

Gerechtigkeit und Gesundheit ¹

Detlef Schwefel

„Die Gerechtigkeit ist die erste Tugend sozialer Institutionen, so wie die Wahrheit bei Gedankensystemen.“ [Rawls 1971, 19] Ideen von Gerechtigkeit, Wahrheit und Freiheit begründen und steuern auch die Wahl alternativer Optionen im Gesundheitswesen.

- Mancherorts wird Gesundheit als soziales Gut angesehen, das allen zusteht und allen dient, weil es Menschenrecht und zugleich Humankapital ist, zum sozialen Kapital beiträgt und die Volkswirtschaft stärkt. Deswegen haben alle Staatsbürger ein Anrecht auf angemessene Gesundheitsversorgung je nach ihrem Bedarf. Ein „spezifischer Egalitarismus“ [Tobin 1970] gilt für gesellschaftlich besonders wichtige Güter wie Gesundheit und Bildung. Gerechtigkeit und Wohlstand werden hier über soziale Institutionen verteilt, die dem Markt die Stirn bieten.
- Anderenorts wird Gesundheit als normales wirtschaftliches Gut angesehen, das gekauft wird oder auch nicht, je nachdem welche Präferenzen der Kunde hat und wie viel zu zahlen er bereit und in der Lage ist. Ungleichheiten im Vermögen und in den Chancen der Lebensgestaltung prägen auch die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung. Für manche ist die Idee der Gerechtigkeit „eine semantische Luftspiegelung, eine begriffliche Illusion“ [Hayek 1971]. Für eine Gesellschaft freier Menschen habe dieses Wort keinen Sinn. Freiheit zählt, nicht Gerechtigkeit. Die Wohlstandsverteilung erfolgt über den Markt.
- Überall gilt, dass Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitswesen nicht allen Menschen zusteht, sondern nur den eigenen Staatsbürgern oder Beitragszahlern, nicht aber Fremden, ganz gleichgültig wie schlecht es denen gehe in extremer Armut, mit weniger als einem Dollar pro Tag, beispielsweise. Hierfür gebe es spezielle Institutionen der Entwicklungshilfe. Fast alle Institutionen haben eine beschränkte Reichweite. Rawls Wahrheitsprinzip gilt viel weiter als sein Gerechtigkeitsprinzip. Gerechtigkeit für uns, nicht aber für alle Menschen auf der Welt!

1. Zur konnotativen Bedeutung der Beziehungen zwischen Gesundheit und Gerechtigkeit

Zwei Grundwerte westlicher Zivilisationen liegen im Streit: Gerechtigkeit und Freiheit. Über sie wird seit Jahrhunderten philosophiert, gestritten und auf ihnen beruhen viele politische und praktische Entscheidungen. Diese Begriffe haben viele Verwandte, die teilweise wie eineiige Zwillinge aussehen. Gerechtigkeit, Fairness, Gleichheit, Solidarität und ähnliche Begriffe werden umgangssprachlich und auch von vielen Institutionen nicht klar unterschieden oder durch wechselseitigen Bezug aufeinander definiert. Das englische Wort ‚Fairness‘ setzt sich immer stärker als Fremdwort durch, im deutschen Sprachgefühl als eine Art ‚Gerechtigkeit light‘. Daniels dagegen definiert Fairness als Gerechtigkeit bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsfinanzierung und zusätzlich beziehe sie sich auf Effizienz, Verantwortlichkeit und Autonomie [Daniels 2001]. Alle genannten Begriffe sind eng miteinander verwandt, verwoben, überlappend und werden oft synonym gebraucht. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gerechtigkeit als Fairness und Fairness als Gerechtigkeit [WHO 2003]. Gebräuchliche Unterscheidungen von Verteilungsgerechtigkeit, Leistungsgerechtigkeit und Bedarfsgerechtigkeit schaffen etwas mehr Klarheit. Merkel spricht jedoch von einem „Nebel der implizierten Synonymität“ verschiedenster gerechtigkeitsähnlicher Begriffe [Merkel 2003]. Zur konnotativen Bedeutung eines Begriffs gehört natürlich auch, wie die Menschen ihn im Alltag nutzen oder ob sie sich betroffen fühlen. 85 % der Deutschen sagen, dass soziale Unterschiede gerechtfertigt sind, wenn Chancengleichheit gegeben ist [Weber 2002]. Bürger der USA sehen das anders [Bond 2002]. Solche Einstellungen wandeln sich mit der Zeit und unterscheiden sich gemäß Lebenslage. Auch Public Health und Philosophen können sich an Alltagsbedeutungen nicht vorbeimogeln und sie werden von ihnen mit-geprägt.

¹ Veröffentlicht in: Razum, Oliver et alii (Hrsg.): Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Eine international vergleichende Einführung in Public Health. Bern (Hans Huber Verlag) 2006, pp. 65-78

2. Zur semantischen Bedeutung der Beziehungen zwischen Gerechtigkeit und Gesundheit

Dieser im institutionellen, politischen, und lebenspraktischen Alltag gefühlten und erfahrenen konnotativen Bedeutung des Begriffes Gerechtigkeit werden von Philosophen, Parteien und Religionen semantische Bedeutungen konfrontiert, für die im folgenden einige Vertreter oder Richtungen genannt und mit der Perspektive des Gesundheitssystems verknüpft werden.

- Rawls Theorie der Gerechtigkeit – Ungleichheiten bei der Verteilung knapper Mittel sind gerechtfertigt, wenn sie den Zustand des Ärmsten verbessern. Das gilt, wenn alle Bürger ebenbürtig sind und Chancengleichheit herrscht [Rawls 1971]. „Während rawlsianisch egalitär geprägte Gesellschaften Sozialversicherungen oder Nationale Gesundheitsdienste mit Einkommensumverteilungselementen als gerecht erachten, bevorzugen libertär ausgerichtete Gesellschaften eher ein privates Versicherungssystem ohne Einkommensumverteilung, das durch karitative Wohlfahrtsorganisationen ergänzt wird“ [Schreyögg 2004].
- Von Hayeks neoliberale Gerechtigkeitsillusion – Die Vernunft des Marktes ist äußerst effizient, sie sollte nicht korrigiert werden. Langfristig wird der Markt auch den Armen helfen. Begriffe wie Gerechtigkeit sind Waffen, um ohne bessere Begründung eigene Interessen durchzusetzen. Nichts spricht gegen private karitative Zuwendungen für Gesundheit und Bildung, allerdings dürfe keiner dazu gezwungen werden. [Hayek 1971]
- Sens befähigender Aktivismus – Menschen können Chancen erkennen, wahrnehmen und verwirklichen, wenn sie individuell befähigt werden, um zu funktionieren – Gesundheit und Bildung sind wesentlich dafür – und um selbstbestimmt ihre Freiheiten zu nutzen [Sen 1999a-c]. Ein daraus entwickeltes Gerechtigkeitsprinzip lautet: „Stärkung der individuellen Fähigkeiten ('capabilities'), die persönliche Autonomie, Würde, Entscheidungsfreiheit, Lebenschancen und Optionsvielfalt schützen, sichern und erweitern.“ [Merkel 2003]
- Merkels sozialdemokratische Position – „Gleichverteilung des Zugangs zu den notwendigen Grundgütern für die individuell zu entscheidende Entfaltung von Lebenschancen“ ist ein wesentliches Prinzip der Gerechtigkeit neben dem von Sen [siehe zuvor]. Soziale und gesundheitliche Sicherung sind wichtig für die Gerechtigkeit. [Merkel 2004]
- Walzers Gerechtigkeitsphären – Wegen der Vielfalt von Gemeinschaften, die Gerechtigkeit definieren und Verteilungskriterien bestimmen, kann es keine einheitlichen Gerechtigkeitsregeln geben. Werte können gefährlich oder gar tyrannisch werden in universalistischer Anwendung. Gesundheit und Bildung sollten jedoch nicht über Geld verteilt werden. [Walzer 1994]
- Pogges kosmopolitische globale Gerechtigkeit – Die reiche Welt hat eine moralische Verpflichtung, die internationalen Institutionen so zu gestalten, dass sie den schuldlos Armen auf dieser Welt nutzen. Die Aufrechterhaltung des institutionellen Status quo ist eine massive Menschenrechtsverletzung. Darüber hinaus geht es darum, die kosten-günstigsten Projekte zum Schadensschutz zu unterstützen. Gesundheit und Bildung sind wichtige Ansatzpunkte, globale Gerechtigkeit zu fördern. [Pogge 2001]
- Islamische Gerechtigkeitssicht – „Rein sprachlich betrachtet, kennt das islamische bzw. koranische Vokabular zwei Wörter für Gerechtigkeit: 'adl und qist. Das Verhältnis dieser beiden Begriffe zueinander lässt sich ganz kurz mit der Aussage eines der wichtigen Korankommentatoren, Raghīb, wiedergeben, dass 'adl die Gerechtigkeit selbst bedeute, während qist deren Ergebnis bzw. Produkt bezeichnet, also jenen Anteil, den ein Mensch als gerechte Verteilung bekommt.“ [Falaturi 1984] Die Gesundheitsversorgung wird hierdurch weniger tangiert; in islamischen Gesellschaften gibt es sehr unterschiedlich geprägte Gesundheitssysteme.
- Konfuzianische Ethik – fundamental sind fünf grundlegende Tugenden: Mitmenschlichkeit, Gerechtigkeit, Sittlichkeit, Klugheit und Verlässlichkeit. Sie beziehen sich zunächst auf die Familie und dann erst auf weitere soziale Umwelten. „Konfuzianisch orientierte Gesellschaften präferieren tendenziell eine staatliche Grundversorgung mit Gesundheitsleistungen, die jedoch streng nach dem Subsidiaritätsprinzip gewährt wird, d.h. sie erfolgt nur dann, wenn geprüft wurde, ob innerhalb der Familie keine finanzielle Umverteilung zugunsten der Betroffenen herbeigeführt werden kann.“ [Schreyögg 2004, 19]
- Katholische Sicht – Gerechtigkeit ist „die Stärke des Rechts und nicht das Recht des Stärkeren“ [Ratzinger 2004]. Eine dringende Frage ist, wie verschiedene Kulturen eine gemeinsame ethische

