

III. Soziale Gesundheitsungleichheiten

1. Gesundheitsungleichheiten in der moralischen Kritik

In einer Vielzahl von Studien und Untersuchungen ist nachgewiesen worden, dass in allen modernen Gesellschaften ein enger Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheit besteht.¹⁴⁶ Dabei handelt es sich nicht um ein reines Deprivationsphänomen: Zwar ist der Gesundheitszustand in den untersten sozialen Schichten – gemessen an Einkommen, beruflicher Position oder Bildungsstand – am schlechtesten; der soziale Gesundheitsgradient setzt sich aber durch die gesamte Gesellschaft fort – auch dort, wo von Armut oder gar Verelendung keine Rede sein kann.¹⁴⁷ Auch für Deutschland ist dieser Befund inzwischen vielfach belegt.¹⁴⁸ So gelangt die Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung zum Ergebnis, dass auch in Deutschland deutliche Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit bestehen.¹⁴⁹ Wie bereits er-

146 Vgl. dazu etwa *Mel Bartley*, *Health Inequality. An Introduction to Theories, Concepts, and Methods*, 2004; *Grace Budrys*, *Unequal Health. How Inequality Contributes to Health or Illness*, 2003; *Johannes Siegrist/Michael Marmot* (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*, 2008 (engl. Original 2006). Neben dieser vertikalen Ungleichheit gibt es auch horizontale Gesundheitsungleichheiten, die sich etwa an Geschlecht, Herkunft und Wohnort festmachen; so scheint der Migrationshintergrund einen eigenständigen Effekt auf die Gesundheit zu haben, der sich nicht auf die sozialen Unterschiede reduzieren lässt (vgl. dazu zuletzt *Alexander Rommel u.a.*, *Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status*, *Bundesgesundheitsblatt* 58 [2015], S. 543 ff.).

147 Vgl. dazu bereits oben bei Fn. 13.

148 Übersichten dazu bei *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, *Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*, 2006, Tz. 111 ff.; *Ulrich Bauer u.a.* (Hrsg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, 2008; *Thomas Lampert u.a.*, *Sozioökonomischer Status und Gesundheit*, *Bundesgesundheitsblatt* 56 (2013), S. 814 ff.; *Richter/Hurrelmann* (Fn. 14); *Andreas Mielck*, *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*, 2005.

149 Vgl. *Thomas Lampert u.a.*, *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*, 2005.

wähnt, sterben Männer aus dem untersten Einkommensfünftel durchschnittlich mehr als zehn Jahre früher als Männer im obersten Fünftel; bei Frauen beträgt der Unterschied acht Jahre. Vergleicht man die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre, sind die Unterschiede mit 14 und zehn Jahren noch größer.¹⁵⁰ Auch wenn manche Daten und Zusammenhänge umstritten geblieben sind, wird für Deutschland die Existenz eines ausgeprägten sozialen Gesundheitsgradienten nicht mehr grundsätzlich geleugnet.

Sehr viel anspruchsvoller ist es dagegen, präzise die Wege zu beschreiben, auf denen ein niedriger Sozialstatus zu gesundheitlichen Problemen führt, also von den Korrelationen zu den Kausalitäten zu gelangen; niemand stirbt ja unmittelbar, weil er wenig verdient oder keine gute Bildung hat.¹⁵¹ Der Einfluss von materiellen Umweltbedingungen, die sich am Arbeitsplatz und Wohnumfeld schichtenspezifisch ausdifferenzieren, mag dabei noch leicht nachvollziehbar sein. Auch der Einfluss der gesundheitsbezogenen Lebensführung liegt auf der Hand; hier besteht die Herausforderung eher in der Erläuterung, warum sich das Gesundheitsverhalten vielfach am Sozialstatus orientiert, was also insoweit die „Ursachen der Ursachen“ für Gesundheit und Krankheit sind.¹⁵² Am schwierigsten ist schließlich zu erklären, wie sich sozialstrukturelle Faktoren auf den Gesundheitszustand auswirken; hier geht es im Wesentlichen um psychosoziale Zusammenhänge. Jedenfalls handelt es sich um ein ganzes Bündel von Faktoren und Umständen, die den Sozialstatus mit den Gesundheitschancen verbinden. Dabei scheinen das

150 Vgl. die Angaben bei *Lampert/Knoll* (Fn. 12).

151 Zu einschlägigen Erklärungsmodellen vgl. etwa *Thomas Abel/Katherine L. Frohlich*, Capitals and Capabilities: Linking Structure and Agency to Reduce Health Inequalities, *Soc. Science & Medicine* 74 (2012), S. 236 ff.; *Siegfried Geyer*, Manifestation, Erklärung und Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten, in: *Huster/Buyx* (Fn. 19), S. 249, 251 ff.

152 Vgl. dazu nur *Uwe Helmert/Friedrich Schorb*, Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit, in: *Richter/Hurrelmann* (Fn. 14), S. 133 ff.

Ausmaß der Kontrolle über das eigene Leben¹⁵³ und die Erfahrung gesellschaftlicher Anerkennung von zentraler Bedeutung zu sein.¹⁵⁴

Die Annahme sozialstaatlicher Handlungspflichten läge nicht fern, wenn derartig massive Gesundheitsunterschiede eine unmittelbare Folge von finanziellen Zugangsbarrieren zum System der Gesundheitsversorgung wären. Warum aber sollten wir eine soziale Spaltung der Gesellschaft hinsichtlich des zentralen Gutes der Gesundheit anders beurteilen, nur weil dafür nicht das Versorgungssystem, sondern soziale Faktoren verantwortlich sind? Muss man sich nicht darüber wundern, dass der Abbau der Gesundheitsunterschiede nicht schon längst als vorrangige sozialpolitische Aufgabe betrachtet wird? Zwar sieht § 20 Abs. 1 S. 2 SGB V seit einigen Jahren immerhin vor, dass die Primärprävention der Krankenkassen nicht nur den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern, sondern insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen soll. Man wird aber nicht behaupten können, dass die sozialen Gesundheitsungleichheiten bereits als ein großes öffentliches Thema angesehen werden.

