



SOZIALE GESUNDHEITSGERECHTIGKEIT
STEFAN HUSTER

Stefan Huster, geboren 1964, hat Philosophie und Rechtswissenschaft in Bielefeld und Frankfurt/Main studiert. Nach Promotion und Habilitation an der Juristischen Fakultät der Universität Heidelberg übernahm er 2002 einen Lehrstuhl an der FernUniversität in Hagen. Seit 2004 lehrt er Öffentliches Recht und Sozialrecht an der Ruhr-Universität Bochum. – Adresse: Lehrstuhl für Öffentliches Recht II, Ruhr-Universität Bochum, Juristische Fakultät, Universitätsstraße 150, 44780 Bochum.
E-mail: stefan.huster@ruhr-uni-bochum.de

Schon in den ersten Gesprächen unter den neuen Fellows des Wissenschaftskollegs wurde über die besten Fitness-Studios und die schönsten Joggingstrecken und Schwimmbäder gefachsimpelt; auch ein Pilates-Kurs war alsbald organisiert. Man merkte sofort, dass man sich unter gut informierten und erfolgreichen Menschen bewegt, die ihr Leben im Griff haben und sich um ihre Gesundheit kümmern. Seit langem wissen wir, dass das gesundheitsbezogene Verhalten äußerst schichtenspezifisch ausgeprägt ist: Wer wenig verdient, einen anspruchlosen Beruf hat und schlecht (aus)gebildet ist, lebt in aller Regel ungesünder. Wohlhabende, gebildete Menschen mit einem guten Job geben dagegen auf sich acht. Wer hat auch schon, wie sie etwa, das Privileg, im Wissenschaftskolleg zehn Monate zu verleben, die weithin frei von äußeren Zwängen und Pflichten sind? Da sollte es nicht allzu schwierig sein, sich auch ein wenig um die Gesundheit zu kümmern. Gleichzeitig ist das Wissenschaftskolleg eine äußerst liberale Einrichtung. Selbstverständlich wird niemand gezwungen oder auch nur genötigt, gesund zu leben – es wird ihm nur leicht gemacht, von der Selbständigkeit der Tätigkeit über die freie Zeiteinteilung

lung bis zur ausgewogenen Ernährung (nur die Desserts der vorzüglichen Küche kommen einer Körperverletzung gefährlich nahe). Der Wein beim wöchentlichen gemeinsamen Abendessen ist noch keinem Gesundheitsterror zum Opfer gefallen, und selbst Aschenbecher finden sich hier und dort. Damit hat das Wissenschaftskolleg – unter gewiss sehr günstigen Bedingungen – eine Balance geschafft, die die Gesellschaft noch sucht: Wie können wir unsere Gesundheit fördern und erhalten, ohne in einem paternalistischen und freudlosen „healthism“ zu ersticken?

Eine besondere Dramatik erhält diese Frage durch die Beobachtung, dass nicht nur das Gesundheitsverhalten, sondern die gesamte Verteilung der Gesundheit einem sozialen Gradienten folgt: Die Lebenserwartung und der Gesundheitszustand nehmen mit sinkendem sozioökonomischen Status kontinuierlich ab. So beträgt in Deutschland der Unterschied der Lebenserwartung zwischen Männern im obersten und im untersten Einkommensfünftel etwa zehn Jahre; vergleicht man die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre, sind die Unterschiede noch größer. Eigenartigerweise ist das kaum ein sozialpolitisches Thema, obwohl wir uns sonst sehr sicher sind, dass Gesundheit ein Gut ist, das nicht vom Sozialstatus abhängen sollte: Niemand sollte krank sein oder früh sterben müssen, weil er arm ist.