Orientierung finden und Macht und Gerechtigkeit vereinen können. Auch demokratische Mehrheitsentscheidungen dürfen Minderheiten nicht unterdrücken, sonst haben sie ihre Legitimation verloren. Die Kirche soll auf eine Weltordnung hinwirken, in der Gerechtigkeit herrscht.

Solche semantischen Bedeutungen von Gerechtigkeit haben ihre Ausstrahlung auf Normen, Formen und Reformen im Gesundheitswesen. Verschiedene politische und professionelle Lager operieren mit unterschiedlichen Mischungen aus diesen und weiteren Theorien und Glaubensbekenntnissen. Weltgesundheitsorganisation und Gesundheitsökonomie im Besonderen haben sich intensiv mit dem Thema der Billigkeit und Gerechtigkeit („equity“) im Gesundheitssystem befasst. Auch Erwartungshaltungen in der Bevölkerung sind geprägt von solchen Theorien, Meinungen und ihren Popularisierungen. Werte wie „Gerechtigkeit“ sind Grundorientierungen von Gruppen oder Gesellschaften, denen ein hohe Zustimmung zukommt und die fast universelle Geltung beanspruchen, mit denen über Gut und Böse, Recht und Unrecht, richtig und falsch entschieden wird. Werte sind Antriebskräfte der Gesellschaft. Werte und ihre beabsichtigten und unbeabsichtigten Wirkungen zu erkennen, beschreiben und analysieren, ist ein wichtiges Thema von Gesundheitssystemforschung und -management.

3. Zur pragmatischen Bedeutung der Beziehungen zwischen Gesundheit und Gerechtigkeit

3.1 Gesundheit in Gerechtigkeit für einzelne Menschen, Gesellschaften oder für die Welt?

Seit der Antike ist die Gleichheit der Partnerbegriff der Gerechtigkeit und speziell der Verteilungsgerechtigkeit – Ungleichbehandlungen und Ungleichheiten sind Wurzeln vieler Gerechtigkeitsdebatten [Boshammer 2002]. Ungleichheiten sind besonders virulent im Gesundheitssystem. Hier sind Ungleichheiten nicht Anreiz für höhere Leistungsbereitschaft oder Produktivität, hier sind die Ursachen der Ungleichheiten zumeist nicht dem betroffenen Menschen anzulasten und Ungleichheiten in der Versorgung enden bisweilen tödlich. Diese Besonderheit des Gutes Gesundheit führte – gefördert vom Europäischen Regionalbüro der WHO – zu der wohl klarsten Definition der Gerechtigkeit im Umkreis der Gesundheit: „Der Begriff Ungerechtigkeit (inequity) hat eine moralische und ethische Dimension. Er bezieht sich auf Unterschiede, die unnötig und vermeidbar sind und die zusätzlich als nicht fair (unfair) und ungerecht (unjust) angesehen werden.“ [Whitehead 1990] Ungerecht sind damit vor allem Gesundheitszustände, die durch Menschen verursacht sind und solche, die verbessert werden könnten. „Gerechtigkeit kümmert sich um Chancengleichheit für Gesundheit und will Unterschiede in der Gesundheit auf das geringst-mögliche Niveau bringen.“ [Ritsatakis 2000]

3.1.1 Gesundheitsgerechtigkeit für Individuen

Für Einzelschicksale kann die Lebenslotterie sehr ungerecht sein: angeborene Missbildung, Muskelschwund, Blutkrebs, Alzheimer mögen Beispiele sein. Krankheiten treffen manche Menschen zufällig, andere erben Anlagen und manche treffen keine vernünftige Vorsorge. Manchem beschert die Lebenslotterie körperliches und seelisches Leid von Beginn. Andere werden mit Gebrechen alt wie Methusalem. Jeder sei seines Glückes Schmied – dieser Spruch gilt nur höchst eingeschränkt für die Gesundheit. Gesundheit ist kein Gut, das sich so einfach und klar produzieren lässt – manchmal entscheidet der Zufall, manchmal die Herkunft, manchmal die Umwelt und manchmal man selbst.

Können die Kriterien der Vermeidbarkeit und der Behandelbarkeit Klarheit schaffen, was als bedauerliches Schicksal hinzunehmen sei und was als Ungerechtigkeit angeprangert werden kann? So einfach ist das nicht. Manche Krankheiten und Gebrechen scheinen unvermeidbar zu sein. Sie zu haben sei eine Frage des Schicksals, nicht der Gerechtigkeit. Hoffnung und Verzweiflung lässt jedoch Patient und Arzt nach dem letzten Strohalm greifen, selbst wenn Kosten-Effektivitäts-Raten mancher Behandlungsoption äußerst ungünstig sind, wenn es um eine sehr teure und kurze Lebensverlängerung als Gnadenfrist am Ende des Lebens geht mit schlimmen Nebenwirkungen. Überdies: unvermeidbare Krankheiten müssen und können durch Palliativmedizin gelindert werden. Andererseits: wenn Krankheiten etwa durch Rauchen und Risikosportunfälle vermeidbar sind, wird eine

Gerechtigkeitsdiskussion über Kostenbeteiligung nicht gänzlich ungerechtfertigt erscheinen, anders als wenn es sich um Risiken durch die Arbeitssituation handelt, selbst wenn argumentiert werden kann, dass Schädigungen durch eine informierte und vielleicht auch noch prämierte Wahl eines riskanten Arbeitsplatzes unter solchen Bedingungen differenzierter betrachtet werden müssen und dass des Arbeitgebers Schuld beachtet werden müsse, ebenso wie entsprechende volkswirtschaftliche Auswirkungen. Individuelle Vermeidbarkeit von Krankheit und vorzeitigem Tod hat viele Varianten, wie z.B.