Für die Protagonisten einer Public Health-Politik sind diese Ungleichheiten dagegen ein Stein des moralischen Anstoßes; hier wird vielfach vorausgesetzt, dass es sich nicht nur um „Health Inequalities“, sondern um „Health Inequities“ handelt, die ungerecht sind und abge-

- 153 Zu dem Aspekt der Kontrolle vgl. *Geyer* (Fn. 151), S. 259 f. Die berühmte Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO formuliert: „Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health.“ Die deutsche Fassung übersetzt dies mit: „ein höheres Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen“.
- 154 Zum Zusammenhang von Gesundheitschancen und sozialer Anerkennung vgl. *Johannes Siegrist*, Soziale Anerkennung und gesundheitliche Ungleichheit, in: Bauer u.a. (Fn. 148), S. 220 ff.

baut werden müssen.¹⁵⁵ Die einflussreiche und prominent besetzte „Commission on Social Determinants of Health“ der WHO hat diese Überzeugung an hervorgehobener Stelle drastisch zum Ausdruck gebracht:

„In countries of all levels of income, health and illness follow a social gradient: the lower the socioeconomic position, the worse the health. It does not have to be this way and it is not right that it should be like this. [...] Reducing health inequities is [...] an ethical imperative. Social injustice is killing people on a grand scale.“¹⁵⁶

2. Gerechtigkeitstheoretische Besonderheiten und Probleme bei der Beurteilung sozialer Gesundheitsungleichheiten

Sind die sozialen Gesundheitsungleichheiten tatsächlich ein moralischer Skandal? Sind sie in der gleichen Weise ungerecht wie soziale Hürden beim Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung? Gibt es eine moralische Verpflichtung für das Gemeinwesen, diese Ungleichheiten zu beseitigen oder zumindest zu reduzieren? Im Folgenden sollen einige Gründe genannt werden, warum die Antworten auf diese Fragen nicht so klar sind, wie die Public Health-Protagonisten häufig annehmen, und

- 155 Vgl. nur programmatisch *Matthias Richter/Klaus Hurrelmann*, Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen, in: dies. (Fn. 14), S. 13: „Diese gesundheitlichen Ungleichheiten (...) repräsentieren zudem bedeutende gesellschaftliche Ungerechtigkeiten, da ein breites Spektrum gesundheitlicher Ungleichheit nach den Konventionen des Sozialstaats nicht legitimiert sein dürfte. Es besteht allgemein kein Zweifel, dass vermeidbare gesundheitliche Ungleichheiten ein Versagen moderner Gesellschaften darstellen, die angegangen werden können und müssen.“
- 156 So bereits in der „Executive Summary“: *Commission on the Social Determinants of Health*, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, 2008.

warum die Beurteilung der Gerechtigkeit der sozialen Gesundheitsunterschiede besondere Probleme bereitet.¹⁵⁷

a) Unklare Verantwortlichkeiten und Handlungsoptionen

Die Behauptung, es bestehe eine Ungerechtigkeit und durch diese kämen Menschen sogar massiv zu Schaden („Social injustice is killing people on a grand scale“), ist keine Kleinigkeit. Sollen derartige Vorwürfe nicht trivialisiert werden, wäre es mindestens hilfreich zu erfahren, wer wen durch welche Handlung geschädigt hat und wie Abhilfe zu schaffen ist. Dies ist aber im Fall der sozialen Gesundheitsungleichheiten nicht so einfach.

Insoweit fällt zunächst auf, dass die vorgebrachte Empörung nicht auf einer unmittelbaren Unrechtserfahrung, sondern auf einer rein sta-

157 Die folgenden Ausführungen nehmen einige Überlegungen auf aus *Stefan Huster*, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, 2011, S. 55 ff. Aus der inzwischen umfangreichen Literatur vgl. etwa *Anand/Peter/Sen* (Fn. 23); *Yukiko Asada*, Health Inequality. Morality and Measurement, 2007; *Lawrence C. Becker*, Habilitation, Health, and Agency, 2012; *Uwe H. Bittlingmayer u.a.* (Hrsg.), Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit, 2009; *Alena M. Buyx*, Wie gleich kann Gesundheit sein? Ethische und gerechtigkeitstheoretische Aspekte gesundheitlicher Ungleichheiten, *Das Gesundheitswesen* 71 (2009), S. 1 ff.; *Norman Daniels*, Just Health. Meeting Health Needs Fairly, 2008; *Eyal u.a.* (Fn. 28); *Daniel M. Hausman*, What's Wrong with Health Inequalities?, *Journal of Political Philosophy* 15 (2007), S. 46 ff.; *Richard Hofrichter* (Hrsg.), Health and Social Justice. Politics, Ideology, and Inequity in the Distribution of Disease, 2003; *Barry S. Levy/Victor W. Sidel* (Hrsg.), Social Injustice and Public Health, 2006; *Sarah Marchand u.a.*, Class, Health, and Justice, *The Milbank Quarterly* 76 (1998), S. 449 ff.; *Madison Powers/Ruth Faden*, Social Justice. The Moral Foundations of Public Health and Health Policy, 2006; *dies*, Health Inequities and Social Justice, *Bundesgesundheitsblatt* 51 (2008), S. 151 ff.; *Oliver Rauprich*, Public Health als Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit, in: *Buyx/Huster* (Fn. 19), S. 263 ff.; *ders.*, Gesundheitliche Ungleichheiten als Problem der sozialen Gerechtigkeit, in: *Strech/Marckmann* (Fn. 19), S. 97 ff.; *Jennifer Prah Ruger*, Health and Social Justice, 2010; *Shlomi Segall*, Health, Luck, and Justice, 2010; *ders.*, Equality and Opportunity, 2013, S. 173 ff.; *Sridhar Venkatapuram*, Health Justice, 2011; und jüngst *Adina Preda/Kristin Voigt*, The Social Determinants of Health: Why Should We Care?, *The American Journal of Bioethics* (15) 2015, S. 25 ff., und die Kommentare dazu ebd., S. 37 ff.

tistischen Grundlage beruht. Wird ein Patient mit Blinddarmdurchbruch an der Krankenhauspforte abgewiesen, weil er die Operation nicht bezahlen kann, ist dies ein offensichtliches Unrecht und die geschädigte Person eindeutig erkennbar. Mit ihrem Schicksal kann sich der Beobachter identifizieren. So ist es aber nicht bei den „Opfern“ der schichtenspezifischen Gesundheitsdeterminanten: Wir werden nie genau wissen, welche konkreten Personen aufgrund ihres Sozialstatus und der damit verbundenen Lebensumstände gesundheitliche Vor- und Nachteile gehabt haben; manche Bergarbeiter sind gesund geblieben und steinalt geworden, während es den Bergwerksdirektor schon lange dahingerafft hat. Hier wirkt sich aus, dass es bei Public Health eben gar nicht um konkrete Personen, sondern um populationsbezogene statistische Zusammenhänge geht.¹⁵⁸ Ein moralischer Furor, der sich allein auf epidemiologische Zahlenkolonnen stützt, ist aber nicht ganz einfach nachzuvollziehen. Oder vorsichtiger formuliert: Der übliche Moralhaushalt ist so konstruiert, dass wir auf die Verletzung der Rechte konkreter Personen sehr viel sensibler reagieren als auf den Verlust statistischer Leben. Die Rettung konkreter Leben besitzt eine höhere moralische Dringlichkeit.¹⁵⁹

Man kann fragen, ob und inwieweit diese normative Unterscheidung berechtigt ist.¹⁶⁰ Einen guten Sinn dürfte sie aber schon deshalb haben, weil bei der Gefährdung statistischer Leben regelmäßig komplexe strukturelle Ursachen im Spiel sind, so dass sich die Handlungsfelder und -optionen nicht ohne weiteres erschließen. So verhält es sich auch mit Blick auf die Gesundheitsungleichheiten. Anders als Leistungen der

158 Vgl. oben bei I.2.

159 Dieses Argument hat auch in der Diskussion über Leistungsbeschränkungen im Versorgungssystem immer wieder eine Rolle gespielt; vgl. insbesondere *Walter Krämer*, Statistische versus individuelle Menschenleben, in: Georg Marckmann (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung im Alter*, 2003, S. 219 ff.

