



Bioethik-Kommission

des Landes Rheinland-Pfalz

Gesundheit und Gerechtigkeit

Ethische, soziale und rechtliche
Herausforderungen

Herausgegeben von der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz

Vorsitzender: Dr. Heinz Georg Bamberger
Justizminister des Landes Rheinland-Pfalz
Ministerium der Justiz

Kontakt: Telefon 06131 16-4897
Telefax 06131 16-4944
EMail poststelle@min.jm.rlp.de

Ansprechpartner: Leitende Ministerialrätin Lisa Lutzebäck
Richterin am Landgericht Dr. Katarina Barley
Staatsanwalt Alexander Ahnelt
Richterin am Landgericht Dr. Andrea Baum

Sitz: **Justizministerium Rheinland-Pfalz**
Ernst-Ludwig-Straße 3
55116 Mainz

ISBN

Druck: Justizvollzugsanstalt Diez
Limburger Straße 122
65582 Diez

Download: www.justiz.rlp.de

Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz

Gesundheit und Gerechtigkeit

Ethische, soziale und rechtliche Herausforderungen

Bericht der Bioethik-Kommission
vom 30. April 2010

Inhaltsverzeichnis

Seite

Geleitwort von Justizminister Dr. Bamberger	7
Präambel	9
Normative Voraussetzungen	11
These 1: Gesundheit und Gerechtigkeit	15
1.1. Gesundheit und Krankheit	16
1.2. Gerechtigkeit als Verteilungs- und als Partizipationsgerechtigkeit	21
These 2: Gesundheit und Recht	33
2.1. Verfassungsrechtliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung	33
2.2. Einfluss europäischen und internationalen Rechts	45
2.3. Einfachrechtliche Regelungen zur Gesundheitsversorgung	47
2.4. Bestehen auch Gesundheitspflichten?	49
2.5. Sicherung der Rechtsstaatlichkeit	51
These 3: Ungleichheiten	53
3.1. Notfallversorgung	55
3.2. Behandlung in der Regelversorgung	57
3.3. Gesundheitsförderung und Prävention	59
3.4. Rehabilitation und soziale Teilhabe	64
3.5. Strukturelle Barrieren	65
These 4: Ungerechtigkeiten	66
4.1. Lebensalter	66
4.2. Geschlecht (Gender)	76
4.3. Kulturelle Herkunft und Migration	79
4.4. Behinderung und chronische Erkrankungen	89
Bildung und sozialer Status als Determinanten der Gesundheitsgerechtigkeit	95
5.1. Bildung	96
5.2. Sozialer Status	98
5.3. Wechselwirkung zwischen Bildung, sozialem Status und Gesundheit	100
5.4. Befähigung	102
Schlussfolgerungen	105
1. Grundrecht auf Schutz der Gesundheit	105
2. Verteilungsgerechtigkeit	108
3. Gesundheitsförderung und Prävention	111
4. Zugangsgerechtigkeit	115
5. Befähigungsgerechtigkeit	118
6. Verantwortungspartnerschaft	123
7. Interkulturelle Kompetenz	127
Anhang – Zusammensetzung der Kommission	131

Geleitwort des Justizministers Dr. Heinz Georg Bamberger

Bereits seit 1985 beschäftigt sich die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz mit Themen an den Schnittstellen von Ethik, Medizin und Recht. Mit dem vorliegenden Bericht spannt die Kommission einen Bogen, der über derzeit diskutierte Einzelfragen in diesen Bereichen hinaus reicht. Es geht um den Zusammenhang von Gesundheit und Gerechtigkeit - Werte von fundamentaler Bedeutung für jede und jeden Einzelnen.

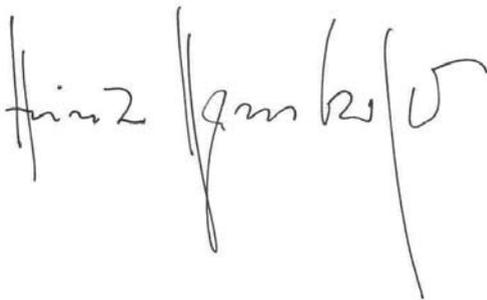
Gerechtigkeit ist ein Ziel, das ein Rechts- und Sozialstaat stets vor Augen haben muss. Dies gilt für den Bereich der Gesundheit in besonderem Maße. Einschränkungen in Gesundheit und Gesundheitsversorgung berühren einen existentiellen Teil des Lebens und werden wohl vor allem deshalb oft emotional diskutiert. Gleichzeitig sind die Kräfteverhältnisse in diesem Sektor sehr unterschiedlich, weshalb der Gewährleistung von Gerechtigkeit besondere Bedeutung zukommt.

Die Bioethik-Kommission hat verschiedene Aspekte von Gesundheitsgerechtigkeit, die in anderen Gremien und in der Öffentlichkeit diskutiert werden, aufgegriffen. Im Laufe der Beratung wurde die Notwendigkeit immer deutlicher, über mögliche Änderungen innerhalb des Gesundheitssystems hinauszublicken. Die Debatten über Rationierung und Priorisierung stehen derzeit im Vordergrund, setzen aber nicht am Kern der Problematik an. Nach Überzeugung der Kommission kann eine langfristige Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Menschen und eine Sicherung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland nur gelingen, wenn diese Ziele auch in anderen Bereichen von Politik und Gesellschaft "mitgedacht" werden. Vorgehensweisen zu entwickeln, wie Menschen eigenverantwortlich gesundheitsbewusst handeln und ihre Gesundheit so gut wie möglich erhalten können, ist die Herausforderung der Zukunft - viele Ansätze existieren bereits.

Die Kommission hat sich mit verschiedenen Aspekten dieses komplexen Themas ausführlich beschäftigt und teilweise kontrovers diskutiert. Besonders intensiv hat sie sich den sogenannten vulnerablen Gruppen gewidmet. Kinder und alte Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund sowie chronisch Kranke und Menschen mit Behinderungen sind mehr als andere gefährdet, in Bezug auf Gesundheit ungerecht

behandelt zu werden, obwohl sie teilweise des Schutzes in höherem Maß bedürfen. Ähnlich können sich Bildungsgrad, soziale Lage oder Geschlecht eines Menschen auswirken.

Der nun vorgelegte Bericht wird - trotz im Einzelfall unterschiedlicher Auffassungen - von der Kommission als Gesamtheit getragen. Er will die Debatte über Gerechtigkeit im Gesundheitswesen in einen weiteren Zusammenhang stellen als in denjenigen der Finanzierung und Mittelverteilung. Gerechtigkeit kann in Bezug auf Gesundheit anzustreben, bedeutet mehr als zusätzliches Geld in das Gesundheitssystem fließen zu lassen. Sie erfordert, Menschen in ihren Lebenszusammenhängen zu sehen und Möglichkeiten zu schaffen, diese gesundheitsgerecht zu gestalten.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Heinz Gumbel". The signature is written in a cursive style with a vertical line extending downwards from the end.

Präambel

Gesundheit ist ein fundamentales Gut, das für den einzelnen Menschen und auch für Gesellschaft und Staat von überragender Bedeutung ist. Sie ermöglicht gleichermaßen die Wahrnehmung von persönlichen Lebenschancen wie die Gestaltung des Zusammenlebens und ist für die soziale Teilhabe elementar.

Der medizinische Fortschritt und die verbesserte soziale Lage, die sich beispielsweise in Ernährung und hygienischen Bedingungen äußert, ermöglichen immer mehr Menschen in den industrialisierten Ländern ein immer längeres Leben in Gesundheit. Das gilt auch für die Bundesrepublik Deutschland, die zudem mit ihren Ausgaben für das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich in der Spitzengruppe liegt. Dennoch wird das häufig weltweit als Vorbild gepriesene deutsche Gesundheitssystem von vielen Betroffenen als ungerecht und die medizinische Versorgung teilweise als unzureichend empfunden. Es gilt daher zu prüfen, ob und inwieweit belegbare Fakten diese Empfindungen bestätigen.

Die derzeitigen politischen, wissenschaftlichen und medizin-ethischen Diskussionen konzentrieren sich oftmals auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen und deren Verteilung. Diese Debatten sind geprägt durch Begriffe wie Allokation, Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung. Der Gesundheitszustand eines Menschen sowie die soziale Erreichbarkeit von Gesundheit werden jedoch nicht allein von der finanziellen Ausstattung, Ausgestaltung und Effizienz des Gesundheitswesens bestimmt. Die aktuelle Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten zeigt, dass der Gesundheitszustand der Menschen wesentlich durch soziale, ökonomische und kulturelle Faktoren beeinflusst wird. Unter diesen spielt Bildung eine zentrale Rolle.

Die hier vorgelegte Stellungnahme möchte aus ethischer Sicht gesundheitsbezogene Implikationen sozialer, ökonomischer und kultureller Ungleichheiten aufgreifen. Ziel ist es, weiterführende Überlegungen zur Gesundheitsgerechtigkeit und Partizipationsgerechtigkeit jenseits der Verteilungsgerechtigkeit zu formulieren. Sie widmet sich Fragen, wie Menschen mit ihrer Gesundheit umgehen, von welchen Faktoren dies abhängt und darüber hinaus, wie individuelle und auch gesellschaftliche Gesund-

heitsziele verwirklicht werden können, ob Verbesserungen notwendig sind und wie diese erreicht werden können.

Basis dieses Berichts ist eine Bestandsaufnahme gesundheitsrelevanter Ungleichheiten. Die Kommission ist sich dabei bewusst, dass hier nur eine exemplarische Betrachtung erfolgen kann. Fragen der Ungleichheit und der Ungleichbehandlung und deren Bewertung im Lichte der Gesundheitsgerechtigkeit bilden den Schwerpunkt der Analyse. Vor allem dort, wo nicht medizinische Gesichtspunkte, sondern soziale, ökonomische oder kulturelle Faktoren ausschlaggebend sind, liegt die Vermutung nahe, dass Ungleichheit zu Ungerechtigkeit führt.

Auf der Grundlage zahlreicher Fachreferate aus Wissenschaft und Praxis hat die Kommission Schlussfolgerungen formuliert. Diese gehen über die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion und die damit einher gehenden derzeitigen Forderungen nach gesetzgeberischen Schritten hinaus. Die Kommission entwickelt Überlegungen, wie eine ethisch begründete Gesundheitsgerechtigkeit beschrieben und umgesetzt werden kann. Gesundheitsgerechtigkeit betrifft mehr als nur die gesundheitlichen Versorgungssysteme im engeren Sinne. Ein Schlüssel für mehr Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung liegt vielmehr in der Herstellung von Partizipationsgerechtigkeit.

Nach ausführlicher und teilweise kontroverser Diskussion ist die Kommission zu dem Ergebnis gekommen, dass aufgrund seines besonderen Gewichts das Schutzgut Gesundheit in den Grundrechtskatalog der Verfassung – dort in Art. 2 Abs. 2 GG – aufzunehmen ist. Dies greift die neuere Auslegung des Grundgesetzes auf. Es ist ein zentrales Anliegen dieses Berichts, dass das Schutzgut Gesundheit auch auf der Ebene der Verfassung durch eine ausdrückliche Benennung gewürdigt wird.

I. Normative Voraussetzungen

These 1: Gesundheit und Gerechtigkeit

Gesundheitsgerechtigkeit gehört zu den wesentlichen ethischen Maßstäben unseres Gemeinwesens. Gegenwärtig steht ihre Verwirklichung vor einer Bewährungsprobe. Dies gilt insbesondere im Blick auf Verteilungsgerechtigkeit und Partizipationsgerechtigkeit.

- a) Gesundheitsgerechtigkeit setzt eine am Bedarf orientierte Gesundheitsversorgung voraus. Notwendige Begrenzungen von Gesundheitsleistungen bedürfen der Rechtfertigung im Licht der Verteilungsgerechtigkeit.

- b) Partizipationsgerechtigkeit setzt voraus, den Zugang zu Gesundheitsleistungen gerecht zu gestalten (Beteiligungsgerechtigkeit) und Menschen zu befähigen, ein gesundes Leben zu führen und die Angebote der Medizin eigenverantwortlich und selbstbestimmt in Anspruch zu nehmen (Befähigungsgerechtigkeit).

These 2: Gesundheit und Recht

Gesundheitsgerechtigkeit ist eine wesentliche Grundlage und ein beständiger Auftrag des Rechts- und Sozialstaats. Sie ist begründet in der Garantie der Menschenwürde sowie den Gleichheits- und Freiheitsgrundrechten der Verfassungen des Bundes und der Länder. Dies gewährleistet Selbstbestimmung und Schutz und ist Maßstab aller weiteren gesundheitsbezogenen Gesetze und Rechtsvorschriften.

Gesellschaftlicher und medizinischer Wandel einerseits und grundrechtliche Gewährleistungen andererseits beeinflussen sich wechselseitig und dürfen nicht in Widerspruch zueinander geraten.

II. Rahmenbedingungen

These 3: Ungleichheiten

Gesundheitsleistungen sind im Hinblick auf Verteilung, Zugang und Inanspruchnahme gegenwärtig von deutlichen Ungleichheiten gekennzeichnet. Dabei sind die Kriterien für Verteilung und Zugang vielfach nicht transparent.

a) Die Verteilung erfolgt in bestimmten Versorgungsbereichen in der Regel für alle in gleicher Weise (z. B. Notfallversorgung). In anderen (z.B. Angebote für Vorsorgeuntersuchungen) besteht faktisch keine gleiche Verteilung von Gesundheitsleistungen.

b) Bei Zugang zu und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zeigen sich auf allen drei Ebenen des Gesundheitssystems - Behandlung, vor allem aber Prävention und Rehabilitation - Ungleichheiten.

These 4: Ungerechtigkeiten

Diese Ungleichheiten resultieren unter anderem aus sozialen und kulturellen Differenzen. Soweit hieraus gesundheitliche und medizinische Benachteiligungen folgen, widerspricht dies der Gesundheitsgerechtigkeit. Das Selbstbestimmungsrecht ist zu berücksichtigen.

III. Ethische, soziale und rechtliche Schlussfolgerungen

Schlussfolgerung 1: Grundrecht auf Schutz der Gesundheit

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.“

Schlussfolgerung 2: Verteilungsgerechtigkeit und Versorgungsforschung

Über Notwendigkeit und Kriterien einer Priorisierung und Rationierung ist in Staat und Gesellschaft eine offene Diskussion zu führen. Eine versteckte (implizite) Rationierung ist in jedem Fall zu vermeiden.

Die Verteilung vorhandener Mittel hat sachgerecht zu erfolgen. Hierfür sind zusätzliche Forschungsansätze erforderlich, die tragfähige Aussagen über den Aufwand und die Auswirkungen von Versorgungsleistungen auf den Gesundheitszustand ermöglichen. Zu diesem Zweck ist unabhängige Forschung zu stärken, der Datenzugang zu regeln und die Vergleichbarkeit der Daten zu verbessern.

Schlussfolgerung 3: Gesundheitsförderung und Prävention

Zur Realisierung von Gesundheitsgerechtigkeit sind Maßnahmen geboten, die über das Gesundheitssystem hinausgreifen. Besonders gefordert sind Impulse des Gesetzgebers zu Prävention und Gesundheitsförderung. Sie sind zielgruppenorientiert und insbesondere auf die vulnerablen Gruppen auszurichten. Bereits vorhandene gesetzliche Möglichkeiten sind stärker zu nutzen.

Schlussfolgerung 4: Zugangsgerechtigkeit

Um Leistungen der gesundheitlichen Versorgung und der Prävention auch für Menschen mit den unterschiedlichsten Beeinträchtigungen und Erschwernissen gleichberechtigt und zumutbar zu ermöglichen, ist die entsprechende Zugangsgerechtigkeit zu schaffen. Das beinhaltet unter anderem die Gewährleistung von Barrierefreiheit für den Zugang zu und die Nutzung von Angeboten des Gesundheitswesens.

Schlussfolgerung 5: Befähigungsgerechtigkeit und Bildung

Zur Gesundheitsgerechtigkeit gehört es, die Befähigung zur adäquaten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu stärken. Gesundheitsbildung in allen Lebens-

abschnitten ist ein Korrelat des Rechtes auf Gesundheit. Viele Institutionen, wie Familien, Schulen, Betriebe und Krankenkassen, aber auch jede und jeder Einzelne tragen hierbei eine spezifische Verantwortung. Aufgabe des Gesetzgebers ist es, die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsbildung zu verbessern.

Schlussfolgerung 6: Verantwortungspartnerschaft

Patientinnen und Patienten sind am Behandlungsprozess nach ihren Möglichkeiten aktiv zu beteiligen. Sie sind nicht allein „Objekt einer Behandlung“, sondern zugleich immer eigenverantwortliches Subjekt ihrer Lebensgestaltung. Versorgungsqualität wird wesentlich durch die Verantwortungspartnerschaft von Arzt und Patient bestimmt, die beide Seiten auszugestalten haben.

Die an eine so verstandene patientenzentrierte Medizin anzulegenden Maßstäbe sind bei der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung in deutlich stärkerem Maße zu berücksichtigen. Zuwendung und Beratung sind ebenso angemessen zu honorieren wie jede andere ärztliche Leistung.

Schlussfolgerung 7: Interkulturelle Kompetenz

Die Wahrnehmung von Patientinnen und Patienten als Subjekte der eigenen Lebensgestaltung verlangt, kulturelle Werthaltungen und Prägungen angemessen zu berücksichtigen. Kultursensibel ausgerichtete Gesundheitsbildung soll Entscheidungen und Handeln im Sinne der Verantwortungspartnerschaft erleichtern und helfen, kulturelle Barrieren zu überwinden. Die für Gesundheitsberufe erforderlichen interkulturellen Kompetenzen müssen in Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt werden.

These 1: Gesundheit und Gerechtigkeit

Gesundheitsgerechtigkeit gehört zu den wesentlichen ethischen Maßstäben unseres Gemeinwesens. Gegenwärtig steht ihre Verwirklichung vor einer Bewährungsprobe. Dies gilt insbesondere im Blick auf Verteilungsgerechtigkeit und Partizipationsgerechtigkeit.

a) Gesundheitsgerechtigkeit setzt eine am Bedarf orientierte Gesundheitsversorgung voraus. Notwendige Begrenzungen von Gesundheitsleistungen bedürfen der Rechtfertigung im Licht der Verteilungsgerechtigkeit.

b) Partizipationsgerechtigkeit setzt voraus, den Zugang zu Gesundheitsleistungen gerecht zu gestalten (Beteiligungsgerechtigkeit) und Menschen zu befähigen, ein gesundes Leben zu führen und die Angebote der Medizin eigenverantwortlich und selbstbestimmt in Anspruch zu nehmen (Befähigungsgerechtigkeit).

1. Gesundheit und Gerechtigkeit

Die Begriffe "Gesundheit" und "Krankheit" sowie "Gerechtigkeit" bilden die maßgeblichen Bezugspunkte dieses Berichts. Festlegungen von "Gesundheit" und "Krankheit" beinhalten immer ein konventionelles Element, das sich aus der grundlegenden Frage ergibt, wie Menschen als Menschen überhaupt leben wollen¹. Die Definition von Gesundheit und Krankheit betrifft auch die Frage, wie Menschen mit ihren gesundheitlichen Lebensvoraussetzungen umgehen und welche Verantwortung die oder der Einzelne im Umgang mit der eigenen Gesundheit und Krankheit wahrnimmt. Darüber hinaus bestimmen Gesundheit und Krankheit im Sinne von Schlüsselkonzepten an der Schnittstelle von Medizin und Gesellschaft, wann die Solidargemeinschaft zum Handeln aufgerufen ist. Wo und in welchem Maße die Solidargemeinschaft dabei gefordert ist, hängt entscheidend von dem gesellschaftlichen Verständnis von Gerechtigkeit ab.

¹ Gethmann, Carl Friedrich u.a.: Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems, Berlin, 2005, S. 215.

1.1. Gesundheit und Krankheit

Gesundheit und Krankheit werden gleichermaßen medizinisch wie gesellschaftlich definiert². Die Begriffe beinhalten damit sowohl eine medizinische Feststellung als auch die gesellschaftlich, kulturell, religiös oder weltanschaulich geprägte Wertung, ob dieser Zustand innerhalb oder außerhalb des als normal Definierten liegt.

1.1.1. Begriffe im Wandel

Die Ansichten darüber, was gesund und was krank ist, unterliegen einem ständigen Wandel; die Phänomene "gesund" und "krank" sind historisch relativ³. Die moderne, naturwissenschaftlich geprägte Medizin entwickelte sich im Laufe des 19. Jahrhunderts⁴. Seit dieser Epoche ist immer deutlicher erkannt worden, dass das Verständnis von Gesundheit und Krankheit unter anderem von kulturellen Faktoren abhängt und dass es sich dabei um definitionsbedürftige Begriffe handelt.

Nach wie vor verlaufen der Erkenntnisfortschritt und die Entwicklung neuer Handlungsoptionen in der Medizin rasant. Parallel zu den sich entwickelnden Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten unterliegt unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit in medizinischer und gesellschaftlicher Hinsicht einem fortwährenden Wandel. Dies zieht grundlegende und für die Gesellschaft bedeutsame Veränderungen im gesellschaftlichen Konsens⁵ nach sich.

² Paul, Norbert W.: Gesundheit und Krankheit, in: Schulz, Stefan / Steigleder, Klaus u.a. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt, 2006, S. 131.

³ Kreß, Hartmut: Medizinische Ethik, Stuttgart, 2. Aufl. 2009, S. 62.

⁴ Vgl. hierzu ausführlich Paul, Norbert W.: Gesundheit und Krankheit, in: Schulz, Stefan / Steigleder, Klaus u.a. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt, 2006, S. 131/133; Gosepath, Stefan: Kann das Gut Gesundheit noch gerecht verteilt werden?, in: Nationaler Ethikrat, Gesundheit für alle - wie lange noch?, Tagungsdokumentation zur Jahrestagung 2006, Berlin, S. 19/30.

⁵ Vgl. hierzu ausführlich Kreß, Hartmut: Medizinische Ethik, Stuttgart, 2. Aufl. 2009, S. 63 ff; Paul, Norbert W.: Gesundheit und Krankheit, in: Schulz, Stefan / Steigleder, Klaus u.a. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt, 2006, S. 131/133 ff.

1.1.1.1. Medizinisch-technischer Fortschritt

Ein Beispiel für Auswirkungen moderner Diagnosetechnik ist die Definition von Morbus Alzheimer als Krankheit und die nachfolgende Definition von MCI (Mild Cognitive Impairment) als deren Vorstufe. Menschen mit diesen Symptomen wurden früher häufig als normal alternde Menschen mit einer zu erwartenden Abnahme ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit, die gelegentlich auch als „Gnade des Alters“ interpretiert wurde, angesehen. Formen der Senilität wurde als natürliches Merkmal höherer Altersstufen verstanden und erst später durch abschätzig gebrauchte Adjektive wie "senil" oder "verkalkt" pathologisiert. Durch die Einordnung von Morbus Alzheimer als Krankheit wurde der Umgang mit den Betroffenen medizinisch durchaus versachlicht und ein menschlich sowie pflegerisch angemessener Umgang ermöglicht. Gleichzeitig geht mit einer solchen Definition auch immer eine Erwartung an die Medizin einher, zu heilen, zu lindern oder im weitesten Sinne zu „normalisieren“, die nicht in jedem Fall eingelöst werden kann⁶.

So ist es durch die Entwicklung einer entsprechenden prädiktiven psychokognitiven Diagnostik heute möglich, MCI als Vorstufe von Demenzen, insbesondere des Typs Alzheimer, zu erfassen. Damit wird die Feststellung eines Befundes mit Krankheitswert weit in als normal empfundene Lebensvollzüge hinein verlagert. Noch vor wenigen Jahren wurden manche Symptome von den Betroffenen und ihrem Umfeld als altersbedingt, damit als "natürlich" und nicht "krankhaft" wahrgenommen. Heute werden diese Personen durch das positive Testergebnis unvermittelt als krank definiert und mit der Prognose "Alzheimer" entlassen. Es stellt sich hier durchaus die Frage, ob und inwieweit der medizinische Fortschritt einzelnen Patienten, die die Manifestation der Alzheimer'schen Krankheit aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters möglicherweise gar nicht mehr erleben werden, durch eine Diagnosestellung hilft. Dies könnte dann zu bejahen sein, wenn wirksame Therapiemöglichkeiten bestehen oder wenn die Diagnose bei familiär gehäuftem Auftreten für zukünftige Generationen eine Bedeutung hat.

Schon seit Längerem wird in der Medizinethik der Sachverhalt diskutiert, dass der

⁶ Vgl. hierzu Wetzstein, Verena: Alzheimer-Demenz - Entstehung eines Krankheitsbegriffs, in: Altersdemenz und Morbus Alzheimer, Tagungsdokumentation zur Jahrestagung des Nationalen Ethikrats 2005, Berlin, S. 39 ff.

technische Fortschritt der Medizin das Paradox des „gesunden Kranken“ erzeugt. Menschen, die sich aktuell noch gesund fühlen und subjektiv keine Einschränkungen empfinden, werden in bestimmter Hinsicht zu Kranken erklärt. Mit Hilfe genetischer Diagnostik etwa kann vorausgesagt werden, dass bei ihnen zu einem späteren Zeitpunkt mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit bestimmte Krankheiten, z.B. Brustkrebs oder Darmkrebs, ausbrechen werden. Eine solche prädiktive Diagnostik kann ihren guten Sinn haben. Denn sie kann die Möglichkeit vorbeugender Verhaltensmaßnahmen eröffnen oder zumindest Anlass für engmaschigere Vorsorgeuntersuchungen oder präventive Therapien geben, die helfen, die spätere Manifestation der Krankheit frühzeitig zu erkennen, zu verzögern oder gar zu verhindern. Kritische Rückfragen sind freilich besonders dann zu stellen, wenn eine Vorhersage von Krankheiten erfolgt, die derzeit noch nicht therapierbar sind. Das frühzeitige Wissen um derartige spätere Krankheiten kann für die Betroffenen eine zu hohe psychische Belastung bedeuten. Prädiktive genetische Diagnostik kann dazu führen, dass Menschen die Unbefangenheit der Lebensführung verlieren und zu „gesunden Kranken“ werden. Darüber hinaus können prädiktive Gesundheitsinformationen auch zur Selbst- oder Fremddiskriminierung im oder durch das soziale Umfeld führen. Dieses Problem ist seit langem erkannt und aus ethischer Sicht klar formuliert worden, etwa indem das Recht auf Nichtwissen betont wird.

1.1.1.2. Gesellschaftliche Veränderungen

Gesundheit und Krankheit treten uns zwar vorrangig als medizinisch definierte Konzepte entgegen, es sollte jedoch nicht übersehen werden, dass sie gleichzeitig immer auch soziale und kulturelle Konzepte sind. Deutlich wird dies etwa, wenn man den Wandel des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs im gesellschaftlichen und medizinischen Verständnis von Suchterkrankungen betrachtet. Insbesondere die Feststellung eines „echten“ Krankheitswertes und der damit einhergehenden Therapiewürdigkeit hat sich bei einigen Suchterkrankungen (z.B. Abhängigkeit von elektronischen Medien) erst innerhalb der letzten Jahrzehnte vollzogen. Ein weiteres, aus heutiger Sicht überraschendes Beispiel für die medizinische und gesellschaftliche „Co-Konstruktion“ von Gesundheit und Krankheit ist die Einordnung von Homosexualität. Seit dem 19. Jahrhundert wurde Homosexualität als behandlungsbedürftige Krank-

heit angesehen und teils sogar mit neurochirurgischen, also invasiven Eingriffen zu therapieren versucht. Seit Mitte des 20. Jahrhunderts wandelt sich das Verständnis dahingehend, dass Homosexualität mehr und mehr als Variante einer sozialen Verhaltensweise akzeptiert wird. Jedoch hat die Weltgesundheitsorganisation erst im Jahre 1992 die Homosexualität aus der Liste der Krankheiten gestrichen.

Auch rechtliche Wertungen spielen für die Einordnung als Krankheit zunehmend eine Rolle, so etwa im Falle der ungewollten Kinderlosigkeit. Strittig ist, inwiefern sie per se eine Krankheit darstellt. Daher ist es gesellschaftlich und rechtspolitisch zur Streitfrage geworden, ob der Gesetzgeber 2004 gut beraten war, für deren Therapie, die assistierte Reproduktion, eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen nur noch unter bestimmten Voraussetzungen für maximal drei Behandlungsversuche zu gewähren, und dies lediglich zu 50 %. Denn von betroffenen Personen wird heute ungewollte Kinderlosigkeit häufig als behandlungsbedürftig und in diesem Sinn als Krankheit empfunden.

Schließlich können auch ökonomische Faktoren Einfluss auf den Krankheitsbegriff nehmen, indem ein medizinisch noch im Normbereich liegender Zustand als behandlungsbedürftig definiert und damit ein Kostenfaktor wird. Als Beispiel dient niedriger Blutdruck, der für die Betroffenen durchaus unangenehme Auswirkungen haben kann (Schwindel, Müdigkeit etc.). Medizinisch ist jedoch anerkannt, dass dies - sofern organische Ursachen ausgeschlossen werden können - in der Regel keine Krankheit ist, die einer medikamentösen Behandlung bedarf⁷.

1.1.2. Normative Funktion der Begriffe

Der Krankheitsbegriff und auch der Gesundheitsbegriff sind geeignet, moralisch gerechtfertigte Bedürfnisse zu formulieren und zu konkretisieren⁸. Die jeweilige Definition von "Gesundheit" und "Krankheit" setzt den Rahmen für medizinisches Handeln.

⁷ In der angelsächsischen Literatur wird die Hypotonie ironisierend auch als "German disease" bezeichnet, vgl. zu diesem Thema ausführlich Dinkel, Reiner H. / Görtler, Edmund u.a.: Die Sterblichkeit von Personen mit "zu niedrigem Blutdruck" (Hypotension) in einem Beobachtungszeitraum von 16 Jahren, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1996, Berlin, S. 225 ff.

⁸ Gethmann, Carl Friedrich u.a.: Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems, Berlin, 2005, S. 215 f.

Dabei bildet die Erhaltung, Stabilisierung oder Wiederherstellung der Gesundheit das Ziel dieses Handelns, während Krankheit den das Eingreifen legitimierenden Faktor darstellt. Gesundheit wirkt auf den Handlungsraum der Medizin, insofern medizinisches Entscheiden und Handeln auf Gesundheit - und in Erweiterung des Konzepts auch auf mit medizinischen Mitteln erreichbare Lebensqualität - gerichtet sein muss. Krankheit als normatives Konzept wirkt auf den Handlungsraum der Medizin, insofern als der Anlass medizinischer Behandlungen immer durch eine Krankheit mit einem - situativ und kulturell variablen - Krankheitswert gesetzt wird⁹.

Für die Frage, inwieweit Staat, Gesellschaft oder Solidargemeinschaft vor diesem Hintergrund hieraus konkret zum Handeln aufgerufen sind, bedarf es der Einordnung in ein normatives Gesamtkonzept. Hierfür ist zu beachten, dass sowohl der Gesundheits- als auch der Krankheitsbegriff verschiedene Teilaspekte einschließt.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen¹⁰. Diese Deutung ist häufig kritisiert worden, weil sie ein maximalistisches Verständnis von Gesundheit zum Ausdruck bringe, das letztlich nicht eingelöst werden könne. Andererseits hat sie ihre Berechtigung als Zielvorgabe für medizinisches Handeln. Außerdem nimmt sie in den Blick, dass Krankheit nicht nur die körperliche, sondern auch die psychische Seite des Menschseins betrifft.

Zu unterscheiden ist einerseits die medizinische Betrachtung von Krankheit im Sinne von Anamnese und Diagnose, die objektive "Krankheitsbeschreibung". Andererseits ist das Empfinden des Patienten selbst zu berücksichtigen, ob und inwieweit sein gesundheitlicher Zustand für ihn einen subjektiven "Krankheitswert" hat¹¹. Im Englischen werden die beiden Perspektiven dadurch zum Ausdruck gebracht, dass zwischen Krankheit als "illness" und "disease" unterschieden wird. „Illness“ umschreibt

⁹ Vgl. hierzu insgesamt Paul, Norbert W.: *Medizintheorie*, in: Schulz, Stefan / Steigleder, Klaus u.a. (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, Frankfurt, 2006, S. 59/67 ff.

¹⁰ Präambel der Satzung, in Kraft getreten am 7. April 1948. Anders formulieren Moebus, Susanne / Bödeker, Wolfgang: *Wer ist krank, wer ist gesund?*, in: Brundtland, Gro Harlem: *Grundrecht Gesundheit*, Frankfurt, 2000, S. 208/215: "Gesund wäre (...) ein Mensch, der mit oder ohne Erkrankung allein oder mit Hilfe anderer Gleichgewichte findet, entwickelt und aufrecht erhält, die ihn ein sinnvolles Leben führen lassen, in dem er seine persönlichen Anlagen entfalten und seine Lebensentwürfe verwirklichen kann."

¹¹ Paul, Norbert W.: *Gesundheit und Krankheit*, in: Schulz, Stefan / Steigleder, Klaus u.a. (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, Frankfurt, 2006, S. 131/134 f.

die subjektive Beeinträchtigung, wohingegen „disease“ den objektivierbaren klinischen Befund meint¹².

Zu dieser Differenzierung zwischen der subjektiven Sicht von Krankheit aus der Perspektive des Betroffenen und der objektivierbaren ärztlichen Betrachtung kommen die von kulturellen, religiösen, weltanschaulichen und gesellschaftlichen Komponenten geprägten Wertungen hinzu. Schließlich sind rechtlich-normative Faktoren von Bedeutung, die eine verbindliche Zuordnung vornehmen, was als Krankheit zu definieren ist¹³. Aus diesen Elementen kann sich jeweils die Beurteilung zusammensetzen, in welchem Sinn eine Person als krank zu bezeichnen ist.

1.2. Gerechtigkeit als Verteilungs- und als Partizipationsgerechtigkeit

1.2.1. Gesundheit als gerechtigkeitsrelevantes Gut

Gesundheit stellt für den Menschen ein besonderes Gut dar. Ihre herausragende Bedeutung für die persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten jedes Menschen ist unbestreitbar. Dabei ist Gesundheit nicht als abstrakt festzulegender Idealzustand anzusehen, entscheidend ist vielmehr das Maß an Gesundheit, das für Menschen individuell jeweils erreichbar ist. Gesundheit ist ein Schutzgut, das vorhanden sein muss, damit Menschen sich anderen Gütern zuwenden sowie Werte und persönliche Ziele realisieren können¹⁴. Wer nicht "gesund" ist, kann in der Regel nicht oder nur eingeschränkt am Arbeitsleben, an sozialen und kulturellen Angeboten teilhaben. Gesundheit ist daher insoweit ein zu schützendes Gut, als sie dem Einzelnen "Lebenschancen" bzw. Lebensperspektiven eröffnet¹⁵. Für den einzelnen Menschen bildet das ihm erreichbare Maß an Gesundheit die Voraussetzung dafür, seine Lebensmöglichkeiten ausschöpfen und persönliche Ziele sowie Wertvorstellungen verwirklichen zu können.

¹² Kreß, Hartmut: Medizinische Ethik, Stuttgart, 2. Aufl. 2009, S. 57.

¹³ Vgl. hierzu insgesamt Kreß, Hartmut: Gesundheitsschutz als normatives Kriterium der Medizinethik, Bundesgesundheitsblatt 2008, Berlin, S. 809/810.

¹⁴ So Gosepath, Stefan: Kann das Gut Gesundheit gerecht verteilt werden?, in: Nationaler Ethikrat, Gesundheit für alle - wie lange noch? - Tagungsdokumentation der Jahrestagung 2006, Berlin, S. 19/20 im Anschluss an Kersting, Wolfgang: Über Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Jahrbuch für Wissenschaft & Ethik 1999, Berlin, S. 143 ff.

¹⁵ So Georg Marckmann in seinem Referat vor der Bioethik-Kommission am 17.10.2007; zur verfassungsrechtlichen Definition des Gesundheitsbegriffs vgl. unten.

Gesundheit bezieht ihren herausragenden Stellenwert daraus, dass sie wiederum Bedingung für die Realisierung individueller Lebensziele darstellt¹⁶. Sie gehört zu den Grundbedürfnissen, die zur Führung eines guten Lebens befriedigt sein müssen¹⁷.

1.2.2. Gefühlte Ungerechtigkeit

Obwohl die Ausgaben für das Gesundheitswesen stetig steigen und 2008 bei gut 3.210 Euro je Einwohner lagen¹⁸, wird oft mit Unzufriedenheit vom deutschen Gesundheitssystem gesprochen. In Medien finden sich Schlagzeilen wie "Können wir uns das Kranksein noch leisten?"¹⁹, "Verlierer sind die Kranken"²⁰, "Die Wut wächst weiter"²¹, "Perverses System"²² und "Patienten fünfter Klasse"²³.

Gerechtigkeitslücken werden dabei aus unterschiedlichen Perspektiven namhaft gemacht. Auf Seiten der Patientinnen und Patienten sind es häufig eine unterschiedliche Behandlung von gesetzlich bzw. privat Versicherten sowie Beschränkungen in der Erstattung medizinischer Leistungen, die als ungerecht empfunden werden. Ärztinnen und Ärzte sehen in Therapievorgaben teilweise eine Einschränkung ihrer beruflichen Freiheit und kritisieren das Honorierungssystem; Kliniken beklagen Unterfinanzierung und Fachkräftemangel.

Dieser Bericht wird sich im Wesentlichen auf die Perspektive der (potentiellen) Leistungsempfängerinnen und -empfänger beziehen. Es wird untersucht, inwieweit das Empfinden, das derzeitige Gesundheitssystem behandle sie ungerecht, für verschiedene Zielgruppen Bestätigung findet. Gerechtigkeitsüberlegungen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit dürfen sich jedoch nicht auf den Zugang zur medizinischen Versorgung beschränken, da der Gesundheitszustand eines Men-

¹⁶ So Daniels, Norman: Just Health Care, New York, 1985.

¹⁷ So Nussbaum, Martha: Gerechtigkeit oder Das gute Leben, Frankfurt, 1999.

¹⁸ Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes stiegen die Ausgaben für Gesundheit im Jahr 2008 um 3,9 % gegenüber dem Vorjahr auf insgesamt 263,2 Milliarden Euro (Pressemitteilung des Statistischen Bundesamts (Destatis) vom 06.04.2010; <http://www.pressecho.de/wirtschaft/NA3731589926.htm>, Stand: 06.05.2010).

¹⁹ Bild-Zeitung, 18.05.2009.

²⁰ Die Welt, 04.10.2009.

²¹ Focus, 23.03.2009.

²² Der Spiegel, 06.10.2009.

²³ Süddeutsche Zeitung, 16.10.2009

schen nur zum Teil hiervon abhängt²⁴. Andere Faktoren wie Bildung, Arbeits- und Lebensbedingungen und sozialer Status spielen eine wichtige Rolle für die Gesundheit des Menschen, so dass diese bei der Frage nach Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung mit einzubeziehen sind²⁵.

1.2.3. Differenzierungen des Gerechtigkeitsbegriffs im Blick auf das Gesundheitswesen

Entsprechend dem zuvor Dargelegten nimmt der Bericht unterschiedliche Aspekte von Gerechtigkeit in den Blick. Klassisch wurde insbesondere zwischen der Verteilungsgerechtigkeit (*iustitia distributiva*) und der Tauschgerechtigkeit (*iustitia commutativa*) unterschieden. Soweit es um die Frage geht, inwieweit der Staat die Absicherung gesundheitlicher Leistungen zu gewährleisten hat, ist zu erörtern, was die Gemeinschaft für die Gesundheit des oder der Einzelnen - auch im Vergleich zu anderen Menschen - aufbringt. Dies tangiert die Solidarität innerhalb der Gesellschaft und die Grundkonzeption unseres Sozialstaates im Sinne einer **Verteilungsgerechtigkeit**. Dieser Aspekt ist in den vergangenen Jahren sowohl in der politischen als auch in der wissenschaftlichen Debatte breit behandelt worden. Insbesondere die Diskussionen um die erforderliche Höhe der bereitzustellenden finanziellen Mittel sowie deren Verteilung haben großen Raum eingenommen.

