

Sonja Sailer-Pfister

Gesundheitliche Ungleichheit

Sozialethische Überlegungen zum Verhältnis von Gesundheit und Gerechtigkeit

Die Gesundheit des Einzelnen wird wesentlich durch gesellschaftliche Bedingungen mitbestimmt. Besonders das Postulat der Gerechtigkeit, ob Menschen gleichberechtigten Zugang zur medizinischen Versorgung haben, ist eine wichtige Kategorie für sozialethische Überlegungen. Aus Sicht der christlichen Sozialethik liegen hier besondere Herausforderungen für professionelle Anbieter im Gesundheitssektor.

»Hauptsache gesund« oder: »Das Wichtigste ist die Gesundheit« – so ist heutzutage oft zu hören, wenn es um das Wohlergehen der Menschen geht. Gesundheit ist in der modernen Gesellschaft, die von Leistungsfähigkeit dominiert ist, ein sehr hoher, wenn nicht der höchste Wert überhaupt. Ja es ist fast schon ein Gesundheitskult zu beobachten, was z.B. an der schnell wachsenden Wellnessbranche festzumachen ist. Einige Soziologen/-innen bezeichnen unsere Gesellschaft als »Gesundheitsgesellschaft« (»health society«).¹ Diese Kennzeichnung signalisiert, dass Gesundheit ein Schlüsselthema des gesellschaftlichen Diskurses ist und die zentrale Herausforderung einer alternden Gesellschaft darstellt. Gesundheit ist nicht nur höchster Wert und anzustrebendes Gut, Gesundheit scheint auch immer mehr herstellbar, machbar und kaufbar zu sein. Gesundheit wird immer mehr zur Ware, deren Nachfrage ständig steigt. Gesundheit wird zum ökonomischen Wachstumsfaktor par excellence. Vor

diesem Hintergrund stellen sich dann zweifellos immer dringlicher Gerechtigkeitsfragen. Diese betreffen nicht nur die Zugangschancen und Strukturen eines Gesundheitssystems, sondern auch Fragen nach gesellschaftlichen Strukturen und Rahmenbedingungen, die etwas plakativ ausgedrückt krank machen bzw. den Gesundheitszustand Einzelner und ganzer Bevölkerungsgruppen negativ beeinflussen.

In den folgenden Überlegungen soll einerseits eine Vorstellung von Gesundheit erörtert werden, die ich als »relational« und »prozesshaft« bezeichnen möchte und die Gesundheit nicht nur im medizinischen Bereich verortet, sondern auch als Thema der Philosophie und Theologie. Zudem wird Gesundheit nicht nur individuell gedacht, sondern gesellschaftlich verankert. Vor diesem Hintergrund soll dann ein mögliches Konzept von »Gesundheitsgerechtigkeit« vorgestellt werden, das sowohl dem erörterten Gesundheitsbegriff als auch einer gesundheitlichen Ungleichheit versucht, Rechnung zu tragen.

Was ist Gesundheit?

Die wohl bekannteste Definition von Gesundheit ist die der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie definiert Gesundheit als »Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen«². Die Kritik an dieser Definition ist bekannt. Gesundheit wird hier

umfassend definiert, d.h. auch psychische und soziale Einschränkungen werden bedacht, dennoch kann diese Definition nur einen Idealzustand beschreiben, den anzustreben sich lohnt. Erschöpfung, Ermüdung und Zeiten der Schwäche gehören zum Alltag dazu, ohne dass man sich gleich als krank bezeichnet. Hier wird deutlich, dass Gesundheit kein Zustand, sondern ein Prozess ist. »Krankheit entsteht aus Gesundheit, ebenso Gesundheit wieder aus Krankheit. Übergänge zwischen Krankheit und Gesundheit erscheinen aber nicht nur im zeitlichen Verlauf. Gesundheit und Krankheit existieren auch nebeneinander, insofern gleichzeitig einzelne Bereiche oder Funktionen des Körpers gesund, andere dagegen krank sein können. Gesundheit und Krankheit sind schließlich – und das verbindet sie miteinander – gemeinsam Erscheinungen des Lebendigen.«³ Wir befinden uns also immer in Zwischenbereichen. Wir streben eine möglichst umfassende Gesundheit an. Alle Menschen haben auch eine gewisse Vorstellung von Gesundheit. Normative Urteile sind mit dem Gesundheitsbegriff verbunden.