160 Grundlegend dazu *Thomas C. Schelling*, *The Life You Save May Be Your Own*, in: S. B. Chase, Jr. (Hrsg.), *Problems in Public Expenditure Analysis*, 1968, S. 127 ff.; ferner *Norman Daniels*, *Reasonable Disagreement About Identified vs. Statistical Victims*, *Hastings Center Report* 42 (2012), Heft 1, S. 35 ff. Vgl. auch bereits *Stefan Huster*, „Hier finden wir zwar nichts, aber wir sehen wenigstens etwas“. Zum Verhältnis von Gesundheitsversorgung und Public Health (Medizinethische Materialien Heft 178), 2008, S. 20 ff.

medizinischen Versorgung ist Gesundheit kein Gut, das sich selbst unmittelbar (um)verteilen ließe, um mehr Gleichheit herzustellen; man muss hier sehr viel mittelbarer an den sozialen Determinanten ansetzen. Damit eröffnet sich aber ein ziemliches unübersichtliches Feld, auf dem weder klar ist, wer tätig werden muss, noch einfache und bewährte Lösungen zur Verfügung stehen. Dass man – wie die Europäische Union einprägsam formuliert hat – „Health in All Policies“ berücksichtigen muss,¹⁶¹ ist angesichts der verwickelten Wirkungszusammenhänge plausibel, lässt aber die Verantwortung auch diffundieren: Wenn alle verantwortlich sind, ist es keiner mehr – zumindest nicht in ausgeprägter Weise. Die Querelen um ein Präventionsgesetz, das zunächst mehrfach gescheitert ist, belegen die Zuständigkeitsunklarheiten, die durch den deutschen Korporatismus und Föderalismus sicherlich noch verstärkt werden.¹⁶² Aber auch unabhängig davon ist schon nicht klar, wer die primäre Verantwortung besitzt. Der Gesundheitsminister oder die Krankenkassen, an die man zunächst denken könnte, sind vielleicht für die Politikfelder gar nicht zuständig, in denen die wirkungsmächtigsten Gesundheitsdeterminanten liegen; vermutlich müsste man sehr viel intensiver auf die Bildungs-, Arbeitsmarkt- und allgemeine Sozialpolitik schauen. Selbst dann wäre schließlich noch ungewiss, welche Interventionen überhaupt wirksam sind und die Gesundheitsungleichheiten tatsächlich verringern.¹⁶³ Dies gilt insbesondere für Politikfelder, die nur einen sehr mittelbaren Bezug zur Gesundheit besitzen. So ist etwa umstritten, ob und inwieweit die gesellschaftliche Ungleichheit als solche

161 Vgl. dazu jetzt die Darstellung bei *Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina u.a.* (Fn. 4), S. 54 ff. Ambitioniert jetzt auch der „gesamtstaatliche“ („whole-of-government approach“) und „gesamtgesellschaftliche“ („whole-of-society approach“) Ansatz bei *WHO/Regionalbüro für Europa*, Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert, 2013.

162 Vgl. jetzt aber den Entwurf zum inzwischen verabschiedeten Präventionsgesetz: BT-Drks. 18/4282.

163 Generell wird zunehmend erkannt, dass Public Health-Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation bedürfen, vgl. dazu zuletzt etwa *Ansgar Gerhardus/Eva Rehfuess/Hajo Zeeb*, Evidenzbasierte Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung: Welche Studiendesigns brauchen wir?, ZEFQ 109 (2015), S. 40 ff.; und die Beiträge in *Ansgar Gerhardus u.a.* (Hrsg.), *Evidence-based Public Health*, 2010; *Petra Kolip/Veronika E. Müller* (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*, 2009.

gesundheitsrelevant ist.¹⁶⁴ Hier herrscht weder Einigkeit über den genauen Befund noch darüber, ob dieser Zusammenhang nicht auf einen gemeinsamen dritten Faktor zurückgeführt werden kann. Es gibt aber durchaus Indizien für die These, dass der Gesundheitszustand einer Population umso schlechter und die sozialen Gesundheitsungleichheiten umso größer sind, je stärker die soziale Ungleichheit ausgeprägt ist. Dies könnte mit größeren Stressfaktoren in sehr inegalitären Gesellschaften erklärt werden, aber auch damit, dass in derartigen Gesellschaften der soziale Zusammenhalt geringer ist und die Pflege gesundheitsrelevanter öffentlicher Güter vernachlässigt wird. Nur ist schwer zu bestimmen, ob und inwieweit eine entschieden auf sozialen Ausgleich gerichtete Sozialpolitik auch zu einer Reduktion der Gesundheitsungleichheiten führen würde, zumal etwa in den skandinavischen Ländern die ökonomische, nicht aber die gesundheitliche Ungleichheit kleiner ist. Es könnte daher sein, dass soziale Ungleichheit zwar mit dem Gesundheitsniveau der Gesamtbevölkerung korreliert, nicht aber mit der gesundheitlichen Ungleichheit.¹⁶⁵

Vielleicht hat sich der Sozialstaat in gewisser Weise auch bereits zu Tode besiegt. So hat ein renommierter Epidemiologe kürzlich die Überlegung vorgetragen, der irritierende Umstand, dass die sozialen Gesundheitsungleichheiten trotz aller wohlfahrtstaatlichen Bemühungen fortbestehen oder sich sogar ausweiten, sei dadurch zu erklären, dass die sozialen Schichten aufgrund der Durchlässigkeit moderner sozialer Ordnungen immer homogener geworden seien und zudem nun auch den unteren sozialen Schichten ein Überfluss – etwa an Nahrungsmitteln –

- 164 Aus der unüberschaubaren Literatur vgl. nur *Norman Daniels u.a., Is Inequality Bad for Our Health?*, 2000. Große Aufmerksamkeit hat die Behauptung bei *Richard Wilkinson/Kate Pickett, Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind* (orig.: *The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better*), 2009, gefunden, dass soziale Ungleichheit in vielen Lebens- und Politikbereichen negative Auswirkungen hat; dies ist nicht unwidersprochen geblieben (vgl. *Peter Saunders, Beware False Prophets. Equality, the Good Society and The Spirit Level*, 2010; *Christopher Snowdon, The Spirit Level Delusion*, 2010).
- 165 Vgl. dazu nur *Klaus Hurrelmann/Matthias Richter/ Katharina Rathmann, Welche Wohlfahrtspolitik fördert die Gesundheit? Der ungeklärte Zusammenhang von ökonomischer und gesundheitlicher Ungleichheit, Das Gesundheitswesen* 73 (2011), S. 335, 339 ff.

zur Verfügung stehe, der der Gesundheit nicht förderlich sei.¹⁶⁶ Andere behaupten, dass eine zentralistische Umverteilungspolitik die „salutogenetischen Selbststeuerungskompetenzen“ in unteren sozialen Schichten vielleicht gerade beschädige; es komme nun für die Bekämpfung der Gesundheitsungleichheiten zunehmend auf die „postmaterialistischen Bedingungen der sinnerfüllten und aktiv hergestellten Lebensgestaltung“ an.¹⁶⁷ Man ahnt, welche sozio-kulturellen Lebensformen sich hinter diesen Formeln verstecken – und weiß gleichzeitig, dass es in einer freiheitlichen Ordnung nicht einfach sein wird, darauf positiven Einfluss zu nehmen.