Vor allem aus der Perspektive von Menschen mit Behinderung in den Fokus geraten ist der Aspekt der **Zugangsgerechtigkeit**. Sie betrifft die Ermöglichung eines gleichberechtigten Zugangs zu Leistungen der gesundheitlichen Versorgung und Prävention. Ziel ist insoweit eine Barrierefreiheit, die in einem umfassenden Sinne zu verstehen ist und z.B. auch die gender- und altersspezifischen Besonderheiten und die Belange von Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigt.

²⁴ Stefan Huster in seinem Referat vor der Bioethik-Kommission am 03.12.2007; nach Einschätzung von Rosenbrock ist maximal ein Drittel der Fortschritte in Lebenserwartung und gesunden Lebensjahren auf die Fortschritte in der Medizin zurückzuführen, in: *Gesundheit und Gerechtigkeit in Deutschland*, Rede auf dem 31. Deutschen Evangelischen Kirchentag am 8. Juni 2007 in Köln, http://www.kirchentag2007.de/presse/dokumente/dateien/MED_2_1553.pdf, S. 1.

²⁵ Vgl. statt vieler Marckmann, Georg: *Gesundheit und Gerechtigkeit*, B*Ge*sBl., Berlin, 2008, S. 887; Rauprich, Oliver: *Gleiche Gesundheit und soziale Gerechtigkeit*, in: *Schöne-Seifert, Bettina u.a. (Hrsg.): Gerecht behandelt?*, Paderborn, 2006, S. 51/52 ff.

Erst in jüngerer Zeit ist der weitere Gedanke in das Blickfeld gerückt, dass auch bei Bereitstellung umfangreicher gesundheitlicher Versorgungs- und Vorsorgeangebote nicht alle Menschen im gleichen Maße in der Lage sind, diese für sich selbst zu nutzen. So dürfte vielen deutlich übergewichtigen Menschen bewusst sein, dass mit weiterer Gewichtszunahme eine Verschlechterung des Gesundheitszustands einher geht. Dennoch gelingt es ihnen nicht, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen oder durchzuhalten, teils weil es ihnen an persönlichen Ressourcen zur Umsetzung dieser Einsicht mangelt, teils weil Strategien einer erforderlichen therapeutischen Begleitung angesichts der epidemiologischen Ausweitung des Problems nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Junge Menschen lassen sich durch „peer-pressure“, also durch den Druck ihrer Bezugsgruppen, zum Nikotinkonsum verleiten, obwohl ihnen die Gesundheitsgefahren und das Abhängigkeitspotential durchaus bewusst sind. Daher sind zusätzliche Anstrengungen erforderlich, um Menschen zu befähigen, sich gesundheitsadäquat zu verhalten. Dieser Teilaspekt der Gesundheitsgerechtigkeit wird unterschiedlich bezeichnet. Im hier vorliegenden Bericht wird von ihm als **Partizipationsgerechtigkeit** gesprochen.

1.2.3.1. Verteilungsgerechtigkeit

Um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, ist ein profiliertes Verständnis von Verteilungsgerechtigkeit erforderlich. Besondere Aufmerksamkeit ist auf die Rahmenbedingungen zu richten, für die der Rechts- und Sozialstaat Verantwortung trägt.

1.2.3.1.1. Notwendigkeit von Verteilung im sozialen Gesundheitssystem

Die herausragende Bedeutung der Gesundheit für den einzelnen Menschen ist bereits angesprochen worden. Ihre Wichtigkeit führt neben weiteren Gründen dazu, dass Gesundheitsleistungen in einem Sozialstaat dem reinen Marktmechanismus entzogen und einem System der solidarischen Versorgung zugeführt werden. Gegen eine ausschließlich marktregulierte Gesundheitsversorgung spricht schon allein die Überlegung, dass es den Patienten in einer konkreten Krankheitssituation an den

Möglichkeiten und an den Voraussetzungen dafür fehlt, Kosten und Nutzen medizinischer Leistungen im Einzelnen abzuschätzen und Alternativen auszuloten. In der Regel liegt die Entscheidung über Diagnostik und Therapie - mit Einverständnis des Patienten - beim Arzt²⁶. Zudem agieren im Gesundheitswesen nicht die souveränen Kunden, die in anderen Wirtschaftszweigen Güter oder Dienstleistungen konsumieren. Denn gerade diejenigen, die eine medizinische Leistung nachfragen, befinden sich häufig in einem Zustand von Krankheit oder Behinderung, der einen Preisvergleich oder eine rationale Auswahl stark einschränkt oder verhindert²⁷. Ein solidarisch organisiertes Gesundheitssystem muss hier die zur Entlastung erforderlichen Ressourcen zumindest in einem Maße bereitstellen, das Benachteiligung durch situative oder passagere Überforderungen ausschließt.

1.2.3.1.2. Verfahren der Verteilung

Im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit stellt die Ressourcenknappheit ein besonders gravierendes, sich zunehmend verschärfendes Problem dar. Die Verteilung knapper Ressourcen, bei der verschiedene Ebenen und Maßnahmen zu unterscheiden sind, ist an Gerechtigkeitsmaßstäben zu bemessen.

Die Verteilung von Ressourcen auf einzelne Bereiche wird als **Allokation** bezeichnet. In diesem Zusammenhang ist zu diskutieren, wo Mittel am sinnvollsten eingesetzt werden sollten. Sofern etwa gesicherte Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ein höherer Bildungsgrad ein Mehr an Gesundheit zur Folge hat, könnten Allokationsentscheidungen unter Berücksichtigung dieser Erkenntnis überprüft werden²⁸.

²⁶ Gosepath, Stefan: Kann das Gut Gesundheit gerecht verteilt werden?, in: Nationaler Ethikrat, Gesundheit für alle - wie lange noch? - Tagungsdokumentation der Jahrestagung 2006, Berlin, S. 19/22.

²⁷ Marckmann, Georg: Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung, in: Schulz, Stefan / Steigleder, Klaus u.a. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt, 2006, S. 183/189 f.

²⁸ So auch Stefan Huster in seinem Referat vor der Bioethik-Kommission am 03.12.2007.

Unter **Allokation** ist die Verteilung von Mitteln auf Bereiche oder Personen zu verstehen. Dabei kann zwischen verschiedenen Ebenen unterschieden werden²⁹.

Die **Makroebene** betrifft die Zuordnung von Finanzmitteln zu einzelnen Teilbereichen. Es wird insoweit differenziert zwischen der oberen Makroebene, in der der Gesundheitssektor mit anderen Politikfeldern (z.B. Umweltschutz, Wirtschaft) konkurriert, sowie der unteren Makroebene - auch Mesoebene genannt -, auf der eine Zuordnung nach Teilbereichen der medizinischen Versorgung erfolgt (z.B. Universitätskliniken, hausärztliche Versorgung).

Die **Mikroebene** ist hingegen patientenbezogen. Auch hier wird teilweise eine Unterscheidung vorgenommen zwischen oberer Mikroebene (nach Patientengruppen, die - etwa aufgrund von Leitlinien - bestimmte Leistungen erhalten können) und der unteren Mikroebene, die sich auf die Verteilung von Leistungen im konkreten Arzt-Patienten-Verhältnis bezieht.

So erheblich die Summe ist, die die Bundesrepublik Deutschland in das Gesundheitswesen investiert, es bleibt eine Tatsache, dass das zur Verfügung stehende Budget begrenzt ist. Gleichzeitig verschiebt der medizinisch-technische Fortschritt die Grenze des Machbaren; beständig neue, oft kostenintensive Verfahren zur Diagnose und Therapie werden entwickelt. Es steht daher fest, dass diese Summe nicht ausreicht, um alle theoretisch vorstellbaren und medizinisch oder menschlich wünschenswerten Maßnahmen zu finanzieren - finanzielle Ressourcen, die für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehen, sind ein knappes Gut³⁰.

Der erste Ansatz zur Lösung dieses Dilemmas führt regelmäßig zu Forderungen nach **Rationalisierungen** im Gesundheitswesen. Darunter fallen Maßnahmen der Effizienzsteigerung durch das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven. Als "durch die Vernunft begründete sinnvolle Handlungen, die darauf abzielen, bei

²⁹ Die Bezeichnungen variieren im Einzelnen, teilweise wird auch von Makro-, Meso- und Mikroebene gesprochen, so etwa bei Gosepath, Stefan: Kann das Gut Gesundheit gerecht verteilt werden?, in: Nationaler Ethikrat (Hrsg.), Gesundheit für alle - wie lange noch?, Tagungsdokumentation zur Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2006 zum Thema "Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen", Berlin, S. 19/31. Die hier vorgenommene Einteilung entspricht derjenigen von Marckmann, Georg: Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung, in: Schulz, Stefan / Steigleder, Klaus, u.a. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt, 2006, S. 183/188 f., der Bezug nimmt auf Engelhardt, H. Tristram: The Foundations of Bioethics, New York, 1996.

³⁰ Vgl. Marckmann, Georg: Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung, in: Schulz, Stefan / Steigleder, Klaus u.a. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt, 2006, S. 183/184 ff.

gleichbleibendem finanziellen Aufwand das Versorgungsniveau zu halten³¹, ist diese Form der Mittel(um)verteilung unumstritten.

Rationalisierungsmaßnahmen sollen Effizienz- und Produktivitätssteigerungen im medizinischen Bereich ermöglichen. Unter **Rationalisierung** ist das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Steigerung von Effizienz der medizinischen Versorgung zu verstehen³². Sie beinhaltet die Eliminierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung³³.

Der Begriff der **Rationierung** leitet sich von dem Vorgang des Zuteilens von Rationen ab³⁴. Im hier relevanten Kontext ist darunter gemeinhin das (vorübergehende oder dauerhafte) Vorenthalten medizinisch notwendiger oder wenigstens nützlicher Leistungen aus Knappheitsgründen zu verstehen³⁵. *Explizite Rationierungen* erfolgen nach ausdrücklich festgelegten, allgemein verbindlichen Regeln und Kriterien, die oberhalb der Arzt-Patienten-Ebene (z.B. durch den Gesetzgeber) festgelegt werden. Bei der *impliziten Rationierung* wird hingegen im Einzelfall ohne feststehende Vorgaben entschieden, sei es durch den Arzt oder eine andere Instanz³⁶.

Priorisierung im allgemeinen Sinne bedeutet die Feststellung von Vorrangigkeit einer oder mehrerer Leistungen vor anderen mit der Konsequenz einer Rangfolge³⁷. Im medizinischen Sinne meint sie die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen. Nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und Indikationen (also Verknüpfungen bestimmter gesundheitlicher Problemlagen mit zu ihrer Behandlung geeigneten Leistungen) können priorisiert werden³⁸.

³¹ So Fuchs, Christoph / Nagel, Eckhard / Raspe, Heiner: Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung - was ist gemeint?, in: Deutsches Ärzteblatt 2009, S. 106.

³² Gosepath, Stefan: Kann das Gut Gesundheit gerecht verteilt werden?, in: Nationaler Ethikrat (Hrsg.): Gesundheit für alle - wie lange noch?, Tagungsdokumentation zur Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2006 zum Thema "Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen", Berlin, S. 19/29.

³³ So Georg Marckmann in seinem Referat vor der Bioethik-Kommission am 17.10.2007.

³⁴ Kliemt, Hartmut: Budgetierung, Standardisierung, Priorisierung, in: Schöne-Seifert, Bettina u.a. (Hrsg.): Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, Paderborn, 2006, S. 91/96.

³⁵ Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und in ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission/ZEKO) bei der Bundesärztekammer "Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)"; Langfassung, September 2007, 1.2.; kritisch zu einer solchen Definition Marckmann, Georg: Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung, in: Schulz, Stefan / Steigleder, Klaus u.a. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt, 2006, S. 183/193 f.

³⁶ ZEKO a.a.O.

³⁷ Bericht der Enquete-Kommission "Ethik und Recht in der modernen Medizin" des Deutschen Bundestages vom 06.09.2005, BT-Drs. 15/5980, S. 18.

³⁸ ZEKO a.a.O.

Gleiches gilt nicht für die **Rationierung**. Hierunter versteht man Einschränkungen bei der Verteilung eines knappen Gutes. Der Begriff ist in der aktuellen (politischen) Debatte zu einem Reizwort geworden, da mit ihm das Vorenthalten von notwendigen oder jedenfalls zweckmäßigen Gesundheitsleistungen einhergeht³⁹. Unterschieden werden kann dabei in strenge bzw. harte Rationierung, bei der kein Zukauf von Leistungen möglich ist, und in schwache oder weiche Rationierung, die dies zulässt⁴⁰.

Das Vorgehen der Rationierung birgt vor allem in zweierlei Hinsicht Probleme. Rationierung kann sowohl explizit als auch implizit erfolgen. Während explizite Rationierung oberhalb der Arzt-Patienten-Ebene in abstrakter und ausdrücklicher Form - etwa durch den Gemeinsamen Bundesausschuss - stattfindet, erfolgt bei impliziter Rationierung die Verteilung jeweils im Einzelfall durch die Leistungserbringer vor Ort. Dazu kommt es vor allem dann, wenn Ärztinnen und Ärzten ein Budget für bestimmte Leistungen zugeteilt ist und die Anzahl sowie die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten dessen Grenzen überschreiten. Es existieren Hinweise darauf, dass dies eine verbreitete Form der Rationierung im deutschen Gesundheitssystem ist⁴¹.

Unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten ist implizite Rationierung problematisch, da die Entscheidung intransparent ist und der Arzt oder die Ärztin für eine Abwägung zwischen den Interessen verschiedener Patienten oder Patientinnen (und ggf. eigenen Interessen) weder die Ausbildung noch verbindliche Anhaltspunkte und auch keine tragfähigen Kriterien besitzt⁴². Hinzu kommt die Frage der Haftung, wenn derartige Rationierungsentscheidungen von Leistungserbringern auf der Grundlage von Vorgaben der Leistungsträger (z.B. durch ein Budget) Schäden nach sich ziehen.

Das zweite gewichtige Problemfeld unter dem Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit liegt in der konkreten Auswahl derer, die in den Genuss der (knappen) Leistungen kommen sollen. Die Erstellung von Kriterien für eine Rangfolge wird häufig als **Priorisierung** bezeichnet. Mit dieser Fragestellung haben sich in jüngerer Ver-

³⁹ Gosepath, Stefan: Kann das Gut Gesundheit gerecht verteilt werden?, in: Nationaler Ethikrat (Hrsg.): Gesundheit für alle - wie lange noch?, Tagungsdokumentation zur Jahrestagung 2006 zum Thema "Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen", Berlin, S. 19/30.

⁴⁰ So Hartmut Kliemt in seinem Referat vor der Bioethik-Kommission am 03.12.2007.

⁴¹ Vgl. etwa Strech, Daniel u.a.: Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2009, S. 1261 ff.

⁴² Marckmann, Georg: Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung, in: Schulz, Stefan / Steigleder, Klaus u.a. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt, 2006, S. 183/198 f.

gangenheit zahlreiche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler wie auch Gremien befasst; namentlich genannt sei dabei die Arbeit der Zentralen Ethikkommission⁴³, des Nationalen Ethikrats⁴⁴ und der Enquete-Kommission "Ethik und Recht in der modernen Medizin" des Deutschen Bundestages⁴⁵. Ohne hier auf die Einzelheiten von Priorisierung eingehen zu können, ist jedoch hervorzuheben, dass eine gerechte Mittelverteilung nach definierten formalen Kriterien zu erfolgen hat. Hierzu gehören

- Transparenz
- Konsistenz
- Plausibilität
- Partizipationsmöglichkeiten von Betroffenen
- Wahrung der Einzelfallgerechtigkeit
- Offenheit für Überprüfung und Korrektur.

Für den Fall, dass Priorisierungen gemäß solcher Kriterien realisiert werden, sollten diese Kriterien selbst regelmäßig überprüft und gegebenenfalls ergänzt oder präzisiert werden. In materieller Hinsicht sollten sich Priorisierungsentscheidungen auf medizinische Bedürftigkeit, erwarteten medizinischen Nutzen und schließlich auch auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis stützen.

1.2.3.2. Partizipationsgerechtigkeit

Ausgehend von der - später zu belegenden - These, dass die Unterschiede in der Gesundheitsversorgung einzelner Personen und Bevölkerungsgruppen ihre Ursachen nicht nur in der finanziellen Ausstattung des Gesundheitssystems haben, muss der Blick über die Verteilungsprobleme hinausgehen. Erforderlich ist das faire Teilhaben/lassen an gesundheitsrelevanten Gütern (Beteiligung) sowie die Befähigung zu

⁴³ Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und in ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission/ZEKO) bei der Bundesärztekammer "Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)"; Berlin, Langfassung, September 2007 in Fortführung von: "Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?", 2000.

⁴⁴ Nationaler Ethikrat (Hrsg.) Gesundheit für alle - wie lange noch?, Tagungsdokumentation zur Jahrestagung 2006 zum Thema "Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen", Berlin.

⁴⁵ Bericht der Enquete-Kommission "Ethik und Recht in der modernen Medizin" des Deutschen Bundestages vom 06.09.2005, BT-Drs. 15/5980, dort insbesondere S. 13 ff.; S. 34 ff.

aktiver Teilnahme durch eigene Entscheidung und Betätigung im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Beide Aspekte sollen hier unter dem Oberbegriff der Partizipationsgerechtigkeit gefasst werden, der sowohl die **Beteiligungs-** als auch die **Befähigungsgerechtigkeit** umfasst⁴⁶.

Unter **Beteiligungsgerechtigkeit** ist zu verstehen, dass die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass sich Menschen tatsächlich aktiv an der Bewahrung bzw. Wiederherstellung des Gutes Gesundheit beteiligen können. Dieses Konzept enthält eine analytische und eine prognostische Komponente: Sich selbst überlassen führen die großen Megatrends dazu, dass die Gesellschaft insgesamt zwar reicher werden kann, dass aber auch ganze Gruppen abgehängt und nicht mehr öffentlich wahrgenommen werden. Exklusion (nicht Armut oder Ungleichheit) ist somit eine der großen Herausforderungen der nächsten Jahre. Beteiligungsgerechtigkeit beinhaltet danach eine regulative Idee: Gesellschaften so zu gestalten, dass niemand ausgeschlossen wird, jeder an der Entwicklung der Gesellschaft mitarbeiten kann. Jeder hat Fähigkeiten, die die Gesellschaft bereichern. Jeder hat aber auch die soziale Pflicht, sich in das Gemeinwesen einzubringen, so gut er kann, so wie dieses die Aufgabe hat, den Menschen immer wieder Chancen zu eröffnen. So entsteht eine Gesellschaft, bei der Gerechtigkeit nicht auf materielle Fragen beschränkt bleibt und Solidarität gelebt wird. Es entsteht eine *Gesellschaft der wechselseitigen Verantwortung und Verpflichtung*. Zu ihrer Begründung ist eine Erweiterung der Gerechtigkeitsphilosophie erforderlich. Gerechtigkeit nicht um der Gleichheit, sondern auch um der Freiheit willen; Armut nicht nur als ein Mangel an Geld, sondern auch als ein "Mangel an Verwirklichungschancen" - eine Philosophie, die Gerechtigkeit nicht zu einer materiellen Frage verkürzt, sie nicht nur als Umverteilung materieller Güter versteht⁴⁷. Eine solche Philosophie stellt und beantwortet auch Fragen nach der Beteiligung der Menschen und nach ihren Möglichkeiten, gebotene Chancen verwirklichen zu können.

Diese Form der Beteiligung setzt allerdings voraus, dass Menschen in der Lage sind, die angebotenen Chancen auch aktiv für sich zu nutzen. Sie müssen fähig sein, sich

⁴⁶ Die Terminologie scheint in der wissenschaftlichen Diskussion nicht immer einheitlich zu sein; teilweise wird Partizipationsgerechtigkeit auch synonym zu Befähigungsgerechtigkeit oder Ermöglichungsgerechtigkeit verwendet (vgl. Nachweise bei Kreß, Hartmut: Medizinische Ethik, Stuttgart, 2. Aufl. 2009, S. 109).

⁴⁷ Zitiert nach: Dettling, Warnfried: „Aus den Wurzeln der Gesellschaft“ – Solidarität und Gerechtigkeit in einer sich veränderten Welt – und was das für die Wohlfahrtsverbände bedeutet, in: Caritas in NRW 3/2004.

zu beteiligen. Beteiligungsgerechtigkeit setzt Befähigungsgerechtigkeit voraus. **Befähigungsgerechtigkeit** ist eine relativ neue Begriffsbildung in der gesundheitspolitischen Diskussion. Sie wird als Gewährleistung jener Bedingungen verstanden, die es allen Menschen ermöglichen, ihre Fähigkeiten zu entfalten⁴⁸. Grundlage dieses Konzepts ist das Modell der Verwirklichungschancen (capability approach). Der Begriff der „Capabilities“ stammt von dem indischen Wirtschaftswissenschaftler und Nobelpreisträger Amartya Sen⁴⁹. Grundgedanke des Capabilities-Ansatzes ist der englische Titel seines Buches „Development as freedom“. Freiheit ist das zentrale Ziel und Bewertungskriterium für Politik, die auf eine Verbesserung der Gesellschaft zielt. Freiheit wird dabei als Ziel und als Mittel verstanden; Freiheit wie die Tauschfreiheit des Marktes hilft, individuelle Freiheit zu ermöglichen. Allerdings sieht Sen den Doppelcharakter von Freiheit; sein Capabilities-Ansatz versteht Freiheit als eine, die neben der Abwesenheit von Hindernissen auch das Vorhandensein realer Möglichkeiten benötigt. Die Freiheit vom Zwang muss durch eine Chance zur tatsächlichen Erreichung von Zielen begleitet sein, sonst stellt sie keine reale Freiheit dar.

Martha Nussbaum⁵⁰ hat auf dieser Grundlage das Konzept der "Befähigungsgerechtigkeit" weiterentwickelt. Nussbaum stellt fest, dass die bisherigen Theorien der Gerechtigkeit vom "Bild des *gleichen*, kooperationswilligen und -fähigen Bürgers ausgeht", aber es sind die *Ungleichheiten* der Menschen in dieser Hinsicht, die begründungstheoretisch zu rechtfertigen sind⁵¹. Gerechtigkeit erhält damit eine Auslegung, die sowohl das Grundrecht des Einzelnen auf Freiheit und Selbstbestimmung ernst nimmt, als auch berücksichtigt, dass er zur Wahrnehmung dieses Grundrechts über Ressourcen und Fähigkeiten verfügen muss. Im Hinblick auf den Gedanken der Gesundheitsgerechtigkeit kann hieraus die Aussage abgeleitet werden: Das Gemeinwesen hat die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die einzelnen Menschen das ihnen individuell erreichbare Maß an Gesundheit erreichen können, so dass sich ihnen die für sie jeweils möglichen Lebenschancen eröffnen⁵².

⁴⁸ Sen, Amartya / Nussbaum, Martha: The quality of life. A study prepared for the World Institute for Development Economics Research (WIDER) of United Nations University, Oxford, 1993.

⁴⁹ Sen, Amartya: Ökonomie für den Menschen, Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft, München, 2007.

⁵⁰ Nussbaum, Martha: Gerechtigkeit oder das gute Leben, Frankfurt, 2009.

⁵¹ Zitiert nach: Dabrock, Peter: Befähigungsgerechtigkeit als Ermöglichung gesellschaftlicher Inklusion, in: Otto, Hans-Uwe, Ziegler, Holger (Hrsg.) Capabilities - Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft, Wiesbaden 2008.

⁵² Vgl. hierzu auch 5.4.

Dieser Schluss steht in Einklang mit den Theorien von Norman Daniels, der 1985 das viel beachtete Werk "Just health care" zur sozialen Gerechtigkeit im Gesundheitswesen veröffentlichte. Im Jahre 2008 erschien als Weiterentwicklung "Just health". Der Kerngedanke kann zu der Aussage zusammengefasst werden, dass Gesundheitsprobleme typischerweise zu verringerten Lebenschancen führen, die wiederum gegen die Gebote der fairen Chancengleichheit und der sozialen Gerechtigkeit verstoßen können. Menschen bedürfen aber zur Vermeidung und Besserung von Gesundheitsproblemen nicht nur der Medizin und geeigneter Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitspflege (Public Health), sondern benötigen auch ein Lebens- und Arbeitsumfeld, das ihnen eine bewusste Lebensgestaltung in der – auch gesundheitlichen – Sorge um sich selbst ermöglicht. Die ethische und politische Agenda einer gerechten Gesundheitsversorgung (just health care) soll zur Agenda der "gerechten Gesundheit" (just health) ausgebaut werden⁵³. Der Schutz der Gesundheit ist danach nicht lediglich eine Verpflichtung von Individuen und Institutionen in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitssystem. Sie ist eine allgemeine soziale Verpflichtung, die sich Bürgerinnen und Bürger einer Gesellschaft gegenseitig schulden⁵⁴.

⁵³ So zusammen gefasst von Rauprich, Oliver: Gesundheitsgerechtigkeit, BGeBl., Berlin, 2009, S. 519/522.

⁵⁴ Vgl. Rauprich, Oliver a.a.O.

These 2: Gesundheit und Recht

Gesundheitsgerechtigkeit ist eine wesentliche Grundlage und ein beständiger Auftrag des Rechts- und Sozialstaats. Sie ist begründet in der Garantie der Menschenwürde sowie den Gleichheits- und Freiheitsgrundrechten der Verfassungen des Bundes und der Länder. Dies gewährleistet Selbstbestimmung und Schutz und ist Maßstab aller weiteren gesundheitsbezogenen Gesetze und Rechtsvorschriften.

Gesellschaftlicher und medizinischer Wandel einerseits und grundrechtliche Gewährleistungen andererseits beeinflussen sich wechselseitig und dürfen nicht in Widerspruch zueinander geraten.

2. Gesundheit und Recht

2.1. Verfassungsrechtliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung

Gesundheit ist aufgrund ihrer existenziellen Bedeutung und ihres andere Lebensvzüge erst ermöglichenden Charakters ein besonderes Gut und bedarf daher auch verstärkter verfassungsrechtlicher Aufmerksamkeit⁵⁵. Angesichts dessen erstaunt zunächst, dass das Grundgesetz in den Grundrechten, die den Schutz elementarer Rechtsgüter des Menschen gewährleisten, den Begriff der Gesundheit nicht verwendet.

Das Sozialstaatsprinzip begründet die Pflicht des Staates, für eine gerechte Sozialordnung zu sorgen⁵⁶. Vor diesem Hintergrund scheint ausgeschlossen zu sein, dass die "Gesundheit" verfassungsrechtlich unberücksichtigt geblieben sein soll⁵⁷. Das Bundesverfassungsgericht geht tatsächlich in mehreren Entscheidungen davon aus,

⁵⁵ Kreß, Hartmut: Medizinische Ethik, 2. Aufl. 2009, S. 87; Huster, Stefan: Anm. zu dem Beschluss des BVerfG vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98, JZ 2006, 466/468; vgl. auch Weißbuch der Kommission vom 23. Oktober 2007 „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“ [KOM(2007) 630 endg. - Nicht im Amtsblatt veröffentlicht], Prinzip II: "Gesundheit ist das höchste Gut").

⁵⁶ BVerfG, Urteil vom 30. Juni 2009 - 2 BvE 2/08 u.a., C. I. 3. a) dd) (4); BVerfGE 59, 231/263; 100, 271/284.

⁵⁷ Seewald, Otfried: Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit, 1981, S. 37.

dass ein Grundrecht auf den Schutz der Gesundheit existiert⁵⁸. Das Schutzgut "Gesundheit" findet sich also implizit im Grundgesetz wieder. Das Fehlen einer ausdrücklichen Verankerung im Grundgesetz führt allerdings dazu, dass Verortung und Auslegung ausgesprochen unterschiedlich erfolgen.

2.1.1. Recht des Einzelnen auf Gesundheitsversorgung

Ein Grundrecht auf Schutz der Gesundheit ist im Grundgesetz nicht ausdrücklich genannt. In Zusammenhang mit der Schaffung des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG wurde in den entsprechenden Gremien über ein Grundrecht auf angemessene Versorgung durch den Staat diskutiert. Der Ausschuss für Grundsatzfragen des Parlamentarischen Rates schlug schließlich eine Bestimmung vor, die das Recht auf ein Mindestmaß an Nahrung, Kleidung und Wohnung - nicht aber ein Recht auf Gesundheitsversorgung - enthielt⁵⁹. Selbst diese Regelung ist später wieder gestrichen und Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG auf die Gewährleistung von Leben und körperlicher Unversehrtheit beschränkt worden.

Im Grundgesetz sind zahlreiche Ansatzpunkte für einen Gesundheitsschutz der Bevölkerung angelegt. In erster Linie sind zu nennen der Schutz der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG), das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG und das in Art. 20 Abs. 1 GG verankerte Sozialstaatsgebot⁶⁰. Auch das Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit aus Art. 2 Abs. 1 GG kann in Verbindung mit der Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zu Ansprüchen der Versicherten auf Gesundheitsleistungen führen⁶¹. Hinsichtlich des Schutzes der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen verankert Art. 6 GG die Pflicht des Staates, die Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung zu unterstützen; jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemein-

⁵⁸ Abgrenzend zum Gesundheitsbegriff der WHO BVerfGE 56, 54/73 ff.; BVerfG NJW 1987, 2287; in jüngerer Zeit BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des 1. Senats vom 04.03.2008 – 1 BvR 2617/07; Beschluss der 2. Kammer des 2. Senats vom 18.02.2010 – 2 BvR 2502/08; Beschluss der 3. Kammer des 2. Senats vom 09.03.2010 – 2 BvR 3012/09.

⁵⁹ So zitiert durch Leibholz/Rink-Lorenz, Grundgesetz, 49. EL, Oktober 2008, Art. 2 Rn. 462.

⁶⁰ Das Bundesverfassungsgericht formuliert: "Der Schutz der Bevölkerung vor dem Risiko der Erkrankung ist in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine Kernaufgabe des Staates.", BVerfG NJW 2009, 2033/2039.

⁶¹ Referat Ulrich Wenner vor der Bioethik-Kommission am 05.12.2008 unter Hinweis auf den „Nikolaus-Beschluss“ des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 (BVerfGE 115, 25)

schaft. Art. 11 Abs. 2 GG nennt Seuchenschutz als eine staatliche Aufgabe. Schließlich gilt es, auch im Bereich der Gesundheitsversorgung, den in Art. 3 GG festgehaltenen Gleichheitssatz zu achten, der sowohl ein Gebot der Gleichbehandlung als auch ein solches der Differenzierung enthält⁶². Wesentlich Gleiches ist danach gleich, wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln.

2.1.2. Grundrechte als Teilhaberechte

Nach verbreiteter Auffassung bilden Grundrechte in erster Linie *Abwehrrechte* gegenüber staatlichen Eingriffen und sind grundsätzlich keine Quelle, aus der sich über Leistungsansprüche gegen den Staat oder gar gegen Privatpersonen ein umfassendes Recht auf Gesundheitsleistungen ableiten ließe⁶³.

In Bezug auf die Gesundheit der Bevölkerung können dem Staat auch *Schutzpflichten* zukommen. Ihm obliegt die objektiv-rechtliche Pflicht, sich schützend und fördernd vor die von den Grundrechten umfassten Rechtsgüter zu stellen und sie insbesondere vor rechtswidrigen Eingriffen von Seiten Anderer zu bewahren⁶⁴. Zugleich wird ihm die Pflicht auferlegt, die notwendigen Vorkehrungen für ein hinreichend leistungsfähiges Gesundheitssystem zu treffen⁶⁵. In der Wahl der Mittel zum Schutz der Gesundheit ist er dabei weitgehend frei. Von Seiten der Verfassung ist dem Gesetzgeber die Art der Organisation des Gesundheitswesens überlassen⁶⁶.

Grundrechte sind im sozialen Rechtsstaat auch *Teilhaberechte*⁶⁷. Für den Bereich der Gesundheitsleistungen ist entscheidend, in welchem Umfang aus den Grundrechten Ansprüche des Einzelnen auf Teilhabe herzuleiten sind.

⁶² Wimmer, Raimund: Rechtsstaatliche Defizite im vertragsärztlichen Berufsrecht, NJW 1995, 1577/1578.

⁶³ Statt vieler Maunz/Dürig/Herzog/Scholz – Di Fabio, Grundgesetz, 53. EL Oktober 2008, Art. 2 Abs. 2, Rn. 51.

⁶⁴ Grundlegend BVerfGE 39, 1/41; 46, 160/164.

⁶⁵ BVerfG a.a.O.; Nettesheim, Martin: Rationierung in der Gesundheitsversorgung - verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen, VerwArch 93 (2002), 315/324 sieht hierin keine Schutzpflicht, sondern eine wohlfahrtsstaatliche Leistungspflicht.

⁶⁶ Nettesheim, Martin a.a.O., S. 325f.

⁶⁷ Statt vieler Felix Welti in seinem Referat vor der Bioethikkommission am 30.01.2008 unter Verweis auf BVerfGE 40, 121/133f.

2.1.2.1. Art. 1 Abs. 1 GG (i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG bzw. Art. 20 Abs. 1 GG - Sozialstaatsprinzip)

Aus der Garantie der Menschenwürde in Art. 1 Abs. 1 GG folgt die Pflicht des Staates, die materiellen Bedingungen menschenwürdiger Existenz zu gewährleisten⁶⁸. Diese Verpflichtung besteht unabhängig von den Gründen der Hilfsbedürftigkeit eines Menschen⁶⁹. Dabei gilt der Vorrang der Selbsthilfe, der insoweit nicht als Abstrich vom Sozialstaatsgedanken, sondern als dessen Verdeutlichung angesehen wird⁷⁰.

Für den Einzelnen ergibt sich aus dem Schutz der Menschenwürde jedenfalls der Anspruch auf Sicherstellung des medizinischen Existenzminimums⁷¹. Dieser Begriff wiederum wird unterschiedlich ausgelegt. Zum einen wird das medizinische Existenzminimum unter Bezug auf das Grundrecht auf Schutz des Lebens aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG als Minimalversorgung in dem Sinne erachtet, dass nur die "nackte Existenz" zu sichern ist⁷².

Es gibt aber auch Ansätze, zum Mindeststandard alle Gesundheitsleistungen zu zählen, die den "Normalzustand" der medizinischen Versorgung bilden⁷³. Aus dem "Staatsziel einer der Menschenwürde verpflichteten sozialen Gleichheit" wird ein Gebot hergeleitet, dem Hilfsbedürftigen grundsätzlich ein Leben in der Umgebung von Nichtbedürftigen der unteren Einkommenschicht zu ermöglichen, das ihn nicht

⁶⁸ BVerwGE 1, 159; BVerfGE 75, 348/360; Bonner Kommentar zum Grundgesetz – Zippelius, 137. EL Dezember 2008, Art. 1 Abs. 1 u.2, Rn. 102.

⁶⁹ BVerfG NVwZ 2005, 927/928.

⁷⁰ Sachs - Murswiek, Grundgesetz, 5. Aufl. 2009, Art. 2 Rn. 224; Taupitz, Jochen: Ressourcenknappheit in der Medizin als Rechtsproblem, undatiert, auf www.dkjg.de/vortraege/_ressourcenknappheit.htm, IV.

⁷¹ Ausdrücklich offen gelassen durch BVerfGE 75, 348/360; zustimmend die allg. Auffassung in der Lehre, vgl. statt vieler Neumann, Menschenwürde und Existenzminimum, NVwZ 1995, 426/429, ders. Das medizinische Existenzminimum, NZS 2006, 393; Gethmann, Carl Friedrich u.a., Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems, 2005, S. 148 f.; Schmidt-Aßmann, Eberhard: Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S. 29. Unter ergänzender Bezugnahme auf Art. 2 Abs. 2 GG im Ergebnis ebenso Dreier - Schulze-Fielitz, Grundgesetz Kommentar, 2. Aufl. 2004, Art. 2 II Rn. 96; v. Mangoldt/Klein/Starck-Starck, Grundgesetz, 4. Aufl. 1999, Art. 2 II Rn. 213; Bieritz-Harder, Renate: Menschenwürdig leben, 2001, S. 268 f.

⁷² Sachs - Murswiek, Grundgesetz, 5. Aufl. 2009, Art. 2 Rn. 224; Taupitz, Jochen: Ressourcenknappheit in der Medizin als Rechtsproblem, undatiert, auf www.dkjg.de/vortraege/_ressourcenknappheit.htm, IV.

⁷³ Neumann, Volker: Der Grundrechtsschutz von Sozialleistungen in Zeiten der Finanznot, NZS 1998, 401/410.

als solchen auffallen lässt⁷⁴.

Die Heranziehung des Gleichheitsgrundsatzes aus Art. 3 Abs. 1 GG zur Begründung eines Rechts auf Gesundheitsleistungen ist kritisch zu sehen⁷⁵. Ebenso wenig, wie der von Verfassungen wegen garantierte und staatlich zu gewährleistende Lebensstandard dem gesellschaftlichen Normal- oder Durchschnittsmaß entsprechen muss, kann dies bei der medizinischen Versorgung der Fall sein⁷⁶.

2.1.2.2. Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG

Eine trennscharfe Definition des Gesundheitsbegriffs erfolgt in der verfassungsrechtlichen Debatte selten⁷⁷, obwohl auch in der juristischen Literatur das Schutzgut der Gesundheit in Art. 2 Abs. 2 GG verortet wird⁷⁸. Einigkeit besteht im Sinne einer negativen Abgrenzung darüber, dass Art. 2 Abs. 2 GG ein Grundrecht auf Gesundheit im Sinne der Definition durch die WHO ("Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen")⁷⁹ nicht gewährleistet, da dies dessen Schutzpflichtdimension überdehnen würde⁸⁰.

⁷⁴ So Ebsen, Ingwer: Verfassungsrechtliche Implikationen der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen, NDV 1997, 71/78, hier wiederum zustimmend Taupitz, Jochen a.a.O. Häufig erwähntes Beispiel für eine augenfällige Zweiklassengesellschaft im Gesundheitswesen ist der Zahnersatz, der mittlerweile im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung qualitativ abgestuft ist und teilweise erheblichen Zuzahlungen unterliegt; vgl. § 55 SGB V.

⁷⁵ Lenze, Anne: jurisPR -SozR 20/2006 Anm. 3 befürwortet bei der Behandlung von Schwerstkranken mit Mitteln oder Methoden, deren Wirksamkeit nicht positiv festgestellt ist; hier dürfe ein Anspruch auf die "letzte Hoffnung" schwerlich von der finanziellen Leistungsfähigkeit abhängig gemacht werden. Gegen die Anwendung des Gleichheitssatzes wohl Gethmann, Carl Friedrich u.a., Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems, 2005, S. 149; Huster, Stefan: Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Rauprich/Marckmann/Vollmann (Hrsg.), Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin, 2005, S. 187/196 ff.

⁷⁶ Nettessheim, Martin: Rationierung in der Gesundheitsversorgung - verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen, VerwArch 93 (2002), 315/335.

⁷⁷ In dem über 300 Seiten starken Werk "Das Grundrecht auf Schutz von Leben und Gesundheit" (1987) geht Hermes von der Existenz dieses Grundrechts aus, ohne die Ersetzung des Wortlauts "körperliche Unversehrtheit" durch "Gesundheit" auch nur zu begründen; ähnlich Seewald, Gesundheit als Grundrecht, 1982. Zur Definition des Gesundheitsbegriffs unter medizinisch-ethischen Gesichtspunkten vgl. oben.

⁷⁸ So auch Hufen, Friedhelm: Inhalt und Einschränkung vertragsärztlicher Grundrechte, MedR 1996, 394/399.

⁷⁹ Präambel der Satzung, in Kraft getreten am 7. April 1948.