»Gesundheit ist somit (erg. S.-Pf) nicht nur ein Begriff der Medizin, sondern macht ebenso ein Thema der Künste, der Philosophie und Theologie aus, ist Inhalt der Vorstellungen und Verhaltensweisen jedes einzelnen Menschen.«⁴ Gesundheit hängt immer mit Lebensqualität zusammen, mit Vorstellungen von einem guten Leben bzw. von einem lebensunwerten Leben. Diese Frage wurde in allen Epochen der Geistesgeschichte gestellt, auch wenn der Begriff Lebensqualität relativ jung ist und den Diskurs erst in den letzten 20 Jahren prägt. Für philosophisch und theologisch sensibilisierte Leserinnen und Leser mag



Prof. Dr. Sonja Sailer-Pfister ist Juniorprofessorin für Christliche Gesellschaftswissenschaften und Sozialethik an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.

diese Aussage nicht so sehr befremdlich klingen, doch mit der einseitigen naturwissenschaftlichen Entwicklung der Medizin seit dem 19. Jahrhundert ging eine biologische Reduktion des Gesundheitsverständnisses einher. Medizin wurde sukzessive zur theologie- und auch philosophiefreien Zone. Erst in den letzten Jahren und in den aktuellen Debatten im Rahmen einer Neustrukturierung der medizinischen Studiengänge bzw. im Rahmen der Entstehung neuer Studiengänge im pflegewissenschaftlichen Bereich wird die Diskussion einer stärkeren Interdisziplinarität wieder laut. Es sind zaghafte Versuche, philosophisches und theologisches Denken im Gesundheitswesen zu reaktivieren. Andererseits kann man auch in den Geisteswissenschaften eine Vernachlässigung der Auseinandersetzung mit dem Phänomen Gesundheit und Krankheit nachweisen, sodass ein mechanistisches Natur- und Leibverständnis auf dem Vormarsch ist.⁵

Gesundheit ist danach das Funktionieren der Maschine Mensch. Der Mensch ist ein Mechanismus, eine Körpermaschine, deren Defekte effektiv beseitigt werden müssen.⁶ Zweifelsohne konnten auf der Basis dieser Vorstellung erhebliche medizinische Fortschritte erzielt werden, sie blendet jedoch viele Dimensionen des Menschseins aus. Es wird z.B. nicht bedacht, dass Krankheit nicht nur ein Störfall ist, sondern zum Menschen ebenso dazugehört wie das Angewiesensein und Abhängigsein. »Dann wäre Gesundheit nicht nur die Fähigkeit, alles zu können, sondern vielmehr die Fähigkeit, sich in seinem Angewiesensein zu akzeptieren. Nach dieser Vorstellung wäre der Mensch gesund, der zu einem guten und akzeptierenden Verhältnis zu seinem Kranksein befähigt ist.«⁷

Ähnliche Überlegungen findet man auch im Bereich »Public Health«. »Fasst man Gesundheit als die Fähigkeit eines Individuums auf, Beschränkungen und Belastungen gegenüber relativ autonom zu bleiben, so zeigen sich weitreichende praktische Konsequenzen einer solchen Definition: Beim chronisch Kranken verlagert sich der

Akzent von der Krankheitsbekämpfung zur Stärkung der eingeschränkten Gesundheit, in der Prävention wird auch das soziale Handeln zum Ziel, das die Autonomie gegenüber Beschränkungen und Belastungen stärkt.«⁸

Das »Public Health Buch«, eines der Standardwerke der Gesundheitsforschung in Bezug auf gesellschaftliche Fragen und im Hinblick auf den Gesundheitszustand von Bevölkerungen, befasst sich ebenfalls sehr ausführlich mit Gesundheitsdefinitionen. Gesundheit wird in mehreren Bezugssystemen gedacht. Neben dem Bezugssystem Individuum/betroffene Person und Medizin, wird explizit das Bezugssystem Gesellschaft genannt. In diesem System werden Gesundheit und Krankheit unter anderem unter dem Aspekt der Wertorientierung betrachtet. Gesundheit ist zu einem »Grundwert und Leitbegriff in unserer entwickelten Industriegesellschaft geworden«⁹.