Insgesamt stellen sich die sozialen Gesundheitsungleichheiten als unbeabsichtigte und nicht einmal vorhergesehene, aber inzwischen (zum Teil) bekannte komplexe Nebenfolgen der gesellschaftlichen Organisation und der sozialen Ungleichheiten dar.¹⁶⁸ Sie sind emergente Eigenschaften der gesellschaftlichen Organisation.¹⁶⁹ Anders als im System der Gesundheitsversorgung hat hier niemand bewusst entschieden, dass bestimmte Leistungen nicht jedermann zur Verfügung stehen und die Gesundheit dadurch möglicherweise beeinträchtigt wird, soweit ein privater Zukauf nicht möglich ist; vielmehr dürften die gesundheitlichen Auswirkungen der meisten Entscheidungen zur Organisation des Zusammenlebens überhaupt nicht bewusst sein. Wenn es sich bei den sozialen Gesundheitsungleichheiten um Ungerechtigkeiten handeln sollte, dann sind diese allenfalls struktureller Natur. Sie ähneln damit den sozialen Unterschieden, die wir im (deutschen) Bildungssystem finden: Auch hier hat niemand verfügt oder durch prohibitive Schulgebühren dafür gesorgt, dass Arbeiterkinder seltener das Gymnasium besuchen

166 *Johan P. Mackenbach*, The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox, *Soc. Science & Medicine* 75 (2012), S. 761, 766 ff.

167 Vgl. *Hurrelmann/Richter/Rathmann* (Fn. 165), S. 341 f.

168 Ähnlich *Geyer* (Fn. 151), S. 250: „Gesundheitliche Ungleichheiten sind ungeplante Nebeneffekte der Art und Weise, wie das soziale Leben und das Wirtschaften organisiert sind und wie Lebensweisen und individuelle Präferenzen (willentlich oder unwillentlich) ausgestaltet sind.“

169 Zum Emergenzbegriff, der aus anderen philosophischen Diskussionen bekannt ist und hier weiterhelfen könnte, vgl. *Achim Stephan*, *Emergenz: Von der Unvorhersagbarkeit zur Selbstorganisation*, 2005.

oder studieren; die sozialen Selektionsprozesse beruhen vielmehr auf einem vielgestaltigen Ursachenbündel – was ihre Einschätzung als Ungerechtigkeiten aber vielfach nicht hindert.¹⁷⁰

Nun ist der „strukturelle“ Charakter derartiger Ungleichheiten und ihrer Ursachen kein Grund, sie von vornherein für normativ unerheblich zu halten. Sobald wir wissen, dass eine bestimmte Form der Organisation des sozialen Zusammenlebens zu derartigen Ungleichheiten führt, kann sie deshalb kritisiert werden. Zur Modernität einer politischen Ordnung gehört es, dass kein soziales Arrangement dem Zwang zur Rechtfertigung entzogen ist. Nicht so klar ist dagegen, dass die besagten Ungleichheiten selbst dann, wenn man sie letztlich nach Art oder Ausmaß für problematisch hält, in spezifischer Weise eine Ungerechtigkeit darstellen.¹⁷¹

b) Direkte oder indirekte Bewertung?

Der verschlungene Weg, auf dem gesundheitliche Ungleichheiten aus dem sozialen Zusammenleben heraustreten, führt zu einer weiteren schwierigen Frage, die *Fabienne Peter* in einem scharfsinnigen Aufsatz herausgearbeitet hat: Sind soziale Gesundheitsungleichheiten als solche Gegenstand der normativen Betrachtung oder sind sie nur zu kritisieren, wenn ihre Ursachen ungerecht sind? Können sie also direkt oder nur indirekt als Problem der Gerechtigkeit aufgefasst werden?¹⁷² Beide Perspektiven haben ihre Berechtigung, aber auch ihre problematischen Seiten.

Angesichts der hohen Bedeutung der Gesundheit und ihres erheblichen Ausmaßes sind die sozialen Gesundheitsungleichheiten auf den ersten Blick bereits als solche ein Missstand, dem es abzuhelfen gilt; dies entspricht auch der weithin geteilten Überzeugung der Public

170 Zur Diskussion vgl. jetzt *Segall*, *Equality and Opportunity* (Fn. 157), S. 133 ff.; und die Beiträge bei *Kirsten Meyer* (Hrsg.), *Education, Justice and the Human Good*, 2014.

171 Darauf wird zurückzukommen sein; vgl. unten bei III.3.

172 *Fabienne Peter*, *Health Equity and Social Justice*, in: *Anand/Peter/Sen* (Fn. 23), S. 93, 97 ff.

Health-Protagonisten. Bei näherem Hinsehen ergeben sich aber Zweifel, ob dieser *direkte* Zugang stimmig ist. Immerhin gibt es Gesundheitsunterschiede, die wir keineswegs als problematisch ansehen: Es beunruhigt uns nicht, wenn (einige wenige) Krankheiten – etwa bestimmte Allergien – häufiger in höheren sozialen Schichten auftreten. Auch wissen wir, dass in allen modernen Gesellschaften Frauen im Durchschnitt länger als Männer leben.¹⁷³ Auf rein biologische Ursachen kann dies wohl nicht zurückgeführt werden; es hängt auch mit der – riskanteren – Lebensweise von Männern zusammen, die ihrerseits wiederum von sozialen Faktoren – vom männlichen Selbstbild bis hin zu gesellschaftlich eingespielten Rollenverteilungen – mitbestimmt wird.¹⁷⁴ Trotzdem haben wir es hier schwerlich mit einer Ungerechtigkeit zu tun: Wir mögen den Männern raten, besser auf sich Acht zu geben und ihren Lebenswandel zu überdenken, aber dies hat den Charakter einer Empfehlung, nicht einer moralischen Kritik der bestehenden Ungleichheit.¹⁷⁵ Schließlich sind die Männer in keinem Sinne Opfer einer gesellschaftlichen Benachteiligung oder Unterdrückung; es liegt allein an ihnen, ihr Verhalten und ihre Einstellung zu verändern – so schwierig das aus der Sicht des Einzelnen auch sein mag.