⁸⁰ Zurückhaltend BVerfGE 56, 54/73 ff; ausdrücklich Maunz/Dürig/Herzog/Scholz – Di Fabio, Grundgesetz, 53. EL Oktober 2008, Art. 2 Abs. 2, Rn. 57; v. Mangoldt/Klein/Starck - Starck, Kommentar zum Grundgesetz, 5. Aufl. 2005, Art. 2 Abs. 2 Rn. 193; Dreier - Schulze-Fielitz, Grundgesetz; 2. Aufl. 2004,

Das Bundesverfassungsgericht geht seit langem von einem in Art. 2 Abs. 2 GG gewährleisteten Grundrecht auf Gesundheit aus⁸¹. Es hat wiederholt betont, dass die Wahl der Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit dem Gesetzgeber obliegt⁸². Ein verfassungsrechtlicher Anspruch auf Bereithaltung bestimmter Gesundheitsleistungen besteht grundsätzlich nicht; die objektivrechtliche Pflicht des Staates, sich schützend und fördernd vor das Rechtsgut der Gesundheit zu stellen, ist unter Berücksichtigung der Gestaltungsfreiheit der zuständigen staatlichen Stellen lediglich darauf gerichtet, dass die öffentliche Gewalt Vorkehrungen zum Schutz des Grundrechts trifft, die nicht völlig ungeeignet oder unzulänglich sind⁸³. Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG wird allerdings dann berührt, wenn staatliche Regelungen dazu führen, dass einem kranken Menschen eine nach dem Stand der medizinischen Forschung prinzipiell zugängliche Therapie, mit der eine Verlängerung des Lebens, mindestens aber eine nicht unwesentliche Minderung des Leidens verbunden ist, versagt bleibt⁸⁴.

2.1.2.3. Art. 2 Abs. 1 GG

Ein anderer verfassungsrechtlicher Ansatzpunkt für individuelle Ansprüche gegen den Staat findet sich in der Zwangsmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Unterwirft der Gesetzgeber Personen der Pflichtversicherung in einem System der sozialen Sicherheit, so ist das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit aus Art. 2 Abs. 1 GG betroffen⁸⁵. Soweit der Staat mit dem System der gesetzlichen

Art. 2 II Rn. 37; Nettesheim, Martin: Rationierung in der Gesundheitsversorgung - verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen, VerwArch 93 (2002), 315/ 335; Umbach/Clemens-Wiedemann, Grundgesetz, 2002, Art. 2 II, Rn. 355; v. Münch/Kunig - Kunig, Grundgesetz-Kommentar, 5. Aufl. 2000, Art. 2 Rn. 62.

⁸¹ Schon 1979 wurde von den Richtern Simon und Häußler in einem Sondervotum zu atomrechtlichen Verfahrensvorschriften ausdrücklich der grundrechtlich gebotene Schutz von Leben und Gesundheit vor den Gefahren der Kernenergie zur Beurteilung herangezogen; BVerfGE 53, 30/88. BVerfGE 56, 54/73 ff. befindet, dass – trotz des Wortlauts des Art. 2 Abs. 2 GG – Einwirkungen auf die Psyche „jedenfalls nicht gänzlich vernachlässigt“ werden dürften. In einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 1987 heißt es, dass "aus dem objektiv-rechtlichen Gehalt des Art. 2 II GG die Pflicht des Staates zum Schutz von Leben und Gesundheit gegenüber den durch die Aids-Krankheit bewirkten Gefahren folgt"; BVerfG NJW 1987, 2287; die 3. Kammer der 1. Senats spricht in einem Beschluss vom 04.03.2008 (1 BvR 2617/07) von „der staatlichen Schutzpflicht hinsichtlich der Rechtsgüter Leben und körperlicher Gesundheit“.

⁸² BVerfG NJW 1987, 2287.

⁸³ BVerfG NJW 1997, 3085.

⁸⁴ BVerfG NJW 1999, 3399/3400.

⁸⁵ St. Rspr., statt vieler BVerfGE 29, 221/235 f.; 29, 245/254; 29, 260/266 f.; 109, 96/109 f. Vereinzelt wird in Anbetracht der geleisteten Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auch Art. 14

Krankenversicherung Verantwortung für Leben und körperliche Unversehrtheit der Versicherten übernommen hat, ist Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG bei der Auslegung zu berücksichtigen⁸⁶.

Das Bundesverfassungsgericht hat in einer vieldiskutierten Entscheidung vom 06.12.2005⁸⁷ formuliert: *" Es ist mit Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem grundgesetzlichen Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar, den Einzelnen unter den Voraussetzungen des § 5 SGB V einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterwerfen und für seine an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ausgerichteten Beiträge die notwendige Krankheitsbehandlung gesetzlich zuzusagen, ihn andererseits aber, wenn er an einer lebensbedrohlichen oder sogar regelmäßig tödlichen Erkrankung leidet, für die schulmedizinische Behandlungsmethoden nicht vorliegen, von der Leistung einer bestimmten Behandlungsmethode durch die Krankenkasse auszuschließen und ihn auf eine Finanzierung der Behandlung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu verweisen. Dabei muss allerdings die vom Versicherten gewählte andere Behandlungsmethode eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf versprechen."*

Mit dieser Entscheidung hat das Bundesverfassungsgericht die Rechte der Versicherten auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) erheblich gestärkt. Es hat klar gestellt, dass die Versicherten durch die Entrichtung der Zwangsbeiträge an die GKV Anspruch auf eine umfassende Krankenversorgung - gerade bei lebensbedrohlichen Krankheiten - erwerben. Der Gesetzgeber gehe davon aus, dass den Versicherten regelmäßig erhebliche finanzielle Mittel für eine zusätzliche selbstständige Vorsorge im Krankheitsfall und insbesondere für die Beschaffung von notwendigen Leistungen der Krankenbehandlung i.S.d. § 12 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zur Verfügung stehen.

Hierin wird von Bundessozialrichter Ulrich Wenner "die denkbar klarste Absage" an

Abs. 1 GG heran gezogen (Nettesheim, Martin: Rationierung in der Gesundheitsversorgung - verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen, VerwArch 93 (2002), 315/330 ff.)

⁸⁶ BVerfGE 115, 25; Francke/Hart, MedR 2006, 131/132.

⁸⁷ BVerfGE 115, 25 (sog. Nikolaus-Beschluss).

eine Konzeption der gesetzlichen Krankenversicherung als "Schmalspur- oder Basisversorgung", die in der gesundheitlichen Diskussion immer wieder angesprochen wird, gesehen⁸⁸. Es entspreche auch Gerechtigkeitserwägungen, wenn gesetzlich Versicherten Leistungen nicht vorenthalten werden dürfen, die privat Versicherte erhalten, da der Einzelne in aller Regel nicht frei entscheiden kann, ob er gesetzlich oder privat versichert sein will⁸⁹. Hiervon abzugrenzen ist das - ebenfalls verfassungsrechtlich verankerte - selbstverständliche Recht des Einzelnen, sich aus seinem Vermögen Gesundheitsleistungen hinzuzukaufen⁹⁰.

Die Rechtsprechung hat die Anwendung der Grundsätze aus dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 auch hinsichtlich der Versorgung gesetzlich Versicherter mit Arzneimitteln für bindend erachtet⁹¹. Der Arzneimittelsektor dürfte auch derjenige Bereich sein, in dem die Entscheidung des BVerfG die stärksten Auswirkungen zeitigt⁹². Damit verbunden ist die Gefahr einer weiteren Kostensteigerung bei den Ausgaben für Pharmaprodukte⁹³. Das Bundessozialgericht hat versucht, die Auswirkungen des "Nikolaus-Beschlusses" zu begrenzen⁹⁴. So sei nicht zu beanstanden, dass die Gesetzliche Krankenversicherung Leistungen nur unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung stellt; sie sei von Seiten der Verfassung nicht gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Gesundheit verfügbar sei. Auch sei dem Gesetzgeber nicht verwehrt, zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und der Gleichbehandlung der Versicherten ein Verfahren der Überprüfung neuer Be-

⁸⁸ Vgl. insgesamt Wenner, Ulrich: Anm. zu dem Beschluss des BVerfG vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98, SozSich 2006, 174/176.

⁸⁹ Wenner, Ulrich a.a.O., der darauf hinweist, dass damit für Schwerstkranke faktisch der Leistungsumfang der privaten Krankenkassen denjenigen der gesetzlichen definiert; ähnlich Koch, jurisPR-SozR 6/2006 Anm. 2.

⁹⁰ Ulrich Wenner in seinem Referat vor der Bioethik-Kommission am 05.12.2008; ebenso Gutmann, Thomas: in: Schöne-Seifert, Bettina u.a. (Hrsg.); Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, Paderborn, 2006, S. 31.

⁹¹ BSG NJW 2007, 1380.

⁹² Wenner, Ulrich: Anm. zu dem Beschluss des BVerfG vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98, SozSich 2006, 174/179.

⁹³ Wenner, Ulrich a.a.O., S. 177f, 179; Burkhard, B.: VersMed 2006, 181 ff. Ulrich Wenner wies in seinem Referat vor der Bioethik-Kommission am 05.12.2008 darauf hin, dass bereits 2006 die Ausgaben der GKV für Arzneimittel erstmals diejenigen für ärztliche Leistungen überstiegen (In der PKV ist dies - noch - nicht der Fall, so Generaldirektor Laue (Debeka) in seinem Vortrag vor der Bioethik-Kommission am 16.02.2009). Burkhard, B. weist darauf hin, dass der Kassenpatient nicht zum Experimentierfeld für Außenseitermethoden werden darf, zumal die eigene Entscheidungsfähigkeit des Patienten bei suggeriertem Heilerfolg nach dem "Prinzip Hoffnung" schon eingeschränkt sein kann (VersMed 2006, 181 unter Hinweis auf Biehl/Ortwein, SozGerichtsbarkeit 38 (1991), 529).

⁹⁴ So auch die Interpretation der Rspr. des BSG durch Padé, Christiane: jurisPR-SozR 10/2008 Anm. 1 und Lenze, Anne: jurisPR-SozR 20/2006 Anm. 3.

handlungs- und Untersuchungsmethoden vorzusehen⁹⁵.

In der Literatur wurde die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts oftmals kritisch aufgenommen. So wird befürchtet, dass die Seriosität von wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu neuen Behandlungsmethoden und die dahinter stehenden Interessen nur schwer zu durchschauen sind. Richter seien wahrscheinlich gar nicht in der Lage, zu beurteilen, wann eine Behandlung eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder spürbare Verbesserung biete⁹⁶. Die Auswahl an medizinischen Gutachtern mit hinreichender klinischer Erfahrung bzgl. eines neuen, "alternativen" Verfahrens dürfte in der Regel gering sein⁹⁷. Hinzu kommen schwankende Krankheitsverläufe und Placebo-Effekte, deren juristische Überprüfung häufig ein aussichtsloses Unterfangen darstellt⁹⁸. Zudem dürfe der Schutz der Gesundheit nicht dazu führen, dass das Gemeinwesen die Gesundheitskosten nicht mehr begrenzen kann - zumal konkurrierende Güter wie Umweltschutz und vor allem Bildung einen erheblich größeren Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu haben scheinen als die medizinische Versorgung⁹⁹.

Sehr vereinzelt wurde die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts als nicht weitgehend genug angesehen. So müsse das Recht auf individuell nutzbringende Behandlung auch für Patienten gelten, die nicht sterbenskrank seien¹⁰⁰.

⁹⁵ Vgl. etwa BSG NJW 2007, 1385ff.

⁹⁶ Burkhard, B.: VersMed 2006, 181 ff.; Wenner, Ulrich: Anm. zu dem Beschluss des BVerfG vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98, SozSich 2006, 174/177.

⁹⁷ In einem Verfahren vor dem Bayerischen Landessozialgericht war der behandelnde Arzt sogar der einzige Mediziner, der vom Gericht herangezogen wurde, BayLSG, Urteil vom 13.12.2007 - L 4 KR 376/06 mit entspr. kritischer Anm. von Padé, Christiane: jurisPR-SozR 6/2006 Anm. 2.

⁹⁸ So Huster, Stefan: Anm. zu dem Beschluss des BVerfG vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98, JZ 2006, 466/467. Der Verfasser weist darauf hin, dass die Behandlungsmethode, die Gegenstand des verfassungsgerichtlichen Verfahrens war, vom G-BA bereits abschlägig beschieden wurde und in den USA sogar aus Gründen des Verbraucherschutzes verboten ist.

⁹⁹ So auch Heinz-Harald Abholz in seinem Vortrag vor der Bioethik-Kommission am 16.02.2009 und Huster, Stefan a.a.O., S. 468. Insbesondere wird kritisiert, dass sich das Bundesverfassungsgericht nicht mit der Begründung zu § 2 Abs. 1 des Gesetzentwurfs zum Gesundheits-Reformgesetz von 1988 auseinandergesetzt hat, in dem es hieß: "Neue Verfahren, die nicht ausreichend erprobt sind, oder Außenseitermethoden (paramedizinische Verfahren), die zwar bekannt sind, sich aber nicht bewährt haben, lösen keine Leistungspflicht der Krankenkasse aus. Es ist nicht Aufgabe der Krankenkassen, die medizinische Forschung zu finanzieren. Dies gilt auch dann, wenn neue Methoden im Einzelfall zu einer Heilung der Krankheit oder Linderung der Krankheitsbeschwerden führten." (BT-Drs. 11/2237, S. 157). Hierauf weisen zu Recht hin Francke/Hart MedR 2006, 131/132 und Burkhard, B. VersMed 2006, 181ff.

¹⁰⁰ So der Präsident des Zentralverbands der Ärzte für Naturheilverfahren Pollmann, Antonius: in: Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren 47 (2006), 56.

Abwägende Stimmen setzten einen weiteren Akzent. Sie ordnen den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 in den wohlbegründeten Trend der Gesetzgebung und Rechtsprechung ein, Gesundheit implizit oder sogar explizit als Grundrecht zu bewerten und hieraus auch bestimmte Ansprüche abzuleiten; doch sei dies nach wie vor unter dem Vorzeichen zu sehen, dass der "Vorbehalt des Möglichen" bestehen bleibt: Dieser besagt, dass Ansprüche gegen den Staat unter dem Vorbehalt staatlicher Leistungsfähigkeit stehen. Was er, aufs Ganze gesehen, nicht leisten kann, muss er auch rechtlich nicht leisten¹⁰¹.

2.1.2.4. Regelungen der rheinland-pfälzischen Landesverfassung

In manchen Landesverfassungen wird das Recht auf Gesundheit deutlicher zum Ausdruck gebracht, als es im Grundgesetz der Fall ist (z.B. Hessen, Thüringen, Brandenburg). Auch die rheinland-pfälzische Landesverfassung (LV) nimmt in mehreren Artikeln Bezug auf die Gesundheit. In den Artikeln 53 und 55 geht die Landesverfassung beispielsweise auf den Schutz der Gesundheit von Arbeitnehmern sowie die Erhaltung der Gesundheit durch eine dem ganzen Volk zugängliche Sozialversicherung ein.

Im Ersten Hauptteil, den Grundrechten und Grundpflichten, wird die Gesundheit hingegen - ebenso wie im Grundgesetz - nicht ausdrücklich erwähnt. Art. 1 Abs. 1 Satz 2 LV gewährleistet dem Menschen "ein natürliches Recht auf die Entwicklung seiner körperlichen und geistigen Anlagen". Gemäß Art. 1 Abs. 2 LV hat der Staat u.a. die Aufgabe, "das Wohlergehen des Einzelnen (...) durch die Verwirklichung des Gemeinwohls zu fördern".

Art. 3 Abs. 3 LV gewährleistet, dass Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit nur aufgrund eines Gesetzes statthaft sind. In Bezug auf Kinder finden sich Regelungen, die auch in gesundheitlicher Hinsicht Auswirkungen haben können. Art. 24 LV gewährt jedem Kind ein Recht auf Entwicklung und Entfaltung (Satz 1) und Schutz vor körperlicher und seelischer Misshandlung und Vernachlässigung. Art. 25 Abs. 1 LV formuliert, dass die Eltern das natürliche Recht und die oberste Pflicht haben, ihre

¹⁰¹ Pestalozza, Christian: Das Recht auf Gesundheit. Verfassungsrechtliche Dimensionen, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2007, 1113/1117.

Kinder u.a. zur leiblichen Tüchtigkeit zu erziehen. Staat und Gemeinden haben die Pflicht, die Eltern hierbei zu unterstützen. Konsequenter Weise ist gemäß Art. 25 Abs. 2 LV "die Jugend gegen Ausbeutung sowie gegen sittliche, geistige und körperliche Verwahrlosung durch staatliche und gemeindliche Maßnahmen und Einrichtungen zu schützen".

Insgesamt ist auch bei der Auslegung der rheinland-pfälzischen Landesverfassung festzustellen, dass das Rechtsgut der Gesundheit, obwohl unbenannt, Berücksichtigung findet. Aus Art. 1 Abs. 2 LV ergibt sich danach die Verpflichtung des Landesgesetzgebers, sich schützend vor das verfassungsrechtlich verbürgte Rechtsgut der Gesundheit zu stellen¹⁰². Die Kommentierung zu Art. 3 Abs. 3 LV definiert den Begriff der körperlichen Unversehrtheit mit dem Bundesverfassungsgericht als "menschliche Gesundheit im physischen Sinne"¹⁰³. Die psychische Gesundheit wird demnach allein geschützt, soweit physische Auswirkungen möglich oder Beeinträchtigungen hinsichtlich ihrer Intensität körperlichen Eingriffen gleichzusetzen sind¹⁰⁴.

2.1.3. Weitere Grundrechtsträger im Gesundheitswesen

In der Gesundheitsversorgung finden sich verschiedene Beteiligte mit unterschiedlichen, teils sogar widerstreitenden Interessen und Verfassungspositionen wieder. Neben den Patienten sind insbesondere die Beitragszahlenden in den Krankenversicherungen, ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, Krankenhausträger sowie Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitswirtschaft zu nennen.

Die Gruppe der Patientinnen und Patienten sowie Hilfebedürftigen ist nicht identisch mit derjenigen der Beitragszahler¹⁰⁵. Letztere, auch wenn sie an einer sehr guten Gesundheitsversorgung interessiert sind, sind an einem möglichst geringen Versicherungsbeitrag interessiert - insbesondere in Zeiten, in denen man der Leistungen

¹⁰² VerfGHNVwZ-RR 2009, 89, NVwZ 2008, 552. In einem Urteil vom 05.07.2005 (NVwZ 2005, 1420) erfolgt die Ausdehnung des Wortlautes auf das Rechtsgut der Gesundheit nur im Leitsatz, ohne sie in den Entscheidungsgründen wieder aufzugreifen.

¹⁰³ Grimm/Caesar - Gusy, Verfassung für Rheinland-Pfalz, 2001, Art. 3 Rn. 12 f., ebenfalls mit dem Hinweis, dass die Definition von "Gesundheit" enger als diejenige der neueren medizinischen Forschung, insbesondere derjenigen der WHO, zu fassen sei.

¹⁰⁴ Grimm/Caesar - Gusy a.a.O. unter Bezugnahme auf BVerfGE 56, 54/74.

¹⁰⁵ Hierauf weisen zu Recht hin Gethmann, Carl Friedrich u.a. in: Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems, Berlin 2005, S. 160.

des Gesundheitssystems nicht bedarf. Zum anderen sind auch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber Beitragszahlende in der Gesetzlichen Krankenversicherung, deren Interesse regelmäßig darin besteht, mit niedrigem finanziellem Einsatz einen geringen Krankenstand in der Belegschaft zu erreichen. Hier können Grundrechte aus Art. 2 Abs. 1 GG, aber auch aus Art. 14 Abs. 1 GG¹⁰⁶ tangiert sein.

In die Betrachtung ebenfalls einzubeziehen sind die Angehörigen ärztlicher und anderer Gesundheitsberufe, die sich auf ihr Grundrecht auf Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG berufen können. An sie wird die Entscheidung über das Ob und Wie einer Rationierung indirekt weiter gegeben, wenn über Budgetierungsregelungen zwar keine Ärztin und kein Arzt gehindert wird, eine medizinische Leistung zu erbringen, diese aber möglicherweise nicht oder nur reduziert vergütet wird¹⁰⁷. Teilweise wird weitergehend vertreten, dass auch das Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG und die Menschenwürde von Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient berührt sein können, wenn Einzelne vom eigenverantwortlich Handelnden zum bloßen Rechnungsposten im "Versorgungsgrad" werden¹⁰⁸. Danach sei die ärztliche Therapiefreiheit nicht nur "Recht zur Berufsausübung", sondern ein Teil des beruflich wahrgenommenen Persönlichkeitsrechts¹⁰⁹. Die eingerichtete und ausgeübte Praxis stellt schließlich ein Schutzgut des Art. 14 Abs. 1 GG dar¹¹⁰; in Betracht kommt daher auch eine Verletzung des Eigentumsrechts, wenn etwa die "Deckelung" der Vertragsarzt Honorare insgesamt zu einer nicht mehr wirtschaftlichen oder gar Existenz bedrohenden Führung der Praxis zwingt¹¹¹.

Eine Rolle spielen weiterhin die Krankenhausträger, deren Rechtsposition nach der konkreten Ausgestaltung variieren kann. Schließlich betrifft das Thema den weiten Bereich der Gesundheitswirtschaft¹¹², in dem die Grundrechte zu wahren sind¹¹³.

¹⁰⁶ Vgl. Nettesheim, Martin: Rationierung in der Gesundheitsversorgung - verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen, *VerwArch* 93 (2002), 315/330 ff.

¹⁰⁷ Nettesheim, Martin a.a.O., S. 322 und 339.

¹⁰⁸ So Hufen, Friedhelm: Inhalt und Einschränkung vertragsärztlicher Grundrechte, *MedR* 1996, 394/397.

¹⁰⁹ Hufen, Friedhelm a.a.O.

¹¹⁰ Wimmer, Ulrich: Rechtsstaatliche Defizite im vertragsärztlichen Berufsrecht, *NJW* 1995, 1577/1578.

¹¹¹ Hufen, Friedhelm a.a.O..

¹¹² Vgl. hierzu ausführlich Hufen, Friedhelm: Gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherung - Eine Solidargemeinschaft?, in: *Bitburger Gespräche, Jahrbuch 2007 II* (2008), 147 ff.; Kreß, Hartmut: *Medizinische Ethik*, 2. Aufl. 2009, S. 94 f.

¹¹³ Vgl. etwa BVerfGE 106, 275.

2.2. Einfluss europäischen und internationalen Rechts

Auf europäischer und internationaler Ebene finden sich verschiedene Regelungen in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung, die insgesamt eine starke Betonung auf Gesundheit als Schutzgut legen¹¹⁴.

2.2.1. Abkommen und Verträge

Bereits die vom Europarat initiierte Europäische Sozialcharta vom 18.10.1961 benennt in Artikel 11 die Pflicht des Staates, das Recht auf Gesundheit so weit wie möglich zu sichern. Die unterzeichnenden Staaten verpflichten sich darin insbesondere zur Bekämpfung der Ursachen von Gesundheitsschäden, zu einer verbesserten Beratung und Schulung sowie zur Entwicklung des persönlichen Verantwortungsbewusstseins und schließlich zu einer verstärkten Präventionsarbeit.

Ebenfalls auf der Ebene des Europarats verabschiedet wurde 1997 das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin). Dort heißt es in Artikel 3 – Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung: „Die Vertragsparteien ergreifen unter Berücksichtigung der Gesundheitsbedürfnisse und der verfügbaren Mittel geeignete Maßnahmen, um in ihrem Zuständigkeitsbereich gleichen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung von angemessener Qualität zu schaffen.“

Der Internationale Pakt der Vereinten Nationen über die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte vom 19.12.1966 (Sozialpakt) erkennt in Art. 12 das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Ge-

¹¹⁴ Der Grad ihrer Verbindlichkeit ist unterschiedlich. Der Europäischen Union hat die Bundesrepublik Deutschland gem. Art. 23 GG Hoheitsrechte übertragen. Die Wirkung der Rechtssetzungsakte richtet sich nach deren Form; während Verordnung und Allgemeine Entscheidung unmittelbare Wirkung haben, bedürfen Richtlinien grundsätzlich der Umsetzung durch nationalen Rechtssetzungsakt. Entscheidungen des EuGH sind innerstaatlich bindend; vgl. statt vieler Umbach/Clemens - Deiseroth, Dieter: Grundgesetz, 2002, Art. 24 Rn. 111 ff.

sundheit an. Im Jahr 2000 veröffentlichte das "Komitee zur Überwachung des Sozialpakts" der Vereinten Nationen einen Allgemeinen Kommentar Nr. 14, mit dem das Recht auf Gesundheit durch "autoritative Auslegungen" näher bestimmt wurde. Danach schließt das Recht auf Gesundheit nicht nur eine adäquate Gesundheitsversorgung ein, sondern es müssen auch die zugrunde liegenden Bedingungen gewährleistet sein, um ein gesundes Leben zu führen¹¹⁵.

Weitere internationale Abkommen im Rahmen der Vereinten Nationen enthalten gesundheitsbezogene Rechte. So beinhaltet die sog. Frauenrechtskonvention von 1979 in Artikel 12 das Recht der Frauen auf Zugang zu Gesundheitsdiensten, Art. 14 konkretisiert dies nochmals für Frauen auf dem Lande¹¹⁶. Die Konvention über Kinderrechte von 1989 enthält ebenfalls das Recht auf Gesundheit. Jüngst anerkannten die Vertragsstaaten in dem UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung in Artikel 25 ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß erreichbarer Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.

2.2.2. Regelungen der Europäischen Union

Die Gesundheitspolitik fällt überwiegend in den Zuständigkeitsbereich der Mitgliedstaaten. Gemäß dem europäischen Vertragswerk liegt die Aufgabe der Europäischen Union (EU) darin, ergänzend zum Vorgehen der Mitgliedstaaten Maßnahmen durchzuführen, die für ganz Europa einen Zusatznutzen bringen, insbesondere da, wo größere Bedrohungen für die Gesundheit zu erwarten sind, in Angelegenheiten mit grenzüberschreitenden oder weltweiten Auswirkungen und im Zusammenhang mit dem freien Waren-, Dienstleistungs- und Personenverkehr¹¹⁷.

Die Grundwerte Universalität, Zugang zu einer Gesundheitsversorgung von guter Qualität, Gleichbehandlung und Solidarität bilden ein Wertgefüge, das in ganz Europa geteilt wird¹¹⁸. Die Charta der Grundrechte der Europäischen Union enthält in Art.

¹¹⁵ <http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm> (Stand: 18.06.2010).

¹¹⁶ <http://www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm> (Stand: 18.06.2010).

¹¹⁷ Vgl. Weißbuch der Kommission vom 23. Oktober 2007 „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“ [KOM(2007) 630 endg. - Nicht im Amtsblatt veröffentlicht].

¹¹⁸ Schlussfolgerungen des Rates zum Thema "Gemeinsame Werte und Prinzipien in den Europäischen Unions-Gesundheitssystemen", ABl. 2006/C 146/01.

2 Abs. 1 die Garantie des Schutzes des Lebens sowie in Art. 3 Abs. 1 das Recht jedes Menschen auf körperliche und geistige Unversehrtheit. Art. 168 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union befasst sich im Einzelnen mit dem Gesundheitswesen. Zudem sind verschiedene Einzelmaßnahmen ergriffen worden, beispielsweise die Verordnung (EG) Nr. 141/2000 über Arzneimittel für seltene Leiden¹¹⁹, die Verordnung (EG) Nr. 851/2004 zur Errichtung eines Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten¹²⁰ oder die Richtlinie 2005/28/EG der Kommission zur Festlegung von Grundsätzen und ausführlichen Leitlinien der guten klinischen Praxis für zur Anwendung beim Menschen bestimmte Prüfpräparate sowie von Anforderungen für die Erteilung einer Genehmigung zur Herstellung oder Einfuhr solcher Produkte¹²¹.

In politischer Hinsicht sind hervorzuheben die EU-Initiative "Closing the Gap - Strategies for Action to Tackle Health Inequalities" (2004-2007) sowie die daran anschließende Initiative "DETERMINE" (2007-2010)¹²².

2.3. Einfachrechtliche Regelungen zur Gesundheitsversorgung

Zu gesundheitsrelevantem einfachem, also im Rang unterhalb des Verfassungsrechts angesiedelten Recht zählen u.a. das Arztrecht, das Recht der Alten- und Krankenpflege einschließlich der jeweiligen Ausbildungsordnungen, das Arzneimittelrecht und das Lebensmittelrecht.

Die zentrale Stellung im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung nimmt jedoch das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ein, in der 90 % der Bevölkerung in Deutschland Mitglieder sind.

¹¹⁹ Amtsblatt Nr. L 018 vom 22/01/2000 S. 1 - 5.

¹²⁰ Amtsblatt Nr. L 142 vom 30/04/2004 S. 1 - 11.

¹²¹ ABI. L 91 vom 9.4.2005, S. 13–19.

¹²² www.health-inequalities.org. Im Weissbuch der EU-Kommission "Gemeinsam für Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013" vom 23.10.2007 wird die Verringerung gesundheitlicher Benachteiligungen zum Ziel erhoben und mit dem Prinzip 3 "Gesundheit in allen Politikbereichen" das Thema als Querschnittsaufgabe definiert; KOM(2007) 630 endgültig.

Nach dem Recht der **Gesetzlichen Krankenversicherung** (§ 1 Satz 2 SGB V) sind die Versicherten für ihre Gesundheit mit verantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Versicherte haben Anspruch auf eine Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Abs. 1 Satz 1). Dabei gilt grundsätzlich das Sach- und Dienstleistungsprinzip (§ 2 Abs. 2) und das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 2 Abs. 4 und § 12).

Während Rechtsansprüche auf Sozialleistungen gemäß § 40 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) kraft Gesetzes entstehen, bedarf es im Rahmen der **privaten Krankenversicherungen** hierfür eines privatrechtlichen Vertrages. Die wechselseitigen Pflichten entstehen nicht aufgrund Gesetzes, sondern als Rechtsfolge eines Vertrages. Die Ausgestaltung dieser Pflichten ist hingegen teilweise gesetzlich geregelt; maßgeblich ist hierbei insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG)¹²³. Die private Krankenversicherung basiert auf dem Grundsatz der Kostenerstattung, nicht auf dem Sachleistungsprinzip. Gemäß § 192 Abs. 1 VVG beschränkt sich die Erstattungspflicht auf medizinisch notwendige Leistungen. Seit 2009 enthält § 192 Abs. 2 VVG die Einschränkung für Heilbehandlungen und sonstige Leistungen, für die die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

Immer größere Aufmerksamkeit muss dem Bereich des Haftungsrechts gewidmet werden. Ausgehend von dem Befund, dass von medizinischer Seite implizite Rationierungsentscheidungen vorgenommen werden, mit denen Patientinnen und Patienten medizinisch sinnvolle Leistungen aus Kostengründen vorenthalten werden¹²⁴, werden sich neue Rechtsfragen stellen. Dies betrifft insbesondere die Konstellation, dass der Leistungsträger die jeweilige Leistungserbringung nicht honoriert hätte. Mit anderen Worten: Es wird zu klären sein, wer die rechtliche Verantwortung für die Rationierungsentscheidung im Einzelfall tragen wird - die Institution, die die Rationierung, z.B. durch ein Budget, begründet oder der ausführende Teil des Versorgungssystems.

¹²³ Zu berücksichtigen sind weiterhin die Musterbedingungen des Verbands der privaten Krankenversicherung (MB/KK), denen nach dem Wegfall der Genehmigungsbedürftigkeit zwar keine verbindliche Wirkung mehr zukommt, die aber nach wie vor in der Regel angewandt werden.

¹²⁴ Vgl. 1.2.3.1.2.

2.4. Bestehen auch Gesundheitspflichten?

In Zusammenhang mit den Rechten auf Gesundheitsversorgung stellt sich immer wieder die Frage, inwieweit auch Gesundheitspflichten der Einzelnen bestehen. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen moralischen Pflichten, seine Gesundheit zu erhalten, um insbesondere die Unterstützung der Solidargemeinschaft nicht mutwillig in Anspruch zu nehmen, und rechtlichen Pflichten, die mit entsprechenden Sanktionen geahndet werden können.

Der Wortlaut des § 1 SGB V legt nahe, dass zumindest für die gesetzlich Versicherten auch Mitwirkungspflichten bestehen. In der Praxis wird die Regelung allerdings als "sanktionsloser Programmsatz mit Appellcharakter" bezeichnet¹²⁵. Andere Vorschriften des SGB V, insbesondere § 52, ermöglichen eine Leistungsbeschränkung oder -versagung, wenn der Versicherte sich die Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihm begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen hat¹²⁶. Für die privaten Krankenversicherungen regelt § 201 VVG dies ähnlich.

Es besteht aber auch die Frage, ob dem Einzelnen - quasi als Gegenstück zu seinen Ansprüchen auf Leistungen im Krankheitsfall - Pflichten zu gesundheitsgemäßem Verhalten auferlegt werden können¹²⁷. Hierzu zählt etwa die Vermeidung einer risikoträchtigen Lebensführung, also beispielsweise des Rauchens und übermäßigen Alkoholenusses sowie riskanter Sportarten. Diese Frage ist grundsätzlich zu bejahen¹²⁸, wenn auch Abgrenzungsprobleme im Einzelnen bestehen¹²⁹. Hier ist insbe-

¹²⁵ So Schnapp, Friedrich E.: Sozialstaatlichkeit im Spannungsfeld von Eigenverantwortung und Fürsorge, DVBl. 2004, 1053/1055 unter Hinweis darauf, dass die Beiträge zur GKV nur vom Einkommen abhängig sind und andere, insbesondere risikoe erhöhende, Faktoren ausdrücklich nicht berücksichtigt werden dürfen.

¹²⁶ Gemäß § 51 SGB V entfällt der Anspruch auf Krankengeld, wenn der Versicherte trotz Aufforderung und Fristsetzung keinen Antrag auf Rehabilitationsleistungen stellt, obwohl seine Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist. Schließlich bestehen auch gemäß § 60 ff. SGB I allgemeine Mitwirkungspflichten bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen, deren Verletzung gemäß § 66 SGB I einen Leistungsausschluss nach sich ziehen kann. Hiermit werden allerdings nur Pflichten erfasst, die nach Eintritt des Versicherungsfalles entstehen (Untersuchung, Heilbehandlung, Auskünfte etc.).

¹²⁷ Von der "Grundidee der Gegenseitigkeit in der Verfassung" spricht Di Fabio in: Maunz/Dürig/Herzog/Scholz, Grundgesetz, 53. EL Oktober 2008, Art. 2 Abs. 2, Rn. 52; vgl. hierzu ausführlich Kreß, Hartmut: Medizinische Ethik, 2009, S. 97 ff..

¹²⁸ In England und Wales ist am 21. Januar 2009 eine "Verfassung des nationalen Gesundheitsdienstes" veröffentlicht worden. Darin wurden Rechte der Patientinnen und Patienten (z.B. hinsichtlich der Aufklärung über alle Behandlungsmethoden), aber auch der Behandlerseite festgeschrieben. Ebenso wurden "responsibilities" benannt. Dazu gehört es beispielsweise, sich mit der eigenen gesundheitlichen Situation und den Möglichkeiten ihrer Verbesserung zu beschäftigen, eine gewählte Therapie bis

sondere auf die Schwierigkeit bei der Einteilung zwischen erwünschtem und schädigendem Verhalten hinzuweisen. So ist Sport grundsätzlich gesundheitsfördernd, auch Alkoholgenuss ist in der Regel erst dann gesundheitsschädlich, wenn er ein gewisses Maß übersteigt¹³⁰. Dass Menschen, die sich selbst bewusst der Gefahr von Gesundheitsschäden aussetzen, zu deren Linderung oder Heilung nicht uneingeschränkt auf die Solidarität der Gemeinschaft zurückgreifen können - wie dies etwa § 52 SGB V vorsieht -, begegnet keinen rechtlichen Bedenken.

Ein Ansatz für eine stärkere Inpflichtnahme des Einzelnen besteht in der sog. individualisierten oder personalisierten Medizin¹³¹. Auf der Grundlage neuer Messverfahren für Biomarker können klinisch relevante Patientengruppen gebildet werden, die ein erhöhtes Krankheitsrisiko haben oder besonders gut auf bestimmte Behandlungsmethoden ansprechen (sog. Stratifizierung).

Die Individualisierung der Medizin, gepaart mit der Vorhersage der persönlichen Gesundheitsrisiken eines einzelnen Patienten, sowie eine nachfolgend maßgeschneiderte Therapie und Prävention mit – so ist die Hoffnung - gesteigerter Effektivität, Spezifität und Sicherheit wird von vielen als entscheidender Vorteil der personalisierten Medizin gesehen. Dabei wird das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in wachsendem Maße auf die Zukunft ausgerichtet, das heißt, Krankheitskonzepte werden zunehmend prädiktiv und Interventionen zunehmend präventiv. Dass Krankheit trotz genetischer Faktoren als multifaktorielles Geschehen und soziales Phänomen anzusehen ist, wird dabei auch in breiteren gesellschaftlichen Diskursen nur selten beachtet.

zum Abschluss durchzuhalten, aber auch Pünktlichkeit und Einhaltung verabredeter Arzttermine; NHS Constitution vom 21. Januar 2009;

http://www.constitution.nhs.uk/downloads/NHS_constitution/document.pdf (Stand: 18.06.2010). Im Gegensatz zu den "duties" (Pflichten), die für die Anbieterseite formuliert werden, sind die "Verantwortlichkeiten" aber nicht rechtlich bindend.

¹²⁹ Nettesheim, Martin: Rationierung in der Gesundheitsversorgung - verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen, VerwArch 93 (2002), 315/333 hält dies für verfassungsrechtlich zulässig, solange die Ablehnung von Leistungen nicht zu unangemessenen Ergebnissen führt; Di Fabio, Udo in: Maunz/Dürig/Herzog/Scholz, Grundgesetz, 53. EL Oktober 2008, Art. 2 Abs. 2, Rn. 52 hält es für zeitgerechter, die Rahmenbedingungen wirtschaftlicher und kultureller Existenz wieder so zu gestalten, dass der staatliche Beitrag zur Gesundheit der Bürger auf die Gewährleistung und Hilfe in außergewöhnlichen Lebenslagen beschränkt werden kann.

¹³⁰ Hierauf weist zu Recht hin Schnapp, Friedrich E.: Sozialstaatlichkeit im Spannungsfeld von Eigenverantwortung und Fürsorge, DVBl. 2004, 1053/1058.

¹³¹ Vgl. dazu insgesamt Paul, Norbert W.: Auswirkungen der Molekularen Medizin auf Gesundheit und Gesellschaft, Bonn, 2003.

Genetische Diagnostik ist nur der erste Schritt auf dem Wege zur personalisierten Medizin. Die biomedizinische Forschung ermöglicht es inzwischen, die individuelle Reaktion von Patienten auf pharmazeutische Wirkstoffe zu analysieren, vorherzusagen und zu überwachen. Auswirkungen dieses Konzepts zeigen sich auf verschiedenen Ebenen, von der Medikamentenentwicklung über klinische Studien bis hin zur routinemäßigen Anwendung von Medikamenten. Dabei kommt eine Entwicklung der Pharmakotherapie von einer „economy of scale“ hin zu einer „economy of scope“ in Gang, also von einer breiten Anwendung hin zu immer stärker spezialisierten pharmakotherapeutischen Nischen. Dieser Umstand stellt für unser Gesundheitssystem eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar, die auch Abwägungen im Bereich von Gesundheit, Genetik und Gerechtigkeit einschließt.

Die individualisierte Diagnostik stellt vor allem klassische Konzepte öffentlicher Gesundheit in Frage. Neben der bisherigen Praxis öffentlicher Prävention und Intervention tritt eine neue Form der phänotypischen Gesundheit. Hier kommt es zu einer Verschiebung der öffentlichen Gesundheitsverantwortung hin zu einer stärkeren individuellen Gesundheitsverantwortung.

Herauszustellen bleibt insgesamt, dass in die Präventionsarbeit und die Befähigung investiert werden muss mit dem Ziel, dass Menschen im eigenen Interesse gesundheitsbewusst handeln. Hierin liegt die eigentliche Herausforderung für die Zukunft.

