsgerichts vom 24. Juni 2021. Die Folgen sind (Stand Juli 2021) noch nicht abzusehen.

18 Vgl. Emunds, B./Hagedorn, J., Das Trilemma der Pflege, in: Amos International 15 (2/2020) 3–10.

fen (sowie die Versorgung bei Schwangerschaft, Geburt und Impfungen). Chronische Erkrankungen und insbesondere die psychosoziale Versorgung stellen ein großes Problem dar. Zwar legt die EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU fest, dass bei besonders schutzbedürftigen Gruppen keine Leistungseinschränkungen erlaubt sind und auch psychologische Betreuung zu gewähren ist, doch findet diese Richtlinie in der Praxis wenig Anwendung. Zudem erschweren Angst vor Abschiebung und Sprachbarrieren sowie Scham die Wahrnehmung medizinischer Leistungen durch Geflüchtete. Erschwert ist die medizinische Versorgung auch für Wohnsitzlose, die aus der Regelversorgung herausfallen und zugleich besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind, und für andere Armutsbetroffene, die sich Zuzahlungen und Behandlungen nicht leisten können.

- ▶ **Im weltweiten Vergleich verfügt Deutschland über ein gut funktionierendes Gesundheitssystem. Doch auch hier gibt es Mängel; und für manche Gruppen ist der Zugang zu medizinischer Versorgung erschwert.**

3. Erweiterte Perspektiven auf gerechte Gesundheit

Weil Gesundheit Voraussetzung zur Realisierung von Freiheit und Chancen ist, muss sie aus Gerechtigkeitsgründen ermöglicht werden. Dies ist normativ zu erweitern im Sinne der Menschenrechte und geografisch über den Nationalstaat hinaus.

3.1 Menschenrecht auf Gesundheit¹⁹

Das Menschenrecht (→ C.4) auf Gesundheit beinhaltet ausdrücklich keinen Anspruch, vollständig gesund zu sein oder gar eine Pflicht, gesund zu sein. Es rückt vielmehr die sozialen und politischen Determinanten von Gesundheit in den Mittelpunkt. Die Zielperspektive ist einerseits, dass Menschen nicht in ihrer Gesundheit beeinträchtigt werden, anderer-

19 Vgl. Becka, M./Ulrich, J., *Blinde Praxis, taube Theorie? Sozialethische Reflexion über das Menschenrecht auf Gesundheit*, in: Emunds, B. (Hg.), *Christliche Sozialethik – Orientierung welcher Praxis?*, Stuttgart 2018, 301–321.

seits, dass Voraussetzungen für einen Zugang zur Gesundheitsversorgung geschaffen werden.²⁰ Das Recht auf Gesundheit fand als Art. 25 Einzug in die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR) von 1948. In Ziffer 4 des Kommentars des Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, *Committee on Economic, Social and Cultural Rights* (CESCR), der Vereinten Nationen, *United Nations* (UN), wird erläuternd festgehalten, „dass das Recht auf Gesundheit weitreichende soziale und wirtschaftliche Faktoren umfasst, aufgrund derer Menschen ein gesundes Leben führen können, und dass es sich auch auf die zu Grunde liegenden Parameter der Gesundheit, wie Nahrung und Ernährung, Wohnung, Zugang zu sicherem Trinkwasser und angemessenen Sanitäreinrichtungen, sichere und gesunde Arbeitsbedingungen und eine gesunde Umwelt erstreckt“²¹. Das Recht auf Gesundheit, wie es im Sozialpakt (Art. 12) formuliert ist, umfasst folglich weitreichende soziale und ökonomische Faktoren; gleichzeitig übernimmt es jedoch nicht den sehr weiten Gesundheitsbegriff der WHO.

Lange Zeit wurden die Rechte des Zivilpakts als Freiheitsrechte und die Rechte des Sozialpakts als Anspruchsrechte verstanden. Diese Trennung kann als überholt gelten. Das Recht auf Gesundheit ist (wie auch die anderen sozialen Menschenrechte) beides: Freiheitsrecht und Anspruchsrecht. Als Freiheitsrecht (→ A.3.3) umfasst es zudem *positive* und *negative* Freiheit; nämlich die Freiheit, über die eigene Gesundheit und den eigenen Körper zu bestimmen, und das Recht, frei zu sein von Eingriffen in die eigene Gesundheit durch den Staat sowie durch Dritte. Im Sinne eines Anspruchsrechts hat jeder Mensch zudem das Recht darauf, dass die Voraussetzungen geschaffen werden, die ihm den Zugang zu Gesundheitsversorgung im Falle von Krankheit ermöglichen. In einem weiteren Schritt müssen weiterhin die Rahmenbedingungen geschaffen und erhalten werden, die gesundes Leben in der Gesellschaft möglich machen.²² Dass Gesundheit ein besonderes Gut und ein Menschenrecht ist, heißt jedoch nicht, dass es allen anderen Gütern und Rechten übergeordnet wäre. Es bleibt ein Recht unter anderen, das im Einzelfall mit diesen abgewogen werden muss.