- Eingehen eines Risikos ohne Risikobewusstsein oder -kenntnis,
- fahrlässige Risikounkenntnis,
- bewusste und freiwillige Akzeptanz eines bekannten Risikos,
- durch Not bedingte bewusste Inkaufnahme eines bekannten Risikos.

Einer Gesundheits- und Lebensbildung, d.h. einer Erziehung, Gesundheit bewusst und mit-verantwortlich in die eigene Hand zu nehmen, kommt eine besondere Bedeutung zu. Verantwortung für Gesundheit hat aber sicherlich nicht nur der Mensch, sondern auch die Gruppe, Gemeinschaft und Gesellschaft. Auch deswegen ist Gesundheit ein besonderes Gut.

Eine doppelte Perspektive ist bedeutsam. Die eigene Beurteilung der Gesundheit durch den Patienten ist mitentscheidend. Leid kann nur intern, nicht extern richtig beurteilt werden. Das kann aber auch in die Irre führen. Im indischen Bundesstaat Kerala ist die selbst wahrgenommene Morbidität – gemäß interner Perspektive – am höchsten in Indien und gemäß externen Daten hat Kerala die höchste Lebenserwartung [Sen 1999]. Gemäß eigener Beurteilung mögen Zwergwuchs, Glatze oder Potenzschwäche im Alter nicht nur das Glücksempfinden beeinträchtigen, sondern als ein Gesundheitsproblem gesehen werden – Sozialgerichte werden möglicherweise Wachstumshormone und Viagra für Kläger erstreiten. Gesunde, Kranke und Behinderte haben bisweilen völlig unterschiedliche Sichtweisen. Der Gesunde hat viele Ziele, der Kranke nur eines, gesund zu werden. Soll der Patient entscheiden, was gerecht ist, oder der Arzt oder Meinungsumfragen oder Gerichte? Gerechtigkeit ist in unseren Ländern auch eine Rechtsfrage und eine Machtfrage.

Im Falle von Knappheiten reicht es nicht aus, die Kriterien der Vermeidbarkeit und Behandelbarkeit als Gerechtigkeitsprinzipien zu postulieren. Es kommen die Kosten hinzu. Es müssen Entscheidungen getroffen werden [Marchand 1998], wie z.B.

- den Gesundheitszustand insgesamt zu maximieren,
- den Gesundheitszustand der Armen und der Reichen einander anzupassen,
- den Gesundheitszustand der Armen zu maximieren,
- den Gesundheitszustand der Kränksten zu maximieren.

Manche andere Entscheidungsoptionen kommen hinzu: für diejenigen mit den besten Heilungsaussichten, für die Leistungsträger, für die Zuzahlungswilligen? Das klingt vernünftig in dieser Allgemeinheit und problematisch im Einzelfall. Soll ein Schauspieler oder Bundeskanzler bei Transplantationen bevorzugt werden? Wem soll geholfen werden, wenn die Kosten nicht ins Uferlose steigen sollen? Als Grundlage für eine faire Chancengleichheit für alle sei das normale körperliche Funktionieren aller Menschen anzustreben [Daniels 2001], was auch immer das koste.

Zu unterscheiden sind auch der individuelle und der soziale Wert der Gesundheit. Aus Sicht des individuellen Falles ist es höchst fraglich, wenn Planungsmethoden Behandlungen eines Jungen höher werten als die eines Alten. Dadurch werden menschlichen Leben unterschiedliche Werte zugemessen, wofür es auch wissenschaftliche Methoden gibt, die errechnen, was das Leben bislang kostete oder was es finanziell noch einbringen kann. Die Berechnungen gewonnener und beschwerdefreier Lebensjahre widersprechen dem Menschenrecht, das jedes einzelne Leben gleichberechtigt sieht, gleichgültig ob jung oder grau, dumm oder schlau, Mann oder Frau. Dennoch: gegebene Mittelzuweisungen und Ausgaben implizieren immer und fast überall ungleiche Gewichtungen von Menschen und Behandlungen und müssten im Sinne von Gerechtigkeitsrevisionen genau überprüft werden hinsichtlich ihrer impliziten und zum Teil grausamen Wertungen und Wirkungen.

3.1.2 Gerechtigkeit und Gesundheit in der Gesellschaft

Die Perspektive des einzelnen Menschen ist für die Medizin das herrschende Leitbild. Ethiken und Gerechtigkeitsvorstellungen orientieren sich am Individuum, wie z.B. auch viele der Tavistock Prinzipien. Weil diese aber auch die Gesundheit von Bevölkerungen betonen und Prävention und Gesundheitserziehung, werden sie bisweilen als kantianisch nazideutsch (sic!) [Arnett 2001] abgetan.

Die Bevölkerungsperspektive von Public Health und Gesundheitsökonomie pointiert die Beziehungen zwischen Gesundheit und Gerechtigkeit. Gesundheitsunterschiede zeigen sich

- entlang natürlicher, genetischer, sozialer, erziehungsmäßiger, wirtschaftlicher, geographischer, demographischer, ökologischer, kultureller, religiöser und vieler anderer Merkmale von Menschen und Gruppen,
- zwischen gestern, heute und morgen bzw. zwischen Generationen sowie
- gemäß Zustand, Verteilung und Zugang zu sozialer und gesundheitlicher Versorgung.

Unterschiede können gemäß britischen Gerechtigkeitsrevisionen als ungerecht bezeichnet werden, wenn unterschiedliche Gesellschaftsgruppen unterschiedliche Chancen haben, einzelne Merkmale in den wirkenden Kausalitätsnetzwerken zu beeinflussen.

3.1.2.1 Gerechtigkeit und Gesundheitsdeterminanten

Die Gesundheitsversorgung hat nur einen geringeren Einfluss auf Unterschiede in der Gesundheit von Bevölkerungen [Navarro 2000]. Viele andere Faktoren wiegen mehr. Je nach wissenschaftlichem Paradigma kann das reichen von der Makroökonomie über Lebensgewohnheiten bis hin zu Befindlichkeiten und genetischen Dispositionen. Neben Einkommen, Bildung, Wohnung, Arbeit, Umwelt und Ernährung sind der Ätiologie viele andere Einflussfaktoren bekannt. Auch Gerechtigkeit ist ein Produktionsfaktor für Gesundheit. In einer egalitäreren Gesellschaft zu leben, ist gut für die Gesundheit. Dabei ist Einkommensgleichheit wichtiger, als die Höhe des Einkommens. „Gesundheit ist ein Nebenprodukt der Gerechtigkeit“ [Daniels 2001]. Demokratie, Versammlungsfreiheit, Redefreiheit, Befähigung (empowerment), politische Teilhabe, Rechtssicherheit, Transparenz, Verantwortlichkeit, Korruptionskontrolle, sowie gute Regierungsführung tragen zu Gesundheit und sozialer Wohlfahrt bei [Sachs 2001c; Diaz-Bonilla 2001]. Weit indirektere Einflussphären wie etwa die nationale und internationale Wirtschaftspolitik und das globale Geflecht von Institutionen werden von neueren Wirkungsanalysen (health impact analyses) beachtet [Kemmer 2003; Jobin 2003]. Die Debatte über die Richtung des historischen Einflusses zwischen Gesundheit und wirtschaftlichem Wachstum ist besonders aufschlussreich; die Kommission über Makroökonomie und Gesundheit gab Fogel eher Recht als McKeown [Fogel 1997; McKeown 1976; Sachs 2001c].