2.5. Sicherung der Rechtsstaatlichkeit

Grundsätzlich gilt: Eine Verfassungsordnung macht persönliches, politisches und wirtschaftliches Handeln, Gestalten und Verändern möglich, weil die Menschen für sich und ihre Institutionen auf einen Grundbestand an Freiheit, Gleichheit und Teilhabe, an Sicherheit und Ordnung vertrauen können. Während in vielen Lebensbereichen Ungleichheiten je nach finanzieller Leistungskraft allgemein akzeptiert werden, ist dies im Gesundheitswesen in sehr viel geringerem Umfang der Fall. Ein wesentlicher Aspekt der Akzeptanz des Rechtsstaats wird gerade dadurch begründet, dass er für einen Ausgleich sozialer Ungleichheiten sorgen muss, die ohne diesen Ausgleich zu inakzeptabler Ungleichheit vor Krankheit und Tod führen würden.

Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft mit dem Problem umgeht, dass mangels ausreichender finanzieller Mittel eine Rationierung selbst der notwendigen medizinischen Leistungen erfolgen muss, definiert ihr normatives Selbstverständnis in wesentlichem Maß¹³². Das Empfinden, vom Staat mit den eigenen gesundheitlichen Risiken und Schwächen allein gelassen zu werden, schwächt die Akzeptanz des Rechtsstaats insgesamt. Das gilt insbesondere, wenn es im Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zu benachteiligten sozialen Schichten geschieht¹³³. Auswirkungen einer ungleichen oder als ungerecht empfundenen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auf die Akzeptanz des Rechtsstaats sind zu vermuten.

Eine ausdrückliche Nennung des Grundrechts auf Gesundheit im Grundgesetz kann dazu beitragen, den Stellenwert der Gesundheit für den Einzelnen und für den Sozialstaat herauszustellen. Er würde die oben aufgeführten rechtlichen Ansätze bündeln und eine fokussierte Befassung mit Inhalt und Grenzen dieses Rechts befördern.

¹³² Gutmann, Thomas: Der Faktor δ . Zur Skizze einer rechteorientierten Theorie der Gesundheitsversorgung, in: Schöne Schöne-Seifert, Bettina u.a. (Hrsg.): Gerech behandelt?, Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, Paderborn, 2006, S. 31.

¹³³ Marcus Düwell in seinem Referat vor der Bioethik-Kommission am 30.01.2008; Rauprich, Oliver: Gleiche Gesundheit und soziale Gerechtigkeit, in: Schöne-Seifert, Bettina u.a. (Hrsg.): Gerech behandelt?, Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, Paderborn, 2006, S. 51/63.

These 3: Ungleichheiten

Gesundheitsleistungen sind im Hinblick auf Verteilung, Zugang und Inanspruchnahme gegenwärtig von deutlichen Ungleichheiten gekennzeichnet. Dabei sind die Kriterien für Verteilung und Zugang vielfach nicht transparent.

- a) Die Verteilung erfolgt in bestimmten Versorgungsbereichen in der Regel für alle in gleicher Weise (z.B. Notfallversorgung). In anderen (z.B. Angebote für Vorsorgeuntersuchungen) besteht faktisch keine gleiche Verteilung von Gesundheitsleistungen.**
- b) Bei Zugang und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zeigen sich auf allen drei Ebenen des Gesundheitssystems - Behandlung, vor allem aber Prävention und Rehabilitation - Ungleichheiten.**

3. Gerechtigkeit in den Versorgungsstrukturen

Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland ist ein hochkomplexes, in verschiedene Sektoren gegliedertes System mit unterschiedlichen Zuständigkeits- und Verantwortungsbereichen. Die Frage nach der Gerechtigkeit in Bezug auf Zuteilung, Zugang und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist differenziert zu betrachten.

Die **Versorgungsstrukturen** unterfallen **unterschiedlichen Verantwortlichkeiten**:

- **Notfallversorgung**: Zuständigkeit von Land und Kommunen
- **Ambulanter Sektor**: Sicherstellungsauftrag liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen
- **Stationärer Sektor**: Nach dem Landeskrankenhausesgesetz Rheinland-Pfalz ist dies Teil der allgemeinen Daseinsfürsorge in der Zuständigkeit der Kommunen, die sich der Leistungen Dritter bedienen (öffentlich-rechtliche, frei-gemeinnützige und private Trägerschaft der Krankenhäuser möglich); Planungsauftrag liegt beim Land zur Sicherung vergleichbarer Lebensverhältnisse
- **Rehabilitation** kann ambulant oder stationär erfolgen; sie liegt in der Zuständigkeit der Leistungsträger, die zum Teil – wie zum Beispiel die Deutsche Rentenversicherung - als Träger von Rehabilitationskliniken auch Leistungserbringer sind; sie bedienen sich häufig auch der Angebote Dritter.
- **Gesundheitsförderung und Prävention** sind Aufgaben des öffentlichen Gesundheitssektors (Beispiele: Schuleingangsuntersuchung, Zahngesundheit, genetische Beratung, Seuchen- und Pandemievorbeugung) und damit der Kommunen und des Landes. Sie sind auch Aufgaben der Sozialversicherungsträger – insbesondere der Gesetzlichen und Privaten Krankenkassen – die sich bei ihren Angeboten Dritter bedienen. In den einzelnen Sozialgesetzbüchern finden sich Vorschriften und Regelungen zur Zuständigkeit und Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Komplexität des Systems wird erweitert durch unterschiedliche **Finanzierungs- und Organisationsstrukturen**. Dies sei an einigen Beispielen verdeutlicht:

- Die **Finanzierung der Heilung, Linderung und der Verhinderung einer Verschlimmerung einer Erkrankung** wird wesentlich von den **Krankenkassen** übernommen. Hier gibt es
 - das System der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV), das im Sinne einer solidarischen Finanzierung (fast) hälftig von den Unternehmen und den Beschäftigten getragen wird. Der Beitrag der Beschäftigten orientiert sich an deren Einkommen und nicht an deren Risiko zu erkranken. Dabei wird die Höhe des Finanzierungsbeitrages „gedeckelt“ durch die Beitragsbemessungsgrenze;
 - das System der Privaten Krankenkassen (PKV), die zum einen von Personen mit einem höheren Einkommen – oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze – zum anderen von Beamten und Beamtinnen zur Abdeckung des nicht vom Arbeitgeber durch die Beihilfe getragenen Risikos finanziert wird. Der Beitrag orientiert sich an dem individuellen Risiko des Versicherten zu erkranken; erst durch die Einführung einer Grundsicherung gelangten auch Elemente der solidarischen Finanzierung in das System der privaten Krankenkassen.
- Während **Behandlung und Rehabilitation** stets Leistungen der Sozialversicherungen sind,

die sich über Beiträge finanzieren, werden **Prävention und Gesundheitsförderung** teils aus Beiträgen der Sozialversicherungen, teils aus Steuereinkommen finanziert.

- Die Sozialversicherungen sind öffentlich-rechtlich strukturiert, ihre Gremien, in denen die Beitragszahler, wie Unternehmen und Beschäftigte, paritätisch vertreten sind, sind durch Sozialwahlen demokratisch legitimiert. Die Selbstverwaltung wird durch gesetzliche Rahmenbedingungen legitimiert und begrenzt. Diese liegt in der Zuständigkeit des Bundes, während die Aufsicht teils eine Angelegenheit des Bundes, teils der Länder ist.
- Während die Organisationsstruktur der **Leistungserbringer** im ambulanten Sektor (Kassenärztliche Vereinigung) durch **Selbstverwaltungsstrukturen** bestimmt wird, sind die Leistungsanbieter im stationären Sektor eher durch klassische Unternehmensstrukturen geprägt. Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsversorgung werden bundesrechtlich durch das SGB V, sowie im SGB VI für die Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) oder im SGB XI für die Pflege geregelt.

3.1. Notfallversorgung

Gerecht erfolgt der Zugang zu den notwendigen Gesundheitsleistungen in einem Notfall. Gemäß § 2 Abs. 1 Rettungsdienstgesetz (RettDG) ist der Rettungsdienst eine öffentliche Aufgabe¹³⁴. Er hat die bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des Notfall- und Krankentransports als medizinisch-organisatorische Einheit der Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr sicherzustellen.

Das Rettungsdienstwesen fällt grundsätzlich unter die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz der Länder gemäß Art. 70 GG, sofern die medizinische Versorgung gegenüber der Transportleistung im Vordergrund steht¹³⁵. Verantwortlich für die Notfallversorgung sind also Land und Kommunen, die diese als Teil der allgemeinen Daseinsvorsorge organisieren.

Beteiligt sind in der Regel die örtlichen Krankenhäuser, die fast immer die notärztli-

¹³⁴ Als gesetzliche Grundlage des Rettungsdienstes dient in Rheinland-Pfalz das Landesgesetz über den Rettungsdienst sowie den Notfall- und Krankentransport (Rettungsdienstgesetz – RettDG). Auf der Grundlage von § 4 Abs. 6 RettDG hat das zuständige Ministerium des Innern den Landesrettungsdienstplan (LRettDP) erlassen.

¹³⁵ Ausnahme: sog. "nichtqualifizierte Krankentransporte", dort besteht konkurrierende Gesetzgebungskompetenz gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 22 GG. Hiervon hat der Bund mit dem Personenbeförderungsgesetz Gebrauch gemacht. Dieser Bereich wird im Weiteren nicht berücksichtigt.

che Versorgung übernehmen, und die oftmals gemeinnützig organisierten Krankentransportanbieter wie beispielsweise das Deutsche Rote Kreuz, der Malteser Hilfsdienst oder die Johanniterkrankenhilfe. Dieses System der Erstversorgung in einem akuten Notfall wird ergänzt durch die stationären Intensivstationen. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen erfolgt praktisch immer ohne Ansehen der Person. In Katastrophenfällen – wie z.B. bei größeren Unfällen – kann dieses Notfallsystem an seine Grenzen stoßen, dann müssen die Helfenden vor Ort ihre Maßnahmen anhand der Lebensbedrohung des Einzelnen priorisieren. Beeinflusst wird die Inanspruchnahme der notärztlichen Versorgung durch die jeweilige Distanz zwischen dem Ort der Inanspruchnahme und dem Ort, an dem die notärztlichen Leistungen vorgehalten werden. Je länger diese Distanz im Einzelfall ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Erstbehandlung verspätet erfolgt und sich damit die Folgeauswirkungen verstärken¹³⁶.

Der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit kommt für die schnellstmögliche Versorgung im Notfall in den Grenzregionen in Rheinland-Pfalz besondere Bedeutung zu. Diese gehören häufig zu den "dünn besiedelten ländlichen Räumen", teils zusätzlich "in ungünstiger Lage". Das Land hat sowohl mit den Bundesländern Baden-Württemberg, Hessen, Saarland und Nordrhein-Westfalen¹³⁷, als auch mit den Nachbarstaaten Luxemburg¹³⁸ und Frankreich¹³⁹ entsprechende Vereinbarungen

¹³⁶ So ist gemäß § 8 Abs. 2 RettDG i.V.m. A. III. 1.1 LRettDP sicherzustellen, dass im Notfalltransport jeder an einer öffentlichen Straße gelegene Einsatzort in der Regel innerhalb einer Fahrzeit von maximal 15 Minuten nach dem Eingang des Hilfeersuchens bei der Leitstelle erreicht werden kann (Hilfeleistungsfrist). Der Rettungsdienst bei Notfalleinsätzen am Tage soll in weniger als einer Minute, in der Nacht (22.00 Uhr bis 6.00 Uhr) in weniger als zwei Minuten ausgerückt sein. Überschreitungen dieser Ausrückzeit sind durch den Leistungserbringer gegenüber der zuständigen Behörde für den Rettungsdienst bzw. gegenüber dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst schriftlich zu begründen (LRettDP A. III. 1.1.). Der Einsatz einer Notärztin oder eines Notarztes soll schnellstmöglich erfolgen. Sie/Er sollte in der Regel spätestens nach 30 Minuten an der Einsatzstelle sein. Die Ausrückzeiten sind bei Notarzteinsätzen im Einzelnen von der Leitstelle zu erfassen. Kann ausnahmsweise keine Notärztin oder kein Notarzt innerhalb dieser Frist eingesetzt werden, so sind durch Rettungsassistentinnen oder Rettungsassistenten andere geeignete Maßnahmen zu treffen. Hierzu gehört evtl. auch der schnellstmögliche Transport in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

Nach Angaben von Christian Werner, Direktor der Klinik für Anästhesiologie an der Universitätsklinik Mainz, ist Mainz inklusive "Speckgürtel" weltweit unter den Spitzenreitern bei den Rettungszeiten. Je nach Einsatz dauere es von der Alarmierung bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes zwischen 8 und 13 Minuten - im internationalen Vergleich ein Topwert; vgl. Mainzer Allgemeine Zeitung vom 02.03.2009.

¹³⁷ Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Rettungsdienst im grenznahen Bereich, unterzeichnet in den Jahren 1975 bis 1977.

¹³⁸ Zum Einsatz der Luxemburg Air Rescue (LAR); ISM-Schreiben vom 24.08.1998, Az. 353/821-43/02.

¹³⁹ Rahmenabkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Französischen Republik über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich

geschlossen.

Rheinland-Pfalz nimmt in zwei Bereichen eine Vorreiterrolle innerhalb der Bundesländer ein. Zum einen erfolgte die Einführung des sog. "Ärztlichen Leiters Rettungsdienst". Damit soll sichergestellt werden, dass notfallärztliches Wissen in den Rettungsdienst implementiert wird. Zum anderen wurden landesweit fünf "Notfallärztliche Zentren (NZ)" errichtet, um die rettungsdienstliche Versorgung noch enger mit den Krankenhäusern zu verzahnen.

Im Gegensatz zu vielen anderen Bundesländern (z.B. Hessen, Nordrhein-Westfalen) wurden für den Notfall- und Krankentransport in Rheinland-Pfalz zudem landeseinheitliche Entgelte festgesetzt. Für den Einsatz des Rettungsdienstes wird also derselbe Betrag erhoben, unabhängig davon, welche Entfernung zurückgelegt werden musste.

3.2. Behandlung in der Regelversorgung

Die gesetzlichen Vorgaben der Behandlung von Krankheiten für die Gesetzliche Krankenversicherung sind im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Sie zielen ab auf die Behebung, Linderung und die Verhinderung einer Verschlimmerung des Leidens. Sie müssen ausreichend und zweckmäßig sein und stehen den Versicherten ohne Ansehen der Person im gleichen Maße zur Verfügung.

Die unter Abschnitt 3. an Beispielen skizzierte Komplexität des Gesundheitswesens führt allerdings im Ergebnis dazu, dass sich für die Versicherten unterschiedliche Zugänge und damit auch Zugangsbarrieren ergeben.

Der Zugang zu der ambulanten ärztlichen Versorgung ist durch mindestens zwei Barrieren gekennzeichnet. In diesem Sektor bieten Hausärztinnen und Hausärzte eine allgemeinärztliche Versorgung an, während Fachärztinnen und Fachärzte spezifische

vom 22.07.2005; Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland und dem Minister für Gesundheit und Solidarität der Französischen Republik über die Durchführungsmodalitäten des Rahmenabkommens vom 22.7.2005 über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.

Erkrankungen behandeln. Der erkrankte Mensch muss daher zunächst entscheiden, ob er die Ursache seiner Erkrankung zu kennen meint, um dann gleich die entsprechende fachärztliche Praxis aufzusuchen. Zum Anderen hat der Gesetzgeber durch die Praxisgebühr ein Instrument schaffen wollen, das den Zugang zur hausärztlichen Praxis erleichtern und zur fachärztlichen Praxis erschweren sollte. Wie Studien zur gesundheitlichen Situation überschuldeter Personen¹⁴⁰ belegen, führen diese Regelungen dazu, dass erkrankte Personen notwendige und für die Behandlung ihrer Erkrankung erforderliche Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch nehmen. Auch wenn der Gesetzgeber für diese Fälle Ausnahmetatbestände geregelt hat, so sind doch offenbar viele der betroffenen Menschen nicht in der Lage, diese Regelungen für sich zu realisieren.

Die Gesetzlichen Krankenkassen finanzieren die ambulanten Leistungen, die von den Ärztinnen und Ärzten sowie von verschiedenen Gesundheitsberufen erbracht werden, im Rahmen eines Gesamtbudgets, das von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage eines im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung entwickelten Verteilungssystems festgelegt wird. Grundlage für dieses Budget ist der Sicherstellungsauftrag, den die Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten Sektor übernommen haben. Dieser Sicherstellungsauftrag verpflichtet die in der Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Ärztinnen und Ärzte, alle Personen, die gesetzlich krankenversichert und behandlungsbedürftig erkrankt sind, zu behandeln. Dafür erhalten sie das vorher vereinbarte Budget, mit dem alle erbrachten Leistungen abgedeckt sind. Dieses System der Zuständigkeiten wurde von den Ärztinnen und Ärzten in den Zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts durch Streiks erkämpft. Zuvor waren die Ärztinnen und Ärzte bei den Krankenkassen angestellt. Als Angehörige eines „freien Berufs“ wollten die Ärztinnen und Ärzte über die Behandlung selbst entscheiden, auch setzten sie in diesen Streiks während der Weimarer Republik die „freie Arztwahl“ für Patientinnen und Patienten durch.

Das Budget für die ambulanten medizinischen Leistungen wird von der Kassenärztlichen Vereinigung unterteilt in ein Budget für die hausärztliche und eines für die fachärztliche Versorgung. Innerhalb der jeweiligen Budgets wird anhand von bestimmten

¹⁴⁰ Münster E, Rüger H, Ochsmann E, Alsmann C, Letzel S.: Überschuldung und Gesundheit – Sozialmedizinische Erkenntnisse für die Versorgungsforschung. Zeitschrift Arbeitsmedizin – Sozialmedizin - Umweltmedizin 2007 S. 628 ff..

Regelleistungen das Budget weiter auf die einzelnen Gruppen unterteilt. Da sich das Gesamtbudget, das die GKV der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung stellt, nicht verändert, führen Leistungsausweitungen einer Praxis nicht zu Mehreinnahmen, sondern dazu, dass die einzelne Leistung geringer vergütet wird. In der Konsequenz bedeutet dieses Finanzierungssystem, dass die Praxen wenig Anreize haben, zusätzliche Leistungen für einzelne Personen zu erbringen. Einige Praxen reduzieren, wenn sie ihr Budget „ausgeschöpft“ haben, deshalb am Ende eines Quartals ihre Leistungen.

Dieses Finanzierungssystem gilt nicht für Personen, die privat versichert sind. Hier kann die Ärztin oder der Arzt die erbrachte Leistung nach der ärztlichen Gebührenordnung in Rechnung stellen. Die Praxis erhält diese Einnahmen unabhängig von dem Budget der GKV. Dies kann zu einer 'bevorzugten Behandlung' privater Versicherter Personen führen¹⁴¹. Gleichzeitig birgt dieses System die Gefahr, dass Privatpatienten Leistungen erhalten, die sie aus medizinischer Sicht nicht benötigen, was zu einer Über- oder Fehlversorgung führen kann.

Diese beiden nicht kompatiblen Finanzierungssysteme führen im Alltag zu einer Ungleichbehandlung, die von Ärztinnen und Ärzten ebenso wie von Patientinnen und Patienten als ungerecht erlebt wird.

3.3. Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention sind zwei unterschiedliche Aufgabenstellungen mit dem gleichen Ziel: die Verbesserung der Gesundheit zu erreichen. Prävention zielt dabei darauf, bekannte Risiken zu vermeiden oder abzubauen, um konkrete Erkrankungen zu vermeiden. Gesundheitsförderung stärkt die bei der Person vorhandenen Ressourcen, um Belastungen und Einschränkungen oder Gefährdungen

¹⁴¹ Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil zum Basistarif der PKV vom 10. Juni 2009 (1 BvR 706/08 u.a.) lakonisch erwähnt: "Der Vergütungsanspruch des behandelnden Arztes im Basistarif wird durch § 75 Abs. 3a SGB V auf den maximal 1,8fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte begrenzt und liegt damit erheblich unter dem, was bei der Behandlung von Privatpatienten üblicherweise abgerechnet wird, sodass der Versicherungsnehmer bei einem Wechsel in den Basistarif befürchten muss, dass er die als Privatpatient gewohnte Behandlung nicht mehr erfährt."(C. I. 3. a) bb))

zu bewältigen¹⁴².

3.3.1. Gesundheitliche Prävention

Die gesundheitliche Prävention ist geprägt durch einen pathogenetischen Ansatz. Durch Forschung werden Risiken für die Entstehung einer Krankheit identifiziert. Dabei wird unterschieden zwischen individuellen Risiken, die teils durch die genetische Disposition, teils durch das Verhalten, teils durch eine Interdependenz von beiden entstehen und sich verstärken, und sozial bedingten Risiken, zu denen klassischerweise die Arbeits- und Wohnverhältnisse des einzelnen Menschen oder andere Umwelteinflüsse gehören.

Entsprechend der vermuteten Entstehung dieser Krankheitsrisiken wird in der Prävention auch zwischen der **Verhaltens- und der Verhältnisprävention** unterschieden. Erstere betrifft sogenannte interne Risiken, die durch Verhaltensänderung beeinflusst werden können. Externe Risiken lassen sich hingegen nur auf übergeordneter gesellschaftlicher Basis durch Änderung der Verhältnisse adressieren. Nicht immer ist im Sinne des pathogenetischen Ansatzes eine klare Unterscheidung zwischen diesen beiden Risikoarten möglich. Generell kann jedoch festgehalten werden, dass das Individuum zur Beseitigung externer Risiken nicht in der Lage ist.

Dies gilt auch für eine neu erkannte Risikoart, die so genannten „verkörperten“ Risiken, die auf genetischen Prädispositionen oder Suszeptibilitäten beruhen. Genetische oder angeborene Risiken entziehen sich den etablierten Strategien der Risikobeherrschung auf der Ebene der Verhaltens- und Verhältnisprävention. Sie können weder in Bezug auf ihre Entstehungsbedingungen noch in Bezug auf ihre Vermeidung eindeutig dem Individuum und seinem Verhalten oder der Gesellschaft und damit den Verhältnissen zugeordnet werden. Da verkörperte Risiken jedoch als individuelles Merkmal wahrgenommen werden – soweit sie nicht durch eindeutige externe Ereignisse hervorgerufen wurden (z.B. Seveso oder Tschernobyl) – fällt die Verantwortung zum angemessenen Umgang mit ihnen häufig an das Individuum zurück.

¹⁴² Faltermaier, Toni: Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit, in: Schwarzer, R. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie, Göttingen, 2005, S. 31 ff.

Bei der Implementierung von Präventionsmaßnahmen wird auch unterschieden zwischen **universaler, selektiver und indizierter Prävention**¹⁴³. Die universale Prävention zielt auf die Gesamtbevölkerung zum Beispiel durch Aufklärungskampagnen zur Vermeidung übertragbarer Geschlechtskrankheiten oder das Werbeverbot für Zigaretten. Ziel ist es hier, die Zahl der Neuerkrankungen zu reduzieren. Die selektive Prävention ist auf spezifische Risikogruppen gerichtet; hier soll das Erkrankungsrisiko für die definierten Bevölkerungsgruppen für eine bestimmte Erkrankung reduziert werden. Dazu gehören beispielsweise Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsprävention, wenn spezifische Arbeiten krank machende Risiken beinhalten. Die indizierte Prävention hat Personen mit einem bereits manifesten gesundheitlichen Problem im Blick. Darunter fallen beispielsweise für Menschen mit Bluthochdruck oder deutlich erhöhten Cholesterinwerten, deren Infarktrisiko stark erhöht ist.

3.3.2. Gesundheitsförderung

Gesundheit wird nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation¹⁴⁴ „als integraler Bestandteil souveräner alltäglicher Lebensführung betrachtet, und was diese unterstützt, wird als gesundheitsförderlich angesehen. Dazu zählt die Förderung von selbstbestimmten Lebensweisen, Kompetenzen, von Wohlbefinden und Lebensqualität, aber auch die Pflege von förderlichen materiellen, sozialen und ökologischen Ressourcen und die Reduktion gesellschaftlich ungleich verteilter Risiken, Stressoren und Belastungen“¹⁴⁵.

Dieses Verständnis von Gesundheit bezieht sich auf die drei grundlegenden Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung. Die erste besteht in aktivem **anwaltschaftlichem Eintreten für Gesundheit** der in der Gesundheitsförderung Tätigen für die Stärkung und den Schutz der Gesundheit – auch außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems. **Befähigen und ermöglichen** zielt auf Chancengleichheit im Bereich Gesundheit ab; alle Menschen sollen befähigt werden, ihre größtmöglichen Gesundheitspotenziale zu verwirklichen. **Vermitteln und vernetzen** meint eine

¹⁴³ Gordon, Robert S.: An Operational Classification of Disease Prevention, Public Health Report, 98, 2 S. 107 ff.

¹⁴⁴ Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung vom 21. November 1986; http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf (Stand: 18.06.2010); vgl. auch 1.

¹⁴⁵ 13. Kinder- und Jugendbericht, S. 35, BT-Drs. 16/12860, S. 53.

Handlungsstrategie, in der alle Bereiche, wie Politik, Gesellschaft, Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nicht-staatlichen und selbst organisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen koordiniert zusammenwirken.¹⁴⁶

Die Positionen der Ottawa-Charta werden durch Forschungen zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderung unterlegt. Das Konzept der Salutogenese wurde von Aaron Antonovsky entwickelt. Er hatte festgestellt, dass ehemalige KZ-Insassen nicht nur die massiv gesundheitsschädigenden Haftbedingungen überlebten, sondern auch in den Jahren danach gesund blieben. Er schloss, dass es Menschen geben müsse, die krankmachende Lebensverhältnisse eher bewältigen als andere. Diese Menschen zeichneten sich durch ein spezifisches „Kohärenzgefühl“ aus, das das vorläufige Ergebnis eines Lern- und Entwicklungsprozesses hinsichtlich der Sinnhaftigkeit, der Verstehbarkeit und Gestaltbarkeit der eigenen Lebensbedingungen darstelle. Empirische Forschungen bestätigen die positiven Effekte persönlicher Kohärenz¹⁴⁷.

In jüngerer Zeit hat das Konzept der Salutogenese verschiedene Erweiterungen und Modifikationen erfahren. Dieser eher auf das Individuum zentrierte Ansatz wird etwa durch die Überlegungen von Amartya Sen zu den gesellschaftlich bedingten Verwirklichungschancen¹⁴⁸, die auf eine Befähigung von Menschen setzen, auch im Hinblick auf gemeinschaftliches, soziales Handeln fruchtbar gemacht¹⁴⁹.

3.3.3. Gerechtigkeitslücken

Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention zielen, wie dargestellt, auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Beide Ansätze, die sich gegenseitig ergänzen, sollen der besonderen Förderung und Unterstützung von Personen dienen, die durch individuelle oder soziale Risiken besonders belastet und gefährdet sind.

¹⁴⁶ BT-Drs. 16/12860, S. 54.

¹⁴⁷ So etwa Faltermaier, Toni: Health psychology and health promotion: salutogenic and competence-oriented approaches in an educational context. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2008, S. 123 ff.; Grundmann, M. / Dravenau, D. / Bittlingmayer, U.H. / Edelstein, W.: Handlungsbefähigung und Milieu. Zur Analyse milieuspezifischer Alltagspraktiken und ihrer Ungleichheitsrelevanz. Berlin, 2006.

¹⁴⁸ Sen, Amartya: Ökonomie für den Menschen. Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft, München, 2007.

¹⁴⁹ Vgl. auch 5.4.

Eine systematische und verlässliche Finanzierung von Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention ist allerdings im Gesundheitssystem eher die Ausnahme. Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta will gesundheitsförderliche Strukturen in der Gesellschaft von der Kindertagesstätte über die Schule, den Arbeitsplatz bis hin zu den Wohn- und Lebensformen von Familien ausbauen, fördern und stärken. Diese Strukturentwicklung kann nur als eine gesellschaftliche Aufgabe – im Sinne eines „gesundheitlichen Mainstreaming“ – verstanden werden.

Die Vermeidung oder die Verminderung definierter gesundheitlicher Risiken ist eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen¹⁵⁰. Auch wenn sich die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2008 auf einen „Leitfaden Prävention“ verständigt hat, so sind die einzelnen Maßnahmen projektorientiert und abhängig von der Entscheidung der einzelnen Krankenkasse; denn die Krankenkassen nutzen das Instrument der Präventionsförderung auch, um Versicherte an ihre Krankenkasse zu binden. Somit sind im Ergebnis die Leistungen der GKV zur Prävention uneinheitlich und (fast immer) zeitlich befristet. Sie können damit keine Nachhaltigkeit erzielen.

Eine gravierende Problematik ergibt sich durch das sogenannte Präventionsparadoxon. Auch wenn Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention alle Menschen im Blick haben und besonders Menschen mit identifizierten Risikofaktoren fördern und unterstützen wollen, werden gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen eher von Menschen mit einer höheren Bildung, einem finanziell gesicherten und sozial gefestigten Status angenommen. Konsequenz hieraus ist, dass diese Personen durch die Maßnahmen in besonderer Weise profitieren. Die Schere zwischen den Personengruppen, die in der Lage sind, die gesundheitsförderlichen und präventiven Angebote zu nutzen, und denen, die dieses nicht tun können, öffnet sich weiter. Im Ergebnis können Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention den „sozialen Graben“ zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen vertiefen, obwohl sie zu seiner Nivellierung beitragen wollen.

Bei der Ausgestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention gilt es, die Zu-

¹⁵⁰ § 20 und § 20a SGB V.

gangsmöglichkeiten zu diesen Maßnahmen für Menschen in prekären Lebenswelten zu überprüfen. Ziel von Gesundheitsförderung muss auch sein, Benachteiligungen auszugleichen. So kann Befähigungsgerechtigkeit hergestellt werden.

3.4. Rehabilitation und soziale Teilhabe

Leistungsträger für rehabilitative Maßnahmen können im Einzelfall die Krankenkassen, die Renten-, Unfall- oder Pflegeversicherung sein¹⁵¹. Da die Zuständigkeit für die Leistungsträgerschaft einer medizinischen Rehabilitation nicht immer eindeutig bestimmbar ist, hat der Gesetzgeber mit § 23 SGB IX eine Servicestelle für Rehabilitation geschaffen, deren Aufgabe es ist, die Zuständigkeit der Leistungsträgerschaft für Rehabilitationsmaßnahmen zu klären. Ziel des Gesetzgebers war es, einen Ort zur Lösung der oftmals strittigen Zuständigkeitsfrage zu haben; dies soll den Zugang der Leistungsberechtigten zur Rehabilitation erleichtern.

In der Praxis zeigt sich jedoch, dass die verschiedenen Leistungsträger noch immer versuchen, sich zu Lasten eines anderen Leistungsträger zu entlasten. Dies kann dazu führen, dass eine notwendige Rehabilitationsmaßnahme später als medizinisch erforderlich begonnen wird. Dies gilt besonders für Erkrankungen mit einer „ungünstigen Prognose“; bei denen nicht sicher ist, ob sie so erfolgreich sein wird, dass die behandelte Person nach Abschluss der Maßnahme wieder erwerbsfähig ist. Nur wenn eine solche „günstige Prognose“ zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung gestellt werden kann, übernimmt die Rentenversicherung die Leistungsträgerschaft.

Bei chronischen Erkrankungen und bei Behinderungen stellt sich oftmals die Frage, ob die Teilhabe am Arbeitsleben oder ob die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft Ziel der Rehabilitation ist. Rehabilitative Maßnahmen, die die Wiedererlangung der Erwerbstätigkeit zum Ziel haben, werden in der Regel von den Sozialversicherungen und dem Integrationsamt finanziert; Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Ge-

¹⁵¹ Handelt es sich um ein komplexes Krankheitsgeschehen, das die Erwerbstätigkeit der erkrankten Person bedroht, und gibt es gleichzeitig eine gute Prognose, dass durch eine medizinische Rehabilitation die Erwerbsfähigkeit der Person wieder hergestellt werden kann, so wird die Rentenversicherung Leistungsträger dieser Maßnahme. Rehabilitationsleistungen im direkten Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung – zum Beispiel nach einer Knie- oder Hüftoperation – sind als Anschlussheilbehandlung Leistung der Krankenkasse. War die Krankenhausbehandlung erforderlich aufgrund eines Arbeitsunfalls, ist die Unfallversicherung Leistungsträger.

meinschaft sind überwiegend steuerfinanzierte Leistungen im Sinne des SGB XII. In letzterem Fall sieht das Gesetz den Einsatz von Einkommen und Vermögen vor; chronisch krank oder behindert zu sein, kann somit „arm machen“.

3.5. Strukturelle Barrieren

Die Beispiele zeigen strukturelle Zugangsbarrieren, die sich in den einzelnen Systemen entwickelt haben. Zugänge sind erschwert, obwohl die Leistungen darauf hinwirken wollen, die Zugänge zu vereinfachen und die Barrieren zu beseitigen.

Zugangsgerechtigkeit kann somit nur entwickelt werden, wenn parallel die Befähigungsgerechtigkeit gefördert wird. Befähigungsgerechtigkeit ist vor diesem Hintergrund mehr als Gesundheitsbildung und –erziehung. Ziel des professionellen, institutionellen und des politischen Handelns muss es zum einen sein, den (einzelnen) Menschen zu befähigen, „selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben. Zum anderen muss dies dadurch geschehen, dass die Gesellschaft Bedingungen herstellt, die allen Bürgern Gesundheit ermöglichen. In diesem Sinn ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.“¹⁵²

¹⁵² Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung vom 21. November 1986; http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf (Stand: 18.06.2010).

These 4: Ungerechtigkeiten

Diese Ungleichheiten resultieren unter anderem aus sozialen und kulturellen Differenzen. Soweit hieraus gesundheitliche und medizinische Benachteiligungen folgen, widerspricht dies der Gesundheitsgerechtigkeit. Das Selbstbestimmungsrecht ist zu berücksichtigen.

4. Individuelle Merkmale als Faktoren der Gesundheitsgerechtigkeit

Neben den Strukturen, in denen er lebt, ist jeder Mensch von individuellen Merkmalen geprägt. Er vereinigt dabei stets eine Vielzahl solcher Merkmale, die seine Gesundheit in unterschiedlicher Weise und unterschiedlichem Maße beeinflussen. Bei der Untersuchung von Zusammenhängen spielen oft mehrere Faktoren eine Rolle, so dass meist nicht nur eine Ursache für eine Wirkung benannt werden kann.

Die im Folgenden beleuchteten Merkmale können daher nicht strikt voneinander getrennt werden. So kann die Beobachtung ungleicher Werte für Männer und Frauen neben dem Geschlechtsunterschied auch auf das niedrigere Einkommensniveau von Frauen zurückzuführen sein; ähnlich können vom Durchschnitt abweichende Zahlen für die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund in Wirklichkeit mit dem sozialen Status zusammen hängen. Bei der Betrachtung der individuellen Merkmale ist daher vorzuschicken, dass Wechselwirkungen bestehen, die nicht jeweils im Einzelnen aufgegriffen werden können.

4.1. Lebensalter

Angesichts der demografischen Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland wird die Gesundheitsversorgung in den frühen und späten Lebensphasen noch stärker unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten in Blick genommen werden müssen als dies bislang der Fall gewesen ist. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung wird weiter sinken, während derjenige der Älteren steigt. Dies erfordert

eine generationenspezifische Versorgung, die im Kindesalter (z.B. mit geeigneten Präventionsmaßnahmen) ansetzt, chronisch kranke Patienten an den altersspezifischen Übergängen optimal begleitet und sie im hohen Alter problembezogen versorgt und betreut¹⁵³.

4.1.1. Kinder und Jugendliche

Gesundheit ist ein elementarer Bestandteil von Kindeswohl. Sie ist nicht nur wichtig für das Wohlergehen junger Menschen, sondern auch für deren gesundes Aufwachsen im Interesse der Entwicklung eigenverantwortlicher Persönlichkeit, Lebensstärke und -kompetenz. Einigkeit besteht weitgehend darüber, dass im Kindesalter Weichen für Gesundheit und Lebensqualität im Erwachsenen- und Seniorenalter gestellt werden¹⁵⁴.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt in seinem Sondergutachten 2009 die Behauptung auf, der gute Gesundheitszustand der großen Mehrzahl in Deutschland aufwachsender Kinder dürfe nicht darüber hinweg täuschen, dass ein Fünftel eines jeden Geburtsjahrgangs mit erheblichen, vor allem psychosozialen Belastungen und gravierenden Defiziten an materiellen und sozialen Ressourcen aufwächst¹⁵⁵. Allerdings gebe es für eine generelle Zunahme psychischer Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen keine verlässlichen Anhaltspunkte¹⁵⁶.

Kinder können sich den Zugang zu Gesundheitsleistungen in der Regel nicht selbst verschaffen und Gesundheitskompetenz nicht allein erwerben, sie sind dabei auf ihre Eltern oder Dritte angewiesen. Ihre Bedürfnisse sind daher auch von staatlicher Seite in besonderem Maße in den Blick zu nehmen. Der Staat hat im Sinne eines Wächteramtes Sorge dafür zu tragen, dass Eltern der Verantwortung für Gesundheit und

¹⁵³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens - Sondergutachten 2009 (Kurzfassung), S. 13; WHO, Gender, Health and Ageing, November 2003, S. 4.

¹⁵⁴ Ausführlich dazu Dragano, Nico / Lampert, Thomas / Siegrist, Johannes: Wie baut sich soziale Ungleichheit im Lebenslauf auf? - Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, 2009, S. 36 ff; MASGFF, Kindergesundheit in Rheinland-Pfalz, Mainz, Oktober 2004, S. 9.

¹⁵⁵ Sachverständigenrat a.a.O., S. 15, 45.

¹⁵⁶ Sachverständigenrat a.a.O. S. 17.

Wohlergehen ihrer Kinder nachkommen¹⁵⁷. Er hat weiterhin entsprechende Angebote und Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen, z.B. präventiv wirkende Vorschriften zur Anschnall- und Helmpflicht, Verkehrserziehung, im Bereich der Gesundheitsvorsorge u.a. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen.

Diesem Gesichtspunkt kommt auch in Anbetracht des demografischen Wandels eine besondere Bedeutung zu. Die Gesundheit und die gesundheitliche Entwicklung unserer Kinder werden von entscheidender Bedeutung sein für die Entwicklungschancen unserer Gesellschaft als ganzer. Die Anforderungen und die Erwartungen an das Gesundheitsverhalten von Kindern und an die Gesundheitserziehung durch Eltern, Schule und andere Beteiligte (z.B. Kinderärztinnen und -ärzte) sind daher heute höher, als noch in der Elterngeneration dieser Kinder¹⁵⁸.

Der Zugang von Kindern zu Gesundheitsleistungen und zum Erwerb von Gesundheitskompetenz kann in mehrfacher Hinsicht auf Gesichtspunkte der Gesundheitsgerechtigkeit hin überprüft werden.

4.1.1.1. Verhalten der Eltern

Da Kinder bei Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von Erwachsenen – in der Regel ihren Eltern - abhängen, sind für sie je nach deren Verhalten ungleiche Voraussetzungen gegeben. Von welchen Faktoren dieses Verhalten der Eltern beeinflusst wird und wie es sich auf die Kinder auswirkt, ist in den Jahren 2003 bis 2006 in einer umfangreichen Studie des Robert-Koch-Instituts (KiGGS¹⁵⁹) untersucht worden.

Die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen korrespondiert nach den Ergebnissen dieser Studie nicht vorrangig mit dem Haushaltseinkommen oder dem

¹⁵⁷ Bundesministerium für Gesundheit, Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit, Berlin, Mai 2008, S. 15.

¹⁵⁸ Bertram, Hans: Die Zukunft von Kindern als Zukunft der Gesellschaft, in: Bertram, Hans (Hrsg.): Mittelmaß für Kinder - UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland, München, 2008, S. 19.

¹⁵⁹ Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey für den Untersuchungszeitraum 15.05.2003 bis 06.05.2006; das Projekt befindet sich noch in der Auswertungsphase. Im Mai 2007 ist eine Basispublikation als Schwerpunkttheft des Bundesgesundheitsblatts mit mehr als 60 Einzelbeiträgen zur KiGGS-Studie erschienen (Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Mai/Juni 2007).

sozialen Status der Familie, sondern mit dem Bildungsniveau der Eltern, vorrangig der Mutter¹⁶⁰. Ähnliches bestätigt auch eine aktuelle Studie der Universität Ulm¹⁶¹. Es wurde ein statistischer Zusammenhang aufgezeigt zwischen diesem Kriterium und der Frage, ob ein Kind krank wird, psychisch auffällig ist, raucht oder Adipositas¹⁶² entwickelt¹⁶³. Dies erklärt sich daraus, dass die Hauptzuständigkeit in der Familie für alle rund um das Kleinkind anfallenden Aufgaben mit etwa 75 Prozent bei der Mutter liegt¹⁶⁴.