Die Ausführungen zeigen, wie komplex und vielschichtig der Gesundheitsbegriff ist und welche Vorstellungen und Faktoren eine Rolle spielen können und müssen. Entscheidend ist auch, dass die Vorstellung von Gesundheit

und die Vorstellung von Gerechtigkeit eng miteinander verwoben sind.

Für sozialetische Überlegungen ist daher der soziale Aspekt von Gesundheit ausschlaggebend. Gesundheit ist nicht nur ein individuelles, sondern auch ein öffentliches und soziales Gut. Dies begründet sich einerseits darin, dass die Aufgabe des sozialstaatlich organisierten Gesundheitssystems ist, Gesundheit herzustellen, sie zu bewahren und zu verbessern. Gesundheit ist ein Teil gesellschaftlicher Verantwortung. Gerade in Zeiten knapper werdender Kassen und zunehmender Lebenserwartung stellen sich Verteilungsfragen bzw. Fragen nach Faktoren, die Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Person bzw. einer ganzen Gesellschaft haben. Gesundheitliche Ungleichheit wird neben klassischen Verteilungsfragen zum Thema. In den letzten Jahren steigt auch in Deutschland das Bewusstsein für gesundheitliche Ungleichheiten. Die Diskussionen in diesem Bereich werden immer häufiger und wissenschaftlich fundierter. Überlegungen, wie gesundheitliche Ungleichheiten verringert werden können und welche Maßnahmen zu ergreifen sind, werden angestellt.



Alzheimer – Eine andere Welt?

Foto: Claudia Thoelen

Gesellschaftliche Einflüsse auf den Gesundheitszustand

Das Handbuch für Gesundheitswissenschaften nennt Einkommen, Bildung, Familie, Arbeitswelt, Umwelteinflüsse, Migration und Geschlecht.¹⁰ An dieser Stelle kann nicht auf alle Determinanten eingegangen werden. Exemplarisch wird hier der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit behandelt.

Obwohl sich gesundheitliche Ungleichheiten heute erst ansatzweise erklären lassen, lässt sich ein Zusammenhang von sozialem Status und Gesundheit nicht leugnen. Bildung, berufliche Stellung und Einkommen haben Einfluss auf den Gesundheitszustand, auch wenn dieser Zusammenhang weniger offensichtlich und nicht so einfach nachweisbar ist, wie es auf den ersten Blick scheint. Warum die Sterblichkeit bei jemandem mit niedrigerem Einkommen, der weder hungern noch frieren muss, höher ist als bei jemandem mit höherem Einkommen, hängt an vielfältigen Faktoren, wie Ausbildung, berufliche Stellung, Bildungsgrad und an der Beschaffenheit des Gesundheitssystems.

Es stellt sich die Frage, wie und ob unser Gesundheitssystem solche Ungleichheiten kompensieren kann. Diese Zusammenhänge sind komplex, ebenso wie die Frage nach den Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit. Merkmale wie Bildung und Einkommen beeinflussen im Vergleich zum Rauchen den Gesundheitszustand nicht direkt, sondern indirekt, d.h., er wird über andere Faktoren vermittelt, die mit dem sozialen Status zusammenhängen. Die über den Sozialstatus vermittelten Verhaltensweisen und Lebensumstände sind so vielfältig, dass es kaum möglich ist, alle Einflüsse auf die Gesundheit zu untersuchen; eine »vollständige Erklärung der statusspezifischen Unterschiede in Morbidität und Mortalität ist daher kaum möglich. Wichtig ist hier nicht die lückenlose wissenschaftliche Aufklärung komplexer Zusammenhänge, sondern die Beantwortung zweier eher pragmatischer Fragen: Soll die gesundheitliche Ungleichheit ver-

ringert werden? Und wenn ja: Wie kann sie verringert werden?¹¹ Public-Health-Wissenschaftler und die Akteure im Gesundheitswesen sind sich weitgehend einig, dass gesundheitliche Ungleichheit verringert werden muss, über die zweite Frage, wie das geschehen soll, bestehen sehr unterschiedliche Ansichten.