Dass wir Gesundheitsungleichheiten differenziert beurteilen, indem wir ihre Ursachen in Augenschein nehmen, scheint nun für einen *indirekten* Ansatz zu sprechen: Diese Ungleichheiten sind nur dann problematisch, wenn ihre Ursachen ungerecht sind. Für die sozialen Gesundheitsungleichheiten hieße dies, dass sie nur dann als „Inequities“ angesehen werden können, wenn und soweit sie auf sozialen Ungerechtig-

- 173 Zu den neuesten Erkenntnissen dazu vgl. *Hiram Beltrán-Sánchez/Caleb E. Finch/Eileen M. Crimmins*, Twentieth Century Surge of Excess Adult Male Mortality, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 5. Juli 2015, doi: 10.1073/pnas.1421942112. Für die Situation in Deutschland vgl. *Lampert/Knoll* (Fn. 12), S. 3; danach beträgt der Unterschied in der durchschnittlichen Lebenserwartung immerhin sechs Jahre.
- 174 Zur Datenlage vgl. *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2014.
- 175 Ähnlich *Faden/Powers*, Bundesgesundheitsblatt 51 (Fn. 157), S. 155. Glücksegalitaristische Theorien mögen das anders sehen müssen (vgl. *Shlomi Segall*, Luck Prioritarian Justice in Health, in: Knight/Stemplowska [Fn. 29], S. 246, 256 ff.), was allerdings schwerlich zu ihrer Plausibilität beiträgt.

keiten beruhen. Damit handelt man sich allerdings zwei andere Probleme ein. Zum einen sind die Maßstäbe sozialer Gerechtigkeit alles andere als unumstritten; dies gilt insbesondere für die Verteilung von Einkommen und Vermögen, die auf die Gesundheitsverhältnisse durchaus Einfluss haben mag. Die Frage nach der Gerechtigkeit der Gesundheitsungleichheiten geriete damit in die Untiefen der allgemeinen Diskussion über soziale Verteilungsgerechtigkeit. Vielleicht muss man das hinnehmen, aber es macht es gewiss nicht einfacher, eine zustimmungsfähige Antwort auf die Frage zu finden, wie es sich mit den Gesundheitsungleichheiten verhält. Zum anderen erfasst der indirekte Ansatz nicht das Unbehagen, das viele Beobachter angesichts der erheblichen Gesundheitsungleichheiten empfinden: Sind die erwähnten zehn Jahre Unterschied in der Lebenserwartung nicht ein eigenständiger Grund zur Beruhigung? Und sollten sie nicht ihrerseits ein Maßstab zur – kritischen – Beurteilung der gesellschaftlichen Verhältnisse sein, die sie hervorbringen? So könnte man denken, dass mit einer Gesellschaft, die derartig große Unterschiede in den Gesundheitschancen verursacht, irgendetwas nicht stimmen kann. Zumindest könnten die Gesundheitsungleichheiten als Indizien für Ungerechtigkeiten aufgefasst werden, die ein Anlass sein sollten, noch einmal genauer zu schauen, ob mit den Verhältnissen, die sie verursacht haben, tatsächlich alles in Ordnung ist.

c) *Gesundheitsungleichheiten in den Theorien der sozialen Gerechtigkeit*

Ganz ähnliche Unklarheiten sind zu konstatieren, wenn man analysiert, wie die unterschiedlichen Theorien der sozialen Gerechtigkeit die gesundheitlichen Ungleichheiten einordnen.

Lange Zeit ganz vorherrschend waren *egalitaristische* Theorien der Verteilungsgerechtigkeit, die aus einem – unstreitigen¹⁷⁶ – fundamentalen Grundsatz der gleichen Berücksichtigung – in *Ronald Dworkins*

176 Zum Verständnis moderner politischer Theorien als Versuche, dieses fundamentale Gleichheitsgebot zu explizieren, vgl. *Will Kymlicka*, *Contemporary Political Philosophy*, 1990, S. 4 f.

Worten: der Behandlung „als Gleicher“¹⁷⁷ – auch auf ein Gebot der Gleichverteilung materieller Güter schließen – jedenfalls im Sinne der Rechtfertigungsbedürftigkeit von gesellschaftlichen Arrangements, die zu einer differenzierten Güterausstattung führen.¹⁷⁸ Standardbeispiel ist hier die Aufteilung einer Torte bei einem Kindergeburtstag: Solange nicht gute Gründe für ein anderes Ergebnis sprechen, ist es gerecht, dass jedes Kind ein gleich großes Stück bekommt.¹⁷⁹ Nun liegt es auf der Hand, dass in freiheitlichen Gesellschaften unweigerlich materielle Ungleichheiten entstehen, weil sich die unterschiedlichen individuellen Ambitionen, Präferenzen und Talente auf die Güterausstattung auswirken. Das ist aus zwei Gründen auch gar nicht zu kritisieren: Zum einen ist die Freiheit der Lebensgestaltung ohne die Verantwortung für die – auch materiellen – Folgen nicht zu haben; wer etwa viel arbeitet und dadurch gut verdient, muss sich von dem Müßiggänger seinen materiellen Vorteile nicht vorhalten lassen. Selbst egalitaristisch gesonnene Theorien der Gerechtigkeit vertreten daher die Ansicht, eine gerechte Güterverteilung sei zwar „endowment-insensitive“, aber „ambition-sensitive“: Sie müsse die unverdienten Vor- und Nachteile ausgleichen, die sich aus den unterschiedlichen Startbedingungen und individuell nicht beeinflussbaren Umweltbedingungen ergeben, nicht aber die differenzierten Folgen der autonomen Entscheidungen.¹⁸⁰ Selbst wenn man der Ansicht ist, dass wir es hier nur selten mit autonomen Entscheidungen

177 Vgl. *Ronald Dworkin*, Bürgerrechte ernstgenommen, 1984, S. 370.

178 Vgl. nur *Wilfried Hinsch*, Gerechtfertigte Ungleichheiten, 2002, S. 169 f. Unterschiede zwischen diesen Theorien bestehen bekanntlich hinsichtlich der Frage, worauf – Ressourcen, Grundgüter, Funktionsfähigkeit – sich die Forderung der Gleichverteilung genau bezieht; vgl. dazu nur *Gerald Cohen*, Equality of What? On Welfare, Goods, and Capabilities, in: Martha Nussbaum/Amartya Sen (Hrsg.), The Quality of Life, 1993, S. 9 ff. Auch der in Diskussionen über Gesundheitsungleichheit prominent vertretene „Capabilities Approach“ (vgl. nur *Ruger* [Fn. 157]; *Venkatapuram* [Fn. 157]; und – allerdings mit primärem Fokus auf das Versorgungssystem – *Peter Dabrock*, Befähigungsgerechtigkeit, 2012, S. 219 ff.) zählt letztlich – was hier nicht weiter begründet werden kann – zu dieser Theoriefamilie.