Alarmierend ist insbesondere, dass Kinder von Müttern mit niedrigerem Bildungsgrad deutlich seltener einem Arzt vorgestellt werden als andere, selbst wenn ihr Gesundheitszustand von den Eltern als schlecht eingestuft wird¹⁶⁵. Auch in Bereichen wie der Zahngesundheit, in denen eine durchschnittliche Verbesserung des Gesundheitszustandes zu verzeichnen ist, sind die Ergebnisse bei Kindern aus Elternhäusern mit niedrigerem Bildungsgrad deutlich schlechter¹⁶⁶.

Eine weitere Schlussfolgerung aus dem Ergebnis der KiGGS-Studie ist, dass Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund¹⁶⁷ grundsätzlich ebenfalls differenziert zu betrachten sind¹⁶⁸. Die Versorgung der Kinder mit Gesundheitsleistungen richtet sich

¹⁶⁰ Referat Bärbel-Maria Kurth vor der Bioethik-Kommission vom 02.09.2008.

¹⁶¹ "Urmel-Ice" (Ulm Research on Metabolism, Exercise and Lifestyle Intervention in Children), Projektlaufzeit 2006-2009, www.uni-ulm.de/urmel-ice/ (Stand: 18.06.2010).

¹⁶² Zu den Schwierigkeiten bei der Definition vgl. MASGFF, Kindergesundheit in Rheinland-Pfalz, Mainz, Oktober 2004, S. 23.

¹⁶³ Referat Bärbel-Maria Kurth vor der Bioethik-Kommission vom 02.09.2008.

¹⁶⁴ Krüger, Detlef / Schröder, Angela: Gesundheitserziehung in der Familie, in: Wulfhorst, Britta / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Handbuch Gesundheitserziehung, Bern, 2009, S. 121/123 unter Bezugnahme auf die LBS-Familien-Studie 2002.

¹⁶⁵ Referat Bärbel-Maria Kurth vor der Bioethik-Kommission vom 02.09.2008. In eine ähnliche Richtung geht die Feststellung des Referenten Siegfried Geyer anhand der Auswertung von Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung, wonach die Anzahl der Tage stationärer Behandlung von akuten Atemwegsinfektionen bei Kindern nach Bildungshintergrund der Eltern zwischen durchschnittlich vier (oberste Bildungsgruppe) und 17 Tagen (Un- und Angelernte) variierte, vgl. Geyer, Siegfried: Soziale Faktoren und Krankheit, Gesundheitliche Ungleichheit, Ungleichheiten in der Versorgung und Arbeitslosigkeit - Bericht zu Analysen mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung, 2009, [http://www.mh-](http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/med_soziologie/downloads/BerichtAOKNovember2009.pdf)

[hannover.de/fileadmin/institute/med_soziologie/downloads/BerichtAOKNovember2009.pdf](http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/med_soziologie/downloads/BerichtAOKNovember2009.pdf), S. 16.

¹⁶⁶ Vgl. "Z" wie zerstört, Der Spiegel 47/2008, S. 92 f. unter Hinweis auf KiGGS und Kassenärztliche Bundesvereinigung. In Rheinland-Pfalz lag der international gebräuchliche DMF-T-Wert zur Beurteilung der Zahngesundheit im Jahr 2000 bei Hauptschülern mehr als doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen Gymnasiasten; vgl. MASGFF, Kindergesundheit in Rheinland-Pfalz, Mainz, Oktober 2004, S. 54.

¹⁶⁷ Zur Definition vgl. Kapitel 5.3. Migration.

¹⁶⁸ Referat Bärbel-Maria Kurth vor der Bioethik-Kommission vom 02.09.2008. Bei der Mundhygiene und der geringeren Zahl an Zahnarztbesuchen bleibt der Unterschied allerdings auch bestehen, wenn der soziale Status der Familie kontrolliert wird. Eine Erklärung für Letzteres könnte eine eher kurative als präventive Einstellung zur Zahnmedizin sein. So stimmte in einer Studie zum zahngesundheitlichen Verhalten von türkischen und deutschen Vorschulkindern aus dem Jahr 2003 ein Großteil der

auch hier nach dem Bildungsniveau. Bei der Wahrnehmung der U-Untersuchungen ist hingegen bei Kindern mit Migrationshintergrund durchgängig eine geringere Rate als in deutschen Familien festzustellen; so liegt der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die nie an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben, mit 14 % um ein Siebenfaches über dem Wert der übrigen Kinder¹⁶⁹.

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie werden für Rheinland-Pfalz gestützt durch eine vergleichende Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen aus dem Jahre 2006, die im Oktober 2008 veröffentlicht wurde¹⁷⁰.

4.1.1.2. Eigenes gesundheitsschädliches Verhalten

Bei älteren Minderjährigen tritt das Problem des eigenen gesundheitsschädlichen Verhaltens, insbesondere durch Fehlernährung, Verzicht auf körperliche Aktivität/Fitness sowie Missbrauch legaler und illegaler Drogen auf. Festzustellen ist, dass die Mehrzahl (ca. 80 %) der Kinder und Jugendlichen ihren Körper ernst nimmt und auf die Ernährung achtet, aber ca. 20 % zu gesundheitsschädlichem Verhalten neigen¹⁷¹. Kinder in sozial prekärer Lage schädigen ihre Gesundheit deutlich häufiger¹⁷².

Insgesamt ist allerdings festzustellen, dass sich das Gesundheitsverhalten der in Deutschland Heranwachsenden in den vergangenen Jahren verbessert hat¹⁷³.

türkischen Eltern der Aussage zu, dass man nur zum Zahnarzt gehen sollte, wenn man Zahnschmerzen hat; vgl. Nauck, Bernhard / Clauß, Susanne / Richter, Elisabeth: Zur Lebenssituation von Kindern mit Migrationshintergrund in Deutschland, in: Bertram, Hans (Hrsg.): Mittelmaß für Kinder - UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland, München, 2008, S. 147.

¹⁶⁹ Nauck, Bernhard / Clauß, Susanne / Richter, Elisabeth a.a.O., S. 146 f.; das häufigere Fehlen der gelben Untersuchungshefte bei der Schuleingangsuntersuchung und häufigere Lücken in der Untersuchungsreihe bestätigt MASGFF, Kindergesundheit in Rheinland-Pfalz, Mainz, Oktober 2004, S. 29.

¹⁷⁰ Zum Gesundheitsstatus von Vorschulkindern: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen aus dem Jahre 2006; MASGFF, Mainz, Oktober 2008.

¹⁷¹ "Health Behaviour in School-aged Children" (hbsc) - Studie der WHO, 2006, <http://hbsc-germany.de/die-hbsc-studie/> (Stand: 18.06.2010); MASGFF (Hrsg.): Kindergesundheit in Rheinland-Pfalz, Mainz, Oktober 2004, S. 32.

¹⁷² Dieses Ergebnis bestätigt die KiGGS-Studie; vgl. die Originalarbeit von Lampert/Kurth, Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, in: Deutsches Ärzteblatt, Köln, 2007, A2944/A2946 ff.

¹⁷³ hbsc-Studie der WHO a.a.O.

4.1.1.3. Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter

Während in der frühen Kindheit ein deutlicher Bezug zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit festzustellen ist, verringert sich offenbar in der Adoleszenz der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit, um jenseits des 18. Lebensjahres wieder anzusteigen und im Erwachsenenalter deutlich hervorzutreten. Dies wird darauf zurückgeführt, dass den Einflüssen aus dem Umfeld der Schule und der Gleichaltrigengruppe bei der Bestimmung der aktuellen gesundheitlichen Lage eine entscheidende Rolle zukommt, möglicherweise sogar eine wichtigere als der familiären Herkunft¹⁷⁴.

Eine Schwachstelle in der gesundheitlichen Versorgung liegt in der Phase des Übergangs vom Jugend- zum Erwachsenenalter. Hiermit geht in der Regel ein Wechsel in der medizinischen Betreuung einher, die Zuständigkeit geht von Kinderarzt oder Kinderärztin auf den Arzt oder die Ärztin für Allgemeinmedizin über. Insbesondere bei chronisch Kranken kann es durch den Übergangsprozess zu einem Bruch in der Versorgungsqualität kommen¹⁷⁵. Erforderlich ist hier eine individualisierte Herangehensweise, bei der der Patient beispielsweise über den Zeitpunkt des Übergangs selbst (mit-) entscheiden sollte¹⁷⁶.

Der sich verschärfende Kinderärztemangel, insbesondere in ländlichen Gebieten, könnte ebenfalls Gerechtigkeitsaspekte berühren, wenn eine gute pädiatrische Versorgung nicht mehr für alle Kinder und Jugendlichen in gleichem Maße gewährleistet ist. Nach Einschätzung des Präsidenten des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte finden etwa 35 % der aus Altersgründen frei werdenden Kinder- und Jugendarztpraxen keine Nachfolger mehr, im Osten Deutschlands seien es sogar bis zu 60 %¹⁷⁷. Hierzu ist allerdings anzumerken, dass zuvor zwischen 1990 und 2001 die Zahl der niedergelassenen Kinderärzte in Rheinland-Pfalz um mehr als 40 % an-

¹⁷⁴ Ausführlich hierzu Richter, Matthias / Mielck, Andreas: Gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter, in: Prävention und Gesundheitsförderung, Heidelberg, 2006, 248 ff. unter Berufung auf Ergebnisse der hbsc-Studie 2002.

¹⁷⁵ Hinweise hierauf hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ausgemacht, vgl. ders.: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens, Sondergutachten 2009 (Kurzfassung), S. 18., Verbesserungsvorschläge S. 19, 73 ff.

¹⁷⁶ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens - Sondergutachten 2009 (Kurzfassung), S. 74 f.

¹⁷⁷ Hartmann, Wolfram, Süddeutsche Zeitung vom 14.10.2008.

gestiegen ist¹⁷⁸.

4.1.1.4. Medizinische Forschung für den Bereich der Pädiatrie

Weiterhin ist seit langem bekannt, dass Kinder im Vergleich mit Erwachsenen bei der Entwicklung neuer medizinischer Produkte und Verfahren vernachlässigt werden¹⁷⁹.

Nach wie vor erfolgt die medikamentöse Behandlung von Kindern häufig mit sog. "off licence" oder "off label" Produkten, also mit Präparaten, für die wegen fehlender klinischer Studien entweder gar keine Zulassung für den Bereich der Pädiatrie vorliegt oder zumindest für den konkreten Anwendungsbereich eine entsprechende Zulassung fehlt¹⁸⁰.

Ethisch liegt die besondere Schwierigkeit des Problems darin begründet, dass zwei widerstreitende moralische Ziele aufeinander stoßen: Einerseits müssen Minderjährige als besonders schutzbedürftig gelten, was ein generelles Verbot oder zumindest eine weitgehende Beschränkung von biomedizinischer Forschung an ihnen plausibel erscheinen lässt. Andererseits darf der wissenschaftliche Fortschritt Minderjährigen nicht vorenthalten werden, was unter bestimmten Voraussetzungen die Prüfung, Förderung und Durchführung medizinischer Forschung an Minderjährigen erforderlich macht¹⁸¹. Dieses Problem ist erkannt und hat auf Ebene der EU sowie auch bei den zuständigen Zulassungsbehörden für klinische Studien zu einem Umdenken geführt.

"Kinderarzneimittel" unterliegen der Verordnung Nr. 1901/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates über Kinderarzneimittel vom 26. Januar 2007¹⁸² sowie §§

¹⁷⁸ MASGFF, Kindergesundheit in Rheinland-Pfalz, Mainz, Oktober 2004, S. 36.

¹⁷⁹ So Heinrichs, Bert (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften): Medizinische Forschung mit Minderjährigen, Bonn, Oktober 2008.

¹⁸⁰ Heinrichs, Bert a.a.O. m.w.N.: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens - Sondergutachten 2009 (Kurzfassung), S. 66. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit werden mehr als 50 % der bei Kindern angewandten Arzneimittel ohne eine für sie erteilte Zulassung eingesetzt; vgl. Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit, Mai 2008, S. 22.

¹⁸¹ Forschung mit Minderjährigen - Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer, 2004.

¹⁸² Verordnung (EG) Nr. 1901/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 12. Dezember 2006 über Kinderarzneimittel und zur Änderung der Verordnung (EWG) Nr. 1768/92, der Richtlinien

40 f. Arzneimittelgesetz (AMG)¹⁸³. Die europäische Verordnung sieht vor, dass für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln entweder die Ergebnisse klinischer Prüfungen, die gemäß einem pädiatrischen Prüfkonzept durchgeführt wurden, vorgelegt werden oder der Nachweis über eine Ausnahmegenehmigung erbracht wird, falls das Medikament nicht für die pädiatrische Verwendung geeignet ist.

Gem. § 40 Abs. 4 Nr. 1 und 2 AMG sind klinische Prüfungen mit Minderjährigen nur dann erlaubt, wenn Erwachsene aus methodischen Gründen nicht als Probanden in Frage kommen, der Gegenstand der Prüfung therapeutischen, diagnostischen oder präventiven Nutzen für Minderjährige in Aussicht stellt und zudem die Anwendung bei den beteiligten kindlichen Probanden selbst medizinisch indiziert ist. § 41 Abs. 2 AMG regelt klinische Prüfungen an kranken Minderjährigen. Sie dürfen nur vorgenommen werden, wenn die Anwendung des zu prüfenden Arzneimittels nach den Erkenntnissen der Forschung angezeigt ist, um das Leben der Person zu retten, ihre Gesundheit wiederherzustellen oder ihr Leiden zu erleichtern; andernfalls ist die Forschung nur zulässig, wenn sie für die betroffene Person nur mit einem minimalen Risiko und einer minimalen Belastung verbunden ist.

4.1.1.5. Prävention und Gesundheitsförderung

Durch Gesundheitserziehung, Aufklärung über gesundheitsgerechte Verhaltensweisen, präventive, schützende und gesundheitsfördernde Maßnahmen kann die Gesundheit von Kindern auf die Zukunft hin gestärkt und gefördert werden¹⁸⁴. Mangelnde Beteiligungsgerechtigkeit für junge Menschen kann daher auch darin gesehen werden, dass die Ausgaben für das derzeitige Gesundheitssystem zu mehr als 99 % in kurative und rehabilitative Medizin fließen¹⁸⁵, während Kinder und Jugendliche in besonderem Maße von Prävention und Gesundheitsförderung profitieren. Auch hier zeigt sich, dass in Bezug auf Kindergesundheit eine eigene Systemlogik zum Tragen

2001/20/EG und 2001/83/EG sowie der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 (mit Änderungen durch Verordnung (EG) Nr. 1902/2006); ABl. L 378 vom 27.12.2006.

¹⁸³ Weitere Richtlinien und Stellungnahmen: Declaration of Helsinki des Weltärztebundes 1964, Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin des Europarates 1997, Stellungnahme zur Forschung mit Minderjährigen der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) 2004.

¹⁸⁴ MASGFF, Kindergesundheit in Rheinland-Pfalz, Mainz, Oktober 2004, S. 9.

¹⁸⁵ Angabe von Willich, Stefan: Gesundheitliche Wertschöpfung, in: Deutsches Ärzteblatt 2007, Köln, A 1893.

kommen müsste; Kinder dürfen nicht wie kleine Erwachsene behandelt werden¹⁸⁶.

Allerdings sind hier durchaus positive Tendenzen zu erkennen. Beispielsweise werden in verschiedenen rheinland-pfälzischen Städten spezielle Kopfschmerzkurse für Kinder angeboten, die einer Chronifizierung von Kopfschmerzen vorbeugen sollen¹⁸⁷. Für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder besteht ein dichtes Netz an diagnostischer und therapeutischer Infrastruktur. Die enge Verzahnung von Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen in Rheinland-Pfalz stellt dabei im Bundesvergleich eine Besonderheit dar¹⁸⁸.

4.1.2. Alter

Die stetige Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der medizinische Fortschritt haben zu einer Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung und somit zu einer Ausdehnung der Altersphase beigetragen. Diese Entwicklung bedeutet eine längere Dauer höherer Lebensqualität für die meisten Menschen¹⁸⁹, sie führt in der Altersphase bei einem Teil der Bevölkerung jedoch auch zu besonderen Problemen. Diese hängen u.a. mit einer Vereinsamung zusammen, die durch den Abbau von Einrichtungen der Daseinsvorsorge wie Einkaufsmöglichkeiten und anderen Orten sozialen Lebens begünstigt wird.

4.1.2.1. Gesundheitszustand

Die Bedeutung des Gesundheitszustandes für den Menschen steigt mit höherem Alter - während nur 43 Prozent der 18- bis 34-Jährigen ihre Gesundheit als einen sehr wichtigen Lebensbereich angeben, tun dies 83 Prozent der über 65-Jährigen¹⁹⁰.

¹⁸⁶ So Toni Faltermaier in seinem Referat vor der Bioethik-Kommission am 06.07.2009.

¹⁸⁷ Z.B. Techniker Krankenkasse in Neustadt und Bad Dürkheim; vgl.: Die Rheinpfalz vom 04.09.2008.

¹⁸⁸ MASGFF, Kindergesundheit in Rheinland-Pfalz, Mainz, Oktober 2004, S. 38.

¹⁸⁹ 75-jährige Frauen sind heute im Durchschnitt so gesund wie vor zehn Jahren 65- bis 70-Jährige waren; dazu Rosenbrock, Rolf: Gesundheit und Gerechtigkeit in Deutschland, Rede auf dem 31. Deutschen Evangelischen Kirchentag am 8. Juni 2007 in Köln; http://www.kirchentag2007.de/presse/dokumente/dateien/MED_2_1553.pdf, S. 1.

¹⁹⁰ Kuhlmei, Adelheid / Hitzblech, Tanja / Schnitzer, Susanne: Alter und Gesundheit: Vorstellungen in unterschiedlichen Generationen, in: Böcken, Jan / Braun, Bernard / Amhof, Robert (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2008, Gütersloh, S. 210/218.

Es sind zwei Phasen des Alters zu unterscheiden: Während die "jungen Alten" sich meist guter Gesundheit erfreuen, ist die Lebensqualität ab dem 80. Lebensjahr zunehmend durch gesundheitliche Einbußen und Verlusterfahrungen geprägt¹⁹¹.

In mehreren Studien ist ein Zusammenhang festgestellt worden zwischen der Qualität der Arbeit in der erwerbsaktiven Zeitspanne und dem Gesundheitszustand, auch über zwei Jahrzehnte nach dem Ausscheiden hinaus. Diejenigen Menschen bleiben häufiger gesund, deren berufliche Tätigkeit einen eigenen Gestaltungsspielraum zulässt oder erfordert. Gleiches gilt für berufliche Tätigkeiten, bei denen ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem Maß geleisteter Verausgabung und der dafür erhaltenen Belohnung besteht; hierbei sind nicht nur die Bezahlung, sondern ebenso Wertschätzung und Anerkennung sowie die beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten von Bedeutung¹⁹².

4.1.2.2. Versorgungszustand

Zu den altersspezifischen Versorgungszuständen gehört Multimorbidität älterer Menschen. Ca. zwei Drittel der Menschen über 65 weisen mindestens zwei chronische Krankheiten auf¹⁹³. Unter Multimorbidität ist dabei mehr zu verstehen als die Summe einzelner Erkrankungen; hinzu treten Symptome wie Immobilität, Sturzgefährdung, Schmerzen, Inkontinenz, kognitive Defizite und andere komplizierende Faktoren. Der Schwerpunkt der Behandlung sollte bei diesen Patientinnen und Patienten daher weniger auf die Erkrankung, als vielmehr auf die Funktionsfähigkeit gelegt werden¹⁹⁴. Dem entspricht die Erkenntnis, dass die subjektive Gesundheitsbeurteilung, also die selbst wahrgenommenen Aspekte der körperlichen und geistigen Verfassung, mehr

¹⁹¹ Naegele, Gerhard / Weidekamp-Maicher, Manuela: Lebensqualität im Alter, Magazin des Wissenschaftszentrums Nordrhein-Westfalen, <http://www.wz.nrw.de/magazin/artikel.asp?nr=477&ausgabe=2002/3&titel=Lebensqualität^im^Alter&magname=Lebensqualitaet> (Stand: 25.06.2009); ähnlich Siegrist, Johannes: Gesund älter werden - neue Herausforderungen an die Prävention, Magazin des Wissenschaftszentrums Nordrhein-Westfalen, <http://www.wz.nrw.de/magazin/artikel.asp?nr=476&ausgabe=2002/3&titel=Gesund^älter^werden^neue^Herausforderungen^an^die^Prävention&magname=Lebensqualitaet> (Stand: 25.06.2009).

¹⁹² Vgl. hierzu im Einzelnen Siegrist, Johannes a.a.O.

¹⁹³ Vgl. hierzu insgesamt Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens - Sondergutachten 2009 (Kurzfassung), S. 19 ff.

¹⁹⁴ Vgl. hierzu insgesamt Sachverständigenrat a.a.O., S. 79.

Einfluss darauf haben, wie Ältere ihr Altern gestalten und welche Aktivitäten sie sich zutrauen, als der objektiv gegebene Gesundheitszustand¹⁹⁵.

Ein weiteres Problemfeld bei der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen liegt in der Polypragmasie, also der gleichzeitigen Gabe verschiedener Arzneimittel. In der Gruppe der über 65-jährigen erhalten 35 % der Männer und 40 % der Frauen neun und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie¹⁹⁶. Eine Sensibilisierung für die hiermit einhergehenden medizinischen Wechselwirkungen ist erst in jüngerer Zeit eingetreten.

Ein Ansatz zur Bewältigung der dargestellten Problemfelder besteht in einer fachübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Haus- und niedergelassenen Fachärzten sowie stationären Einrichtungen, aber auch mit nicht-ärztlichen Bereichen, wie insbesondere den Apotheken sowie Rehabilitation und Pflege¹⁹⁷. Erforderlich ist danach eine Koordination der Versorgung, die vor allem den spezifischen Bedürfnissen der Generationen und den regionalen Gegebenheiten Rechnung trägt¹⁹⁸.

Schließlich stellt sich auch in der Personengruppe der älteren Menschen die Frage nach medizinischer Forschung an nicht-einwilligungsfähigen Personen. Dies gilt etwa für Demenzzranke oder auch für Schlaganfallpatienten, die in großer Mehrzahl fortgeschrittenen Alters sind. Hier gelten die gleichen ethischen Maßstäbe, wie sie auch bei nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen angelegt werden¹⁹⁹.

4.2. Geschlecht (Gender)

Das Geschlecht bildet ebenfalls eine relevante individuelle Kategorie bei der Beurteilung von Gesundheitsgerechtigkeit. Zu unterscheiden ist dabei das biologische Geschlecht von dem sozialen Geschlecht (Gender), also der gesellschaftlichen Vorstellungen von dem männlichen oder weiblichen Geschlecht. Gender-spezifische Medi-

¹⁹⁵ Naegele, Gerhard / Weidekamp-Maicher, Manuela: Lebensqualität im Alter, Magazin des Wissenschaftszentrums Nordrhein-Westfalen, <http://www.wz.nrw.de/magazin/artikel.asp?nr=477&ausgabe=2002/3&titel=Lebensqualität^im^Alter&magname=Lebensqualit aet> (Stand: 25.06.2009).

¹⁹⁶ Sachverständigenrat a.a.O., S. 82.

¹⁹⁷ Sachverständigenrat a.a.O., S.21 ff.

¹⁹⁸ Sachverständigenrat a.a.O., S. 26 mit konkreten Veränderungsvorschlägen.

¹⁹⁹ Vgl. oben 4.1.1.4.

zin ist danach definiert als Studie der Unterschiede in den Normalfunktionen von Männern und Frauen sowie deren Erfahrungen mit denselben Krankheiten, um hieraus gegebenenfalls Handlungsbedarf abzuleiten²⁰⁰.

Der Begriff Gender bezeichnet das "soziale" oder "anerzogene" Geschlecht einer Person im Unterschied zum biologischen Geschlecht.

Der Begriff wurde aus dem Englischen übernommen, um auch im Deutschen die Unterscheidung zwischen sozialem (engl.: gender) und biologischem (engl.: sex) Geschlecht treffen zu können, da das deutsche Wort Geschlecht in beiden Bedeutungen verwendet wird.

Gender ist erlernt und veränderbar. Es umfasst gesellschaftlich und kulturell geprägte Rollen, Rechte, Pflichten und Interessen von Frauen und Männern und ist Ergebnis von Erziehung, Rollenzuweisungen, Selbstidentifikation und kulturellen Traditionen.

Aufgrund der biologischen Unterschiede von Männern und Frauen besteht zwischen den Geschlechtern eine "natürliche Ungleichheit". Hiervon ausgehend ist festzustellen, dass Männer und Frauen unterschiedliche Bedürfnisse, Hindernisse und Chancen in Bezug auf Gesundheit haben. Hinzu kommt das gesellschaftlich geprägte Verhalten als Mann oder Frau, das sich auch auf die Gesundheit niederschlägt. Wie wirkt sich diese Ungleichheit auf die Gesundheit aus? Wo ist eine unterschiedliche Behandlung angebracht, um adäquat auf die Besonderheiten des jeweiligen Geschlechts zu reagieren?

Zunächst ist festzustellen, dass die Lebenserwartung von Männern ca. 5,5 Jahre niedriger ist als diejenige von Frauen²⁰¹. Betrachtet man allerdings die Lebensjahre, die bei intakter Gesundheit ("in full health") verbracht werden, verringert sich der Abstand zwischen den Geschlechtern deutlich²⁰². Das Gesundheitsverhalten von Frauen ist statistisch weniger riskant; insbesondere von den verhaltensbedingten Todes-

²⁰⁰ Legato, Marianne J.: Principles of genderspecific medicine, New York, 2004, zit. von Antje Kampf in ihrem Referat vor der Bioethik-Kommission am 30.03.2009.

²⁰¹ Dies entspricht dem internationalen Befund: in 186 von 191 Staaten sterben Männer früher als Frauen, in drei Staaten ist die Lebenserwartung ausgeglichen, nur in Simbabwe, in der Zentralafrikanischen Republik und in Tonga leben Männer länger; vgl. Albrecht, Harro: Der Eva-Faktor, in: DIE ZEIT 28/2008, S. 31.

²⁰² Für die Niederlande schrumpft der Unterschied beispielsweise von sechs auf zwei Jahre, vgl. WHO, Gender, Health and Ageing, November 2003, S. 3; dazu insgesamt Petra Kolip in ihrem Referat vor der Bioethik-Kommission am 30.03.2009.

ursachen (z.B. Suchterkrankungen, Verkehrsunfälle) sind Männer häufiger betroffen als Frauen.

Frauen erleiden seltener als Männer einen Herzinfarkt, doch ihr Risiko, daran zu sterben, ist proportional höher²⁰³. Dies scheint besonders auf zwei Ursachen zurück zu führen zu sein. Zum einen konzentrierte sich die medizinische Forschung lange Zeit auf den männlichen Körper als "Normalzustand"²⁰⁴. Dass die klassischen Symptome eines Herzinfarkts Atemnot und ein Ziehen in der Brust mit Ausstrahlung in den linken Arm sind, gehört mittlerweile beinahe zur Allgemeinbildung. Erst in der jüngeren Vergangenheit ist die medizinische Forschung darauf aufmerksam geworden, dass die Symptome bei Frauen oft viel unspezifischer sind. Gezielte Aufklärungskampagnen sollen nun dazu beitragen, auch diese Erkenntnis in die breite Öffentlichkeit zu tragen²⁰⁵.

Bedeutsam ist die Fixierung auf den männlichen Körper als Referenzobjekt auch bei der Dosierung von Medikamenten. Da die klinischen Studien in der Regel keine Frauen im gebärfähigen Alter einbeziehen, sind die Dosierungshinweise der zugelassenen Arzneimittel bislang grundsätzlich auf den durchschnittlichen Mann bezogen, was bei Frauen eine Überdosierung zur Folge haben kann. Seit 2004 sieht das Arzneimittelgesetz in §§ 42f. vor, dass im Rahmen des Genehmigungsverfahrens die unterschiedliche Wirkungsweise auf Männer und Frauen zu untersuchen ist. Aufgrund der langen Zeitspanne bis zur Zulassung eines Medikaments wirkt sich diese Änderung allerdings noch nicht praktisch aus.

Weniger bekannt sind die Auswirkungen von Unterschieden im Knochenbau. Durch ein anders geformtes Becken sind Frauen beispielsweise häufiger von Verschleißerscheinungen im Kniegelenk betroffen als Männer. Dieser Feststellung wird bei der Anfertigung von Knieprothesen aber erst seit 2007 Rechnung getragen²⁰⁶.

Ein weiterer Grund für Fehl- oder verspätete Diagnosen mag in einer unterschiedli-

²⁰³ Vgl. dazu insgesamt Petra Kolip in ihrem Referat vor der Bioethik-Kommission am 30.03.2009.

²⁰⁴ Vgl. Voß, Angelika: Großer kleiner Unterschied, in: Das Parlament 44/45, 2008, S. 13.

²⁰⁵ So etwa die "Landesinitiative Frauengesundheit Rheinland-Pfalz", die sich darüber hinaus dem ähnlich gelagerten Problem der Schlaganfall-Diagnose bei Frauen widmet (www.frauengesundheit.rlp.de).

²⁰⁶ Vgl. Voß, Angelika; Großer kleiner Unterschied, in: Das Parlament 44/45, 2008, S. 13.

chen Interaktion mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin begründet liegen. Frauen sprechen anders über ihre Symptome als Männer und von medizinischer Seite wird anders darauf reagiert. Die WHO geht etwa davon aus, dass im Bereich "mental health" eine höhere Bereitschaft auf medizinischer Seite besteht, Frauen eine entsprechende Diagnose zu stellen als Männern und Männer sich weniger häufig um medizinische Hilfe bemühen²⁰⁷.

Bei dieser Betrachtung darf nicht außer Acht gelassen werden, dass das Merkmal "Gender" in Beziehung zu anderen Faktoren steht, die sich auf die Gesundheitsgerechtigkeit auswirken. Dies gilt insbesondere für den sozialen Status und die Einkommenssituation, die sich bei Männern und Frauen deutlich unterscheiden (Gender-Pay-Gap²⁰⁸). Berücksichtigt werden müssen auch spezifische Belastungssituationen, wie etwa diejenigen Alleinerziehender – die noch immer weit überwiegend Frauen sind²⁰⁹.

Insgesamt ist festzustellen, dass es Bereiche gibt, in denen die Aufmerksamkeit unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsgerechtigkeit vor allem der Situation des Mannes gelten muss (z.B. Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen). Der größere Handlungsbedarf ist hingegen beim weiblichen Geschlecht zu sehen, dessen Gesundheit in der Wissenschaft und Forschung lange Zeit nicht als strukturell anders als das männliche Geschlecht wahrgenommen wurde²¹⁰.

4.3. Kulturelle Herkunft und Migration

Das Verlassen der Heimat, der Verlust von Verwurzelung und gewohnten Strukturen, das Erleben einer neuen gesellschaftlichen Realität kann gesundheitliche Belastungen mit sich bringen. Migration kann sowohl den gesundheitlichen Status wie auch

²⁰⁷ Vgl. WHO, Gender, Health and Ageing, November 2003, S. 2; dazu auch Petra Kolip in ihrem Referat vor der Bioethik-Kommission am 30.03.2009.

²⁰⁸ Auch als "Gender wage gap" bezeichnet; vgl. hierzu ausführlich Antonczyk, Dirk: Gender wage differences in West Germany * a cohort analysis, Berlin, 2007.

²⁰⁹ Vgl. hierzu ausführlich Timm, Andreas: Die gesundheitliche Lage alleinerziehender Mütter, in: Böcken, Jan / Braun, Bernard / Amhof, Robert (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2008, Gütersloh, S. 48 ff.

²¹⁰ Vgl. für andere Regionen auch WHO, Wiener Erklärung über die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern, 1994.

die medizinische Versorgung eines Menschen beeinflussen²¹¹. Dabei steht außer Frage, dass Migration ein so breit gefächertes Phänomen ist und Herkunftsländer sowie Gründe und Umstände der Migration sich so stark unterscheiden, dass diese Personengruppe nicht als homogen angesehen werden kann.

Die kulturelle und demografische Heterogenität der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund führt dazu, dass der Migrationsstatus - wie auch die anderen untersuchten individuellen Merkmale - nicht isoliert betrachtet werden darf. So geht in manchen Bereichen ein Migrationshintergrund statistisch mit einer schlechteren Gesundheitsversorgung einher, während dies in anderen nicht der Fall ist. Eine differenzierte Betrachtungsweise der einschlägigen Faktoren, wie Bildung, Lebensalter, Arbeitsbedingungen, soziales Umfeld, religiöse und traditionelle Wertvorstellungen und Werthaltungen, ist daher unerlässlich²¹².

An dieser Stelle soll eine Beschränkung auf diejenigen Faktoren erfolgen, die für Menschen mit Migrationshintergrund spezifisch sind. Dabei muss in Kauf genommen werden, dass keine für alle gültigen Aussagen getroffen werden können. Entscheidend ist aber, dass Erklärungs- und Lösungsansätze für diese Bevölkerungsgruppe ihre migrationsbedingte Situation berücksichtigen müssen.

4.3.1. Begriffsbestimmung

Unter Migration ist die Verlegung des Lebensmittelpunktes zu verstehen; von internationaler Migration spricht man, wenn dies über Staatsgrenzen hinaus geschieht²¹³. In diesem Bericht wird nur letztere behandelt; es sollen dabei nicht nur Personen betrachtet werden, die selbst zugewandert sind, sondern auch solche, deren Eltern migriert sind, da sich die Folgen der Migration auch noch bei den nachfolgenden Ge-

²¹¹ David, Matthias u.a. (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle, Frankfurt a.M., 1998; Razum, Oliver u.a.: Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung, Berlin, 2008.

²¹² Vgl. etwa Knipper, Michael / Bilgin, Yasar: Migration und Gesundheit, 2009, S.19 f.

²¹³ Bundesministerium des Innern/Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung, 2008, S. 14.

nerationen zeigen können²¹⁴. Zielgruppe sind mithin Menschen mit Migrationshintergrund.

Menschen mit Migrationshintergrund sind alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil²¹⁵.

Die Definition geht damit weiter als die früher benutzten Formulierungen Ausländer, Gastarbeiter oder Migranten. Der Begriff "Menschen mit Migrationshintergrund" ist in der Wissenschaft seit langem etabliert, wird aber erst seit dem Mikrozensus 2005 vom Statistischen Bundesamt verwendet. Der Anteil der Rheinland-Pfälzer mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung betrug 2008 ca. 18,2 Prozent²¹⁶.

4.3.2. Gesundheitszustand

Hinsichtlich des Gesundheitszustandes können keine generellen Aussagen für Menschen mit Migrationshintergrund getroffen werden. Dies liegt nicht nur an der bereits angesprochenen Heterogenität der Gruppe, sondern auch an der unzureichenden Datenlage zu dieser Fragestellung²¹⁷. Studien zeigen auf, dass der Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland nicht grundsätzlich besser oder schlechter ist als derjenige der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund²¹⁸. Epidemiologisch gestützte Aussagen können nur in Einzelfällen getroffen werden und widersprechen sich teilweise. So wird einerseits berichtet, dass erwachsene türkische Staatsangehörige beiderlei Geschlechts in den Jahren 1980 bis 1997

²¹⁴ Bundesministerium des Innern/Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) a.a.O.; Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Migration und Gesundheit, 2008, S. 9.

²¹⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2005, 2007, S. 6.; so auch die Definition im Kinder- und Jugendsurvey des Robert-Koch-Instituts, vgl. Schenk, Liane: Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Gesundheitssurvey, Gesundheitswesen 2002; 64 Sonderheft 1; S. 59 f.

²¹⁶ Pressemitteilung des Statistischen Landesamtes Nr. 12 vom 26.01.2010.

²¹⁷ Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Migration und Gesundheit, 2008, S. 31 ff.

²¹⁸ Razum, Oliver u.a.: Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung, Berlin, 2008, S. 129 ff.

rigkeiten trifft, die unter anderem auf Sprachbarrieren und auf ein unterschiedliches Verständnis von psychischer Krankheit bzw. Gesundheit zurück geführt werden können²²⁶.

4.3.3. Gesundheitsversorgung

Bezüglich der Gesundheitsversorgung ist festzustellen, dass Menschen mit Migrationshintergrund statistisch geringere Chancen auf Teilhabe an den Angeboten der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsversorgung haben und höhere Zugangsbarrieren überwinden müssen²²⁷. Sprachbedingte Informationsdefizite, Traumata aufgrund der Migration oder Misstrauen gegenüber staatlicher Einmischung in die Privatsphäre können die Teilnahme an der Gesundheitsversorgung ungünstig beeinflussen. Dies zeigt sich beispielhaft an der signifikant geringeren Inanspruchnahme der U-Vorsorgeuntersuchungen für Kinder durch Eltern mit Migrationshintergrund²²⁸. Auffallend ist weiterhin die überproportional häufige Inanspruchnahme der Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten, die auf ein unzureichendes Verständnis des deutschen Gesundheitssystems schließen lässt²²⁹.

Ein weiteres Problemfeld ist die Gesundheitsversorgung von Personen, die sich ohne gültigen Aufenthaltsstatus in der Bundesrepublik aufhalten²³⁰. Dieser Personenkreis hat über § 1 Abs. 5 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Anspruch auf medizinische Behandlung nach §§ 4, 6 AsylbLG bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen, Schwangerschaft sowie bei Impfungen und in begrenztem Umfang auch die Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln. Gemäß § 87 Aufenthaltsgesetz (AufhG) sind öffentliche Stellen jedoch verpflichtet, Informationen über den fehlenden Aufenthalts-

²²⁶ Borde, Theda / David, Matthias: Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale, Frankfurt a.M., 2007; Asiion, Hans-Jörg: Migration und seelische Gesundheit, Berlin 2009.

²²⁷ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Verschiedene Kulturen - Leben gemeinsam gestalten! Integrationskonzept des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz, Juli 2007, S. 25; im Einzelnen Knipper, Michael / Bilgin, Yasar: Migration und Gesundheit, Sankt Augustin/Berlin, 2009, S. 67 ff.

²²⁸ So Bärbel-Maria Kurth in ihrem Referat vor der Bioethik-Kommission am 02.09.2008.

²²⁹ Kamtsiuris, Panagiotis u.a.: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS), in: Bundesgesundheitsblatt, 50, 2007, S. 836 ff.

²³⁰ Ihre Zahl liegt nach Schätzungen der OECD bei ca. 800.000; OECD (Hrsg.): Internationaler Migrationsausblick, 2007, http://www.oecd.org/document/21/0,3343,de_34968570_34968795_41974485_1_1_1_1,00.html (Stand: 10.03.2009)

status an die Ausländerbehörden weiterzuleiten²³¹. Um andere medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu können, müssen sich die Erkrankten zwecks Kostenübernahme an das Sozialamt wenden, das eine öffentliche Stelle i.S.d. § 87 AufhG darstellt²³². Da sie Abschiebung oder Ausweisung befürchten und nicht krankenversichert sind, nehmen diese Menschen medizinische Behandlung nur in Extremfällen in Anspruch²³³.