Primäre Prävention in einem breiten gesellschaftlichen Sinn ist nötig für eine sachgerechte und der Gerechtigkeit verpflichtete Vermeidung vermeidbarer Krankheit. „Gerechtigkeit impliziert, dass idealerweise jeder die faire Chance haben soll, sein volles Potential für Gesundheit zu erreichen“ [Whitehead 1990]. Diese Chancengleichheit ist effektiver und effizienter durch Gesundheitserziehung und Prävention herzustellen als durch Behandlungen; damit wäre einem speziellen Gerechtigkeitsprinzip Daniels Rechnung getragen, dem der Effizienz [Daniels 2001] – Effizienz ist Ethik, da dadurch mehr Menschen besser zu helfen ist. Daniels argumentiert: für eine fairnessgeleitete Gesundheitspolitik reiche es nicht aus, Gesundheitsdienste zu erweitern und Gesundheitssystemreformen zu unterstützen, wichtig sind auch weitere Maßnahmen: (a) Förderung der frühkindlichen Entwicklung und (b) der Ernährung, insbesondere von Kindern und Müttern aus ärmeren Schichten, (c) die Verbesserung der Arbeitsumwelten und (d) der Einkommensverteilung durch stärkere politische Teilhabe [Daniels 2001].

3.1.2.2 Gerechtigkeit und Gesundheitsversorgung

Zur Beurteilung von Fairness und Gerechtigkeit der Gesundheitsversorgung werden vor allem Zugang und – durch Kosten für Zeit und Weg eingeschränkt – Nutzung sowie die Qualität der Dienste geprüft unter der Bedingung gleichen Bedarfs. „Der Begriff des Bedarfs ist die Wurzel der Gerechtigkeit in der Gesundheitsphilosophie“ [PAHO 2001]. Dieser Bedarf kann sehr unterschiedliche Legitimationsquellen haben: evidenzbasiert in der Wissenschaft als normativer Bedarf, gleichmacherisch als komparativer Bedarf, selbstbewusst als gefühlter Bedarf oder analytisch als ausgedrückter Bedarf. De facto wird Bedarf im einzelnen Behandlungsfall zumeist professionell bestimmt, wie auch immer das gerechtfertigt sein

mag und für die Gesellschaft gilt zumeist der Vergleichsbedarf einer Gleichverteilung der Mittel. Chancengleichheit bei der Gesundheitsversorgung herzustellen, ist eine zentrale Leinlinie der meisten Gesundheitsreformen. In vielen armen Ländern erreichen die Gesundheitsdienste nicht einmal die Hälfte der Bevölkerung und das heißt, dass vor allem die Ärmsten benachteiligt werden. So wichtig eine komparative Bedarfsplanung ist: Universeller Zugang zu Gesundheitsdiensten korrigiert nicht die Ungerechtigkeit der sozialen und ökonomischen Verursachung von Leid und Tod – aber er lindert sie und das ist bisweilen der wichtigste und gangbarste Weg für eine pragmatische Gesundheitspolitik.

3.1.2.3 Gerechtigkeit und Gesundheitsfinanzierung

Für die WHO ist eine Gesundheitsfinanzierung dann fair und gerecht, wenn alle Haushalte jenseits ihrer Ausgaben für Ernährung jeweils ebensoviel für Gesundheit zahlen – völlig unabhängig von ihrem Einkommen, ihrem Gesundheitszustand und ihrer Nutzung der Gesundheitsdienste. Es gilt:

$$\left[1 - 4 \frac{\sum_{i=1}^n |HFC_i - \overline{HFC}|^3}{0.125n} \right]$$

wobei HFC der finanzielle Gesundheitsbeitrag eines Haushalts ist und \overline{HFC} der Durchschnitt. Bei Gleichheit ergibt sich ein Wert von 1 und bei völliger Ungleichheit ein Wert von 0. Das ist eine sehr klare und nachvollziehbare Begriffsdefinition von Fairness der Gesundheitsfinanzierung. Damit verglich die WHO 191 Länder der Welt im Rahmen einer Messung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen [siehe unten].

Die zwei Grundprinzipien einer fairen oder gerechten Gesundheitsfinanzierung sind Risikostreuung zwischen Kranken und Gesunden und Risikoteilung zwischen Reichen und Armen. Regelmäßige geringere Vorauszahlungen vieler Menschen sind besser als sehr hohe Zahlungen einer kleinen Anzahl von Personen mit katastrophalen Krankheitsfällen. Im Sinne einer vertikalen Gerechtigkeit wird argumentiert, dass der mehr zahlen solle, der mehr zahlen könne. Eine horizontale Gerechtigkeit, bei der alle (proportional) gleich viel zahlen, ist gerechter als eine risikoorientierte Zahlung an eine private Versicherung oder gar eine direkte Zahlung durch den Patienten im Krankheitsfall. Hier gibt es viele Spielräume für Varianten der Fairness und der Gerechtigkeit: Privatversicherungen, gleiche Kopfpauschalen für alle Versicherten, einkommens- oder gehaltsbezogene Beiträge. Zusätzlich nehmen formelle und informelle private Zahlungen sowie steuerfinanzierte staatliche Zuschüsse Einfluss auf den Grad der Fairness und Gerechtigkeit der Finanzierung und auf die Subventionierungen von Armen, Kranken, Alten, insbesondere. (Einzelheiten entnehme man dem Beitrag von Jens Holst in diesem Buch.)

3.1.3 Gesundheit und globale Gerechtigkeit für die ganze Welt?

Gerechtigkeitstheorien sind meist allgemein und universell formuliert, auch wenn die Gerechtigkeit praktisch an den Grenzen eines Landes Halt macht. Wenn Gerechtigkeit die erste Tugend von Institutionen ist, dann ist der Staat noch immer die wesentlichste Institution zur Verteilung von Gerechtigkeit. Menschenrechte und eventuelle Gesundheitsrechte gelten de facto zunächst einmal nur für Inländer und wenige Ausländer.

3.1.3.1 Frieden statt Gerechtigkeit

In seiner internationalen Gerechtigkeitstheorie spricht Rawls nicht vom Völkerrecht, sondern vom Recht der Völker, da Staaten in der Globalisierung allmählich ihre Souveränität und Legitimität verlieren [Rawls 2002]. Es bleibt unklar, ob er Staaten, Gesellschaften oder staatslose bzw. staatsübergreifende Kulturen, Ethnien oder Volksgruppen meint. Anders als in seiner ursprünglich innerhalb einer Gesellschaft gültigen Regel, dass Gerechtigkeit größtmögliche Freiheit sei bei gleichzeitiger Akzeptanz von Ungleichheiten nur in dem Falle, dass sie den am schlechtesten Gestellten nutzen, geht es Rawls in seinem Spätwerk nicht um eine globale Umverteilung im Weltmaßstab. Es geht ihm um die Bedingungen eines friedlichen Verhältnisses zwischen demokratischen und nicht-demokratischen Völkern – nicht mit Schurkenstaaten, sondern mit solchen, in denen zumindest Menschenrechte geachtet werden, die nicht aggressiv sind und die ein gemeinwohlorientiertes Rechtssystem haben. Diese Völker einigen sich auf

acht Prinzipien der Koexistenz. Die einzuhaltenden universell gültigen Menschenrechte sind beschränkt: „das Recht auf Leben (im Sinne von Lebensunterhalt und Sicherheit); auf Freiheit ... von Sklaverei, Leibeigenschaft und gewaltsamer Unterdrückung sowie ein hinreichendes Maß an Gewissensfreiheit, um Religions- und Gedankenfreiheit sicherzustellen; auf ... persönliches Eigentum; auf formale Gleichheit ... in dem Sinne, dass Gleiches gleich behandelt wird“ [Rawls 2002, 65] In dieser Liste der Menschenrechte fehlen vor allem soziale Menschenrechte wie Bildung und Gesundheit und anderes, wie z.B. persönliches Eigentum, ist diskussionswürdig. Gravierende Ungleichheiten zwischen Völkern werden vom späten Rawls nicht als ungerecht angesehen. Ist es kein Problem der Gerechtigkeit, dass nahezu ein Drittel aller Todesfälle auf der Welt armutsbedingt und das heißt unnötig, vermeidbar und kosten-günstig behandelbar sind?