179 Vgl. nur *Ernst Tugendhat*, Vorlesungen über Ethik, 1993, S. 373 f..

180 Vgl. *Ronald Dworkin*, Was ist Gleichheit, 2011, S. 106 ff. Zum Zusammenhang von Freiheit und Verantwortung vgl. bereits oben bei II.1. Zur Bedeutung des Verantwortungsbegriffs für Theorien der Gerechtigkeit vgl. jetzt die Beiträge bei *Knight/Stemplowska* (Fn. 29).

und meistens mit den Konsequenzen der „natürlichen Lotterie“ zu tun haben, ist zum anderen zu bedenken, dass sich auch dann noch Ungleichverteilungen rechtfertigen lassen – nämlich genau dann, wenn sie auf Produktivitätsanreizen beruhen, die den gesellschaftlichen Wohlstand mehren und daher letztlich auch den am schlechtesten Gestellten zugutekommen. Dies ist bekanntlich die Grundidee des Differenzprinzips von *John Rawls*, dem es auf diese Weise gelingt, eine egalitaristische Ausgangsposition mit notwendigen, jedenfalls rechtfertigungsfähigen materiellen Ungleichheiten zu versöhnen und dadurch einer unplausiblen Position des „Levelling down“ – also der Herstellung von Gleichheit durch die Schlechterstellung aller – zu entkommen.¹⁸¹

Was bedeutet das nun für die Beurteilung der gesundheitlichen Ungleichheiten?¹⁸² Wenn es stimmt, dass ungleiche gesellschaftliche Verhältnisse – von einer ungleichen Güterausstattung bis zu Hierarchien am Arbeitsplatz – die gesundheitlichen Ungleichheiten verursachen, führt eine Verteilung, die in dem Sinne egalitär ist, dass materielle Ungleichheiten nur gerechtfertigt sind, wenn sie den am schlechtesten Gestellten zum Vorteil gereichen, zu einer Abflachung des sozialen Gesundheitsgradienten. In diesem Sinne trägt das Differenzprinzip – wenn auch nur mittelbar und zufällig, weil für *Rawls* die Gesundheit selbst nicht zu den Grundgütern zählt, die es zu verteilen gilt – zu einer Verringerung der Gesundheitsungleichheit bei. Allerdings bleibt damit eine wichtige Frage offen: Wenn auch die durch das Differenzprinzip zugelassenen – und in diesem Sinne als gerecht unterstellten – materiellen Ungleichheiten Auswirkungen auf die Gesundheit haben – was hier „for the sake of argument“ angenommen werden soll –, verpflichten uns diese Auswirkungen dann, die sozialen Ungleichheiten noch weiter einzuebnen, als es das Differenzprinzip vorgibt?¹⁸³ Anders gefragt: Müssen die materiellen Vorteile, die aus bestimmten Anreizstrukturen zu erwarten sind und die zugunsten der am schlechtesten Gestellten verwendet werden

181 Vgl. *John Rawls*, Eine Theorie der Gerechtigkeit, 1975, S. 81 ff. und passim.

182 Die folgenden Ausführungen beziehen sich insbesondere auf *Daniels* (Fn. 157), S. 79 ff., der an *Rawls*' Gerechtigkeitstheorie anknüpft.

183 Vgl. dazu auch *Gopal Sreenivasan*, Ethics and Epidemiology: Residual Health Inequalities, *Public Health Ethics* 2 (2009), S. 244 ff.; ferner *Preda/Voigt* (Fn. 157), S. 30 f.

können, mit den „Residual Health Inequalities“, die sie verursachen, abgewogen werden? Und nach welchem Maßstab sollte das geschehen? Die egalitaristischen Verteilungstheorien haben darauf keine rechte Antwort. Man könnte in die Richtung denken, dass die materiellen Vorteile uns erlauben, in für Gesundheit und größere Gesundheitschancengleichheit förderliche Strukturen – etwa in der medizinischen Versorgung oder im Bildungssystem – zu investieren, und dann zu erheben ist, ob dies letztlich zu einer Abflachung des sozialen Gradienten und zu einer Verbesserung der Gesundheit – insbesondere in den unteren sozialen Schichten – führt. Aber es ist nicht klar, warum es hier nur auf die Gesundheit ankommen soll; schließlich stellen wir auch sonst die gesundheitlichen Belange gegenüber anderen Gütern gelegentlich zurück.¹⁸⁴ Für diese Abwägung zwischen Gesundheit und Gesundheitsgerechtigkeit einerseits, materiellen Vorteilen andererseits scheint in den egalitaristischen Theorien kein Kriterium mehr zur Verfügung zu stehen; man kann sich dann nur noch mit dem pragmatischen Verweis auf einen möglichst offenen politischen Prozess behelfen, in dem diese Abwägung vorgenommen wird¹⁸⁵ – was nun gerade den Verzicht auf eine nähere gerechtigkeitsrechtliche Auskunft bedeutet. Insgesamt zeigt sich jedenfalls, welche Schwierigkeiten es den egalitaristischen Gerechtigkeitsatheorien bereitet, die gesundheitlichen Ungleichheiten als emergente Eigenschaften der sozialen Ordnung sinnvoll zu erfassen.

Nun mag man mit guten Gründen der Ansicht sein, dass der Egalitarismus von vornherein keine besonders plausible Theorie der Verteilungsgerechtigkeit für moderne freiheitliche Gesellschaften darstellt. So gibt es etwa in der *Rawlsschen* Theorie ein unaufgelöstes Spannungsverhältnis zwischen dem Grundsatz der Freiheit der Gestaltung des eigenen Lebens und der „Vergemeinschaftung“ der individuellen Talente

184 Dies sieht auch *Daniels* (Fn. 157), S. 98.

185 Vgl. *Daniels* (Fn. 157), S. 99 f.

und Fähigkeiten:¹⁸⁶ Wenn diese Fähigkeiten und Talente keinen Anspruch auf die Früchte der eigenen Tätigkeit verschaffen, sondern dieser nur mittelbar daraus folgt, dass Anreize gesetzt werden müssen, um im Interesse der Gemeinschaft die Leistungsbereitschaft zu fördern, bleibt unklar, warum die Gemeinschaft nicht auch bereits die Ausbildung und Pflege dieser Fähigkeiten und Talente verlangen und ihre Vernachlässigung unterbinden kann. Dieser Aspekt weist darauf hin, dass egalitaristische Verteilungstheorien ein sehr anspruchsvolles Solidaritätsverständnis voraussetzen, das nicht recht zu freiheitlichen Gesellschaften passen will: Wir sind hier nämlich – anders als in dem unterkomplexen Beispiel der Verteilung des Kuchens auf einem Kindergeburtstag – nicht Mitglieder einer umfassenden (Um-)Verteilungsgemeinschaft, sondern jeder ist zunächst einmal selbst für sein Leben und sein Fortkommen verantwortlich; nur soweit dies dazu führt, dass einzelne oder Gruppen von Bürgern keine sinnvolle und grundsätzlich gleichberechtigte Existenz in unserer Gesellschaft führen können, sind wir zur Unterstützung verpflichtet. Egalitaristische Theorien verwechseln an dieser Stelle Allgemeinheit und Gleichheit: Maßgeblich ist, dass *jedem* die für ein anständiges Leben erforderlichen Güter zur Verfügung stehen – nicht dagegen, dass die Güterverteilung (darüber hinaus) *gleich* ist.