4.3.4. Gesundheitsverständnis, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsmündigkeit

Es ist bekannt, dass kulturelle Wertvorstellungen das Verständnis von Gesundheit und Krankheit unmittelbar beeinflussen und somit auch das individuelle Verhalten prägen²³⁴. Die unterschiedlichen Werthaltungen gewinnen eine ganz besondere Brisanz, wenn es sich um ein interkulturelles Arzt-Patient-Verhältnis handelt, in welchem sich beide als Angehörige jeweils unterschiedlicher Kulturkreise verstehen. Denn in einem solchen interkulturellen Kontext kollidieren unterschiedliche Lebenswelten mit ihren kulturspezifischen Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit. Die in diesem Fall stattfindende Kollision von Lebenswelten führt nicht selten zu Interessens- und Entscheidungskonflikten, die das Gelingen einer Arzt-Patient- bzw. Pfleger-Patient-Beziehung gefährden und für das ärztliche und pflegerische Personal

²³¹ Dies gilt zwar nicht für medizinisches Personal, es wird jedoch von Ermittlungsverfahren wegen Beihilfe zum illegalen Aufenthalt gemäß § 96 AufenthaltsgG berichtet, die in Fällen medizinischer Betreuung von Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus eingeleitet worden seien (Knipper, Michael / Bilgin Yasar: Migration und Gesundheit, Sankt Augustin/Berlin, 2009, S. 70, 83 f.). In Notfällen findet diese Vorschrift selten Anwendung, da eine Behandlungspflicht besteht und der Schweigepflicht des medizinischen Personals grundsätzlich Vorrang vor der Meldepflicht eingeräumt wird; ausführlich hierzu Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland - Ihr Recht auf Gesundheit, 2. Aufl. 2008, S. 14 ff.

²³² Vgl. hierzu im Einzelnen Jansen, Josephine / Misbach, Elène: Gesundheitsversorgung Illegalisierter, Integration in die Regelversorgung statt Entwicklung weiterer Parallelsysteme, in: Migration und Gesundheit, Dossier 2009, S. 24 f.

²³³ Vgl. Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Migration und Gesundheit, 2008, S. 62 f.; Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland - Ihr Recht auf Gesundheit, 2. Aufl. 2008, S. 16; Gather, Jakob: Meiden Sie Ärzte!, in: Beauftragte der Landesregierung Rheinland-Pfalz für Migration und Integration (Hrsg.): Mainz, Treffpunkt 2008, S. 15 ff. In vielen (Groß-)städten existieren sog. Büros für medizinische Flüchtlingshilfe, die ehrenamtlich Hilfe leisten und teilweise von den Ärztekammern unterstützt werden.

²³⁴ Paul, Norbert W.: Gesundheit und Krankheit, in: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Schulz, Stefan, u.a. (Hrsg.): Frankfurt a.M., 2006, S. 131 ff.; Kreß, Hartmut: Medizinische Ethik, Stuttgart, 2009.

möglicherweise eine Herausforderung und Überforderung darstellen²³⁵. Religiöse und traditionelle Wertüberzeugungen erlangen einen besonderen Status vor allem bei existentiellen Fragen am Lebensende²³⁶. Im Weiteren hat ein traditionelles Verständnis von Familie ein signifikant unterschiedliches Gesundheitsverhalten im Umgang mit modernen Reproduktionstechniken zur Folge²³⁷.

Es ist sicherlich nicht berechtigt, kulturell geprägte Werthaltungen pauschal auf die problemlösenden Phänomene in der Gesundheitsversorgung zu reduzieren. Kulturelle Ressourcen können ebenso bei der Gesundheitserhaltung und Gesundheitsförderung einen konstruktiven Beitrag leisten. Beispielsweise bildet für praktizierende Muslime das Verständnis von Gesundheit als eine der wichtigsten Gottesgaben²³⁸ und dem Menschen anvertrautes Gut zugleich den Ausgangspunkt für die Begründung einer gesundheitlichen Selbstverantwortung. Dieses Gesundheitsverständnis verpflichtet ihn, im Laufe seines Lebens sorgsam mit seiner Gesundheit umzugehen und die Regeln einer gesunden Lebensführung zu achten²³⁹. Ähnliche Werthaltungen lassen sich in anderen Religionen bzw. Kulturkreisen feststellen²⁴⁰.

Gesundheitsmündigkeit erlangt bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen aus anderen Kulturkreisen bzw. mit Migrationshintergrund eine große

²³⁵ Braun, Kathryn L. u.a. (Hrsg.): Cultural issues in end-of-life decision making, Thousand Oaks, London, 2000; Kagawa-Singer, Marjorie / Körtner, Ulrich H. J.: Krankheit, Kultur und Religion: Fragestellungen interkultureller Medizin- und Pflegeethik, in: Wien Med Wochenschr, 2007, 157(9-10): 183 ff.; Kreß, Hartmut: Medizinische Ethik, 2. Auflage, Stuttgart, 2009; S. 251 ff.; Ilkilic, Ilhan u.a.: Palliativmedizin im interkulturellen Kontext. Kommentar I, in: Ethik in der Medizin, 2010.

²³⁶ Körtner, Ulrich H. J. u.a.: Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik, Neukirchen-Vlyn, 2006; Ilkilic, Ilhan: Medizinethische Entscheidungen am Lebensende in einer wertpluralen Gesellschaft am Beispiel muslimischer Patienten, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik, 52. Jahrgang, 2008/1, S. 34 ff.; Ilkilic, Ilhan: Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz, in: Bundesgesundheitsblatt, 2008, (51):8, S. 857 ff.

²³⁷ In einer Studie aus den Jahren 1994-1996 waren 24,9 % der türkischstämmigen Migrantinnen in In-Vitro-Behandlung 20 Jahre alt, bei den deutschen Frauen waren es nur 2 %. Der Anteil der unter 25-jährigen lag bei den türkischstämmigen Migrantinnen bei 47,4 %, bei den deutschen Frauen bei 19,7 %; vgl. Kentenich, Heribert / Yücksel, Emine: Psychosomatisches Betreuungskonzept steriler türkischer Paare in der Migration, Stuttgart, 1997. Vgl. hierzu ausführlich David, Matthias / Kentenich, Heribert / Borde, Theda: Sterilität und Sterilitätstherapie bei Migrantinnen - eine Standortbestimmung, in: Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2009, 58 ff. unter Auswertung von 14 Studien.

²³⁸ So Ilhan Ilkilic in seinem Referat vor der Bioethik-Kommission am 08.05.2009. Vgl. dazu Sure (Korankapitel) 95/4, 32/9, 67/23 und 82/7-8.

²³⁹ Konkrete Beispiele dafür sind Verzicht auf Alkoholkonsum und Rauchen bei praktizierenden Muslimen. Ilkilic, Ilhan: Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten, Medizinethische Materialien, Bochum, 2006.

²⁴⁰ Zum Verständnis von Gesundheit in verschiedenen Konfessionen und Religionen vgl. die Artikel Gesundheit/Krankheit in: Köcker, Michael / Tworuschka, Udo (Hrsg.): Ethik der Weltreligionen, Darmstadt 2005, S. 124 ff.

Bedeutung²⁴¹. Gesundheitsmündigkeit bedeutet eine auf gesundheitlicher Verantwortung basierende Kompetenz, welche dem Individuum für sein Verhalten in Gesundheitsangelegenheiten eine Abwägung unter gegebenen Umständen mit Berücksichtigung eigener Präferenzen ermöglicht und damit eine Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit eröffnet. Daraus entsteht eine persönliche Einstellung zur Erhaltung und Wiedererlangung der eigenen Gesundheit. Die auf gesundheitlicher Selbstverantwortung basierende Gesundheitsmündigkeit kann nicht darauf reduziert werden, eine Person nur der von den Medizinerinnen nach dem letzten Stand der naturwissenschaftlichen Kenntnisse und gemäß ärztlicher Erfahrung vorgeschlagenen Handlungsoption zustimmen zu lassen. Sie beinhaltet vielmehr das Verarbeiten der von (medizinischen) Fachleuten gegebenen Informationen und eine Abwägung nach individuellen Wertvorstellungen. Gesundheitsmündigkeit konzentriert sich nicht nur auf die eigene Gesundheit, sondern trägt dazu bei, dass das Individuum sich mit den gesundheitlichen Folgen eigener Handlungen für die Gesellschaft sowohl auf medizinischer Ebene (z.B. richtiges Verhalten bei einer ansteckenden Krankheit, AIDS, Hepatitis, SARS, Schweinegrippe) als auch auf ökonomischer Ebene (finanzielle Folgen eigener Handlung für Solidargemeinschaft) auseinandersetzt²⁴².

4.3.5. Sprachliche und kulturelle Barrieren

Sprachliche und kulturelle Barrieren stellen oft Hindernisse beim Zugang zu und bei der Inanspruchnahme, aber auch bei der Verteilung von Gesundheitsleistungen in einer multikulturellen Gesellschaft dar. Um die Beschwerden, Präferenzen und Wertvorstellungen eines Patienten zu verstehen und einen Zugang zu seinem Kranksein zu finden, ist eine gelingende Kommunikation zwischen medizinischem Personal und

²⁴¹ In der englischen Fachliteratur wird der Begriff „Health Literacy“ für den Begriff Gesundheitsmündigkeit angewandt. Nach der Definition von Healthy People 2010 (<http://www.healthypeople.gov>) wurde dieser Begriff folgendermaßen definiert: „The degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.“ Gesundheitsmündigkeit ist – wie aus der vorliegenden Definitionen abzuleiten – ein noch umfassenderer Begriff. Dieser Begriff wurde im Rahmen eines DFG-Projektes von Hans-Martin Sass und Ilhan Ilkilic weiter entwickelt. Vgl. das im Rahmen dieses Projekts herausgegebene Wissensportal www.health-literacy.com sowie Sass, Hans-Martin: New options for health care policy and health status insurance: citizens as customers, in: *Croat Med J.* 2003 Oct;44(5):562-7; Ilkilic, Ilhan: Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmündigkeit in der islamischen Tradition, *Medizinethische Materialien* Heft 152, Bochum, 2005.

²⁴² Sass, Hans-Martin a.a.O.; Ilkilic, Ilhan: E-Health in muslimischen Kulturen, *Medizinethische Materialien*, Bochum, 2004.

Patienten unverzichtbar²⁴³. Fehlt dies im Rahmen einer Gesundheitsversorgung, so sind zahlreiche Probleme vorprogrammiert. Um die Kommunikationslücken auszugleichen, führen Ärzte oftmals zusätzliche Untersuchungen durch, die zu einer „Überdiagnostik“ führen. Aufgrund mangelnder Verständigung kommt es entweder durch den freiwilligen Wunsch des Patienten oder durch ärztliche Überweisungen zu einer relativ hohen Anzahl von Arztwechseln (doctor-shopping)²⁴⁴.

In Deutschland gehören sprachlich bedingte Verständigungsschwierigkeiten zum klinischen Alltag, weil ein professioneller Dolmetscherdienst nur in seltenen Fällen zur Verfügung steht. Oft wird versucht, sprachliche Barrieren mit Hilfe von „Zufallsdolmetschern“, wie Familienangehörigen, Bettnachbarn, Besuchern oder bilinguaalem medizinischem und nichtmedizinischem Personal, zu überwinden. Diese Notlösungen beinhalten jedoch zahlreiche Probleme unterschiedlicher Art. Geringe Übersetzungskompetenzen, Parteilichkeit, Schamgefühle oder die Absicht, die Patienten nicht zu sehr zu belasten, führen oft zu Fehlübersetzungen, Auslassungen, Verzerrungen oder Verschweigen von Informationen, ohne dass dies vom Arzt oder der Ärztin bemerkt werden bzw. kontrolliert werden kann²⁴⁵. Es kommt nicht selten vor, dass zwischen den Patientinnen oder Patienten und den übersetzenden Familienmitgliedern ein Autoritätsverhältnis besteht. In solchen Situationen können die Patientenaussagen ihre authentische Form verlieren oder durch die Übersetzung zensiert werden. Diese Situation kann wiederum die Selbstbestimmung des Patienten oder der Patientin beeinträchtigen²⁴⁶. Aufgrund dieser Schwierigkeiten würde ein gut organisierter professioneller Dolmeterscherservice bei der Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität einen erheblichen Beitrag leisten. Auch die Rechtsprechung fordert inzwischen von dem aufgesuchten Arzt oder der aufgesuchten Ärztin sowohl hinsichtlich der Behandlungspflichten selbst, als auch bezüglich der Aufklärung über Behandlungsmaßnahmen sicherzustellen, dass der Patient oder die Patientin sprachlich folgen kann²⁴⁷.

²⁴³ Hartmann, Fritz: Patient, Arzt und Medizin. Beiträge zur ärztlichen Anthropologie, Göttingen, 1984.

²⁴⁴ Ilkilić, Ilhan: Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten, Medizinethische Materialien, 5. Auflage, Bochum, 2006.

²⁴⁵ David, Matthias / Ilkilić, Ilhan: Religiöser Glaube - Islam. Mögliche Konflikte im klinisch-gynäkologischen Alltag, in: Der Gynäkologe, Heidelberg, 2009.

²⁴⁶ So Dr. Ilkilić in seinem Referat vor der Kommission am 08.05.2009; Oldag, Sabine: Die Relevanz der Dolmetscherdienste in der Gesundheitsversorgung: Der Gemeindesdolmetscherdienst Berlin, in: Migration und Gesundheit, Dossier 2009, S. 101.

²⁴⁷ KG Berlin VersR 2008, 1649 f.

Ein anderes Themenfeld in der Gesundheitsversorgung einer wertpluralen Gesellschaft sind kulturelle Barrieren, die Zugang und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in unterschiedlicher Weise beeinflussen können. Dazu gehören u.a. ein kulturell bzw. religiös bedingtes Verständnis von Intimität und damit verbundenes Schamgefühl, religiöse Grundpflichten und Speisevorschriften sowie ein traditionell geprägtes Verständnis von Prävention und Körpergewicht.

Auch wenn Schamgefühl ein kulturübergreifendes menschliches Gefühl ist, so macht es sich in unterschiedlichen Formen bemerkbar. In Kulturkreisen, wo der körperliche Kontakt zwischen Personen unterschiedlichen Geschlechts als Verletzung der Intimität verstanden wird, ist es nicht verwunderlich, dass eine größere Hemmschwelle bei der Behandlung durch Angehörige des anderen Geschlechts entsteht. Eine praktische Konsequenz dieses Intimitätsverständnisses ist der Wunsch, von Personal gleichen Geschlechts behandelt zu werden. Aufgrund bestimmter religiöser Grundpflichten und Speisevorschriften können während der medizinischen Behandlung Interessenkonflikte entstehen. Fasten und damit nicht vereinbare medizinische Medikation oder die Anwendung medizinischer Mittel, die aufgrund religiöser Speisevorschriften untersagt sind, wie aus dem Schwein gewonnene Präparate, Herzklappen, oder Arzneibestandteile wie Gelatine, sind einige Beispiele dafür.

Ebenso kann das traditionell geprägte Verständnis von Körpergewicht oder Prävention mit einem ungünstigen Gesundheitsverhalten gekoppelt sein. So gilt etwa in manchen Kulturkreisen noch heute Übergewicht bei Kindern als Zeichen besonderer Gesundheit. Auffällig ist auch die überdurchschnittlich große Zurückhaltung von Eltern mit Migrationshintergrund gegenüber Impfungen der Kinder²⁴⁸ und Vorsorgeuntersuchungen unterschiedlicher Art²⁴⁹.

Die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen aus anderen Kulturkreisen scheint ohne Berücksichtigung ihrer kulturellen Wertvorstellungen und sozialen Lebensbedingungen sowie deren Einfluss auf das konkrete Gesundheitsverhal-

²⁴⁸ David, Matthias / Ilkic, Ilhan: Religiöser Glaube - Islam. Mögliche Konflikte im klinisch-gynäkologischen Alltag, in: Der Gynäkologe, Heidelberg, 2009.

²⁴⁹ So Bärbel-Maria Kurth in ihrem Referat vor der Bioethik-Kommission am 02.09.2008; an der U 9 im 6. Lebensjahr nehmen noch 67,9 % der Kinder mit Migrationshintergrund teil gegenüber 89,1 % der Kinder ohne Migrationshintergrund, vgl. Kamtsiuris, Panagiotis / Bergmann, Eckardt / Rattay, Petra / Schlaud, Martin: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), in: Bundesgesundheitsblatt 2007, 836/838.

ten und den Gesundheitszustand nicht möglich zu sein. Zudem sollten für eine bessere Gesundheitsversorgung die kulturellen Ressourcen und die Gesundheitsverantwortung, die das erwünschte Gesundheitsverhalten fördern, in die erforderlichen Maßnahmen und Projekte integriert werden.²⁵⁰

4.4. Behinderung und chronische Erkrankungen

4.4.1. Lebenslagen

Gemäß § 2 des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes (LGGBehM) und § 3 des Bundesgesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) beschreibt der Begriff der „Menschen mit Behinderung“ Personen, deren körperliche Funktionen, geistige Fähigkeiten oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft daher beeinträchtigt ist²⁵¹.

Es gibt nicht „den“ behinderten Menschen. So gibt es körperliche, geistige, seelische oder die Sinneswahrnehmung betreffende Beeinträchtigungen, die auch als Mehrfachbehinderungen auftreten können. Ein Mensch kann aufgrund einer chronischen Erkrankung schwerbehindert im Sinne der gesetzlichen Regelungen sein, ohne dass er dadurch direkt in seinem Leistungsvermögen eingeschränkt wird. So werden beispielsweise bei den Paralympics trotz funktionaler Einschränkungen Höchstleistungen erbracht.

Es gibt also vielfältige Behinderungsarten mit unterschiedlichen Auswirkungen und Beeinträchtigungen. Vor diesem Hintergrund hilft es weiter, mit der WHO zu unterscheiden zwischen „Impairment“, der eigentlichen Schädigung, „Disabilities“, den aus der Schädigung hervorgehenden Funktionsbeeinträchtigungen, und den „Handicaps“, den sozialen Nachteilen, die der Person aus der Schädigung und aus der Funktionsschädigung entstandenen Beeinträchtigung entstehen. Diese Ausdifferen-

²⁵⁰ Vgl. unten Schlussfolgerung 7.

²⁵¹ Nach der Definition der UN-Behindertenrechtskonvention aus dem Jahr 2006 haben Menschen mit Behinderungen „langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen oder gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft hindern können“.

zierung macht deutlich, dass der Begriff der „Behinderung“ in erheblichem Maße gesellschaftlich mit bestimmt wird²⁵².

Dies belegt beispielhaft eine Untersuchung über die subjektiven Gesundheitsvorstellungen von Berufen in der Eingliederungshilfe²⁵³. Sie zeigt, dass Menschen, die von Berufs wegen mit Menschen mit Behinderungen umgehen, sich in diesem Umgang auch von ihrer persönlichen Einstellung zur Behinderung leiten lassen. Grund dafür ist, dass Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe in ihrer Ausbildung nicht besonders auf den Umgang mit Menschen mit Behinderungen vorbereitet werden. Wo das Bild eines unter seiner Behinderung leidenden, der Fürsorge bedürftigen Menschen vorherrscht, kann daraus eine Zugangsbarriere entstehen²⁵⁴.

4.4.2. Lebensumstände und gesundheitliche Lage

In Rheinland-Pfalz lebten Ende 2007 ca. 410.000 Menschen mit einer festgestellten Behinderung²⁵⁵. Überwiegend, bei rund 82 % der betroffenen Menschen wird die Behinderung durch eine Krankheit verursacht; 4 % der Behinderungen sind angeboren oder treten im ersten Lebensjahr – besonders durch einen kritischen Geburtsverlauf – auf, 12 % aller Behinderungen sind auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen, bei den restlichen 2 % ist die Ursache der Behinderung nicht eindeutig klärbar²⁵⁶. Behinderung ist kein „Randgruppenphänomen“. Grundsätzlich kann jeder Mensch aufgrund besonderer Lebensumstände eine Behinderung erwerben.

Zur Lebenslage dieser Personengruppe hat das Statistische Bundesamt auf der

²⁵² Vgl. auch Egger, Patrizia: Die Konstruktion „Behinderung“ oder die Macht der Normierung, Innsbruck 1999 (auch: <http://bidok.uibk.ac.at/library/egger-dipl-behinderung.html#id3459963>, 21.03.2010); Schönwiese, Volker: Behinderung: Dimensionen einer sozialen Konstruktion, in: Behinderte in Schule, Familie und Gesellschaft, Heft 4/5-2003, S. 12 ff.

²⁵³ Vgl. auch Gembris-Nübel, Roswitha: Gesundheit und Behinderung – Eine empirische Untersuchung zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe, Dissertation an der Universität Bielefeld, 2004, S. 132 ff.

²⁵⁴ Gembris-Nübel, Roswitha: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Behinderung, in: Borchert, Johann (Hrsg.), Sonderpädagogik 2005, S. 150 ff..

²⁵⁵ Dritter Bericht über die Umsetzung des Landesgesetzes zur Herstellung gleicher Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen gemäß § 13 des Landesgesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen (LGGBehM) LT-Drs. 15/3127, S. 1.

²⁵⁶ Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 17.07.2008 zitiert nach: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/07/PD08__258__227,templateId=renderPrint.psm1 (Stand: 16.02.2010).

Grundlage des Mikrozensus 2005 einen Bericht²⁵⁷ vorgelegt. Demnach kommen erwartungsgemäß Behinderungen bei Personen im fortgeschrittenen Alter häufiger vor als bei jüngeren Menschen. Mehr als die Hälfte (53,3 %) aller Schwerbehinderten sind 65 Jahre und älter. Etwas über ein Fünftel (21,1 %) gehörte der Altersgruppe der 55- bis unter 65jährigen an. Dagegen fällt der Anteil der unter 25jährigen mit 4 % gering aus.

Im Alter von 25 bis 45 Jahre sind 70 % der behinderten Menschen erwerbstätig; dann sinkt diese Zahl deutlich. Jede siebte behinderte Person zwischen 25 und 45 Jahren hat keinen Schulabschluss und jede vierte zwischen 30 und 45 Jahren hat keine Ausbildung.

Auch im gesundheitlichen Bereich lassen sich gravierende Unterschiede feststellen. Jede dritte behinderte Person (Nicht-Behinderte: 9,7 %) war im Jahr der Befragung (2005) mindestens einmal krank oder verletzt. Jede vierte behinderte Person (Nicht-Behinderte: 2,5 %) war seit über einem Jahr krank bzw. unfallverletzt. Weitere 3 % waren seit über sechs Wochen bis zu einem Jahr krank. Nichtbehinderte Menschen waren – wie zu erwarten – deutlich weniger von Langzeiterkrankungen betroffen als behinderte Menschen: Bei ihnen waren „lediglich“ 3 % länger als ein Jahr krank.

Die Daten legen nahe, dass eine Behinderung die Lebenssituation der Menschen deutlich beeinflussen kann. Sie belegen, dass Menschen mit Behinderungen krankheitsanfälliger sind als Menschen ohne Behinderungen und dass sie eher Unfälle erleiden. Zudem nehmen sie in deutlich geringerem Maße am Arbeitsleben teil. Allerdings sind die Wechselwirkungen der Faktoren Behinderung, Gesundheit und Lebenslage im Übrigen noch unzureichend geklärt.

4.4.3. Probleme beim Zugang zu Gesundheitsleistungen

Der Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen ist für Menschen mit Behinderungen auf unterschiedliche Weise beeinträchtigt. Die Forderung nach einer Umwelt

²⁵⁷ Pfaff, Heiko u.a.: Lebenslagen der behinderten Menschen – Ergebnis des Mikrozensus 2005 in Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik 12/2006 S. 1267 ff.

ohne Barrieren gilt es im Gesundheitswesen in besonderer Weise umzusetzen²⁵⁸.

Viele Arztpraxen sind von ihrer baulichen Gegebenheit her nicht barrierefrei erreichbar. Die Innenausstattung - angefangen von fehlenden behindertengerechten Toiletten bis zu den Behandlungsstühlen - ist ebenfalls nicht immer barrierefrei. Informationen der Praxen im Internet sind für Sehbehinderte oft nicht barrierefrei abrufbar. Damit wird der Zugang zur Arztpraxis erschwert und die Arztwahl eingeschränkt.

Behinderte Menschen berichten davon, dass sich Ärztinnen und Ärzte nicht immer die Zeit nehmen, um auf ihre behinderungsbedingten besonderen Bedürfnisse einzugehen²⁵⁹.

Eine mögliche Zugangsbarriere kann auch durch die Finanzierung ärztlicher Leistungen entstehen. Beispielsweise erfordert die Behandlung eines Menschen mit einer schweren Lernbeeinträchtigung, der an einer chronischen Erkrankung leidet, alleine für die notwendige Kommunikation mehr zeitliche Ressourcen, die durch die Regelfinanzierung einer ärztlichen Praxis nicht abgegolten werden. Entsprechende Leistungen werden auch in den DRGs nicht vergütet. Hinzu kommt, dass behinderte Menschen im Durchschnitt häufiger krank sind und so das Praxisbudget zusätzlich belastet wird.

Fachkräfte im Gesundheitswesen sind nicht immer ausreichend geschult, um Menschen mit Behinderungen zu verstehen - dies gilt besonders für Menschen mit Lernschwierigkeiten, denen es sprachlich schwer fällt, ihre Schmerzen, Leiden und Gefühle auszudrücken. Weiterhin berichten Menschen mit Sinnesbehinderungen, die

²⁵⁸ Der 112. Deutsche Ärztetag in Mainz vom 19.-22. Mai 2009 hat sich intensiv mit der Thematik „Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen“ auseinandergesetzt. Die diskutierte Empfehlung beschreibt die „Barrieren“, die den Zugang für Menschen mit Behinderungen zu den notwendigen Leistungen erschweren und fordert die Bundesärztekammer auf, hier zugunsten dieser Menschen politisch aktiv zu werden; 112. Deutscher Ärztetag in Mainz vom 19. - 22. Mai 2009, TOP IV Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung, Ärztetag-Drucksache IV - 02; Fundstelle: http://www.baek.de/arzt2009/media/applications/EIV02_beschluss.pdf am 14.04.2010.

²⁵⁹ Heidecke, Kerstin: Der vergessene Patient, Lebenshilfe-Zeitung, März 2010 - Bericht über die Tagung „Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung im Krankenhaus - Problemlagen und Lösungsperspektiven“ in der Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Berlin, die gemeinsam von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation und der Bundesärztekammer organisiert wurde. Die dort gehaltenen Referate können unter http://www.beb-ev.de/content/artikel_655.html (14.04.2010) abgerufen werden. Vgl. auch Winkler, Gunnar (Hrsg.): Menschen mit Behinderungen - Report 2003 - Daten und Fakten zur sozialen Lage von Menschen mit Behinderungen in Deutschland, 2003.

von einer Person begleitet werden, dass die Fachkräfte häufiger statt mit ihnen mit ihrer Begleitung über sie sprechen.

Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung auf eine Assistenz angewiesen sind, erleben immer wieder, dass ihre Assistenzperson pflegerische Arbeiten – auch zur Entlastung der Pflegepersonen – übernehmen soll, obwohl sie dafür nicht ausgebildet ist. Dies wird besonders von Menschen berichtet, die auf eine Assistenz angewiesen sind und stationär behandelt werden. Andererseits wird diese Leistung mit der Begründung, dass sie während eines Krankenhausaufenthaltes nicht erforderlich sei, da die Pflege die Assistenzleistung abdecke, von den zuständigen Leistungsträgern für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes nicht vergütet.

4.4.4. Rechtliche Gleichstellung und alltägliche Gerechtigkeitslücken

Das Grundgesetz verankert in Artikel 3 Abs. 3 Satz 2, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf²⁶⁰. Die Krankenkassen sollen den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung tragen (§ 2a SGB V). Das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) will Benachteiligung durch mangelnde Barrierefreiheit vermeiden. So werden Leistungsträger verpflichtet, ihre Verwaltungs- und Dienstgebäude frei von Zugangs- und Kommunikationsbarrieren zu gestalten; Sozialleistungen müssen in barrierefreien Räumen erbracht werden; Hörbehinderte haben einen Anspruch, dass bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen die Gebärdensprache verwandt wird. Dies setzt entsprechend ausgebildete Gebärdendolmetscherinnen und –dolmetscher voraus.

Trotz der beispielhaft dargestellten Bemühungen der Gesetzgebung, den besonderen Belangen behinderter Menschen Rechnung zu tragen, gibt es Regelungen, die das Selbstbestimmungsrecht behinderter Menschen bei der Leistungserbringung einschränken. Im Folgenden seien zwei Regelungen beispielhaft genannt:

- Wenn behinderte Menschen einen hohen Unterstützungsbedarf haben und zur Finanzierung dieser Leistungen auf Eingliederungshilfe angewiesen sind, so

²⁶⁰ Im einfachen Recht wird dies beispielsweise von § 33c SGB I für die Inanspruchnahme sozialer Rechte konkretisiert.

kann der zuständige Sozialhilfeträger verlangen, dass diese Hilfe stationär erbracht wird²⁶¹, wenn die Heimunterbringung deutlich kostengünstiger ist als eine entsprechende ambulante Unterstützung. Der behinderte Mensch wird dann - ohne es zu wollen – in einem Heim leben müssen.

- Pflegebedürftige Menschen können ihre Ansprüche gegenüber der Pflegeversicherung nicht in das persönliche trägerübergreifende Budget einbringen²⁶². Sie werden stattdessen auf die vorhandenen Pflegeleistungen verwiesen.

Menschen mit Behinderungen und ihre Interessensvertretungen verweisen darauf, dass behinderte Menschen durch derzeitige Finanzierungsregelungen im Gesundheitswesen, wie z.B. Beitragsrückerstattungen und private Zusatzversicherungen, strukturell benachteiligt seien²⁶³. Die Kommission sieht hierzu die Notwendigkeit einer vertieften Diskussion.

4.4.5. Besondere Herausforderungen für Kinder, Jugendliche und Frauen mit Behinderungen

Die Lage des einzelnen behinderten Menschen wird durch weitere Indikatoren beeinflusst. So können behinderte Kinder und Jugendliche, wie der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung²⁶⁴ deutlich macht, durch die notwendige, auf die jeweilige Behinderung zugeschnittene Förderung und Betreuung, deren Ziel die Integration ist, dennoch in ihren Teilhabemöglichkeiten eingeschränkt werden; denn die fachlich qualifizierte Förderung findet oftmals in entsprechenden Einrichtungen

²⁶¹ § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII

²⁶² § 17 Abs. 2 bis 6 SGB IX i.V.m. § 35a SGB XI

²⁶³ Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Info Nr. 9/2009 (Parlamentarischer Abend der Lebenshilfe) – zitiert nach: http://inklusive-schule.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/downloads/Parlamentarierabend32009/Info-9-Krankenversicherung.pdf vom 17.02.2010: Potsdamer Forderungen „Gesundheit für's Leben“ zit. nach: http://www.gesundheitfuersleben.de/wGesundheitstagung/abstracts/potsdamer_Forderungen.php; Wagner, Andreas: Krankheit als finanzielle Belastung – Vorschläge zur besseren Absicherung chronisch kranker Menschen, Diakonie-Texte, Stuttgart 2009; "Gesundheit und Behinderung": Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen herausgegeben vom Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe, Stuttgart. – Reutlingen, 2001.

²⁶⁴ Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 13. Kinder- und Jugendbericht, BT-Drs. 16/12860.

statt und erschwert somit die Inklusion²⁶⁵. Die Bundesregierung hat deshalb in ihrer Stellungnahme zu diesem Bericht²⁶⁶ bekräftigt, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderungen vorrangig als Kinder und Jugendliche zu sehen sind, die als eine Eigenschaft eine Behinderung und deshalb einen besonderen Unterstützungs- und Förderbedarf haben. Orientiert an der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und an der UN-Kinderrechtskonvention plädiert die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme für die Inklusion²⁶⁷. Dies bedeutet, dass Kinder mit und ohne Behinderungen gemeinsam aufwachsen und erstere ihre behinderungsbedingte Förderung auch dort erhalten, wo beide sich aufhalten. Damit muss das bisherige Hilfe- und Unterstützungssystem für Kinder mit Behinderungen schrittweise umgebaut werden.

Es gibt empirisch gesicherte Hinweise darauf, dass Frauen in besonderem Maß durch ihre Behinderung eingeschränkt werden und deshalb ihre Teilhabechancen nicht angemessen realisieren können²⁶⁸. So haben behinderte Frauen deutlich mehr – besonders sexualisierte - Gewalt erlitten als nicht-behinderte Frauen, sie leben häufiger als Männer in materiellen Abhängigkeiten.

Bei der Verwirklichung der Gesundheitsgerechtigkeit gilt es, diese beispielhaft beschriebenen spezifischen Faktoren zu berücksichtigen, die sowohl den Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen erschweren wie auch die Fähigkeit des einzelnen Menschen beeinflussen, die notwendigen Leistungen für sich zu nutzen (capabilities).

5. Bildung und sozialer Status als Determinanten der Gesundheitsgerechtigkeit

Neben den individuellen Faktoren spielen für die Gesundheit eines Menschen auch die Strukturen, in denen er aufwächst und lebt, eine wichtige Rolle. Hier sollen vor-

²⁶⁵ Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 13. Kinder- und Jugendbericht, BT-Drs. 16/12860.

²⁶⁶ Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, a.a.O.

²⁶⁷ Stellungnahmen der Bundesregierung a.a.O. S. 12 - 16 (Kapitel 3.2).

²⁶⁸ Siehe „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“, 2007, S. 516 ff.

rangig die sozioökonomischen Bedingungen angesprochen werden.

Als problematisch erweisen sich dabei die Interdependenz verschiedener Faktoren sowie die uneinheitliche Terminologie. So wird in verschiedenen Untersuchungen beispielsweise nach Schichtzugehörigkeit, sozialem Status, Haushaltseinkommen, Bildungshintergrund oder auch Wohnumfeld²⁶⁹ unterschieden. Während einige dieser Kriterien klar abzugrenzen, aber alleine wenig aussagekräftig sind, werden die komplexeren nicht immer einheitlich definiert²⁷⁰.

Auch der Begriff der Bildung kann unterschiedlich verstanden werden. Empirisch erfassbar ist in der Regel nur der formale Bildungsgrad, also der Schul- oder Hochschulabschluss²⁷¹. Idealerweise umfasst Bildung jedoch einen umfassenden Ansatz; sie beginnt im Elternhaus, setzt sich in den Bildungsinstitutionen fort und bildet einen kontinuierlichen Prozess, der also "lebenslanges Lernen" beinhaltet. Bildung in diesem Sinne drückt sich nicht nur in Wissen, sondern auch in Einstellungen, Werten, Überzeugungen und Handlungskompetenz aus.

5.1. Bildung

Bildung kommt in zweifacher Hinsicht Bedeutung für die gesundheitlichen Ausgangsbedingungen eines Menschen zu: Einerseits hängt der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten eines Menschen mit seinem eigenen Bildungsstatus zusammen, andererseits wird für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen deutlich, dass das Bildungsniveau der Eltern von besonderer Wichtigkeit für deren gesundheitliche Entwicklung und Versorgung ist.

²⁶⁹ So etwa Paulus, Peter: Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern, Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, Juni 2009, S. 15 unter Bezugnahme auf Kuhn/Elsässer/Böhm/Böhm, Arme Kinder, kranke Kinder? Was man aus Einschulungsuntersuchungen alles lernen kann, in: Dr. Mabuse 2003, S. 18 f.

²⁷⁰ Vgl. hierzu Geyer, Siegfried: Sozialstruktur und Krankheit, in: Bundesgesundheitsblatt, 2008, S. 1164/1168.

²⁷¹ Treffender von "Qualifikation" spricht daher Geyer, Siegfried: Soziale Faktoren und Krankheit: Gesundheitliche Ungleichheit, Ungleichheiten in der Versorgung und Arbeitslosigkeit - Bericht zu Analysen mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung, 2009, http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/med_soziologie/downloads/BerichtAOKNovember2009.pdf, S. 7 ff. in Anlehnung an die Einteilung durch die Bundesanstalt für Arbeit.

5.1.1. Bildungsniveau als Determinante der eigenen Gesundheit

Empirische Erkenntnisse liegen in erster Linie für den Zusammenhang zwischen Schulbildung und Gesundheit vor. In der Gruppe der Männer mit niedriger Schulbildung weisen 34 % einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand auf, im Vergleich dazu sind es 51 % derjenigen mit mittlerer und 57 % derjenigen mit hoher Schulbildung. Für Frauen betragen die Vergleichswerte 30 % in der niedrigen, 47 % in der mittleren und 53 % in der hohen Bildungsgruppe²⁷². Von vereinzelt Ausnahmen (z.B. Asthma oder Brustkrebs) abgesehen, steigen die Erkrankungsrisiken mit abnehmender Schulbildung²⁷³. Zu den wenigen weiteren Krankheiten, die bei Menschen mit höherem Bildungsgrad häufiger vorkommen, zählen Heuschnupfen und Neurodermitis²⁷⁴.

Internationale Studien bestätigen diese Tendenzen. So zeigt eine Auswertung der landesweiten Datenplattform für die deutschsprachige Schweiz aus dem Jahre 2006, dass ein höheres Bildungsniveau mit einer signifikant höheren Lebenserwartung einher geht²⁷⁵. Eine Studie zu Demenz bei sehr alten Menschen (über 90 Jahre) der University of California ergab, dass Frauen - nicht hingegen Männer - mit einer höheren Bildung einem deutlich geringeren Demenzrisiko ausgesetzt sind²⁷⁶.

5.1.2. Bildungsniveau der Eltern als Determinante der Gesundheit der Kinder

Kinder sind zur Erhaltung ihrer Gesundheit auf die Erwachsenen in ihrer Umgebung

²⁷² "Lebenslagen in Deutschland", 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2008, S. 102 unter Berufung auf Befragungen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) von 2006; unter niedriger Schulbildung wird kein Schulabschluss oder Volks-/Hauptschulabschluss verstanden, unter mittlere Schulbildung mittlere Reife oder Abschluss der Polytechnischen Oberschule (POS), unter hoher Schulbildung Fachhochschulreife, allgemeine Hochschulreife oder Abschluss der Erweiterten Oberschule (EOS).

²⁷³ Geyer, Siegfried: Soziale Faktoren und Krankheit: Gesundheitliche Ungleichheit, Ungleichheiten in der Versorgung und Arbeitslosigkeit - Bericht zu Analysen mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung, 2009, http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/med_soziologie/downloads/BerichtAOKNovember2009.pdf, S. 6 unter Hinweis auf Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern, 2000.

²⁷⁴ "Lebenslagen in Deutschland", 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2008, S. 102 unter Hinweis auf den telefonischen Gesundheitssurvey 2006.

²⁷⁵ Ausführlich erläutert in: Spoerri, Adrian / Zwahlen, Marcel u.a.: Educational inequalities in life expectancy in the German speaking part of Switzerland between 1990 and 1997: Swiss National Cohort, Swiss Medical Weekly 2006, 145 ff.; http://www.smw.ch/dfe/set_archiv.asp.

²⁷⁶ Corrada, Maria M. / Brookmeyer, Ron u.a.: Prevalence of dementia after age 90. Results from The 90+ Study, in: Neurology 2008, S. 337 ff.

angewiesen und daher eine besonders vulnerable Gruppe²⁷⁷. Die Zusammenhänge zwischen dem Bildungsniveau der Eltern und der Gesundheit der Kinder sind durch zahlreiche Studien belegt. So zeigt etwa die Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen für Rheinland-Pfalz, dass das Erkrankungs- und Verletzungsrisiko von Kindern, deren Eltern als höchsten Bildungsabschluss einen Hauptschulabschluss besitzen, wie auch deren Risiko einer verzögerten mentalen Entwicklung signifikant höher ist als das von Kindern, deren Eltern die mittlere Reife oder Abitur besitzen²⁷⁸.

Die KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts aufgrund von Erhebungen aus den Jahren 2003-2006, die sich durch eine hohe Zahl an Probanden und stark ausdifferenzierte Methodik auszeichnet, legt einen noch spezifischeren Zusammenhang nahe. Von besonderer Bedeutung für die Gesundheit eines Kindes ist danach das Bildungsniveau der Mutter²⁷⁹.

5.2. Sozialer Status

Auch der soziale Status ist ein Begriff, der sich mit unterschiedlichen Parametern beschreiben lässt. Insbesondere das Haushaltseinkommen und die berufliche Position kommen dafür in Frage, häufig wird auch hier die Schulbildung berücksichtigt²⁸⁰. Je nachdem, welcher Faktor betrachtet wird, ist die Auswirkung auf die Gesundheit unterschiedlich. So hat die Auswertung von AOK-Daten durch Siegfried Geyer ergeben, dass die Mortalität insgesamt einem sozialen Gradienten²⁸¹ unterliegt, die Abstufungen nach dem Einkommen aber höher sind als nach der beruflichen Position

²⁷⁷ Vgl. hierzu insgesamt oben 5.1.1.