3.1.3.2 Die Idee der globalen Gerechtigkeit

Die Globalisierung verändert die Beziehungen zwischen Menschen, Gesellschaften, Kulturen, Ländern und Staatengruppen. Der Souveränität, Legitimität und Macht von Staaten wird schwächer. Staatsversagen scheint zuzunehmen. Multinationale Unternehmen, internationale Organisationen, regionale Staatenbündnisse, globale Interessengruppen überlagern und unterwandern die traditionell gewohnten Beziehungen zwischen Staaten. Sie intervenieren zumeist zugunsten von partikulären Wirtschaftsinteressen, bisweilen aber auch zugunsten öffentlicher Ansprüche und Werte. Denn vielerorts ist es fraglich, ob heimische Institutionen im öffentlichen Interesse für Gesellschaften und Bürger sprechen oder nur für sich selbst. Demgegenüber wird gute Regierungsführung und Stewardship gefordert. Aus der Idee des Völkerrechts wird ein Verlangen nach globaler Gerechtigkeit [Pogge 2001].

Kosmopoliten argumentieren, dass die bestehende globale institutionelle Landschaft theoretisch und praktisch ganz anders sein könnte und damit ganz andere Auswirkungen hätte auf Gesundheit, Gerechtigkeit und Menschenrechte in armen Ländern. Ohne Protektionismus der reichen Länder könnten arme Länder Exporteinnahmen erzielen, die viel höher wären als alle Entwicklungshilfen zusammengezählt. Reiche Länder sind aber nicht am Schicksal der armen Länder interessiert und diese werden in der Regel beherrscht von selbstsüchtigen Machteliten. Eine staatliche Ordnung, die auf Gewalt und Armut gegründet ist, kann von Gesellschaften und Regierungen nicht anerkannt werden. Eine minimale Fairness ist zu gewährleisten und aufrechtzuerhalten. Weltweit. Von allen. Das bedeutet globale Gerechtigkeit [Pogge 2005].

Weltweite Armutsverringering ist in der Tat ein zentrales Thema der Debatte über Gesundheit und Gerechtigkeit. Armuts- und Gesundheitsindikatoren sind ein wesentlicher Bestandteil der Millenniums Ziele der Vereinten Nationen [UN 2000]. Neben einer Einkommenssteigerung für mindestens die Hälfte der Menschen in extremer Armut, d.h. mit weniger als 1 US\$ pro Tag, gelten als zentrale Ziele: Verringerung von Kindersterblichkeit und Müttersterblichkeit und Verstärkung der Basiserziehung. Wahrscheinlich sind die zugrunde gelegten Armutsstatistiken geschönt. Andererseits gibt es so viel Reichtum auf der Welt, dass eine deutliche Verringerung der Armut möglich wäre. Um das Einkommen der extrem Ärmsten von einem auf zwei Dollar zu verdoppeln, wäre nur etwas mehr als 1 % der Volkseinkommen der reichen Länder nötig und das läge unter 40 % des Militärbudgets der USA, allerdings beim Vierfachen der internationalen Entwicklungshilfezusagen [Pogge 2003, 12-13]. Bildung, Gesundheit und Umwelt – das sind die drei wesentlichen Bereiche der Millenniums Ziele und die vorrangigen Themen einer globalen Gerechtigkeit.

3.1.3.3 Gesundheit und Erziehung als Triebkräfte der globalen Gerechtigkeit

Die Hälfte der Menschheit lebt in bitterer Armut und viele Millionen Lebensjahre werden jährlich durch unnötige, vermeidbare und kostengünstig behandelbare Krankheiten zerstört. Eine massive Erhöhung und Konzentrierung einer wertvollen, effektiven und effizienten Entwicklungshilfe auf Gesundheit, Erziehung und Umwelt könnte die Armut bis 2015 beseitigen. Die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit hat die volkswirtschaftliche Bedeutung der beiden Schlüsselsektoren bestätigt [Sachs 2001c]. Es ist empirisch nachgewiesen, dass Gesundheit und Bildung wesentliche Produktionsfaktoren für die wirtschaftliche und soziale Entwicklung sind. Als Befähigung zur selbstbestimmten Freiheit sind sie gleichzeitig ein wesentliches Menschenrecht. [Schwefel 2005]

Möglichkeiten einer massiven und interaktiven Förderung von Gesundheit, Bildung und Umwelt gibt es neben der immer nötigen Katastrophenhilfe genug. Ihr Motto ist: ‚Empowerment‘ in Sicherheit bringt Chancen (siehe den Beitrag des Autors über Globalisierung in diesem Buch).

- Wenn mehr als die Hälfte der Krankheiten der Armen durch Prävention vermieden werden kann und wenn mehr als die Hälfte der auftretenden Krankheitsepisoden durch informierte Selbsthilfe beherrschbar ist, dann sollte eine Allianz zugunsten einer massiven Gesundheitserziehung für Mütter und in Schulen geschmiedet werden, bei der auch die vitale Bedeutung der Umwelt betont wird, z.B. hinsichtlich Angebot, Nachfrage und Qualitätskontrolle des Trinkwassers [Schwefel 1998-2000].
- Vernünftige Krankenversicherungen mit fairer Finanzierung des Gesundheitswesens sind ein anderer wichtiger Ansatzpunkt. Krankheiten eines Familienmitglieds führen viele Familien in eine Armutsspirale – so sehen es die wesentlichen Armutsexperten, d.h. die Armen selbst, wenn sie gefragt werden [Narayan 1999]. In Indien verarmen 25 % der Familien nach Krankenhausaufenthalten [Peters 2002]. Soziale Sicherheit kann empirisch nachweisbar Bevölkerungswachstum deutlich bremsen [Sachs 2001c; Becker 2001].

Armut, Unwissen und Krankheit können in einen fruchtbaren Zusammenhang zwischen Bildung, Gesundheit und Wachstum umgemünzt werden – mikro- und makroökonomisch. Allianzen für Gesundheitserziehung zur Selbsthilfe und soziale Krankenversicherungen sind Prototypen einer an der Gerechtigkeit orientierten Entwicklungspolitik. Für eine globale Gerechtigkeitsstrategie sei nur ein weiterer Ansatzpunkt erwähnt. Da eine rationale Arzneimittelversorgung für die Armen besondere Bedeutung hat, müssen Patentrecht und pharmazeutische Preisgestaltung weltweiter Konzerne geprüft, revidiert oder unterwandert werden. Eine Public Health Bewegung könnte dafür intellektuelle Munition sammeln und internationale Nicht-Regierungsorganisationen könnten mobilisieren – eine Utopie?

Die Erfolgsaussichten einer verstärkten und befähigten Entwicklungshilfe sind nicht gut. Entwicklungshilfe kommt nur in besonders guten Fällen den Bedürftigsten zugute [Schwefel 1989]. Gute Regierungsführung und Stewardship sind bisweilen utopische Forderungen nicht nur an Nehmer, sondern insbesondere und zunächst einmal an Geber und ihre Institutionen [Schwefel 2003]. Neue Formen und Partner internationaler und globaler Zusammenarbeiten sind dringend nötig. Dabei geht es um mehr als um die Harmonisierung staatlicher Geber und ihre effektive Unterstützung staatlicher Nehmer. Internationale Nicht-Regierungsorganisationen und Interessengruppen müssen sich viel mehr einmischen und dazwischenfunken, insbesondere auch solche, die sich rühmen, „Public“ Health zu vertreten. Derzeit gibt es keine wirklich bedeutsame Lobby für eine signifikante Ausweitung der sehr knappen Mittelzuwendungen für Gesundheit, Bildung und Umwelt. Entwicklungsverwalter haben andere Prioritäten. Ideen zur Vermeidung und Behandlung der Armutserkrankungen der Masse der Bevölkerung erfahren zumeist nur wohlwollende Missachtung, obwohl gerade sie Triebkräfte sein könnten zu wirtschaftlichem Wachstum und zu globaler Gerechtigkeit.