Plausibler sind daher Theorien der sozialen Gerechtigkeit, die nicht von einer Präsomption der materiellen Gleichheit ausgehen, sondern von vornherein auf diesen Aspekt der sozialen Inklusion abstellen und die Verpflichtungen der sozialen Gerechtigkeit auf einen Mindeststandard der Güterausstattung beziehen, der eine nicht ausgegrenzte Existenz in

186 Vgl. Rawls (Fn. 181), S. 122: „Das Unterschiedsprinzip bedeutet faktisch, daß man die Verteilung der natürlichen Gaben in gewisser Hinsicht als Gemeinschaftssache betrachtet (...). Wer von der Natur begünstigt ist (...), der darf sich der Früchte nur so weit erfreuen, wie das auch die Lage der Benachteiligten verbessert.“ Zur Diskussion dieses Punkts vgl. Thomas Nagel, Rawls and Liberalism, in: Samuel Freeman (Hrsg.), *The Cambridge Companion to Rawls*, 2003, S. 62, 78 ff.

unserem Gemeinwesen ermöglicht.¹⁸⁷ Derartige *Suffizienztheorien* stimmen jedenfalls sehr viel besser mit der Vorstellung von Sozialstaatlichkeit überein, die etwa in der Verfassungsrechtsprechung vertreten wird und die das grundlegende Sicherungsziel auf ein menschenwürdiges Existenzminimum bezieht.¹⁸⁸ Auch die prominente Überlegung, dass soziale Rechte inzwischen neben Freiheitsrechte und politische Rechte getreten sind, um einen vollwertigen Status als Bürger eines Gemeinwesens zu konstituieren,¹⁸⁹ passt eher mit Suffizienztheorien als mit egalitaristischen Theorien der sozialen Gerechtigkeit zusammen.

Strukturell haben Suffizienztheorien den Vorteil, dass sie nicht auf relationale oder komparative Gerechtigkeitserwägungen angewiesen sind.¹⁹⁰ Sie müssen sich nicht auf die aussichtslose Suche nach der Antwort auf die Frage begeben, welche Unterschiede in Einkommen und Vermögen gerecht und ungerecht sind; es reicht aus, dass für jedermann der für die soziale Inklusion erforderliche Mindeststandard gewährleistet ist. Dabei ist dieser Standard zweifellos durch einen Vergleich mit den gesellschaftlich üblichen Lebensverhältnissen zu ermitteln; die Begriffe der Suffizienz und der sozialen Inklusion werden in Deutschland auf eine andere Weise konkretisiert als in Rumänien oder gar in

187 Vgl. *Elizabeth Anderson*, Warum eigentlich Gleichheit?, in: Angelika Krebs (Hrsg.), Gleichheit oder Gerechtigkeit, 2000, S. 117 ff.; *Harry G. Frankfurt*, Gleichheit und Achtung, ebd., S. 38 ff.; *ders.*, Equality as a Moral Ideal, in: *ders.*, The Importance of What We Care About, 1988, S. 134 ff.; *Thomas Schramme*, Gerechtigkeit und soziale Praxis, 2006, S. 183 ff.; ferner etwa *Yitzhak Benbaji*, The Doctrine of Sufficiency. A Defense, *Utilitas* 17 (2005), S. 310 ff.; *Robert Huseby*, Sufficiency. Restated and Defended, *The Journal of Political Philosophy* 18 (2010), S. 178 ff.; *Liam Shields*, The Prospects of Sufficiencyarianism, *Utilitas* 24 (2012), S. 101 ff.

188 Vgl. *BVerfGE* 125, 175, 222.

189 Vgl. *Thomas H. Marshall*, Staatsbürgerrechte und soziale Klassen (orig. Citizenship and Social Class, 1949), in: *ders.*, Bürgerrechte und soziale Klassen. Zur Soziologie des Wohlfahrtsstaates, 1992, S. 33 ff.

190 Zur Unterscheidung von „comparative“ und „noncomparative justice“ vgl. bereits *Joel Feinberg*, *Social Philosophy*, 1973, S. 98 ff.; *ders.*, Noncomparative Justice, *Philosophical Review* 83 (1974), S. 297 ff.

Äthiopien.¹⁹¹ Ist dieser Standard aber ermittelt und gewährleistet, kommt es auf relationale Überlegungen nicht mehr an.

Auch diese Theorien haben aber mit der Analyse sozialer Gesundheitsungleichheiten einige Probleme. Zum einen findet sich hier kein Maßstab für das Ausmaß an gesundheitlicher Ungleichheit, das nicht mehr akzeptabel ist. Man wird sagen können, der Umstand, dass eine soziale Schicht deutlich hinter der durchschnittlichen Lebenserwartung zurückbleibt, sei ein Indiz dafür, dass sie an dem üblichen Existenzniveau eines Gemeinwesens nicht mehr teilhat; wo diese Grenze verläuft, ist aber aus den Prämissen der Theorie kaum mehr abzuleiten. Noch schwerer wiegt ein zweites Problem: Es gibt Anzeichen dafür, dass die soziale Ungleichheit und ihr Ausmaß einen Einfluss auf Gesundheit und Gesundheitsverteilung haben. Eine größere soziale Ungleichheit könnte – unabhängig von den absoluten Standards der Lebensbedingungen – die Gesundheitsungleichheiten verstärken.¹⁹² Nach dieser – umstrittenen, aber nicht unplausiblen – „Relative Income Thesis“ wirken sich soziale Ungleichheiten auch dann, wenn für jedermann ein Lebensstandard gewährleistet ist, der ein „normales“ Leben in seinem Gemeinwesen ermöglicht, auf die Verteilung des wichtigen Guts der Gesundheit aus. Da sich dieser „überschießende“ Effekt kaum als belanglos zur Seite schieben ließe, hätte das für die Suffizienztheorien die unerfreuliche Konsequenz, dass relationale Erwägungen der sozialen Gerechtigkeit doch wieder ins Spiel kommen.

191 Dies gilt auch für die medizinische „Grundversorgung“; vgl. dazu *Stefan Huster*, Hat das Leben keinen Preis? Absolute und relative Ansprüche im System der Gesundheitsversorgung, in: Joachim Hruschka/Jan C. Joerden (Hrsg.), Jahrbuch für Recht und Ethik/Annual Review of Law and Ethics, Bd. 22, 2014, S. 251, 263 ff.

192 Vgl. dazu etwa *Daniels* (Fn. 157), S. 85 ff.; *Gopal Sreenivsan*, Ethics and Epidemiology. The Income Debate, *Public Health Ethics* 2 (2009), S. 45 ff.; und die Textsammlung bei *Ichiro Kawachi/Bruce P. Kennedy/Richard G. Wilkinson* (Hrsg.), *The Society and Population Health Reader. Vol. I: Income Inequality and Health*, 1999.

3. Gerechtigkeit oder Solidarität?

Soziale Gesundheitsungleichheiten sind ein faszinierendes Phänomen, weil sie zeigen, wie selbst ein höchstpersönliches Gut wie die Gesundheit von gesellschaftlichen Strukturen maßgeblich beeinflusst wird.¹⁹³ Insbesondere die Statusunterschiede in unserem Gemeinwesen scheinen tiefer zu reichen, als man gedacht hat: Ungerechte Entlohnung, Arbeitslosigkeit, Fremdbestimmung am Arbeitsplatz oder wirtschaftliche und politische Krisen¹⁹⁴ sind nicht nur aufgrund ihrer Unannehmlichkeiten und finanziellen Folgen ein Problem, sondern gehen auch „unter die Haut“.