In der aktuellen sozialwissenschaftlichen Diskussion werden zwei Hypothesen diskutiert:

- »Der sozioökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand (plakativ formuliert: »Armut macht krank«).
- Der Gesundheitszustand beeinflusst den sozioökonomischen Status (plakativ formuliert: »Krankheit macht arm«).¹²

Beobachtet man zurzeit den deutschen Diskurs zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit, fällt auf, dass der zweiten Hypothese sehr wenig Aufmerksamkeit zukommt, d.h., das Problem, dass eine Erkrankung zu Einkommensverlust, Arbeitslosigkeit und hohen Kosten für gesundheitliche Leistungen führt, wird nicht wahrgenommen und im Diskurs ignoriert.

Im Hinblick auf die erste Hypothese werden folgende die Gesundheit beeinflussende Variablen diskutiert:

- »Gesundheitsgefährdendes Verhalten (Rauchen, Mangel an sportlicher Betätigung, ungesunde Ernährung, hoher Alkoholkonsum etc.)
- Durch das Gesundheitsverhalten beeinflussbare weitere Risikofaktoren (Übergewicht, Bluthochdruck, Hypercholesterinämie etc.)
- Physische und psychische Arbeitsbelastungen (körperlich schwere Arbeit, Lärm, Eintönigkeit, geringe Möglichkeiten des Mitentscheidens etc.)
- Belastende Wohnbedingungen (Größe und Ausstattung, Umweltbelastung wie Lärm, Luftverschmutzung etc.)
- Soziale Unterstützung
- Vorsorge-Verhalten (Teilnahme an Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen)
- Gesundheitliche Versorgung (gesundheitliche Aufklärung, Besuch

von Fachärzten, medikamentöse Kontrolle des hohen Blutdrucks etc.)¹³

Dieser Überblick macht deutlich, dass es sehr verschiedene Ansatzpunkte gibt, die versuchen, den Zusammenhang von Gesundheit und Gesellschaft zu erfassen. Wie diese verschiedenen aufgeführten Faktoren zusammenhängen und wie sie zueinander in Beziehung stehen, ist noch nicht umfassend untersucht. Evident ist jedoch, dass all diese genannten Faktoren den Gesundheitszustand beeinflussen

Von der Verteilungsgerechtigkeit zur Befähigungsgerechtigkeit – sozial-ethische Überlegungen

Angesichts der eben beschriebenen Zusammenhänge und Entwicklungen ist aus sozialem ethischer Perspektive¹⁴ vertieft darüber nachzudenken, was Gerechtigkeit im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheit bedeuten kann. Ist es nicht sinnvoll, die Perspektiven einer »klassischen Medizinethik um solche einer politischen Ethik zu erweitern«¹⁵ bzw. dass bei der ethischen Debatte über ein gerechtes Gesundheitssystem nicht nur der Einzelne, sondern die gesundheitlichen Entwicklungen einer Gesellschaft thematisiert werden?

Der aktuell geführte ethische Diskurs ist fokussiert auf die Verteilungsfrage im Gesundheitssystem und blendet gesellschaftsethische Fragestellungen weitgehend aus. Die moderne Medizin wird nicht als Teilsystem der Gesellschaft aufgefasst, das auch Auswirkungen auf andere Teilsysteme hat, wie z.B. die Arbeitswelt, und umgekehrt. Ein gesellschaftlicher Diskurs über Vorstellungen und normative Ansprüche eines – in modernen Gerechtigkeitsethiken häufig ausgesparten – »guten Lebens«¹⁶ findet nur sporadisch statt und wird noch seltener auf das Gesundheitssystem angewendet.