3.2 Interventionen zugunsten der Gerechtigkeit für Gesundheit und Gesundheitswesen

Weltweit gibt es einige Initiativen, Ungleichheiten in Gesundheitssystemen zu erkennen, zu messen, zu diskutieren, um dadurch einen Beitrag zu leisten zu mehr Gerechtigkeit und zu sachgerechteren Gesetzen, Politiken und Maßnahmen. Dabei handelt es sich zum einen um Indikatorensysteme zum Vergleich verschiedener Ausprägungen von Gesundheit und Gesundheitssystemen und zum anderen um Stellungnahmen und Politikpapiere, die Öffentlichkeit erzeugen wollen, um Missstände zu erkennen und zu beseitigen.

3.2.1 Internationale Indikatoren über Fairness und Gerechtigkeit

In ihrem Jahresbericht 2000 wagte die WHO den heroischen Versuch, fast alle Länder der Welt empirisch zu vergleichen mithilfe von Indikatoren für die

- Güte (goodness) des Gesundheitssystems: Verbesserung der Gesundheit, gemessen durch die gesunde Lebenserwartung
- Verständnis (responsiveness) in der Gesundheitsversorgung: Beachtung der nicht-medizinischen Erwartungen der Patienten im Sinne von Respekt (Würde, Vertraulichkeit, Autonomie) und Patientenorientierung (schnelle Betreuung, Annehmlichkeiten – wie Sauberkeit, Raum, Verpflegung –

, Zugang zu sozialen Netzwerken, Anbieterwahlfreiheit) als Zeichen einer fairen und gerechten Behandlung aus der Sicht des Individuums

- Fairness der Gesundheitsfinanzierung: Schutz vor katastrophalen Kosten der Gesundheitsversorgung (keine gesundheitsbedingte Verarmung, faire Finanzierung).

Aus den Indikatorenwerten wurde ein Index gebildet, der dem ersten Kriterium der Güte 50 % zumaß und den beiden anderen jeweils 25 %. Das war in der Tat ein abenteuerlicher Versuch und er wurde von jenen Ländern zurückgewiesen, die einen anderen Rang erwartet hatten. Natürlich auch von Theoretikern und Praktikern, die andere Operationalisierungen, Messungen und Gewichtungen empfahlen, z.B. dass Fairness eine überproportionale Finanzierung durch die Bessergestellten erfordere [Navarro 2000], dass die Messwerte eine höchst zweifelhafte Gültigkeit hätten [Nord 2000] oder dass die Dimension der Fairness nur gering korreliere mit den beiden anderen Dimensionen [Tandon 2001]. Dennoch war dieser Vergleich ein provokativer und packender Anreiz für eine evidenzbezogene Diskussion über Werte im Gesundheitswesen. Eine vergleichende empirische Gesundheitssystemforschung ist ein wichtiger Schritt zu einer rationaleren Diskussion über Gesundheitssysteme. Wenn er weltweit ist, dann öffnet er die Augen für interessante Modelle dort, wo man sie eigentlich nicht erwartet hätte. Das kann ein Ersatz sein für undurchführbare Experimente. Durch empirische Operationalisierungen der angestrebten Ziele wurden die zugrunde liegenden Werte klar, diskutierbar, überprüfbar und revidierbar – ein wichtiger Schritt zu mehr Transparenz in der Debatte um Ziele und Werte.

Zur Messung von Gerechtigkeit im internationalen Vergleich wurden auch andere Indikatorensystem entwickelt. Beispielsweise zur Messung der dadurch bestätigten Zusammenhänge von Demokratie und Gerechtigkeit [Merkel 2003]. Oder zur Messung der Verringerung der Armut gemäß Millenniums Entwicklungszielen der Vereinten Nationen [UN 2000]. Von Autor wurde soziale Gerechtigkeit operationalisiert und gemessen werden als “soziale Sicherheit der sozialen Gleichheit primärer Bedürfnisbefriedigung” [Schwefel 1972]. Seine Indikatoren für die primäre Bedürfnisbefriedigung beziehen sich vor allem auf Gesundheit und Bildung als Produktionsfaktoren und Resultate von Entwicklungspolitiken. Zeitliche Veränderungen und Unterschiede zwischen Gesellschaftsgruppen indizieren Sicherheit und Gleichheit. Diese drei operationalisierten Begriffe wurden multiplikativ kombiniert zu einem zusammenfassenden Entwicklungsindex, mit dem einzelne Länder hinsichtlich der Erfolge ihrer Entwicklungsstrategien verglichen wurden.

3.2.2 Die Fairness von Gesundheitsreformen

Ein Team aus wohlhabenden und armen Ländern unter der Leitung des Gesundheitsethikers Daniels entwickelte ein Beobachtungs- und Bewertungsinstrument für die Fairness von Gesundheitsreformen [Daniels 2000]. In ihm werden Messlatten für Fairness lokaler, regionaler oder nationaler Gesundheitspolitiken beschrieben, beobachtet und bewertet: (a) intersektorale öffentliche Gesundheit, (b) finanzielle Barrieren für einen gerechten Zugang, (c) nicht-finanzielle Barrieren für die Gesundheitsversorgung, (d) Umfang der Leistungen und ihre Staffelung, (e) gerechte Finanzierung, (f) Effizienz, Effektivität und Qualität der Gesundheitsversorgung, (g) administrative Effizienz, (h) demokratische Verantwortung und Befähigung, (i) Autonomie der Patienten und Anbieter. Anhand von über 100 recht klar definierten Aspekten werden Reformoptionen anhand dieser Messlatten skaliert im Sinne einer Objektivierung professioneller Einschätzungen. Daraus ergeben sich Diskussionen über Vorteile und Nachteile von Reformen und über Möglichkeiten, sie fairer, gerechter und sachgerechter zu gestalten. Eine ähnliche Skala wurde vom Autor entwickelt, um anhand in der Öffentlichkeit diskutierter Themen die Fairness der Gesundheitsfinanzierung in europäischen Ländern zu überprüfen; 222 Gesichtspunkte sollen dafür bewertet werden [Schwefel 2004].

3.2.3 Britische Gerechtigkeitsrevisionen

Immer wieder und politisch hochrangig und brisant wird in England der Zustand des Gesundheitswesens analysiert unter dem Gesichtspunkt der Ungleichheit, Chancengleichheit, Gerechtigkeit [Black 1980; Acheson 1998]. Darin ist England seit alters Weltmeister. Anders als der politisch übergangene Bericht von Sir Black führte der Bericht von Sir Acheson zu so genannten Gerechtigkeitsrevisionen (equity audits), die für Planungen des Nationalen Gesundheitsdienstes verbindlich wurden. Dabei werden in Zusammenwirken mit lokalen Partnern für klar definierte Bevölkerungsgruppen (a) Ungleichheiten bei

Krankheitsursachen, im Zugang zur Gesundheitsversorgung und bei der Behandlung systematisch überprüft, (b) abgestimmte Aktionsprogramme entwickelt, geplant und umgesetzt und (c) diese Aktionsprogramme hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Verringerung der Ungerechtigkeiten evaluiert. Das Ziel ist, Mittel nicht gleich zu verteilen, sondern gemäß Bedarf [Hamer 2003]. Hunderte von direkten und indirekten Indikatoren von Ungleichheit und Ungerechtigkeit von Gesundheit und Lebenslagen werden dafür zu Rate gezogen [Matrix 2003].

In anderen Ländern und Situationen werden nur einige wenige solcher Indikatoren genutzt, um beispielsweise zu einem Risikostrukturausgleich zwischen Krankenkassen mit unterschiedlich krankheitsanfälligen Mitgliedschaften zu kommen oder um Ärzte und medizinische Einrichtungen besser zu verteilen.