20 Vgl. Krennerich, M., Das Menschenrecht auf Gesundheit. Grundzüge eines komplexen Rechts, in: Frewer, A./Bielefeldt, H. (Hg.), *Das Menschenrecht auf Gesundheit*, Bielefeld 2016, 57–92, hier 66.

21 CESCR E/C.12/2000/4, Ziffer 4.

22 Vgl. Krennerich, *Menschenrecht auf Gesundheit*, 66 f.

► **Das Menschenrecht auf Gesundheit ist Freiheitsrecht und Anspruchsrecht.**

3.2 *Global Health*

Gesundheitsfürsorge ist primär eine einzelstaatliche Aufgabe. Es gibt aber gute Gründe, warum Gesundheitspolitik auch ein internationales Thema ist:

(1) Krankheitserreger verbreiten sich über Landesgrenzen hinweg und lösen grenzüberschreitend Infektionskrankheiten aus. Bei einer weltweiten Ausbreitung spricht man von einer Pandemie, wie zuletzt die durch SARS-CoV-2 ausgelöste Corona-Pandemie 2020/21. Ihre effektive Eindämmung erfordert internationale Zusammenarbeit.

(2) Das Wechselwirkungsverhältnis von Armut und fehlender Gesundheit zeigt sich umso deutlicher, je größer Armut ist. Weil Staaten mit geringem *Bruttoinlandsprodukt* (BIP) wenig in gesundheitliche Infrastruktur investieren können und weil die Gründe der Armut und andere gesundheitsrelevante Faktoren teils außerhalb jener Länder liegen (→ E.7), gibt es eine Verantwortung aller Vertragsstaaten für weltweite Gesundheitspolitik. Außerdem hat sich die Staatengemeinschaft in den *Sustainable Development Goals* (SDGs) verpflichtet, ein gesundes Leben für alle Menschen zu fördern.

(3) Auch Umwelt und Krankheit stehen in Beziehung zueinander. Umweltschädigung, beispielsweise durch Ressourcenabbau für Produkte im globalen Norden, können Krankheiten von Menschen im globalen Süden verursachen.

(4) Die Entwicklung von Medikamenten findet weitgehend in der nördlichen Hemisphäre statt, so dass Abhängigkeiten zwischen den Ländern entstehen. Hinzu kommt, dass die Anreize, Medikamente für wohlhabende Länder zu entwickeln und zu produzieren, größer sind als etwa für Tropenkrankheiten. Initiativen wie der *Health Impact Fund* entwickeln Alternativen, um bestehende Forschungs- und Versorgungslücken zu schließen.²³

Global Health kann verstanden werden als „an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving

23 Vgl. Pogge, T., Der Health Impact Fund, in: Gerechte Gesundheit. Positionen zur Verteilungsdebatte, URL vom 3.11.2020: https://www.gerechte-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/sonstiges/GG-POS-Pogge_Health_Impact_Fund.pdf.

health equity for all people worldwide“²⁴. Dem Konzept wohnt also ein normativer Anspruch, nämlich der der Gerechtigkeit, inne; auch das Menschenrecht auf Gesundheit spielt eine wichtige Rolle. Ähnlich wie im *Public Health*-Konzept werden auch hier soziale, kulturelle, ökonomische und politische Aspekte von Gesundheit besonders in den Blick genommen.

Global Health findet durch verschiedene Formen bilateraler und multilateraler Zusammenarbeit sowie durch Nichtregierungsorganisationen statt. Besondere Bedeutung kommt der WHO zu. Zu ihren Aufgaben gehören die Koordination internationaler Maßnahmen im Kampf gegen und zur Vorbeugung von Krankheiten, die Unterstützung im Aufbau von Gesundheitssystemen sowie die Erhebung und Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Daten u. a. Weitere Akteure sind Stiftungen sowie themenbezogene Projekte und Vernetzungen, wie in Deutschland die *German Alliance for Global Health Research* (GLOHRA). Hervorzuheben ist auch die Impfstoffplattform COVAX (*Covid-19 Vaccines Global Access*): Darin haben sich im Herbst 2020 zahlreiche Staaten, darunter auch die der EU, zusammengeschlossen, um Covid-19-Impfstoffe zu erwerben und fair zu verteilen. Der Zusammenschluss kann als wichtige Initiative der internationalen Solidarität im Gesundheitsbereich gelten, die Umsetzung erwies sich allerdings 2021 als stockend und schwierig.

► **Global Health thematisiert Gesundheit unter den Bedingungen der Globalisierung.**

Weiterführende Literatur

Daniel, N., *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge 2012.

Egger, M. u. a. (Hg.), *Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt*, Berlin 2017.

Frewer, A./Bielefeldt, H. (Hg.), *Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse*, Bielefeld 2016.

Wiesing, U. (Hg.), *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*, Stuttgart ⁵2020.

24 Vgl. Koplan, J. P. u. a., *Towards a common definition of global health*, in: *Lancet* 373 (6/2009) 1993–1995, hier 1995. Diese Definition des Consortium of Universities for Global Health (2009) wird auch von GLOHRA (*German Alliance for Global Health Research*) verwendet.