Gerade eine christliche Sozialethik ist aufgefordert, sich in diesem Diskurs zu positionieren, indem sie die Frage nach dem »guten Leben« auch im Hinblick auf das Gesundheitssystem stellt und dabei nicht nur das Individuum, sondern die gesamte Gesellschaft in den



Alzheimer – Eine andere Welt?

Foto: Claudia Thoelen

Blick nimmt. Dieser Anspruch kann hier nicht erfüllt werden.

Im Folgenden wird kurz versucht, ausgehend vom Befähigungsansatz von Martha Nußbaum, der die Vorstellung eines guten Lebens in den Mittelpunkt stellt, Befähigungsgerechtigkeit (nicht Verteilungsgerechtigkeit) in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheit fruchtbar zu machen und einige Anregungen aus christlich-sozialethischer Perspektive zu formulieren.

Befähigungsgerechtigkeit als Gerechtigkeitskriterium zur Überwindung von gesundheitlicher Ungleichheit

Was heißt in diesem Zusammenhang »Fähigkeiten«? Fähigkeiten sind zunächst diejenigen persönlichen Eigenschaften, die es ermöglichen, bestimmte Zustände und Ziele zu erreichen; es handelt sich also um »Ermöglichung von Bedingungen«¹⁷, die es möglich machen, ein gelingendes und gutes Leben zu führen. Dazu gehört auch, auf Strukturen und Institutionen Einfluss haben zu können, d.h., die Fähigkeit auszubilden, sich

in diesen Institutionen und Strukturen zurechtzufinden und zu artikulieren. Daher ist das Ziel dieses Befähigungsansatzes, Bedingungen zu garantieren, die es dem kooperativen Bürger ermöglichen, am gesellschaftlichen, kulturellen und wirtschaftlichen Leben aktiv zu partizipieren. Dies setzt voraus, dass Menschen dazu auch die Fähigkeiten besitzen und in die Lage versetzt werden, je eigene Lebensziele zu verfolgen.¹⁸ Martha Nußbaum formuliert eine Merkmalliste von Grundfähigkeiten, die jede Gesellschaft ihren Bürgern ermöglichen sollte. Die hier aus dem Gesamtkatalog ausgewählten Fähigkeiten haben einen engen Bezug zum Thema Gesundheit.

1. »Die Fähigkeit, ein menschliches Leben von normaler Länge zu leben, nicht vorzeitig zu sterben, bevor das Leben so reduziert ist, dass es nicht mehr lebenswert ist.
2. Die Fähigkeit, sich guter Gesundheit zu erfreuen, sich angemessen zu ernähren, eine angemessene Unterkunft und Möglichkeiten zu sexueller Befriedigung zu haben, sich in Fragen der Reproduktion frei entschei-

den und sich von einem Ort zum anderen bewegen zu können.

3. Die Fähigkeit, unnötigen Schmerz zu vermeiden und freudvolle Erlebnisse zu haben.«¹⁹

Im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheit heißt das, dass alle Menschen die Fähigkeit erreichen sollten, für ihre Gesundheit zu sorgen, sich Wissen und auch Bewusstsein für ein gesundes Leben anzueignen, die Fähigkeit besitzen, die notwendigen Leistungen, die das Gesundheitssystem zur Verfügung stellt, abzurufen und diese auch beurteilen zu können. Dies erfordert einen mündigen Patienten, gesundheitsförderliche gesellschaftliche Strukturen und ein transparentes Gesundheitssystem.

Darüber hinaus hat der Befähigungsansatz natürlich eine hohe Evidenz für die ethische Begründung von Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderung.²⁰ Wie oben dargelegt, sind Krankheitsrisiken und das Risiko vorzeitigen Sterbens sozial ungleich verteilt. Gerade durch das Stärken und das Ausbilden der Fähigkeit, ein Bewusstsein für seinen eigenen Gesundheitszustand zu entwickeln und diesen zu verbessern, könnte diesen sozialen Ungleichheiten entgegengewirkt werden. Dies trägt nicht nur zu einer Steigerung des Gemeinwohls der gesamten Gesellschaft bei, sondern würde m.E. den Sozialsystemen, so auch dem Gesundheitssystem, enorme Kosten ersparen.