3.2.4 Gerechtigkeitskommissionen

Weniger strukturierte ethische Revisionen werden in vielen anderen Ländern Ethikkommissionen oder entsprechenden Komitees übertragen. Ein Beispiel sei der Nationale Ausschuss für Ethik der Gesundheitsversorgung in Finnland [ETENE 2001]. Vertreter verschiedener Sektoren mit unterschiedlichem Erfahrungsschatz überprüfen Themen der Ethik des Gesundheitswesens in der finnischen Gesellschaft unter dem Gesichtspunkt der Fairness und der Gerechtigkeit. „Gerechtigkeit und Würde“ nennt sich der Bericht. Er enthält nicht nur Kommentare über und Wertungen zu ethischen Problemen der Forschung und der Biotechnologie, sondern zunehmend auch zu Problemen der Gesundheitsversorgung in einem weiteren Umfeld.

Wenn es das Ziel wäre, Wahrheiten zu finden durch solche Kommissionen, dann müssten sie nicht vorrangig von Regierungen berufen werden, sondern sie könnten sich auch selbständig und freiwillig zusammenfinden und zusammensetzen, um unabhängig von staatlicher Geldgabe und Einflussnahme Missstände zu benennen, zu messen und in die Öffentlichkeit zu bringen – eine Aufgabe für Public Health und Universitätsforschung.

3.2.5 Gesetze zur Prüfung und Stärkung der Gesundheitsgerechtigkeit

Messungen von Ungleichheiten und Debatten über Ethik im Gesundheitswesen sollen Reformprozesse begründen und beeinflussen. Ein Gesundheitsversorgungsfairnessgesetzentwurf in den Vereinigten Staaten von Amerika wollte Ungerechtigkeiten für Farbige und für ethnische Minderheiten studieren und beseitigen helfen [Epps 1999]. Dadurch sollte Gesundheitsforschung zu einer Öffentlichkeit über Ungerechtigkeiten führen. In Deutschland kommt der Gesundheitsberichterstattung eine entsprechende Aufgabe zu.

Damit sollten Marktversagen dokumentiert und kritisiert werden bzw. Mängel in guter Regierungsführung und Stewardship – das sind die zwei korrespondierenden Seiten des Marktes und der Staatsfunktionen. Stewardship fordert ethische und effiziente Führung [Saltman 2000]. Zu den Staatsfunktionen gehören zumindest die öffentliche Gesundheitsfürsorge und Anti-Armutsprogramme, zumeist auch Grundbildung und Regulierungen für (Gesundheits-)Versicherungen [World Bank 1997]. Die gesundheitsökonomische Literatur hat Entscheidungsbäume für die Bereitstellung öffentlicher Güter und für vernünftige Arbeitsteilungen zwischen Staat und Markt skizziert [Musgrove 1999]. Neben Effizienz ist zunehmend auch die Gerechtigkeit in fast allen gesundheitsökonomischen Lehrbüchern als wesentlicher Orientierungspunkt enthalten. Eine wertfreie Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung gibt es nicht; wohl aber eine ‚wertfreie‘ wissenschaftliche Forschung – auch über Werte und ihre Wirkungen. In allen Ländern gibt es Gesetze und Regelungen für die Verteilung der Gesundheitsressourcen. Sie hinsichtlich expliziter und impliziter Werte und ihrer beabsichtigten und unbeabsichtigten Wirkungen und Nebenwirkungen zu überprüfen, ist die Aufgabe der Evaluationsforschung als Teilgebiet von Public Health.

Gute Regierungsführung und Stewardship sind zu Maßstäben der internationalen Zusammenarbeit geworden. Sie gelten auch innerhalb von Staaten, Unternehmen, regionalen, lokalen und professionellen Institutionen. Gleichbehandlung und Gerechtigkeit sind übliche, wenn auch oftmals nur angebliche Zielsetzungen. Rawls generalisiert: „Die Gerechtigkeit ist die erste Tugend sozialer Institutionen.“ [Rawls 1971, 19]

In Deutschland hat Public Health Wurzeln in der Sozialmedizin, die von Rudolf Virchow mitgeprägt wurde und in deren Tradition das englische Wortgebilde Public Health keine Berechtigung hätte und umbenannt werden müsste, wenn dieser Wissenschaftszweig nicht dem öffentlichen Interesse dienen würde. In nahezu allen Institutionen der Welt hat dies zu tun – in welchem Grad auch immer – mit vernünftigen Gleichheiten und mit Gerechtigkeit, Fairness, Solidarität. Ob und inwieweit dies gelingt, ist immer wieder wissenschaftlich – möglichst empirisch – zu überprüfen. Gerecht und sachgerecht kann es besonders dann sein, wenn (a) öffentliche Information gegeben ist, (b) ein Druck auf rationale Argumentationen besteht, (c) Widerspruch möglich ist und (d) die vorgenannten drei Grundsätze eingehalten werden [Daniels 2001]. Gerechtigkeit steht dann in einem besonders engen Verhältnis zu dem, was gerechtfertigt werden kann [Frost].

5 Literatur

- Acheson, D. (1998) Independent inquiry into inequalities in health report. London (The Stationery Office)
- Anand, Sudhir (2002) The concern for equity in health, Harvard Center for Population and Development Studies, HCPDS Working Paper Series, Volume 12 Number 1, February 2002
- Anand, Sudhir et alii (Eds.) (2004) Public health, ethics and equity. Oxford (Oxford University Press)
- Arnett, Jerome C. (2001) The ‘Tavistock principles’ of medical ethics. In: Medical Sentinel 2001; 6(2):63-65 (Association of American Physicians and Surgeons)
- Becker, Gary and T. Philipson, R. Soares (2001) Growth and mortality in less developed nations. Unpublished manuscript. Chicago (University of Chicago)
- Black, Douglas et alii (1980) Inequalities in health. Harmondsworth (Penguin Books) 1982
- Bond, Derek and Denis Conniffe (2002) Cross-regional equity in health care funding, National Institute for Regional and Spatial Analysis, Working Paper Series. 3-Jan02. Maynooth (Ireland) 2002 nirsra@may.ie www.may.ie/nirsra
- Boshammer, Susanne (2002) Was ist soziale Gerechtigkeit? Eine Einführung. In: IG Metall (Hg.), Was ist soziale Gerechtigkeit? Schwalbach/Taunus (IG Metall)
- Daniels, N. (1985) Just Health Care. New York (Cambridge University Press)
- Daniels, Norman and J. Bryant, R.A. Castano, O.G. Dantes, K.S. Khan, & S. Pannarunothai (2000): Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. In: Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (6) 740-750
- Daniels, Norman (2001) Justice, health and health care. In: Rhodes, Rosamond et alii. (Eds.): Medicine and social justice – Essays on the distribution of health care. Oxford (Oxford University Press) www.hsph.harvard.edu/benchmark/ndaniels/pdf/justice_health.pdf
- Diaz-Bonilla E. and J. Babinard, P. Pinstrup-Andersen (2001) Globalization and Health: A Survey of Opportunities and Risks for the Poor in Developing Countries CMH Working Paper Series Paper No. WG4: 11. Geneva (WHO)
- Epps, Phyllis Griffin (1999) The health care fairness act of 1999. Paper Phyllis Griffin Epps 18.11.1999
- ETENE, National Advisory Board on Health Care Ethics (2001). Equity and human dignity in health care in Finland. Helsinki (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health) 2001. 38 pages.
- Jobin, William (2003) Health and equity impacts of a large oil project in Africa. In: Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (6) 420-426
- Falaturi, A. (1984) Gerechtigkeit im Islam. In: Evangelische Akademie Loccum, Tagung 6.-8.4.1984. Internetversion der Islamischen Akademie e.V. www.islamische-akademie.de/falaturi/islamundgerechtigkeit.htm
- Fogel, R. W. (1997) New Findings on secular trends in nutrition and mortality: some implications for population theory. In: M. R. Rosenzweig and O. Stark (eds.), Handbook of population and family economics, Vol. 1a. Amsterdam (Elsevier Science), pp. 433–481.
- Forst, Rainer (2005) Die erste Frage der Gerechtigkeit. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 37/2005 12.09.2005 24-31