²⁷⁸ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Zum Gesundheitsstatus von Vorschulkindern: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen aus dem Jahre 2006, Mainz, S. 10 unter Hinweis auf den verwendeten groben Indikator des höchsten Bildungsabschlusses eines Elternteils. Dieser wird hier mit dem sozioökonomischen Status der Familie gleichgesetzt.

²⁷⁹ Vgl. hierzu oben 5.1.1.1.

²⁸⁰ Kritisch zu der Vermischung dieser Kriterien zu Sozialschichtindize Geyer, Siegfried: Soziale Faktoren und Krankheit: Gesundheitliche Ungleichheit, Ungleichheiten in der Versorgung und Arbeitslosigkeit - Bericht zu Analysen mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung, 2009, http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/med_soziologie/downloads/BerichtAOKNovember2009.pdf, S. 7.

²⁸¹ "Sozialer Gradient" bezeichnet das Phänomen, dass es Unterschiede nicht nur zwischen den Extremgruppen gibt, sondern mit jedem Schritt nach unten auf der sozialen Leiter die gesundheitliche Belastung ansteigt, vgl. Dragano, Nico / Lampert, Thomas / Siegrist, Johannes: Wie baut sich soziale Ungleichheit im Lebenslauf auf? - Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, 2009, S. 23.

oder der schulischen Qualifikation²⁸².

Schließlich bleibt auch der soziale Status nicht ohne Auswirkungen auf die Gesundheit. "Armut gefährdet die Gesundheit" titelt eine Zusammenfassung des Kinder- und Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts (KiGGS-Studie)²⁸³. Danach gilt für Kinder aus sozial benachteiligten Familien, dass sie

- häufiger bereits in der Schwangerschaft dem Zigarettenkonsum der Mutter ausgesetzt waren.
- weniger gestillt wurden
- in einem ungünstigeren Familienklima aufwachsen
- seltener zu Kinderfrüherkennungsuntersuchungen vorgestellt werden
- eine höhere Gewaltbelastung aufweisen
- geringere personale, soziale und familiäre Ressourcen besitzen
- häufiger eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) aufweisen
- häufiger Verhaltensauffälligkeiten aufweisen
- häufiger psychische Probleme und Essstörungen zeigen
- häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind
- sich seltener die Zähne putzen
- seltener regelmäßig Sport treiben
- mehr Freizeit vor dem Bildschirm verbringen
- häufiger rauchen

Einkommensbedingter niedriger Lebensstandard und die daraus folgenden eingeschränkten Konsum- und Pflegemöglichkeiten haben Einfluss auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Direkte Folgen materieller Benachteiligung können sich in der basalen Ausstattung eines Menschen mit Nahrung, Kleidung und Wohnraum zeigen. Gleichzeitig erschweren finanzielle Einschränkungen aber auch

²⁸² Geyer, Siegfried: Soziale Faktoren und Krankheit: Gesundheitliche Ungleichheit, Ungleichheiten in der Versorgung und Arbeitslosigkeit - Bericht zu Analysen mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung, 2009, http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/med_soziologie/downloads/BerichtAOKNovember2009.pdf, S. 18 f.; das Einkommen bezieht sich hier allerdings nur auf den Versicherten selbst, das Haushaltseinkommen ist nicht erfasst.

²⁸³ Schlaud, Martin: Armut gefährdet die Gesundheit, DJI Bulletin 2009, 7 ff.

die soziale Teilhabe, da zahlreiche soziale Aktivitäten mit Geldausgaben verbunden sind. Limitierte Möglichkeit der sozialen Teilhabe hat wiederum nicht nur Konsequenzen für die soziale Einbindung, die als gesundheitliche Ressource verstanden werden kann, sondern auch für das psychische Wohlbefinden insbesondere von Kindern, die im Allgemeinen Ausgrenzung deutlich wahrnehmen und darauf nicht selten mit sozialem Rückzug und psychischen Auffälligkeiten reagieren²⁸⁴.

Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung kommt zu der Aussage, dass ein monetäres Armutsrisiko die Chance auf einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand etwa halbiert²⁸⁵. Er legt weiterhin nahe, dass innerhalb der Armutsrisikogruppe Personen mit höherer Schulbildung einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als diejenigen mit niedriger Schulbildung; Bildung schwächt also den Zusammenhang zwischen monetärer Armutslage und Gesundheit ab²⁸⁶.

Schließlich kommt die vorgenannte Auswertung von AOK-Datensätzen durch Siegfried Geyer zu dem Ergebnis, dass Arbeitslosigkeit einen deutlichen Einfluss auf das Herzinfarktisiko hat. Während sich das Risiko im Vergleich zu Berufstätigen derselben Altersgruppe bei Beschäftigungslosigkeit zwischen zwei und acht Monaten um etwa 50 % erhöht, liegt der Wert zwischen acht und 16 Monaten Arbeitslosigkeit schon bei 80 %, zwischen 16 und 24 Monaten Arbeitslosigkeit sogar bei 210 %²⁸⁷.

5.3. Wechselwirkung zwischen Bildung, sozialem Status und Gesundheit

Eine umfangreiche Datenlage belegt den Zusammenhang zwischen Bildung und sozialem Status²⁸⁸. Dieser zeigt sich auch darin, dass der Qualifikationsgrad eines

²⁸⁴ Dragano, Nico / Lampert, Thomas / Siegrist, Johannes: Wie baut sich soziale Ungleichheit im Lebenslauf auf? - Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, 2009, S. 28 unter Hinweis auf Hurrelmann, Klaus: Gesundheitssoziologie, Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Weinheim, 2000.

²⁸⁵ "Lebenslagen in Deutschland", 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2008, S. 104.

²⁸⁶ "Lebenslagen in Deutschland", 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2008, S. 103 unter Berufung auf Befragungen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) von 2006.

²⁸⁷ Geyer, Siegfried: Soziale Faktoren und Krankheit: Gesundheitliche Ungleichheit, Ungleichheiten in der Versorgung und Arbeitslosigkeit - Bericht zu Analysen mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung, 2009, http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/med_soziologie/downloads/BerichtAOKNovember2009.pdf, S. 20 ff.

²⁸⁸ Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (2008, S. XVIII)) formuliert exemplarisch: "Während die Erwerbstätigenquote (hier bezogen auf die 25- bis 65-Jährigen) für Personen mit

Menschen häufig als ein Indikator seines sozialen Status verwendet wird. Eine bessere schulische Qualifikation ist in der Regel die Basis für beruflichen Erfolg und damit für ein höheres Einkommen. Gleichzeitig hat - wie insbesondere die PISA-Studien nahelegen - in Deutschland der soziale Status Einfluss auf die Bildungschancen eines Menschen²⁸⁹. Kinder, deren Eltern sie weder selbst noch durch den Einsatz von Nachhilfe beim Lernen unterstützen können, sind gegenüber anderen, die diese Unterstützung erhalten, stets im Nachteil.

Auch zwischen Bildung und Gesundheit ist eine Wechselwirkung festzustellen: Menschen mit einem hohen Bildungsstand und Kinder aus gebildeten Elternhäusern bringen bessere Voraussetzungen für ein gesundes Leben mit. So lautet die Schlussfolgerung aus einer Querschnittsstudie an überschuldeten Privatpersonen aus den Jahren 2006/2007: "Überschuldung macht krank" und "Krankheit führt zu Überschuldung"²⁹⁰. Umgekehrt gilt, dass gesunde Menschen besser lernen und mit hin bessere Bildungschancen haben.

Die frühkindliche Bildung und Betreuung von Kindern hat in zweifacher Hinsicht enorme Bedeutung. Für die Eltern spielt eine entsprechend flexible und qualitativ hochwertige Kinderbetreuung die zentrale Rolle für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kindererziehung. Wenn beide Elternteile berufstätig sind, können sie den gewohnten Lebensstandard weitgehend aufrechterhalten und Einkommensarmut vorbeugen. Für die Entwicklung der Kinder selbst sind nicht nur die gesicherte Einkommenssituation der Eltern förderlich, sondern auch die durch frühkindliche Bildung verbesserten Startchancen. Dies gilt insbesondere, wenn sie aus benachteiligten Familien kommen²⁹¹.

Die Wechselwirkungen zwischen fehlender Bildung, niedrigem sozialem Status und schlechtem Gesundheitszustand führen somit zu einer Negativspirale, aus der ein

Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss rund 85% im Jahr 2006 betrug, waren nur 53,5% der Personen ohne beruflichen Abschluss erwerbstätig. 18,1% der Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren befinden sich nicht in Ausbildung und verfügt dabei über keinen berufsqualifizierenden Abschluss. (...) Betrachtet man die berufliche Ausbildung bei Personen im Alter von 35 Jahren als abgeschlossen, so bleiben 15% der Bevölkerung dauerhaft ohne abgeschlossene berufliche Ausbildung und haben damit stark eingeschränkte Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt."

²⁸⁹ Ausführlich hierzu Allmendinger, Jutta / Nikolai, Rita: Bildung und Herkunft, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 2006, 44 f.

²⁹⁰ Münster, Eva / Rüger, Heiko u.a.: Überschuldung und Gesundheit, in: Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed 2007, S. 628 ff.

²⁹¹ "Lebenslagen in Deutschland", 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2008, S. 9.

Ausbrechen nicht mehr ohne weiteres gelingt. Anders formuliert, folgt aus dem inneren (zumindest partiellen) Zusammenhang zwischen Armut einerseits und Gesundheit und Bildung andererseits, dass die Effektivität gesundheitsfördernder Maßnahmen bei Kindern, die in Armut leben, ohne gleichzeitige bildungsbezogene Maßnahmen und Lernkompetenzförderung nur sehr begrenzt sein dürfte²⁹².

Beispielsweise ist auffällig, dass Präventionsangebote deutlich weniger von Personen mit niedrigem Bildungsgrad wahrgenommen werden. Es "reproduziert sich ein Schichtgradient zu Ungunsten von Personen mit geringem sozioökonomischem Status, wie es von der Verteilung von Krankheit und Sterblichkeit her bekannt ist. Das zentrale Merkmal ist hier Bildung/Qualifikation, wobei mit dem Bildungsgrad auch die Bereitschaft steigt, Neuerungen zu übernehmen."²⁹³

Es zeigt sich hieran auch, dass die Bereitstellung und Nutzung von Bildungs- und Präventionsangeboten, wie sie derzeit praktiziert werden, nicht ausreicht, um das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung dieser vulnerablen Gruppen nachhaltig zu verbessern.

5.4. Befähigung

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen, dass insbesondere die über eigenes Verhalten modifizierbaren Gesundheitsprobleme bei sozialen Benachteiligungen deutlich häufiger zu beobachten sind. Es muss daher in Blick genommen werden, inwieweit Menschen in der Lage sind, sich gesundheitsgerecht zu verhalten und Angebote zur Erhaltung oder Verbesserung ihrer Gesundheit wahrzunehmen. Dieser Aspekt wird hier als Befähigung bezeichnet.

Der in der KiGGS-Studie nachgewiesene Zusammenhang zwischen Bildung der Mutter und gesundheitlicher Lage der Kinder zeigt einerseits die Notwendigkeit, Kindern aus wirtschaftlich schwächer gestellten Familien besondere Bildungschancen zu er-

²⁹² So Haverkamp, Fritz: Gesundheit und soziale Lebenslage, in: Huster, Ernst-Ulrich u.a. (Hrsg.): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung, Wiesbaden, 2008, S. 332.

²⁹³ So Geyer, Siegfried: Soziale Ungleichheiten und Gesundheitsförderung - Möglichkeiten und Grenzen, unveröffentlichtes Manuskript eines Vortrags auf der 4. Präventionstagung "Soziale Ungleichheit und Gesundheit" am 21./22. November 2002 in Wien, S. 10 f.

öffnen. Doch diese Befunde erklären für sich das Paradoxon noch nicht, dass nur ein Teil der Kinder und Jugendlichen, die besonders auf Förderung angewiesen sind, diese Bildungsangebote für sich auch nutzen, während ein anderer Teil diese Bildungsangebote nicht annimmt.

Die in diesem Zusammenhang oftmals postulierte Idee der „Selbstverantwortung“ greift hier zu kurz, denn sie betont die Verantwortung des Individuums, ohne die Begrenzungen und Einschränkungen des Einzelnen sowie seine Möglichkeiten und Fähigkeiten in den Blick zu nehmen. Diese müssen bei der Entwicklung von Bildungsangeboten berücksichtigt werden. Ein „Aufwachsen in öffentlicher Verantwortung“²⁹⁴ bedeutet in diesem Sinne, Bildungsangebote zur Verfügung gestellt zu bekommen und dazu befähigt zu werden, die „Verwirklichungschancen“ (capabilities) nutzen zu können.

Der "capability approach" von Sen und Nussbaum²⁹⁵, der auch vom 13. Kinder- und Jugendbericht²⁹⁶ aufgegriffen und für die gesundheitliche Entwicklung von jungen Menschen weiter entwickelt wird, stimmt mit den Forderungen der Ottawa Charta der WHO, die sich zwar auf Gesundheit bezieht, aber eine Idee gelungenen Lebens transportiert, überein. Dort heißt es: "Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen"²⁹⁷. Gerade in einer Gesellschaft, die in allen Lebensbereichen konsequenzenreiche Umwälzungen erzeugt, ist ein solches Befähigungskonzept unerlässlich²⁹⁸.

²⁹⁴ 11. Kinder- und Jugendbericht „Aufwachsen in öffentlicher Verantwortung“ – Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, BT-Drs. 14/8181.

²⁹⁵ Vgl. dazu oben 1.2.3.2.

²⁹⁶ 13. Kinder- und Jugendbericht, a.a.O. S. 73 ff.

²⁹⁷ Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zitiert nach:
<http://www.api.or.at/sp/download/whodoc/e%2090%20ottawa%20charta%20deutsch.pdf> (Stand: 18.02.2010).

²⁹⁸ Nach Keupp, Heiner: Zahlen die Bürger die Zeche? – Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf das Soziale. Diskussionsthesen, vorgetragen auf der Tagung „Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf das Soziale“ – Veranstaltung der Hanns-Seidel-Stiftung und dem Caritas-Verband der Erzdiözese München und Freising e.V. am 04.02.2010.

Die Verwirklichung von Gesundheitsgerechtigkeit wird im starken Maß davon abhängig sein, ob und wie es gelingt, Menschen in diesem Sinne zu befähigen, ihre Verwirklichungschancen auch zu nutzen. „Zentral, wie die wissenschaftliche Forschung wiederholt gezeigt hat, ist dabei die Erfahrung, sich selbst als handlungswirksam zu erfahren.“²⁹⁹ Allerdings machen Kinder, die in unterschiedlichen Settings leben, auch unterschiedliche Erfahrungen mit der „Handlungswirksamkeit“. Diese Erfahrungen sind somit eine Begründung, warum junge Menschen, die in prekären Lebensverhältnissen leben, ihre Verwirklichungschancen nicht im gleichen Maß nutzen wie junge Menschen aus anderen gesellschaftlichen Gruppen.

²⁹⁹ 13. Kinder- und Jugendbericht. a.a.O. S. 74.

6. Schlussfolgerungen

Schlussfolgerung 1:

Grundrecht auf Schutz der Gesundheit

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.“

Nach Auffassung der Kommission sollte Art. 2 Abs. 2 GG um das Schutzgut "Gesundheit" ergänzt werden. Damit würde ein zentrales Bedürfnis der Menschen wesentlich stärkeres normatives Gewicht erlangen.

Die Stoßrichtung der Grundrechte hat sich in den vergangenen Jahrzehnten gewandelt. Während bei der Schaffung des Grundgesetzes unter dem Eindruck des nationalsozialistischen Terrorregimes noch die Abwehr von staatlichen Eingriffen im Vordergrund stand, sind neben diese Abwehrrechte auch im Bereich der Gesundheitsversorgung Schutzpflichten und Teilhaberechte getreten. Bei der Ausgestaltung des Gesundheitssystems verbleibt dem Staat ein Ermessens- und Abwägungsraum.

Die gesundheitsbezogenen staatlichen Regelungen müssen sich insbesondere an Art. 1 und 2 GG, am Sozialstaatsprinzip und auch an den Gleichheitsrechten messen lassen. Die Gesundheit als Schutzgut ausdrücklich in den Schutzbereich des Art. 2 GG aufzunehmen, ist angesichts der weit über die körperliche Unversehrtheit hinaus gehenden Bedeutung der Gesundheit angezeigt.

Diese Sichtweise trägt auch der Entwicklung im europäischen und internationalen Kontext Rechnung. In verschiedenen Übereinkommen und Konventionen ist anerkannt, dass Gesundheit als Schutzgut hohen Stellenwert genießt³⁰⁰. So kennt schon der Internationale Pakt der Vereinten Nationen über die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte vom 19.12.1966 (Sozialpakt) in Art. 12 das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit.

³⁰⁰ Vgl. hierzu ausführlich 2.2.

Den in Abschnitt 1. aufgezeigten Entwicklungen in Medizin und Ethik sollte das Grundgesetz Rechnung tragen. Bereits seit langem haben Rechtsprechung und Literatur erkannt, dass die Formulierung "Leben und körperliche Unversehrtheit" zu eng ist, um den Schutzbereich des Art. 2 Abs. 2 GG hinreichend zu beschreiben. Das Schutzgut "Gesundheit" wird dementsprechend auch seitens des Bundesverfassungsgerichts seit vielen Jahren als vom Schutzbereich dieser Norm implizit erfasst betrachtet. Explizit wird die Gesundheit im Grundgesetz jedoch nicht genannt. Dies ist inzwischen aber der Klarheit wegen geboten. Auf diese Weise könnten zugleich konstruktive Diskurse über ein heute adäquates Verständnis von Gesundheit und Krankheit angestoßen werden.

Die körperliche Integrität, die im Wortlaut von Art. 2 Abs. 2 GG Erwähnung findet, nimmt nur einen Teil des umfassenden Gesundheitsbegriffs ein, der beispielsweise auch psychische oder auch reproduktive Gesundheit umfasst. Zudem eröffnet der medizinische Fortschritt heute in Diagnose und Heilung Möglichkeiten, die in vielen Fällen Krankheit und Beschwerden vermeiden, lindern oder zeitlich hinausschieben können.

Gesundheit wird heute nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit definiert. Kennzeichnend für den Perspektivenwechsel, der in der Medizinethik stattgefunden hat, ist die Abwendung von der Frage "Was verhindert, dass Menschen krank werden?" hin zu "Was hält Menschen gesund?". Entscheidend dabei ist, dass nicht auf ein absolutes, sondern auf das jeweils individuell erreichbare Maß an Gesundheit hingearbeitet wird³⁰¹. Diese Perspektive nimmt die herausragende Bedeutung des Schutzgutes Gesundheit für Individuum und Gesellschaft in den Blick, die insbesondere auch chronisch Kranke oder Menschen mit Behinderungen zugute kommt.

Die Kommission vertritt die Auffassung, dass sich sowohl in medizinischer als auch in juristischer Hinsicht die Entwicklung des Konzepts "Gesundheit" so weit von dem der "körperlichen Unversehrtheit" und damit von der Formulierung des Grund-

³⁰¹ Dies sah auch die Initiative des Landes Rheinland-Pfalz von Dezember 2007 zur Einfügung von Kinderrechten als Staatsziel in das Grundgesetz vor ("Jedes Kind hat das Recht auf eine positive Entwicklung und Entfaltung sowie auf das erreichbare Maß an Gesundheit."). Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom 19. September 2008 abgelehnt, eine entsprechende EntschlieÙung zu verabschieden.

gesetzes entfernt hat, dass eine Ergänzung seines Wortlauts angezeigt ist. Es dient der begrifflichen Klarheit und Transparenz, der Rechtsakzeptanz und dem Rechtsvertrauen, wenn das überragend wichtige Schutzgut der Gesundheit im Einklang mit Rechtsprechung und internationalen Vereinbarungen im Verfassungstext explizit benannt wird.

Schlussfolgerung 2:

Verteilungsgerechtigkeit und Versorgungsforschung

Über Notwendigkeit und Kriterien einer Priorisierung und Rationierung ist in Staat und Gesellschaft eine offene Diskussion zu führen. Eine versteckte (implizite) Rationierung ist in jedem Fall zu vermeiden.

Die Verteilung vorhandener Mittel hat sachgerecht zu erfolgen. Hierfür sind zusätzliche Forschungsansätze erforderlich, die tragfähige Aussagen über den Aufwand und die Auswirkungen von Versorgungsleistungen auf den Gesundheitszustand ermöglichen. Zu diesem Zweck ist unabhängige Forschung zu stärken, der Datenzugang zu regeln und die Vergleichbarkeit der Daten zu verbessern.

Die Kommission geht davon aus, dass sich der finanzielle Druck auf das Gesundheitssystem durch medizinische Innovationen und den medizinischen Fortschritt zukünftig weiter erhöhen wird. Vorhandene Über- und Fehlversorgung ist vorrangig zu eliminieren. Trotz aller Rationalisierungsbemühungen werden sich Leistungseinschränkungen nicht vermeiden lassen. Der Kommission erscheint es deshalb dringend geboten, in Politik und Gesellschaft einen offenen und strukturierten Diskurs darüber zu führen und nachhaltig zu implementieren, wie die begrenzten, solidarisch aufgebrauchten Finanzmittel medizinisch rational und ökonomisch effizient sowie unter Berücksichtigung gerechtigkeitsethischer und verfassungsrechtlich verankerter Kriterien auf die bedürftigen Patienten verteilt werden können.

Die bislang vorherrschende *implizite* Rationierung, bei der die Zuteilungsentscheidungen auf den Schultern der Leistungserbringer vor Ort (vor allem den Ärztinnen und Ärzten) ruhen, belastet das Arzt-Patienten-Verhältnis und führt zu einer ethisch nicht akzeptablen Ungleichbehandlung, da von Arzt zu Arzt und von Patient zu Patient unterschiedliche Verteilungskriterien zur Anwendung kommen. Nach Auffassung der Kommission sollten unausweichliche Zuteilungsentscheidungen so weit wie möglich *explizit*, d.h. nach klar definierten, für das gesamte Versorgungssystem verbindlichen Verfahren und Kriterien, durchgeführt werden.

Die Kommission vertritt – in Übereinstimmung mit anderen Kommissionen wie z.B.

der ZEKO – die Auffassung, dass die Zuteilungsentscheidungen auf der Grundlage explizit definierter Prioritäten erfolgen sollen³⁰². Leistungseinschränkungen sollten in Versorgungsbereichen mit niedriger Priorität ansetzen, um mit den so frei werdenden Ressourcen die Versorgung in Bereichen hoher Priorität sicherstellen oder ausbauen zu können. Die ZEKO hat hierzu formale und inhaltliche Kriterien beschrieben, deren Berücksichtigung ein faires Entscheidungsverfahren bei Priorisierungen und Zuteilungen knapper Gesundheitsressourcen gewährleisten soll.

Aus pragmatischen Gründen wird es nicht möglich sein, den Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung für alle Situationen explizit zu regeln. Zuteilungsentscheidungen auf der Mikroebene werden sich folglich nicht ganz vermeiden lassen. Sie sollten jedoch nicht wie bisher verdeckt, sondern offen, unter Anwendung formaler und materialer Gerechtigkeitskriterien durchgeführt werden. Die hierfür erforderlichen rechtlichen, insbesondere sozial- und haftungsrechtlichen Rahmenbedingungen sind zu schaffen. Die Leistungserbringer sind für die Verteilungsentscheidungen unter Knappheitsbedingungen aus- bzw. fortzubilden. Darüber hinaus sollten sie bei den Einzelfallentscheidungen auf eine Unterstützung in Form von interdisziplinären Fallbesprechungen und die Beratung durch klinische Ethikkomitees zurückgreifen können.

Um die vorhandene Basis für materiale Entscheidungskriterien zu verbreitern und zu verbessern, muss die Effektivität und Effizienz von Vorsorgeuntersuchungen, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen systematisch analysiert werden³⁰³.

Der Nachweis der Wirksamkeit und Verträglichkeit neuer Arzneimittel muss heute vor der Markteinführung gegenüber den zuständigen Zulassungsbehörden erbracht werden. Allerdings werden die entsprechenden Zulassungsstudien an immer stärker selektierten Patientenkollektiven durchgeführt, wodurch die externe Validität sinkt. Da-

³⁰² Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Deutsches Ärzteblatt. 2007;104(40):A-2750-4.

³⁰³ So ist z.B. für verschiedene, etablierte Vorsorgeuntersuchungen (unter anderem für das Hautkrebscreening) nicht nachgewiesen, dass damit eine Mortalitätsreduktion erreicht werden kann. Dieser Nachweis ist jedoch zu fordern, um den erheblichen Mitteleinsatz für bevölkerungsweite Untersuchungen zu rechtfertigen. So konnte zum Beispiel das aufwändige und zum Teil auch risikobehaftete Neuroblastomscreening aufgrund eines nachgewiesenen Effektivitätsmangels eingestellt werden.

her sollte geregelt werden, dass auch nach der Zulassung neuer Arzneimittel Wirksamkeit und Sicherheit an großen, für die praktische Anwendung repräsentativen Populationen von unabhängigen Institutionen untersucht werden (erweiterte Effektivitätsprüfung, systematische Aufdeckung und quantitative Abschätzung von seltenen, unerwünschten Arzneimittelwirkungen). Außerdem sind Vergleiche mit anderen, für dieselbe Indikation schon länger im Markt erhältlichen und eventuell preisgünstigeren Medikamenten erforderlich (Effizienzprüfung und Vergleich der Sicherheit). Analoge Forderungen sind an die Einführung neuer diagnostischer Maßnahmen zu stellen. Schließlich sind auch Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen durch eine intensiverte Versorgungsforschung genauso zu belegen wie die Wirksamkeit der Primärtherapie. Die hierfür erforderlichen Entscheidungen sind auf der Ebene der staatlichen Makro- und Mesoallokation zu treffen.

Die erforderlichen Studien aus dem Bereich der Versorgungsforschung werden zum Teil Langzeitbeobachtungen sein (Kohortenstudien). Bei adäquater Sicherstellung des Datenschutzes (zum Beispiel durch Pseudonymisierung personenbezogener Daten) müssen hierfür bei den Kostenträgern und Leistungserbringern bereits vorhandene Daten über die individuelle Diagnostik und Therapie in der ambulanten und stationären Patientenversorgung genutzt werden können.

Verfahren einer angemessenen Kosten/Nutzen-Analyse befinden sich in Deutschland noch in einem frühen Stadium der Diskussion (z.B. im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG), müssen aber zeitnah methodisch ausgebaut werden. Wie weit hierbei auch auf bereits praktizierte Ansätze anderer Länder zurückgegriffen werden kann, bleibt zu prüfen.

Schlussfolgerung 3:

Gesundheitsförderung und Prävention

Zur Realisierung von Gesundheitsgerechtigkeit sind Maßnahmen geboten, die über das Gesundheitssystem hinausgreifen. Besonders gefordert sind Impulse des Gesetzgebers zu Prävention und Gesundheitsförderung. Sie sind zielgruppenorientiert und insbesondere auf die vulnerablen Gruppen auszurichten. Bereits vorhandene gesetzliche Möglichkeiten sind stärker zu nutzen.

Zahlreiche Studien belegen den Zusammenhang zwischen sozialem Status, Einkommen, Bildung und gesundheitlichem Zustand.³⁰⁴ Besonders problematisch ist das sogenannte „Präventionsparadoxon“: Präventionsangebote werden besonders von Menschen genutzt, die bereits gesundheitsbewusst leben, während Menschen, die sich in einer prekären Lebenslage befinden und deren Gesundheit somit eher gefährdet ist, von Präventionsangeboten nicht erreicht werden und diese auch nicht im gleichen Umfang nutzen (können) wie die erstgenannte Personengruppe.

Die Kommission ist somit der Auffassung, dass besonders primärpräventive Angebote und gesundheitsförderliche Maßnahmen über das Gesundheitswesen in seiner derzeitigen Struktur nicht hinreichend abgedeckt werden. Das heutige Gesundheitswesen, zu 90 Prozent finanziert über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), ist stark kurativ geprägt. Die Ausgaben der GKV für primärpräventive Angebote machen nur rund 1 Prozent der Gesamtausgaben aus.³⁰⁵

So kommt auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten im Jahr 2005³⁰⁶ zu dem Ergebnis, dass ein „beachtlicher Teil der Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebenserwartung“ der Bevölkerung „weniger auf medizinisch-kurative Innovationen als auf wirtschaftliche und soziale Entwicklungen sowie Umwelt-, Ernährungs-, Hygiene- und Bildungsfortschritte zurückgeht“³⁰⁷.

³⁰⁴ Vgl. 2. und 3.

³⁰⁵ Vgl. Willich, Stefan N.: Gesundheitliche Wertschöpfung – der Stellenwert der Prävention muss gestärkt und mit entsprechenden Ressourceneinsatz erprobt werden; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 24, S. 1893-1895.

³⁰⁶ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gutachten) „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ Gutachten 2005, S. 23 - 46.

³⁰⁷ SVR-Gutachten 2005, S. 23.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung ist es notwendig, die vielfältigen präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen der unterschiedlichen Art zu bündeln, damit sie wirksamer als bisher werden können. Schon in seinem Gutachten aus dem Jahr 2001 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen mit seinem Gutachten zur „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ eine Studie zur „Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation“ (Band 1) vorgelegt, in der im Detail die oftmals verschlungenen und für den Einzelnen nicht überschaubaren Zuständigkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung dargestellt werden.³⁰⁸ Der Sachverständigenrat kommt in seinem Gutachten zu dem Ergebnis, dass die unterschiedlichen Kompetenzen und die damit einhergehenden Finanzierungszuständigkeiten gebündelt werden müssen, damit die Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung gesellschaftspolitisch deutlicher wird.³⁰⁹

Die Kommission greift diese Überlegungen des Sachverständigenrates auf und plädiert für ein Präventionsgesetz auf Bundesebene, um eine Koordinierung der unterschiedlichen präventiven und gesundheitsförderlichen Ansätze und Maßnahmen zu erreichen³¹⁰. Prävention und Gesundheitsförderung sind dann besonders wirksam, wenn sie strategisch genutzt werden und im Sinne der Verhältnisprävention Menschen befähigen, ihre Lebenslage so zu gestalten, dass sie insgesamt gesünder leben können.

Die bisherige Präventionsförderung – besonders durch die Gesetzliche Krankenversicherung, wie sie § 20 SGB V vorgibt – ist eher auf Abgrenzung angelegt. Die präventiven Maßnahmen, die die Krankenkassen nach § 20 SGB V fördern, werden von ihnen oftmals im Wettbewerb mit anderen Krankenkassen zur Förderung individueller Präventionsangebote – wie Finanzierung eines Beitrages im Fitnessstudio – genutzt; damit wird das Präventionsparadoxon verstärkt, während die Personengruppen, die vorrangig von den präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen profitieren sollten, nicht erreicht werden.

³⁰⁸ SVR-Gutachten 2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band 1. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Zusammenfassung, S. 29, Abb. 3.

³⁰⁹ SVR-Gutachten 2001, a.a.O. S. 31, Nr. 27.

³¹⁰ Bereits im Jahre 2005 war der "Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention" in den Deutschen Bundestag eingebracht worden, der aber nicht realisiert wurde; BT-Drs. 15/4833 vom 15.02.2005.

Durch ein – bereits in der letzten Legislaturperiode geplantes – Präventionsgesetz könnte es gelingen, die bisher unkoordiniert entwickelten präventiven und gesundheitsförderlichen Angebote und Maßnahmen strategisch zu bündeln und so einzusetzen, dass sie die gesundheitliche Lage besonders der diesbezüglich benachteiligten Menschen positiv beeinflusst. Dabei können dann auch die Überlegungen zur Befähigung dieser Menschen³¹¹ angemessen berücksichtigt werden.

Auf die unterschiedlichen Herangehensweisen von Prävention – Vermeidung von Krankheiten durch Minimierung bekannter Risiken – und Gesundheitsförderung – Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Menschen durch Förderung von Ressourcen – wurde bereits an anderer Stelle dieses Berichtes verwiesen.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat mit Band 3 seines Gutachtens 2001³¹² auf die Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen am Beispiel verschiedener Personengruppen wie chronisch erkrankter Menschen hingewiesen und sechs unterschiedliche Krankheitsbilder beschrieben, deren Behandlung insgesamt rund zwei Drittel aller Kosten im Gesundheitswesen verursachen.³¹³ Der Sachverständigenrat kommt in seiner Analyse zu dem Ergebnis, dass für die Prävention der untersuchten „Volkskrankheiten“ deutlich zu wenig Ressourcen zur Verfügung stehen, während für die individuelle Diagnostik (zum Beispiel durch bildgebende Verfahren) überproportional viel Geld und Mittel aufgewandt werden. Insgesamt kritisiert der SVR den unsystematischen und oftmals qualitativ unzureichenden Behandlungs- und Rehabilitationsprozess, der durch seine Struktur Ressourcen bindet, die durch einen optimierten Behandlungsprozess besser insbesondere für Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden können.

Die Kommission plädiert deshalb vor dem Hintergrund dieser fachlich unstrittigen Erkenntnisse sowohl aus ethischen wie aus wirtschaftlichen Gründen dafür, die schon vorhandenen Möglichkeiten für eine gezielte Prävention und Gesundheitsför-

³¹¹ Vgl. 5.4.

³¹² SVR-Gutachten 2001, Band 3. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Zusammenfassung.

³¹³ SVR-Gutachten 2001 a.a.O., S. 16, Nr. 5.

derung zu nutzen mit dem Ziel, dass sich die Maßnahmen und Angebote des Gesundheitswesens zukünftig stärker an den Lebenslagen der Menschen orientieren. Eine so verstandene Lebenslagen-Medizin³¹⁴ kann die Erkenntnisse um die Befähigung der Menschen zu einem gesünderen Leben im Alltag³¹⁵ aufgreifen und in Alltagshandeln umsetzen.

³¹⁴ Vgl. Goeschel, Alfred: Für eine Lebenslagen-Medizin – Die Sozialwirtschaft und die Priorisierungsdebatte, in: Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für soziale Arbeit, Gesundheitsschutz – Befähigung zur Gestaltung gesunder Lebenswelten , 6/2009, S. 203 ff.

³¹⁵ Hertwig, Rike / Kilian, Holger: Den Alltag gesünder gestalten – Gesundheit fördern bedeutet: Befähigung zur Gestaltung gesunder Lebenswelten, in Blätter der Wohlfahrtspflege a.a.O. S. 208 ff.

Schlussfolgerung 4: Zugangsgerechtigkeit

Um Leistungen der gesundheitlichen Versorgung und der Prävention auch für Menschen mit den unterschiedlichsten Beeinträchtigungen und Erschwernissen gleichberechtigt und zumutbar zu ermöglichen, ist die entsprechende Zugangsgerechtigkeit zu schaffen. Das beinhaltet unter anderem die Gewährleistung von Barrierefreiheit für den Zugang zu und die Nutzung von Angeboten des Gesundheitswesens.

Gesundheitliche Leistungen sind nicht für alle Menschen gleich gut erreichbar; verschiedene Barrieren können den Zugang zur medizinischen Versorgung erschweren.

Offensichtlich sind Barrieren, die physisch bei der Wahrnehmung von Angeboten behindern. So können Treppenstufen Menschen mit eingeschränkter Mobilität den Zugang zur ärztlichen Praxis erschweren. Dies gilt für Eltern mit Kleinkindern in ähnlicher Weise wie für Menschen, die auf eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl angewiesen sind. Zahlreiche Arztpraxen und zahlreiche Angebote anderer Gesundheitsberufe sind in diesem Sinne noch nicht barrierefrei erreichbar. Hier geht die Kommission davon aus, dass die Anforderungen und Regelungen des Bundesgesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen zum Abbau dieser Barrieren schrittweise umgesetzt werden.

Als Folge der demografischen Entwicklung tritt die medizinische Versorgung im ländlichen Raum zunehmend in den Vordergrund der Betrachtung. Es gibt Hinweise darauf, dass sich für freiwerdende Arztpraxen in Dörfern und kleinen Städten keine Nachfolgerinnen oder Nachfolger finden lassen. Parallel dazu steigt die Zahl der älteren und hochbetagten Menschen³¹⁶ besonders im ländlichen Raum³¹⁷. Sie sind zum Einen verstärkt auf ein medizinisches Angebot angewiesen, zum Anderen aber häufig in ihrer Mobilität eingeschränkt. Die Kommission ist der Auffassung, dass besondere Anstrengungen erforderlich sind, um Menschen im ländlichen Raum die Zugangsmöglichkeiten zu den notwendigen gesundheitlichen Leistungen zu erhalten.

³¹⁶ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Rheinland-Pfalz 2050 - Zweite regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, in Statistische Monatshefte 1/2008.

³¹⁷ Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung: Raumordnungsbericht 2005. Berichte, Band 21, Bonn 2005; vgl. auch: Ministerium des Inneren und für Sport (Rheinland-Pfalz): Raumordnungsbericht 2008, Kapitel 2.2 S. 183 ff.

Dazu sind auch neue Formen der Erreichbarkeit zu erproben, wie beispielsweise niedrigschwellige lokale Angebote (z.B. in Form einer Delegation ausgewählter ärztlicher Leistungen an Medizinische Fachangestellte) oder die Nutzung neuer Informationstechnologien. Versorgungskonzeptionen für die medizinische und pflegerische Versorgung im ländlichen Raum sind zu entwickeln, die es den Beteiligten im Gesundheitswesen ermöglichen, neue Wege der Behandlung zu gehen und damit den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen erleichtern.

Der Zugang zu gesundheitlichen Leistungen einschließlich gesundheitsfördernder und präventiver Leistungen kann aber auch durch Verständigungsbarrieren sprachlicher und kultureller Art sowie durch strukturelle Barrieren behindert werden. Kulturelle und sprachliche Barrieren können sich für Menschen mit Migrationshintergrund ergeben. In anderer Hinsicht können Kommunikationsbarrieren auch für Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen oder erheblichen Lernschwierigkeiten auftreten. Die Kommunikation über Gesundheit und Krankheit zwischen Behandelnden und Behandelten kann in diesen Fällen aus unterschiedlichen Gründen Hindernissen begegnen. Hier sieht die Kommission einen Fort- und Weiterbildungsbedarf für die Gesundheitsberufe mit dem Ziel, die Sensibilität für kulturelle, sprachliche oder behinderungsbedingte Beeinträchtigungen zu erhöhen.

Die Kommission weiß um die Schwierigkeit, die sich aus der Forderung nach einer „einfachen“ und verstehbaren Sprache ergibt. Die Forderung nach einer klaren und verständlichen Kommunikation kann nicht bedeuten, komplexe Zusammenhänge zu „vereinfachen“, vielmehr bedeutet die Forderung nach einer verständlichen Sprache, die notwendigen Informationen ereignisbezogen und situativ adäquat - an den Kompetenzen der Kommunikationspartnerinnen oder -partner ausgerichtet – so zu vermitteln, dass diese vor dem Hintergrund ihrer kulturellen Erfahrung oder ihrer Beeinträchtigung ihr Recht auf ein selbstbestimmtes Leben wahrnehmen können.

Eine weitere Problematik beim Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen ergibt sich besonders für Menschen mit Behinderungen, die zur Nutzung der Gesundheitsleistungen zusätzlich auf eine besondere Unterstützung und Assistenz angewiesen sind. Da die Leistungen von unterschiedlichen Leistungsträgern finanziert werden, ergeben sich immer wieder Zuständigkeits- bzw. Abgrenzungsprobleme. Dabei könn-

te eine Lösung für diese und ähnlich gelagerte Probleme die stärkere Nutzung des trägerübergreifenden persönlichen Budgets durch die Leistungsträger sein. Durch die Zusammenführung der krankheits- und behinderungsbedingten Leistungsansprüche in einem Budget nach § 17 Abs. 2 bis 6 SGB IX wird zum Einen das Selbstbestimmungsrecht des behinderten Menschen gestärkt, zum Anderen könnten Synergieeffekte genutzt werden, von denen sowohl der behinderte Mensch wie die Leistungserbringer profitieren können.