Versteht man Gesundheitsethik als politische Ethik, steht im Vordergrund, dass das Potenzial, die Befähigung ausgebildet werden muss, am gesellschaftlichen Leben ohne Einschränkung teilzuhaben, eigenverantwortlich Entscheidungen treffen und auch schwierige und konfliktreiche Situationen meistern zu können. Dass die Chance, solche Fähigkeiten auszubilden, an sozialen Lebensbedingungen liegt, ist evident.

Christlich-sozialethische Reflexion

Reflektiert die christliche Sozialethik den Zusammenhang von Armut und

gesundheitliche Ungleichheit, so ist die »Option für die Armen« einzufordern. Die Option für die Armen als sozialetisches Gestaltungsprinzip geht über die Forderung der Solidarität hinaus. Option für die Armen stellt den Ernstfall der Solidarität dar. »Es geht nicht nur um solidarisches Verhalten und Verantwortung gegenüber den Armen, sondern um deren Vorrang. Ihre Menschenwürde, ihr Subjektsein ist der Maßstab.«²¹ Wirtschaftliche und politische Entscheidungen, auch die im Hinblick auf die Gesundheit der Menschen und die Gestaltung des Gesundheitssystems, müssen danach beurteilt werden, »was sie für die Armen bewirken, was sie den Armen antun und wie sie den Armen zur Selbsthilfe helfen. Das grundlegende moralische Kriterium für alle wirtschaftlichen Entscheidungen, politischen Maßnahmen und Institutionen ist dieses: Sie müssen allen Menschen dienen, vor allem den Armen.«²²

Angesichts des erläuterten Zusammenhangs zwischen Gesundheitsrisiken und Armut und der Feststellung der gesundheitlichen Ungleichheiten gilt auch für ein gerechtes Gesundheitswesen die Option für die Armen, d.h. die vorrangige Option für die gesundheitlich Benachteiligten. »Reformen des Gesundheitswesens müssen jeweils aus der Perspektive von Menschen begründet und überprüft werden, die sich nicht zusatzversichern können, keinen höheren Anteil ihres Einkommens für Gesundheitsleistungen ausgeben können und hohen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind.«²³

Entscheidend ist dabei die Fähigkeit, die Komplexität des Gesundheitssystems bewältigen, Angebote und Möglichkeiten von Therapien und Maßnahmen beurteilen, eigene Positionen vertreten und für seine Gesundheit adäquat sorgen zu können. Daher ist die »Option für die Armen« nicht nur eine Option für materiell Arme, sondern auch Option für die, die weniger Fähigkeiten haben, ihren Gesundheitszustand zu fördern und die richtigen Maßnahmen zu beurteilen. Es ist eine Option für die, die das immer komplexer werdende Gesundheitssystem

überfordert und deren persönliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben. Beteiligungs- und Befähigungsgerechtigkeit sind also auch im Hinblick auf das Gut Gesundheit zu postulieren.

Gerade für christliche Träger im Gesundheitssystem steht eine vertiefte Reflexion der Problematik gesundheitlicher Ungleichheit weitgehend aus. Es geht vordringlich um Verteilungsfragen, die ohne Zweifel existenziell sind. Dennoch könnten gerade die Kirchen, die nicht nur Träger im Gesundheitssystem, sondern auch Träger von Bildungseinrichtungen sind und als Arbeitgeber den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit negativ wie positiv spüren, sich für Gesundheitsgerechtigkeit starkmachen, in dem Sinne, dass gesundheitliche Ungleichheit ein Querschnittsthema ist, das nicht nur das Gesundheitssystem betrifft, sondern alle sozialstaatlichen Akteure. Die Beseitigung gesundheitlicher Ungerechtigkeit ist im Sinne der Option für die Armen ein gesellschaftlicher Auftrag, den kirchliche Träger ernst nehmen sollten.