- Hamer, Lucy et alii (2003) Health equity audit made simple: A briefing for primary care trusts and local strategic partnerships. Working document January 2003. Public health observatories. Health Development Agency. London - available through all the Public Health Observatory websites (www.apho.org.uk)
- Hayek, Friedrich August von (1971) Die Verfassung der Freiheit. Tübingen (J. C. B. Mohr)
- Hayek, Friedrich August von (1981) Recht, Gesetzgebung und Freiheit, Band 2: Die Illusion der sozialen Gerechtigkeit, Landsberg am Lech.(Moderne Industrie)
- Kemm, John (2003) Perspectives on health impact assessment. In: Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (6) 387
- Macinko, James A. and Barbara Starfield (2002) Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. In: Int J Equity Health. 2002; 1 (1): 1
- Marchand S. and Wikler D.; Landesman B. (1998) Class, Health, and Justice. In: The Milbank Quarterly, September 1998, vol. 76, no. 3, pp. 449-467(19)
- Matrix MHA (2003) Health inequalities indicators: basket of local indicators. London (Association of Public Health Observatories and Health Development Agency)
- McKeown, Thomas (1976) The modern rise of population. London (Arnold)
- Merkel, Wolfgang und Mirko Krück (2003) Soziale Gerechtigkeit und Demokratie: auf der Suche nach dem Zusammenhang. Bonn (Friedrich Ebert Stiftung)
- Musgrove, Philip (1999) Public spending on health care: how are different criteria related? In: Health Policy, 47(3): 207-223
- Narayan, Deepa et alii (1999) Voices of the poor. Can anyone hear us? Voices from 47 countries. Washington (World Bank, Poverty Group)
- Navarro, Vicente (2000) Assessment of the World Health Report 2000. In: Lancet 2000; 356: 1598-601
- Nord, Erik (2000) World Health Report 2000. A brief, critical consumer guide. In: Health Policy 2002, 59, 183-191
- Nozick, Robert (1974) Anarchie Staat Utopia. München (Moderne Verlags Gesellschaft)
- Pan American Health Organization, World Health Organization (2001) Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment. 8-10 May, 2001, Washington D.C. Washington (PAHO)
- Peters, David H. et alii (2002) Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis, and Options. Washington (World Bank)
- Pogge, Thomas (Ed.) (2001) Global justice. Oxford (Blackwell)
- Pogge, Thomas (2003) The first UN millennium development goal: a cause for celebration? In: Oslo Global Justice Symposium. University of Oslo, 9-13 September 2003 <http://www.etikk.no/globaljustice/>
- Pogge, Thomas (2005) World poverty and human rights. In: Ethics & International Affairs, Volume 19, No. 1 (Spring 2005)
- Ratzinger, Joseph (2004) Vorpolitische moralische Grundlagen eines freiheitlichen Staates. Diskussion mit Jürgen Habermas. Stellungnahme. In: Zur Debatte, Vol. 34, No. 1, 5-7
- Rawls, John (1971) Eine Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Rawls, John (2002) Das Recht der Völker, Berlin (Walter de Gruyter)
- Rawls, John (2003) Gerechtigkeit als Fairness. Ein Neuentwurf. Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Ritsatakis, Anna (2000) The case for equity-focused health impact assessment. In: Barnes, Ruth (ed.) Equity and health impact assessment seminar. Liverpool public health observatory. Manchester, 16-17.06.2000
- Sachs, Jeffrey (2001a) The links of public health and economic development. London (Office of Health Economics) 2001
- Sachs, Jeffrey (2001b) The strategic significance of global inequality. The Washington Quarterly, Summer 2001 (internet version)
- Sachs, Jeffrey et alii (2001c) Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the commission on macroeconomics and health. Geneva (WHO)
- Sachs, Jeffrey (2001d) Pathways from public health to economic development. Mimeographed paper 12.5.2001
- Saltman, Richard B. and Odile Ferroussier-Davis (2000) The concept of stewardship in health policy: In: Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (6), 732-739

- Schreyögg, Jonas (2004) Gerechtigkeit in Gesundheitssystemen aus ökonomischer Perspektive. In: Gesundheitswesen 2004; 66: 7-14 - DOI: 10.1055/s-2004-812707
- Schwefel, Detlef (1972) Indikatoren der sozialen Gerechtigkeit. In: Detlef Schwefel, Beiträge zur Sozialplanung in Entwicklungsländern. Berlin (Bruno-Hessling-Verlag) 1972, pp. 1-46
- Schwefel, Detlef (1989) The Product-Path-Analysis. A method of socioeconomic project appraisal. In: Canadian Journal of Development Studies, Vol. 10 (2), 1989, pp. 211-223
- Schwefel, Detlef et alii (1998-2000) Páginas del PAPS. Aportes de la Cooperación Alemana al Desarrollo al Programa de Atención Primaria de Salud (PAPS) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Guatemala (GTZ)
- Schwefel, Detlef (2003) Health system reform between local needs, national politics and international cooperation. In: Wolfgang Hein and Lars Kohlmorgen (Ed.) Globalisation, global health governance and national health politics in developing countries. An exploration into the dynamics of interfaces. Hamburg (Deutsches Übersee Institut) 2003, pp 149-164
- Schwefel, Detlef (2004) Fair financing for health and health care. Berlin (GTZ)
- Schwefel, Detlef und Assia Brandrup-Lukanow (Hrsg.) (2005) Gesundheit als Menschenrecht und Produktivkraft. Thesen und Beispiele zum entwicklungspolitischen Beitrag der Gesundheit in der technischen Zusammenarbeit der GTZ Eschborn (GTZ) 2005
- Sen Amartya (1999a) Development as Freedom. New York (Knopf) 1999
- Sen, Amartya (1999b) Global justice. Beyond international equity. In: Kaul, Inge et alii (eds.) Global public goods. International cooperation in the 21st century. New York (UNDP / Oxford University Press) 1999, 116-125
- Sen, Amartya (1999c) Health in development. In: Bulletin of the World Health Organization, 1999, 77 (8), 619-623
- Sen, Amartya (2000) Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München (Carl Hanser Verlag)
- Tandon, Ajay and Christopher JL Murray Jeremy A Lauer David B Evans (2001) Measuring overall health system performance for 191 countries GPE Discussion Paper Series: No. 30 EIP/GPE/EQC, World Health Organization
- Tobin, J. (1970) On Limiting the Domain of Inequality. The Journal of Law and Economics 1970; 13 (2): 263-277.
- United Nations (2000) We the peoples: The Role of the United Nations in the Twenty-First Century. The Millennium Report, 2000. New York (United Nations)
- Walzer, Michael (1994) Sphären der Gerechtigkeit. Ein Plädoyer für Pluralität und Gleichheit, Frankfurt/Main (Campus Verlag)
- Weber, Axel and Friedeger Stierle, Jürgen Hohmann, Bergis Schmidt-Ehry (2002) Social protection in health care. European assets, potentials and contributions to global development. Eschborn (Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit)
- Whitehead, Margaret (1990) The concepts and principles of equity and health. Copenhagen (World Health Organization, Regional Office for Europe, EUR/ICP/RPD 414 7734r) 1990
- Whitehead, Margaret (1992) The concepts and principles of equity and health. In: International Journal of Health Services, 1992, 22: 429-45.
- World Bank (1997) World development report. Washington (World Bank)
- World Health Organization (2000) Health Systems: Improving Performance. The World Health Report 2000. Geneva (WHO)
- World Health Organization, European Observatory on Health Care Systems (2003) Glossary. Geneva (WHO)