Der Zugang zu gesundheitlichen Leistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen oder Erschwernissen kann erleichtert werden, wenn Fragen zu den möglichen Zugangsbarrieren auch wissenschaftlich untersucht und erforscht werden. So gibt es bisher wenig belastbare Studien, die den Zusammenhang von Gesundheit, Krankheit und verschiedenen Formen von Behinderungen untersuchen³¹⁸, doch es gibt Hinweise darauf, dass es eine Wechselwirkung von Behinderung und gesundheitlicher Entwicklung gibt, die implizit die medizinische Behandlung sowie gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen³¹⁹ beeinflusst. Entsprechende Forschungsergebnisse könnten in der Praxis dazu beitragen, dass die Verständigungsbarrieren und die strukturellen Hindernisse durch mehr Wissen über Zusammenhänge, durch eine verbesserte und damit erleichterte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung oder durch eine politisch erhöhte Aufmerksamkeit für die Belange von Menschen mit Behinderungen schrittweise verkleinert und langfristig beseitigt werden. Dies gilt in gleicher Weise für andere Personengruppen, denen es durch spezifische Beeinträchtigungen oder Erschwernisse schwerer fällt als anderen, die Zugangswege zu den notwendigen gesundheitlichen Leistungen zu finden.

Die Vereinfachung der Zugangswege zu gesundheitlichen Leistungen und die damit verbesserte soziale Erreichbarkeit von Gesundheit werden erst wirksam, wenn Menschen auch befähigt werden, diese Zugangswege zu nutzen. Zugangs- und Befähigungsgerechtigkeit bedingen einander.

³¹⁸ Bundesverband Evangelischer Behindertenhilfe (Hrsg.). „Gesundheit und Behinderung“ – Expertise zu bedarfsgerechten und gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen, Diakonie-Verlag 2003, S. 22/23 so auch die Arbeitsgemeinschaft Disability Studies in Deutschland (AGDS) <http://www.disabilitystudies.de/> (Stand: 10.03.2010).

³¹⁹ Bundesverband Evangelischer Behindertenhilfe (Hrsg.). a.a.O. S. 18; vgl. auch Gembris-Nübel, Roswitha: Gesundheit und Behinderung - Eine empirische Untersuchung zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe, Bielefeld 2004, S. 180 ff.

Schlussfolgerung 5:

Befähigungsgerechtigkeit

Zur Gesundheitsgerechtigkeit gehört es, die Befähigung zur adäquaten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu stärken. Gesundheitsbildung in allen Lebensabschnitten ist ein Korrelat des Rechtes auf Gesundheit. Viele Institutionen, wie Familien, Schulen, Betriebe und Krankenkassen, aber auch jede und jeder Einzelne tragen hierbei eine spezifische Verantwortung. Aufgabe des Gesetzgebers ist es, die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsbildung zu verbessern.

Wenn der Staat durch Initiativen zur Gesundheitsbildung die gesundheitlichen Lebenschancen der Bürger fördert, dient dies der Realisierung von Partizipationsgerechtigkeit. Die Weltgesundheitsorganisation hat im Jahr 1986 in der Ottawa-Charta das Grundrecht jedes Menschen auf gesundheitsbezogene Selbstbestimmung sowie das Leitbild der Befähigungs- oder Partizipationsgerechtigkeit hervorgehoben und vor diesem Hintergrund staatliche Verantwortungsträger in die Pflicht genommen, Kompetenz und Eigenverantwortlichkeit der Bürger im Umgang mit ihrer Gesundheit zu unterstützen: „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. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, u. a. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen“.

Für die Fähigkeit von Menschen, ein ihren gesundheitlichen Interessen gemäßes Leben führen zu können, besitzt ihr Bildungsstand besondere Bedeutung. Dies wird inzwischen in der internationalen Debatte über Public Health sowie in entwicklungspolitischer Hinsicht berücksichtigt und spielt für die Aktivitäten eine Rolle, die von der

Bundesrepublik Deutschland für die Entwicklungszusammenarbeit ausgehen³²⁰. Die Korrelation zwischen sozialem Status, Bildungsstand, Gesundheitsstatus und der Fähigkeit von Menschen, das ihnen mögliche Maß an Gesundheit in ihrer Biographie tatsächlich erreichen zu können, ist aber auch im Inland selbst verstärkt zu beachten. Denn in der Bundesrepublik Deutschland ergeben sich aus Sozial- und Bildungsstatus einer steigenden Zahl von Menschen seit Längerem erhebliche Ungleichheiten³²¹. Schon allein deshalb, weil sich Menschen häufig nicht aus eigener Kraft aus der Situation der Armut, des Bildungsrückstands oder der gesundheitlichen Benachteiligung befreien können, sind Staat und Gesellschaft herausgefordert, verstärkt Verantwortung für Gesundheitsbildung zu übernehmen.

Gesundheitserziehung hat den Sinn, das Selbstverständnis und das Verhalten von Menschen dahingehend zu unterstützen, dass sie sich aktiv um die Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit bemühen. Auf diese Weise sollen sie zugleich in die Lage versetzt werden, an der Gestaltung ihrer natürlichen und gesellschaftlichen Umwelt in möglichst hohem Maß teilzunehmen. In anderen europäischen Staaten, z.B. Schweden oder der Schweiz, sind umfangreiche Initiativen zur Gesundheitserziehung in Gang gebracht sowie institutionalisiert worden (etwa das Modell der Schulgesundheitspflege in Schweden). Auch in der Bundesrepublik Deutschland haben lokal und regional zahlreiche Initiativen eingesetzt. Hierfür ist das Lebenslagen-Modell bzw. der Setting-Ansatz tragend³²², den gleichfalls die WHO empfiehlt. Sinnvoll ist es, wenn sich unterschiedliche Institutionen und Organisationen, zum Beispiel Kindertagesstätten, Krankenkassen, Betriebe, Vereine oder soziale Einrichtungen, engagieren und wenn die Gesundheitsbildung zielgruppen- und milieuorientiert sowie lebensaltersspezifisch erfolgt. In Anbetracht des demografischen Wandels sind zum Beispiel speziell auf ältere Mitbürger zugeschnittene Bemühungen erforderlich, die Ernährung, Bewegung, Verhaltensprävention angesichts

³²⁰ Vgl. Auswärtiges Amt, 8. Bericht der Bundesregierung über ihre Menschenrechtspolitik in den auswärtigen Beziehungen und in anderen Politikbereichen, Berichtszeitraum: 1. März 2005 - 29. Februar 2008, S. 78 ff.

³²¹ Vgl. Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51, 2008, S. 345 ff.; vgl. Ausführungen zu Thesen 3 und 4.

³²² Vgl. Wulfhorst, Britta / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Handbuch Gesundheitserziehung, Bern, 2009, Teil 2: Gesundheitserziehung in Settings (Familie S. 121 ff.; Kindertagesstätten S. 146 ff.; Schulen S. 160 ff.; Betrieb S. 171 ff.; Hochschule S. 188 ff.; Krankenversorgung S. 198 ff.; Betreuungseinrichtungen S. 212 ff.).

von Sturzgefährdung u.a. betreffen³²³.

Diese und weitere Maßnahmen zielen darauf ab, die Verwirklichungschancen von Menschen, die in schwierigen oder prekären Lebensverhältnissen leben, zu erhöhen. Untersuchungen zu der Lebenssituation von Menschen, die keine oder wenige Teilhabechancen haben, belegen, dass sie oftmals nicht mehr in der Lage sind, die ihnen angebotenen Chancen - beispielsweise auf Bildung - für sich zu nutzen³²⁴. Für die Befähigung dazu sind Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta der WHO umfassender zu gestalten, zum Beispiel indem die Lebenslage und das persönliche Umfeld der Menschen einbezogen werden.

Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dies gilt in besonderer Weise für Kinder und Jugendliche, die auf Grund ihrer Lebenslage begünstigt oder benachteiligt sind. Gesundheitsförderung im klassischen Sinne kann diese Vor- und Nachteile befördern (Präventionsparadoxon) oder kann ihre Wirkungen, wenn diese Bedingungen bei der Entwicklung einer nachhaltigen Gesundheitsförderung reflektiert werden, begrenzen oder auch verkleinern³²⁵. Diejenigen, die sozioökonomisch oder in ihrem Bildungsstand ohnehin bereits benachteiligt sind, werden von den Initiativen zur Prävention bzw. von Impulsen der Gesundheitsbildung oftmals am wenigstens erreicht. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) wies darauf hin, dass es namentlich Kinder mit niedrigerem Sozialstatus und Migrationshintergrund sind, die in der Gesundheitskompetenz die größten Defizite aufweisen. Hier sind Initiativen notwendig, die dazu beitragen, Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen, zum Beispiel indem Eltern, die in sozial prekären Verhältnissen leben, eine besondere Förderung und Unterstützung erhalten, die ihre Haushalts- und Erziehungskompetenzen (z.B. in Bezug auf Ernährung) stärken³²⁶. Hierzu gibt es bereits verschiedene Ansätze³²⁷; es gilt, dies systematisch weiterzuentwickeln.

³²³ Vgl. Seltrecht, Astrid: Gesundheitserziehung in Einrichtungen der Betreuung älterer Menschen, in: Wulforth, Britta, / Hurrelmann, Klaus a.a.O. – Als Beispiel für ein lokales Projekt: Abschlussbericht WHO-Projekt „aktiv55plus“ Radevormwald, im Internet: www.aktiv55plus.de (Stand: 15.02.2010).

³²⁴ Vgl. Ausführungen zur Befähigungsgerechtigkeit (Kap. 2.2.3.2.2 sowie Kap. 6.4).

³²⁵ Vgl. z.B. Institut für angewandte Wirtschaftsforschung (Hrsg.): Das Konzept der Verwirklichungschancen (Sen, Amartya) – Empirische Operationalisierung im Rahmen der Armuts- und Reichtums-messung – Machbarkeitsstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Tübingen 2006, S. 49 ff.

³²⁶ Das rheinland-pfälzische Gesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit schafft durch den Ausbau von frühen Hilfen hierzu wichtige Voraussetzungen.

³²⁷ Z.B. Gesundheitsteams vor Ort in Trier und Mainz, gefördert nach § 20 SGB V.

Ein besonderes Augenmerk ist auf die Gesundheitsbildung zu richten, die auf die Verbesserung der Verwirklichungschancen von Kindern und Jugendlichen zielt. Dabei geht es auch um elementare Sachverhalte (zum Beispiel Zähneputzen als angenehm zu empfinden oder Geschmack an Obst und Gemüse zu finden), die nicht in erster Linie wissenschaftlich zu vermitteln sind, sondern ausprobiert und geübt werden müssen. Ein schlechter Gesundheitsstatus in der Kindheit hat häufig lebenslange negative Auswirkungen auf die Krankheitsanfälligkeit, das Gesundheitsverhalten, den beruflichen Werdegang und die Lebensqualität der Betroffenen. Der Sache nach trug es dem Grundrecht von Kindern auf Schutz der Gesundheit Rechnung, dass die Kultusminister der Länder 1992 in ihrer Stellungnahme „Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule“ den schulischen „Auftrag zur Förderung einer gesundheitsdienlichen Lebensweise und Lebenswelt im Hinblick auf die physische, psychische und soziale Gesundheit“ von Schülerinnen und Schülern betonten³²⁸. Eine flächendeckende Umsetzung erfolgte insgesamt jedoch nur zögerlich. Zweifellos sind in der Bundesrepublik Deutschland vielversprechende Projekte zur „Gesundheitsfördernden Schule“ in Gang gebracht worden. Auf der Basis gesetzlicher Rauchverbote und entsprechender Erlasse in den Bundesländern sind in Schulen unter anderem Programme zur Tabakprävention umgesetzt worden³²⁹. Dennoch ist eine feste flächendeckende Verankerung des Themenfeldes Gesundheit in Schulentwicklungsprogrammen, im schulischen Alltag und im Kanon der Schulfächer bislang nicht gelungen. Gesundheitsbezogene Projekte sollten künftig quer durch die Schulfächer zum Zuge gelangen.

In der Kommission wurde noch ein weiterer Gesichtspunkt zur Geltung gebracht. Es sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass Heranwachsende in Anbetracht der modernen Medizin und des heutigen Gesundheitswesens hohe kognitive Herausforderungen im Umgang mit Krankheit und Gesundheit zu bewältigen haben. Zum Beispiel sollten sie zu eigenverantwortlichen Entscheidungen angesichts von prädiktiver Gendiagnostik oder der Transplantationsmedizin in der Lage sein. Die Kommission

³²⁸ Zit. nach Michaelsen-Gärtner, Britta u.a. in: Wulfhorst, Britta / Hurrelmann, Klaus a.a.O. 161; vgl. Paulus, Peter: Gesundheitsförderung im Setting Schule, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 45, 2002, S. 970 ff.; Siegert, J. u.a.: Gesundheitsförderung im Setting Schule. Das Lernfeld Ernährung, in: Prävention und Gesundheitsförderung 3 (2008), S. 241 ff.

³²⁹ Vgl. Rakete, Gerd u.a.: Tabakprävention in Schulen. Ein Erfolgsmodell, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 53, 2010, S. 170 ff.

ist sich einig, dass Kompetenzen und Kriterien, die zur Bewältigung solcher Fragestellungen hilfreich sind, in der Schule vermittelt werden sollen. Von einzelnen Kommissionsmitgliedern wird daher – neben Gesundheit als Querschnittsaufgabe – ein Schulfach Gesundheitskunde gefordert, durch das das Themenfeld „Gesundheit“ in der Schule zugleich einen festen institutionellen Ort erhält.

An den staatlichen Verantwortungsträgern liegt es, die Bedingungen zu fördern

- für niedrigschwellige und kulturell sensitive Angebote der Gesundheitsberatung und der Gesundheitsbildung im Blick auf die verschiedenen Zielgruppen in unserer Gesellschaft, deren Ziel es ist, dass diese ihre Verwirklichungschancen auch nutzen können,
- für den konzeptionellen und koordinierten Ausbau der Gesundheitsbildung in Schulen und Bildungseinrichtungen,
- für die stärkere Verankerung von Gesundheitsbildung in der Ausbildung der Lehrkräfte an Schulen und von Multiplikatoren in anderen gesellschaftlichen Institutionen und Organisationen.

Gleichzeitig ist Forschung zu unterstützen, die methodische und didaktische Standards der Gesundheitsbildung reflektiert sowie gesundheitsbezogene Projekte und Unterrichtsinhalte auf ihre Tragkraft hin überprüft.

Die gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen, die am Beispiel der Verwirklichungschancen für Kinder und Jugendliche ausführlich dargestellt wurden, sind auch für die anderen gesellschaftlichen Gruppen zu nutzen. Die Kommission ist der Auffassung, dass beispielsweise die arbeitsmedizinische Versorgungsstruktur gute Voraussetzungen bietet, um "gesunde Betriebe und Unternehmen" zu entwickeln. Die Kommission erwartet, dass besonders Einrichtungen und Betriebe im Gesundheitswesen hier beispielhaft für eine gesunde Arbeitswelt sind.

Schlussfolgerung 6:

Verantwortungspartnerschaft

Patientinnen und Patienten sind am Behandlungsprozess nach ihren Möglichkeiten aktiv zu beteiligen. Sie sind nicht allein "Objekt einer Behandlung", sondern zugleich immer eigenverantwortliches Subjekt ihrer Lebensgestaltung. Versorgungsqualität wird wesentlich durch die Verantwortungspartnerschaft von Arzt und Patient bestimmt, die beide Seiten auszugestalten haben.

Die an eine so verstandene patientenzentrierte Medizin anzulegenden Maßstäbe sind bei der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung in deutlich stärkerem Maße zu berücksichtigen. Zuwendung und Beratung sind ebenso angemessen zu honorieren wie jede andere ärztliche Leistung.

Die Verwirklichung von Gesundheitsgerechtigkeit im Sinne der These 1 setzt nicht nur entsprechende rechtliche und ökonomische Rahmenbedingungen, eine ausreichende Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und eine verstärkte Gesundheitsbildung voraus, sondern Gesundheitsgerechtigkeit muss auch als normatives Ziel der direkten Interaktion von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten ernst genommen werden. Gerechtigkeit ist nicht nur eine Forderung an jede zwischenmenschliche Interaktion. Besonders auch dann, wenn es um Fragen der Gesundheit geht, die die Menschen oft existenziell betreffen, sind sie in ihrer persönlichen Individualität zu achten, was ausschließt, sie nur als „Objekt“ zu behandeln³³⁰. Eine Gesundheitsversorgung kann ihnen nur dann gerecht werden, wenn die Patienten und Patientinnen als Subjekte ihrer eigenen Lebensgestaltung in die Erhebung der Diagnose einbezogen werden und die Entscheidung über die für sie passende Therapie mit entsprechender ärztlicher Beratung treffen können.

Es ist allgemein bekannt, dass eine gute Arzt-Patient-Beziehung die Qualität von Diagnose und Therapie, die notwendige Motivation der Patienten und Patientinnen sowie psychische Faktoren, die den Heilungsprozess begünstigen, entscheidend beeinflusst. Studien zeigen die Bedeutung der Rolle des Arztes und des therapeutischen

³³⁰ Vgl. hierzu auch BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des 1. Senats vom 18. November 2004 - 1 BvR 2315/04.

Settings³³¹. Auch unter Effizienzgesichtspunkten ist eine gelingende Verantwortungspartnerschaft ein bedeutsamer Faktor.

Selbstverständlich ist die konkrete Art der Ausgestaltung dieser Verantwortungspartnerschaft von der jeweiligen Behandlungssituation abhängig. Gelangt eine Person notfallmäßig in ärztliche Behandlung, so ist bei Vorliegen von Bewusstseinsverlust die Berücksichtigung des Patientenwillens in aller Regel nicht direkt möglich. Ist dieser Wille allerdings ermittelbar, etwa durch Vorliegen einer Patientenverfügung, so ist dieser verbindlich.

Gegenwärtig wird die „klassische“ Behandlungssituation davon belastet, dass Ärzte den zeitlichen und wirtschaftlichen Engpässen ausgesetzt sind, die im Gesundheitswesen inzwischen überhand nehmen. Ungeachtet dessen bemühen sich zahlreiche Ärztinnen und Ärzte nach wie vor um eine gelingende Kommunikation mit ihren Patientinnen und Patienten. Für den Erfolg einer medizinischen Behandlung bildet nicht nur die ständige Aktualisierung des Fachwissens durch den Arzt bzw. die Ärztin, sondern auch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient einen wesentlichen Faktor. Auf ärztlicher Seite gehören hierzu die Bereitschaft, den Schilderungen der Beschwerden des oder der Kranken analytisch und kritisch zuzuhören, die Verschwiegenheit, die sachgerechte Aufklärung und Beratung sowie die Vorordnung des gesundheitlichen Interesses des Patienten bzw. der Patientin vor den eigenen - auch ökonomischen - Interessen. Der vom Arzt oder von der Ärztin entwickelte Therapieplan ist mit dem subjektiven Lebensplan des oder der Kranken abzustimmen.

Die Achtung vor der Würde des oder der Kranken fordert die Verwendung einer für medizinische Laien verständlichen Sprache und die Erläuterung geplanter Maßnahmen, auch in Bezug auf ihre Aussagekraft, ihre Risiken und eventuelle Nebenwirkungen. Dies gilt in besonderem Maße für vulnerable Gruppen wie Kinder und Senioren, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit Behinderungen.

Die Bioethik-Kommission stellt zusammenfassend fest, dass die Vermittlung von Kompetenzen für die ärztliche Gesprächsführung ein wichtiges Ziel der ärztlichen

³³¹ Die Bedeutung der Rolle des Arztes und des therapeutischen Settings für den Placeboeffekt, in: Placebo in der Medizin, Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer "Placebo in der Medizin", im Druck, S. 125 ff. des unveröffentlichten Manuskripts.

Fort- und Weiterbildung von Medizinerinnen sein sollte. Es muss als Mittel der Diagnoseerhebung, aber auch als Teil der Therapie und als Faktor der Gesundheitsbildung wieder stärker in den Vordergrund ärztlicher Tätigkeit gerückt werden. Weiterhin muss eine Sensibilisierung für die Erfordernisse in der Kommunikation mit dem einzelnen Patienten und der einzelnen Patientin erfolgen. Diese kann beispielsweise das Hinzuziehen von Dolmetschern, gebärdensprachkundigen Personen oder eine Verständigung in einfacher Sprache über ärztliche Verhaltens- und Therapieempfehlungen beinhalten. Aufklärung in Bezug auf Präventivmaßnahmen gegen Risikofaktoren wie z.B. Übergewicht, Bewegungsmangel, Lärmschäden, Konzentrationsschwäche sollten bei Bedarf selbstverständlicher Teil des ärztlichen Gesprächs sein.

Patientenzentrierte Medizin benötigt eine entsprechende Aus- und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte. Viel zu lange wurde in dieser Hinsicht fast ausschließlich auf die natürliche Begabung, die Selbstreflexionsfähigkeit und ärztliche Vorbilder gesetzt. Dies reicht heute nicht mehr aus. Patientenzentrierte Medizin muss erlernt und trainiert werden. Hierzu dienen „Unterricht am Krankenbett“ und erste Erfahrungen während der Famulaturen unter Anleitung der betreuenden Stationsärzte oder -ärztinnen. Es ist darauf zu achten, dass diese Form des Lernens auch unter veränderten Rahmenbedingungen erhalten bleibt. Die so erworbenen Kenntnisse in der Gesprächsführung bedürfen der Kontrolle und des intensiven Austausches mit Erfahrenen, um fruchtbar werden zu können. Dies sollte in der Phase der klinischen Tätigkeit vor der Ärztlichen Prüfung und Approbation erfolgen. Später werden im Rahmen von Weiterbildungsangeboten spezielle Themenkreise entsprechend der fachlichen Orientierung in Diskussionsgruppen und interdisziplinären Veranstaltungen angesprochen. Eine verpflichtende Teilnahme an derartigen Veranstaltungen wird in zunehmendem Umfang angestrebt, sie ist verbesserungsbedürftig. Auch Balint-Gruppen, Ethik-Kolloquien und Supervisionsmöglichkeiten sollten für die Weiterbildung der Ärzte und Ärztinnen genutzt werden.

Zuwendung und Beratung kosten Zeit. Leider sind im derzeitigen Gesundheitssystem über die Regeln zur Honorierung ärztlicher Leistungen, teilweise aber auch durch organisatorische Zwänge oder die Gewichtung von Kriterien für Aufstiegsmöglichkeiten die Anreize so gesetzt, dass technische Leistungen, organisatorische Effizienz und wissenschaftliche Forschungsergebnisse gegenüber zeitaufwändiger Beratung

von Patienten und Patientinnen bevorzugt werden. Dies muss durch eine Reform der Honorierung ärztlicher Dienstleistungen geändert werden. Der Aufwand an Zeit für die unmittelbare Interaktion mit den Patienten und Patientinnen muss mindestens so vergütet werden, dass er den Verdienst eines ärztlichen Zeitaufwands für andere Leistungen nicht unterschreitet. Da ärztliches Handeln jedoch nicht allein über finanzielle Anreize gesteuert werden kann, sollte die Bereitschaft zur personalen Zuwendung zu den Patienten wieder als ein zentraler Bestandteil des ärztlichen Professionsverständnisses (traditionell gesprochen: der ärztlichen Berufstugenden) anerkannt werden.

Schlussfolgerung 7:

Interkulturelle Kompetenz

Die Wahrnehmung von Patientinnen und Patienten als Subjekte der eigenen Lebensgestaltung verlangt, kulturelle Werthaltungen und Prägungen angemessen zu berücksichtigen. Kultursensibel ausgerichtete Gesundheitsbildung soll Entscheidungen und Handeln im Sinne der Verantwortungspartnerschaft erleichtern und helfen, kulturelle Barrieren zu überwinden. Die für Gesundheitsberufe erforderlichen interkulturellen Kompetenzen müssen in Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt werden.

Kulturelle Wertvorstellungen beeinflussen unmittelbar unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit als normative Schlüsselbegriffe der Medizin. In diesem Zusammenhang können kulturell geprägte Werthaltungen zu unterschiedlichen Bestimmungen dieser Schlüsselbegriffe führen und in der Folge beachtliche Unterschiede bei der Beurteilung von Krankheitswert, Leidensdruck, Behandlungszielen sowie der Bestimmung einer angemessenen medizinischen Versorgung und Prävention verursachen. Bekannterweise führt Migration nicht nur zur demografischen Veränderung eines Landes, sondern fördert auch die kulturelle Pluralität einer Gesellschaft. Menschen mit Migrationshintergrund bilden in Deutschland eine heterogene Bevölkerungsgruppe und unterliegen einem demografischen und sozialen Wandel. Deswegen sollten bei der Entwicklung der Projekte und Maßnahmen für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungsqualität dieser Menschen die Heterogenität dieser Personengruppe und darin enthaltene Faktoren wie Bildung, sozialer Status, Religion, Geschlecht, Alter u.a. berücksichtigt werden.

Die Begegnungen von Ärzten und Patienten unterschiedlicher kultureller Herkunft gehören in „multikulturellen Gesellschaften“ zum medizinischen Alltag. Sprachliche Barrieren in solchen Begegnungen verhindern nicht nur die elementare Arzt-Patient-Kommunikation, sondern lassen weitere Probleme wie Behandlungsfehler, Überdiagnostik, *doctor shopping*, aber auch gezielte Informationsfälschung bei infauster Diagnose und Prognose u.a. entstehen. Somit stellen diese Barrieren ein wichtiges Hindernis beim gerechten Zugang und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dar. Aus unterschiedlichen Gründen wird eine Dolmetschertätigkeit in der medizinischen Praxis mehrheitlich von unprofessionellen Personen durchgeführt

oder improvisiert. In Deutschland ist eine entsprechende Dienstleistung trotz des großen praktischen Bedarfs noch nicht flächendeckend etabliert und in der medizinischen Praxis immer noch ein reales Problem. Diese Situation entspricht wiederum nicht dem erforderlichen Qualitätsstandard und beinhaltet unterschiedliche, unter anderem auch ethische Probleme. Eine gut strukturierte, effektive und nachhaltige Etablierung einer solchen Dienstleistung würde nicht nur die medizinische Versorgungsqualität der Menschen aus anderen Kulturkreisen enorm verbessern, sondern sich im Laufe der Zeit auch ökonomisch „auszahlen“.

Auch kulturelle Barrieren können in der medizinischen Versorgung zu unterschiedlichen Schwierigkeiten führen und somit ein Hindernis beim gerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen aus anderen Kulturkreisen darstellen. Sowohl in Krankenhäusern als auch in niedergelassenen Praxen sind divergierende Wertauffassungen in interkulturellen Behandlungssituationen Anlass zu Entscheidungs- und Interessenkonflikten, die medizinisches Entscheiden und Handeln vor neue Herausforderungen stellen. In diesem Zusammenhang entstehen in der medizinischen Praxis zahlreiche ethische Fragen hinsichtlich der Interkulturalität und der kulturellen Differenz. Konflikte im interkulturellen Arzt-Patient-Verhältnis, die auf unterschiedliche Wertauffassungen zurückzuführen sind, haben ein breiteres Spektrum und beinhalten, abhängig vom Themenfeld, unterschiedliche Komplexitäten. Diese Situation führt häufig nicht nur zu einer suboptimalen Versorgung von Patienten aus anderen Kulturkreisen, sondern sie hat gravierende negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Patienten sowie auf die professionelle Selbstwahrnehmung von ärztlichem und pflegerischem Personal. Trotz der zentralen Bedeutung dieser Situation für einen gerechten Zugang und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden sie entweder gar nicht, wie bei der Ausbildung von Medizinstudierenden, oder nicht ausreichend, wie bei der Ausbildung von Pflegekräften, behandelt. Eine adäquate Behandlung und angemessene Integration dieser Themenbereiche in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsberufen würde zu einer erheblichen Verbesserung im Umgang mit diesen Konflikten und den damit verbundenen Konsequenzen in der Gesundheitsversorgung führen.

Ähnlich wie in der Aus- und Fortbildung von Gesundheitsberufen lassen sich auch in der Forschungslandschaft zum Thema „Kultur und Gesundheit“ große Lücken und

ein erheblicher Nachholbedarf feststellen. Trotz einiger bundesweiter praxisorientierter Projekte und wissenschaftlichen Studien bleiben die vorhandenen und bis dato geleisteten Forschungen unterhalb des praktischen Bedarfs. In der Folge liegen die Verbesserungsansätze im Rahmen der medizinischen Versorgung von Menschen aus anderen Kulturkreisen weit hinter den etablierten Standards. Die aktuellen Forschungsleistungen und der große Forschungsbedarf von praxisorientierten Lösungsansätzen stehen nicht in Relation zueinander. Es sollte daher bei Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern vermehrt dafür geworben werden, sich diesem Thema intensiv zu widmen.

Durch die zunehmende Alterung von Menschen aus anderen Kulturkreisen, gepaart mit einem entsprechenden Anstieg der Erkrankungshäufigkeit (Morbidität) in dieser Bevölkerungsgruppe, haben wir es sowohl in der klinischen Versorgung, als auch in der normativ-ethischen Bewertung mit einem sich kontinuierlich verschärfenden Problem zu tun. Die vorhandenen praxisorientierten Projekte und wissenschaftlichen Studien, die sich um eine Lösung der Probleme in diesem Bereich widmen, sind zur Zeit noch nicht bedarfsgerecht und sollten daher fortentwickelt und ausgebaut werden.

Interkulturelle Kompetenz kann bei der Überwindung der sprachlichen und kulturellen Barrieren sowie bei der Lösung der kulturell geprägten Probleme einen wichtigen Beitrag leisten. Interkulturelle Kompetenz beinhaltet zahlreiche weitere Fähigkeiten und Fertigkeiten wie Kulturwissen, kultursensible Kommunikation, Vermeidung von Stereotypisierung, Selbstreflexion, kritische Toleranz u.a. Sie dient einer besseren Analyse der interkulturellen Probleme und der Gestaltung eines ethisch rechtfertigbaren Umgangs mit ihr in der Gesundheitsversorgung. Interkulturelle Kompetenz und die darin enthaltenen Fähigkeiten und Fertigkeiten können jedoch bei Gesundheitsberufen nicht von vornherein vorausgesetzt werden. Sie sollten vielmehr während der medizinischen und pflegerischen Aus-, Weiter- und Fortbildung vermittelt und gefördert werden. Eine genaue Analyse der Probleme, die im Zusammenhang mit dem Zugang zu und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von Menschen mit Migrationshintergrund stehen, unterstreicht noch einmal die Bedeutung der Schlüsselfunktion der interkulturellen Kompetenz für die Gesundheitsversorgung.

Ein gerechter Zugang zur Gesundheitsversorgung setzt einen angemessenen Zugang zu Gesundheitsinformationen voraus. Nur dadurch kann die Entscheidungskompetenz von Laien gefördert werden. Das Informationsdefizit der Laien mit Migrationshintergrund über Gesundheitsthemen in Deutschland ist groß. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht, sprachliche und kulturelle Barrieren verschlechtern zusätzlich die Effektivität der vorhandenen Informationsmöglichkeiten. Deswegen sollten die Informationsquellen durch entsprechende Maßnahmen, wie Aufbereitung laiengerechter Broschüren und Informationsmaterialien, fundierte Thematisierung dieser Konfliktfelder in Radio- und Fernsehprogrammen sowie das Erstellen sachlich gut aufbereiteter Internetseiten u.a. verbessert werden. Neben der laiengerechten Beschreibung der Inhalte sollten diese Broschüren auch kulturelle Aspekte berücksichtigen. Deswegen reicht es nicht aus, die vorhandenen Materialien lediglich in eine andere Sprache zu übersetzen. Zu beachten ist dabei, dass die themenbezogenen ethischen Fragen und Positionen dazu in den jeweiligen Kulturkreisen möglichst vollständig und neutral dargestellt werden. Denn diese Materialien sollen die für eine Urteilsbildung nötigen Informationen liefern und nicht das eigene Urteil des Lesers präjudizieren.

Gesundheitsmündigkeit ist eine auf gesundheitlicher Verantwortung basierende Kompetenz, welche dem Individuum für sein Verhalten in Gesundheitsangelegenheiten eine persönliche Einstellung zur Erhaltung und Wiedererlangung eigener Gesundheit entstehen lässt. Fast in allen Kulturtraditionen lassen sich Gesundheitsbilder feststellen, die hygienische und diätetische Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit behandeln und ihnen eine gewisse Sinndeutung verleihen. Somit dienen kulturelle Ressourcen der Förderung der individuellen Gesundheitsmündigkeit und können für die Verbesserungsmaßnahmen der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund einen synergetischen Effekt haben. Deswegen sollten die jeweiligen Werthaltungen und die kulturell geprägte Gesundheitsmündigkeit in Projekte für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung mit entsprechenden Ansätzen erfolgreich integriert werden. Dabei kann die konstruktive Zusammenarbeit mit Multiplikatoren des jeweiligen Kulturkreises (aktive Mitglieder der kulturellen und religiösen Vereine, Geistliche, Konsulate u.a.) das Erreichen der Zielsetzungen erleichtern.

Anhang: Zusammensetzung der Kommission

Die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz ist ein unabhängiges, multidisziplinär besetztes Gremium, dem Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus natur-, rechts- und geisteswissenschaftlichen Disziplinen sowie Vertreterinnen und Vertretern der Industrie, der Gewerkschaften und der Ministerien des Landes sowie der Staatskanzlei angehören. Zu einzelnen Themen werden externe Sachverständige gehört. Seit 1985 hat die Kommission als Ergebnis ihrer Arbeit acht Berichte und vier veröffentlichte Stellungnahmen vorgelegt³³².

Unter dem Vorsitz des Ministers der Justiz Dr. Heinz Georg Bamberger und der Staatssekretärin Beate Reich haben an der Kommissionsarbeit mitgewirkt:

Als sachverständige Mitglieder:

Professor Dr. rer. nat. Timm Anke
Universität Kaiserslautern
Fachbereich Biologie
Lehrbereich Biotechnologie
Sprecher des Forschungsschwerpunkts Biotechnologie
Vorstandsvorsitzender des Instituts für Biotechnologie und
Wirkstoff-Forschung e.V.

Professor Dr. Micha Brumlik
Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt
Fachbereich Erziehungswissenschaften
Institut für Allgemeine Erziehungswissenschaft

Professor Dr. med. Christoph Fuchs
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer Berlin

Dipl.-Pädagogin Edeltraud Glänzer
Mitglied im Geschäftsführenden Hauptvorstand
Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie, Hannover

Professor Dr. jur. Friedhelm Hufen
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Staats- und Verwaltungsrecht
Mitglied des Verfassungsgerichtshofs Rheinland-Pfalz
Mitglied der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer

³³² Auf der Internetseite www.justiz.rlp.de/Ministerium/Bioethik können die neueren Berichte und Stellungnahmen eingesehen und heruntergeladen werden.

Dr. med (TR), Dr. phil İlhan İkiliç, M.A.
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin

Professor Dr. theol. Hartmut Kreß
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Evangelisch-Theologische Fakultät, Abteilung Sozialethik
Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin
Mitglied der Zentralen Ethikkommission für Stammzellenforschung am Robert-Koch-Institut

Professor Dr. Gerhard Kruip
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Fachbereich Katholische und Evangelische Theologie
Abteilung für Christliche Anthropologie und Sozialethik

Professor Dr. Georg Marckmann
Universität Tübingen
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin
Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Professor Dr. med. Jörg Michaelis
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik

Professor Dr. Norbert W. Paul, M.A.
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Institutsleiter
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin

Professor Dr. Gerhard Robbers
Universität Trier
Fachbereich Rechtswissenschaft

Professor Dr. med. Herwig Stopfkuchen
Universitätskliniken Mainz, Kinderklinik Mainz

Dr. jur. Eckhart Sünner
President, Chief Compliance Officer (CCO)
BASF Aktiengesellschaft Ludwigshafen

Professorin Dr. med. Ursel Theile
ehem. Leiterin der Genetischen Beratungsstelle am Institut für Humangenetik
im Klinikum der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Edgar Wagner
Landesbeauftragter für den Datenschutz Rheinland-Pfalz

Mitglieder aus den Ressorts der Landesregierung:

Staatskanzlei

Iris Bauer M.A. (bis April 2008)
Heike Arend M.A. (ab April 2008)

Vertretung des Landes Rheinland-Pfalz beim Bund und der Europäischen Union
Ministerialrat Stefan Schnorr (bis März 2009)

Ministerium des Innern und für Sport

Ministerialrätin Claudia Helmkamp-Wasserburg

Ministerium der Finanzen

Ministerialrätin Gabriele Redeker

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen

Ministerialdirigent Bernhard Scholten

Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau

Ministerialrat Richard Ortseifer

Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur

Regierungsdirektorin Inga Schäfer
Studienrätin Ute Schmazinski-Damp

Ministerium für Umwelt, Forsten und Verbraucherschutz

Leitender Ministerialrat a.D. Dr. iur. utr. Frank Hennecke

Ministerium der Justiz

Leitende Ministerialrätin Lisa Lutzebäck
Richterin am Landgericht Dr. Katarina Barley (ab September 2008)
Richterin am Landgericht Dr. Andrea Baum (bis April 2008)

**Zur medizinischen, ethischen, theologischen sowie rechtlichen Problematik
hörte die Kommission folgende Sachverständige:**

Professor Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Georg-August-Universität Göttingen
Geschäftsführender Direktor der Abteilung für Allgemeinmedizin
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.

Professor Dr. Friedrich Breyer
Universität Konstanz
Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialpolitik

Professor Dr. Marcus Düwell
Wissenschaftlicher Direktor des Ethik-Instituts der Universität Utrecht
Wissenschaftlicher Direktor der Niederländischen Forschungsschule für Praktische
Philosophie
Vorstandsmitglied der Akademie für Ethik in der Medizin

Professor Dr. Toni Faltermaier
Universität Flensburg
Geschäftsführender Direktor des Instituts für Psychologie
Leiter der Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung

Professor Dr. Siegfried Geyer
Medizinische Hochschule Hannover
Leiter der Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Soziologie

Dr. jur. Rainer Hess
Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), Siegburg

Professor Dr. Stefan Huster
Ruhr-Universität Bochum
Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht mit besonderer Berücksichtigung des So-
zialrechts
Geschäftsführender Direktor des Instituts für Sozialrecht
Geschäftsführender Direktor des Zentrums für medizinische Ethik e.V. (ZME)

Dr. med (TR), Dr. phil Ilhan Ilkilic, M.A.
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin

Professorin Antje Kampf (PhD Auckland, MA Cincinnati)
Juniorprofessorin für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
unter besonderer Berücksichtigung von Gender-Aspekten
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Professor Dr. Hartmut Kliemt
Institut für Philosophie der Universität Duisburg-Essen
Frankfurt School of Finance & Management
Leiter Legal Studies & Ethics Department, Professor für Philosophie und Ökonomik
am Institute for International Health Management

Professorin Dr. Petra Kolip
Professorin für das Fach Prävention und Gesundheitsförderung an der Fakultät für
Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld
(vormals Professorin für Sozialepidemiologie mit dem Schwerpunkt Geschlecht und
Gesundheit am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universi-
tät Bremen)

Dr. rer. nat. Bärbel-Maria Kurth
Direktorin und Professorin der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichter-
stattung am Robert-Koch-Institut Berlin

Uwe Laue
Vorsitzender der Vorstände der Debeka Versicherungen, Koblenz

Professorin Weyma Lübbe
Universität Regensburg, Institut für Philosophie
Lehrstuhl für Praktische Philosophie
Mitglied des Deutschen Ethikrats

Professor Dr. Georg Marckmann
Universität Tübingen
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

Professor Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe
Direktor des Instituts für Sozialmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck

Barbara Stolterfoht
Staatsministerin a.D., Diplom-Politologin
ehem. Vorsitzende des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes - Gesamtver-
band e.V.

Professor Dr. Felix Welti
Professor für Sozialrecht und Verwaltungsrecht an der Hochschule Neubrandenburg,
Fachbereich Gesundheit und Pflege

Professor Dr. Ulrich Wenner
Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, Kassel

Professor Dr. med. Hajo Zeeb, MSc
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Professor für Epidemiologie im Mainzer Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie
und Informatik



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM DER JUSTIZ

Ministerium der Justiz
Ernst-Ludwig-Straße 3
55116 Mainz