Anmerkungen

- 1 Vgl. Kickbusch 2006.
- 2 Definition zitiert nach: Hörmann 2000, S. 114. Vgl. dazu auch: Schröder-Bäck 2014, S. 60–62.
- 3 Engelhardt 2014, S. 112 f.
- 4 Ebd., S. 109.
- 5 Vgl. ebd., S. 109.
- 6 Vgl. Maio 2012, S. 376–378.
- 7 Ebd., S. 385.
- 8 Schwartz/Schlaud/Siegrist/Troschke 2012, S. 40.
- 9 Ebd., S. 38.
- 10 Vgl. Hurrelmann 2012, S. 493–657.
- 11 Mielck/Helmert 2012, S. 505.
- 12 Ebd., S. 506. Vgl. auch: Mielck/Helmert 2010, S. 79–96.
- 13 Ebd., S. 506.
- 14 Vgl. dazu: Sailer-Pfister 2013, S. 55–68.
- 15 Remmers 2009, S. 113.
- 16 Ebd., S. 114.
- 17 Ebd., S. 121.
- 18 Vgl. ebd., S. 121.
- 19 Nußbaum 2012, S. 200.
- 20 Vgl. Remmers 2009, S. 123.
- 21 Sailer-Pfister 2006, S. 536.
- 22 Institut für Gesellschaftswissenschaften Walberberg 1997.
- 23 Kostka 2012, S. 163.

Literatur

- Engelhardt, D. von (2014): Gesundheit. In: Schröder-Bäck 2014, S. 108–114.
- Hörmann, G. (2000): Gesundheitserziehung. In: Korff, W. u. a. (Hg.): Lexikon der Bioethik, Bd. 2. Gütersloh, S. 114–117.
- Hurrelmann, K. u. a. (Hg.) (2012): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollständig überarbeitete Aufl., Weinheim, Basel, S. 493–657.
- Institut für Gesellschaftswissenschaften Walberberg (Hg.) (1997): Die neue Ordnung. Wirtschaftliche Gerechtigkeit für alle. Hirtenbrief über die katholische Soziallehre und die amerikanische Wirtschaft. Bonn 1997, Nr. 24.
- Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg.
- Kostka, U. (2012): Sozialethische Kriterien und konkrete Reformvorschläge für eine gerechte Umorganisation des Gesundheitssystems. In: Dabrowski, M. u. a. (Hg.): Gesundheitssystem und Gerechtigkeit – Health systems and justice. Paderborn, S. 147–176.
- Maio, G. (2012): Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Stuttgart, S. 376–378.
- Mielck, A.; Helmert, U. (2010): Welche sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand sind »ungerecht«? Plädoyer für eine stärkere ethische Reflexion der Zielsetzung »Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit«. In: Strech, D.; Marckmann, G. (Hg.): Public Health Ethik. Berlin, S. 79–96.
- Nußbaum, M. (2012): Gerechtigkeit oder das gute Leben. 7. Aufl., Frankfurt a.M., S. 200.
- Mielck, A.; Helmert, U. (2012): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann 2012, S. 493–515.
- Remmers, H. (2009): Ethische Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit gesundheitlicher Vorsorgeleistungen. In: Bittlingmayer, U. H. u. a. (Hg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, S. 111–133.
- Sailer-Pfister, S. (2006): Theologie der Arbeit vor neuen Herausforderungen. Sozialethische Untersuchungen im Anschluß an Marie-Dominique Chenu und Dorothee Sölle. Berlin.
- Sailer-Pfister, S. (2013): Reich und gesund – arm und krank – sozial-ethische Überlegungen zu einer gerechten Gestaltung des Gesundheitssystems. In: Niederschlag, H.; Proft, I. (Hg.): Moral und Moneten. Zu Fragen der Gerechtigkeit im Gesundheitssystem. Ostfildern, S. 55–68.
- Schröder-Bäck, P. (Hg.) (2014): Ethische Prinzipien für die Public-Health-Praxis. Grundlagen und Anwendungen. Frankfurt a. M., New York 2014.
- Schwartz, F. W.; Schlaud, M.; Siegrist, J.; Troschke, J. von (2012): Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: Schwartz/Schlaud/Siegrist/Troschke 2012, S. 37–60.
- Schwartz, F. W.; Schlaud, M.; Siegrist, J.; Troschke, J. von (Hg.) (2012): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Aufl., München, S. 37–60.