Nun hat diese Intuition bisher vor allem für die Ausgestaltung des Systems der Gesundheitsversorgung eine Rolle gespielt, als Aversion gegen eine „Zwei-Klassen-Medizin“. Unsere Überzeugung, dass es eine „soziale Gesundheitsgerechtigkeit“ gibt, scheint Differenzierungen der medizinischen Versorgung nach der Zahlungsfähigkeit nur schwer zuzulassen. Wie kann das aber funktionieren, wenn gleichzeitig die Mittel auch für die Medizin knapp sind? „Knappheit“ bedeutet in Deutschland gewiss nicht, dass medizinisch Unabweisbares nicht mehr getan werden kann; dies mag die Situation in afrikanischen Ländern sein, deren Gesundheitsversorgung in diesem Jahrgang des Wissenschaftskollegs ebenfalls untersucht wurde. Aber auch hierzulande müssen wir überlegen, ob wir uns wirklich alles leisten wollen und können, was der medizinisch-technische Fortschritt anbietet. Wenn aber nicht jeder alles bekommen kann, besteht in einer freiheitlichen Gesellschaft, die den privaten Zukauf von medizinischen Leistungen nicht verhindern kann, immer die Gefahr, dass sich die Gesundheitsversorgung sozial ausdifferenziert. Sollte man deshalb gar nicht über Leistungsprioritäten und -beschränkungen reden? Das ist vermutlich auch keine Lösung, weil dann die knappen Mittel auf ungesteuerte und wohl auch irrationale Weise verteilt werden – und dies könnte gerade unter dem Aspekt der sozialen Gerechtigkeit am misslichsten sein. Wir müssen daher über

neue Prinzipien und Verfahren nachdenken, mit deren Hilfe wir die Frage beantworten können, was wir uns auch dann gegenseitig schulden, wenn wir nicht alles, was medizinisch sinnvoll ist, in einem öffentlichen Versorgungssystem gewährleisten können.

Die Lage wird noch komplizierter, wenn man berücksichtigt, dass die medizinische Versorgung für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung, aber auch für die soziale Verteilung von Gesundheit nur von begrenzter Bedeutung ist. Es gibt hier viele andere wirkungsmächtige Faktoren, die eine Rolle spielen: Umweltbedingungen, Lebensführung, Sozialstrukturen. Diese sozialen Gesundheitsdeterminanten sind äußerst schichtenspezifisch ausgeprägt und dürften maßgeblich zu den sozialen Gesundheitsunterschieden beitragen, die die Epidemiologie in allen modernen Gesellschaften beobachtet.

Für den Sozialstaat und eine entsprechende „Public Health“-Politik wirft dies zwei Probleme auf. Zum einen gerät die freiheitliche Ordnung in die Gefahr, paternalistisch zu werden, wenn sie auf die gesundheitsbezogene Lebensführung der Bürger einzuwirken versucht. Gleichzeitig ist aber evident, dass selbst diese Lebensführung in vielerlei Hinsicht von sozialen Umständen beeinflusst wird: Wer schon gesund aufgewachsen ist und in privilegierten Verhältnissen lebt, hat es offensichtlich sehr viel einfacher, gesund zu leben. Der Sozialstaat wird daher seine Verantwortung für die Pflege gesundheitsdienlicher Lebensumstände ebenso wenig los wie das Individuum seine Verantwortung für seine Lebensführung.

Zum anderen könnte es sein, dass die traditionelle sozialstaatliche Gesundheitspolitik, die sich ganz darauf konzentriert, allen Bürgern den Zugang zur medizinischen Versorgung zu gewährleisten, die wirkungsmächtigsten Gesundheitsfaktoren vernachlässigt. Natürlich dürfen Versorgung und Vorsorge nicht gegeneinander ausgespielt werden, aber da die Ressourcen nun einmal begrenzt sind, muss das Gemeinwesen auch überlegen, ob es gerade unter dem Aspekt der sozialen Gerechtigkeit sinnvoll ist, das Versorgungssystem zu priorisieren, während die Mittel in anderen und ebenso gesundheitsrelevanten Politikbereichen – etwa im Bildungssystem – dann fehlen.

Wie die Forderung nach sozialer Gesundheitsgerechtigkeit begründet werden kann und was sie genau bedeutet, sind normative Fragen, auf die die praktische Philosophie sowie das Recht und die Rechtswissenschaft eine Antwort zu geben versuchen. Wenn man ein Ziel, die Herstellung sozialer Gesundheitsgerechtigkeit, erreichen will, muss man allerdings auch klären, wo man steht und welcher Weg zu diesem Ziel führen könnte. Dies setzt empirische Erkenntnisse voraus, die bei anderen Wissenschaftsdisziplinen gesucht werden müssen: Epidemiologie, Medizin, Versorgungsforschung, Gesundheits-

ökonomie, Soziologie und Politikwissenschaft. Die Suche nach Gesundheitsgerechtigkeit ist inhaltlich eine komplexe und methodisch eine interdisziplinäre Aufgabe. Was könnte dafür besser geeignet sein als das Wissenschaftskolleg und die reichhaltige Berliner Politik- und Wissenschaftslandschaft?