Ungerecht sind diese gesundheitlichen Auswirkungen sicherlich dann, wenn sie auf entwürdigende und demütigende Verhältnisse zurückgehen. Die Gesundheitsfolgen bieten damit einen weiteren Grund, gegen Ausbeutung oder Dauerstress am Arbeitsplatz vorzugehen. Wer etwa erfolglos nach einem Verfassungsgut sucht, auf dessen Grundlage sich der Eingriff in die Koalitionsfreiheit durch die gesetzliche Festlegung eines Mindestlohns rechtfertigen lässt,¹⁹⁵ könnte überlegen, ob insoweit nicht mindestens die Gesundheit der Beschäftigten einschlägig wäre, weil inzwischen sogar experimentell nachgewiesen werden konnte, dass und wie sich eine ungerechte Bezahlung als „Gratifikationskrise“ negativ auf die Gesundheit auswirkt.¹⁹⁶

Wie steht es aber um die gesundheitlichen Auswirkungen, die auf Lebensverhältnisse und insbesondere soziale Ungleichheiten zurückgehen, die wir nicht ohne Weiteres als ungerecht bezeichnen können und

193 Irritierend ist etwa, wie stark das unmittelbare Wohnumfeld – unabhängig vom eigenen Sozialstatus – auf die Gesundheit einwirkt; vgl. dazu *Sven Voigtländer/Andreas Mielck/Oliver Razum*, Die Bedeutung des kleinräumigen Kontexts für Gesundheit: Entwurf eines Erklärungsmodells, *Das Gesundheitswesen* 74 (2012), S. 602 ff.

194 Vgl. dazu insbesondere *Sanjai Basu/David Stuckler*, Sparprogramme töten, 2014.

195 Vgl. etwa *Mattias G. Fischer*, Gesetzlicher Mindestlohn – Verstoß gegen die Koalitionsfreiheit?, *ZRP* 2007, S. 20, 21 f.

196 Vgl. *Armin Falk u.a.*, Cardiovascular Consequences of Unfair Pay (SOE Papers on Multidisciplinary Panel Data Research 380), 2011; ferner etwa *Reinhard Schunck/Carsten Sauer/Peter Valet*, Macht Ungerechtigkeit krank? Gesundheitliche Folgen von Einkommens(un)gerechtigkeit, *WSI-Mitteilungen* 8/2013, S. 553 ff.

die sich – wie die ungleiche Verteilung von Positionsgütern¹⁹⁷ – in einer komplexen und freiheitlichen Gesellschaft gar nicht vermeiden lassen? Hier fällt ein Urteil sehr viel schwerer, zumal man auch gar nicht weiß, ab welchem Ausmaß der Gesundheitsunterschiede das moralische Problem beginnt: Sind zehn Jahre zwischen oberstem und unterstem Einkommensfünftel zu viel? Wie wäre es bei sieben oder fünf oder nur zwei Jahren? Es hat etwas Tragisches, dass die gar nicht vermeidbaren Hierarchien und Ungleichheiten in modernen Gesellschaften zu Gesundheitsungleichheiten führen, und eine politische Gemeinschaft mag es als einen Akt der spezifischen Solidarität ansehen, den unvermeidlichen „Wettbewerbsverlierern“ an dieser Stelle beizustehen;¹⁹⁸ ebenso kann man insbesondere mit Blick auf die unteren sozialen Schichten fragen, ob nicht allein der Umstand, dass dort so viele Lebensjahre „verlorengehen“, ein guter Grund für sozialpolitische Maßnahmen ist – unabhängig von allen Gleichheitsüberlegungen.¹⁹⁹ Aber der Vorwurf, es handele sich bei den sozialen Gesundheitsungleichheiten um einen moralischen Skandal und um eine handfeste Ungerechtigkeit, lässt sich insoweit schwerlich aufrechterhalten.²⁰⁰

Trotzdem können die Gesundheitsungleichheiten Anzeichen dafür sein, dass in einer Gesellschaft etwas grundlegend falsch läuft und sozialstaatliche Handlungspflichten zu greifen beginnen. Das ist zum einen der Fall, wenn die sozialen Gesundheitsungleichheiten im internationalen Vergleich besonders groß sind. Dann liegt zumindest der Verdacht nahe, dass die Organisation des sozialen Zusammenlebens den

197 Zu Positionsgütern vgl. grundlegend *Fred Hirsch*, *Die sozialen Grenzen des Wachstums*, 1980. Zu ihrer gerechtigkeitstheoretischen Bedeutung vgl. *Harry Brighouse/Adam Swift*, *Equality, Priority, and Positional Goods*, *Ethics* 116 (2006), S. 471 ff.

198 Vgl. dazu bereits *Huster* (Fn. 157), S. 69 ff.

199 So etwa *Daniel M. Hausman*, *Egalitarian Critiques of Health Inequalities*, in: Eyal u.a. (Fn. 28), S. 95, 110. Allerdings sind gerade diese Schichten für Maßnahmen der Gesundheitsförderung gelegentlich nicht gut zu erreichen, so dass die Public Health-Politik auch noch eine Abwägung zwischen der Verringerung von Ungleichheiten und der Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung vornehmen muss; vgl. dazu etwa *Norman Daniels*, *Reducing Health Disparities*, ebd., S. 178 ff.; *Ole Frithjof Norheim*, *Implementing the Marmot Commission's Recommendations: Social Justice Requires a Solution to the Equity-Efficiency Trade-Off*, *Public Health Ethics* 2 (2008), S. 53 ff.

200 Ähnliche Einschätzung jetzt bei *Mackenbach* (Fn. 166), S. 767.

Schlechtergestellten übermäßige und unnötige Bürden auflastet. Zum anderen ist es ein Alarmsignal, wenn die sozialen Gesundheitsungleichheiten zunehmen.²⁰¹ Dies könnte ebenfalls ein Hinweis darauf sein, dass der soziale Zusammenhalt brüchig wird. Allerdings wird man hier unterscheiden müssen: Dramatisch ist die Situation, wenn am oberen Ende der Gesellschaft Lebenserwartung und Gesundheitschancen ansteigen, während die unteren sozialen Schichten in immer prekärere gesundheitliche Verhältnisse geraten; dies würde nämlich bedeuten, dass ganze Schichten von einer positiven Entwicklung abgehängt werden. Selbst dort, wo die gesundheitlichen Ungleichheiten zunehmen, scheint dies aber nicht der Fall zu sein; vielmehr erklärt sich dieser Trend dadurch, dass sich in den oberen Schichten der gesundheitliche Zustand in größerem Ausmaß verbessert als in den unteren Schichten. Hier gibt es also eine positive Entwicklung, von der alle profitieren, wenn auch nicht in gleicher Weise. Dies mag man immer noch unschön finden, aber wiederum drängt sich der Vorwurf einer echten Ungerechtigkeit nicht auf.

201 Dass dies in den letzten 20 Jahren in Deutschland der Fall war, behaupten etwa *Thomas Lampert u.a.*, *Gesundheitliche Ungleichheit*, in: Statistisches Bundesamt u.a. (Hrsg.), *Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*, 2013, S. 259, 270 f. Vgl. ferner dazu *J. Maron u.a.*, *Nimmt die gesundheitliche Ungleichheit zu?*, *Bundesgesundheitsblatt* 57 (2014), S. 431 ff.

