

Gerechtfertigte Ungleichbehandlung

Ethische Anmerkungen zur Diskussion über die Zwei-Klassen-Medizin

Frank Mathwig

I.

Wenn sogar die Pharmaindustrie – wie im letzten Sommer der Roche-Länderchef Manfred Heinzer¹ – vor einer Zwei-Klassen-Medizin in der Schweiz warnt, dann ist entweder etwas falsch gelaufen oder bereits sehr weit gekommen. Der Pharma-Manager reagierte auf einen Bundesgerichtsentscheid vom November 2010,² der einer Krankenversicherung Recht gab, die sich geweigert hatte, die Kosten für die Fortsetzung einer medizinisch wirksamen und alternativen, aber sehr kostspieligen Behandlung zu übernehmen. Das Medikament für eine *orphan-disease*-Patientin hätte für eineinhalb Jahre zwischen 750'000 und 900'000 Fr. gekostet. Weil die Spezialitätenliste das fragliche Medikament für die Behandlung des Krankheitsbildes nicht vorsieht (deshalb spricht man von *off-label-use*), muss die obligatorische Krankenversicherung nicht für die Kosten aufkommen.³

Interessant ist weniger der Fall an sich, als die höchstrichterliche Begründung für die Zurückweisung. Darin werden wesentliche Aspekte aktueller gesundheitspolitischer Finanzierungs- und Verteilungsdebatten aufgenommen. Ich nenne sechs Punkte: 1. die *Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen*, 2. die Notwendigkeit von *Kosten-Nutzen-Bewertungen*, 3. die Unabwendbarkeit einer sinnvollen *Leistungsbegrenzung in der Grundversorgung*, 4. die Forderung nach *Rechtsgleichheit und gerechter Ressourcenverteilung*, 5. das – zumindest implizite – Eintreten für einen grundsätzlich *fixen Leistungskatalog in der Grundversorgung*, 6. die Kritik am Fehlen *allgemeiner Kriterien für die Beurteilung von Kosten-/Nutzen-Relationen*.

Im Folgenden beschränke ich mich auf einige grundsätzliche, ethische Bemerkungen zur Ressourcenallokation im Gesundheitswesen. Mir geht es nicht um die Verteidigung oder Kritik einzelner Verteilungskriterien oder -prinzipien. Mich interessieren lediglich die politisch-ethischen Voraussetzungen und Zielbestimmungen von gesundheitspolitischen Allokationsentscheidungen. Aus ethischer Sicht steht natürlich die Frage nach der Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheitsleistungen im Vordergrund. Ohne dieser komplexen Frage auch nur annähernd gerecht zu werden, skizziere ich im Folgenden, 1. warum der Gerechtigkeitsfokus unumgänglich ist und 2. welche gerechtigkeitstheoretischen Herausforderungen das Thema der Zwei-Klassen-Medizin aufwirft.

II.

Das auf den ersten Blick Verblüffende an dem eingangs erwähnten Fall besteht darin, dass das Bundesgericht seine Entscheidung mit dem Gleichheitsgrundsatz begründet, während

¹ Vgl. Peter Burckhardt, Roche attackiert Gesundheitspolitik, in: Der Sonntag online, 31. Juli 2011, 29.

² Vgl. BGE 9C_334/2010.

³ Vgl. Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG; Art. 34 u. 64ff. KVV sowie Art. 30ff. KLV.

die Gegenseite in genau dieser Argumentation das Einfallstor für eine Zwei-Klassenmedizin sieht. Wie kommt das? Die Kritik lässt offen, welche Gefahren sie im Blick hat. Die Befürchtungen vor einer Zwei-Klassen-Medizin sind unbegründet. Wir haben sie längst, hatten sie immer und sie wird es auch in Zukunft geben. Wenn – wie heute üblich – Gesundheitsprävention als Teil der Gesundheitsversorgung verstanden wird, begegnet die Zwei-Klassen-Medizin überall: Dass Menschen in einem Kleinwagen bei einem Unfall weitaus schlechter geschützt sind als in einer Luxuskarosse, hat unter Umständen sehr unterschiedliche Folgen für die Gesundheit der Betroffenen. Aber würden wir hinter diesen ungleich verteilten Chancen, mit halbwegs heiler Haut davonzukommen, ein gerechtigkeitstheoretisches Problem vermuten? Wohl kaum! Offensichtlich gibt es Ungleichheiten, die nicht als ungerecht empfunden werden und solche, die auf Widerstand stossen. Wo aber verläuft die Grenze zwischen akzeptierten und nicht zu rechtfertigenden Ungleichheiten?

Genau diese Fragstellung steht im Zentrum der jüngeren Diskussionen über soziale Gerechtigkeit, etwa in Form der, vom Nobelpreisträger für Ökonomie, Amartya Sen aufgeworfenen Frage: «Equality of what?»⁴ – Gleichheit im Hinblick worauf? Zweierlei wird bei der Fragestellung vorausgesetzt: 1. dass Gleichheit einen wichtigen Grundsatz für einen respektvollen Umgang der Menschen untereinander darstellt und 2. dass sich die These von der Gleichheit der Menschen irgendwie in ihrer Gleichbehandlung widerspiegeln muss. Weil die Menschen *gleich sind*, haben sie auf gewisse gesellschaftliche Ressourcen einen *gleichen Anspruch*. Das Paradebeispiel für eine solche praktizierte Gleichheit bildet bekanntlich das Recht. Das Gericht urteilt – wie es so schön heisst – ohne Ansehung der Person. Deshalb trägt die *Iustitia* eine Augenbinde. Die verbundenen Augen symbolisieren das Prinzip der *arithmetischen Gleichheit des Wegsehens*.⁵ Und dieses Prinzip beherzigt auch das Bundesgericht, wenn es festhält: «Ohne besondere Rechtfertigung wäre es mit der Rechtsgleichheit und der Gleichwertigkeit aller Menschen nicht vereinbar, einzelnen Versicherten Leistungen zu erbringen, die anderen Versicherten in gleicher Lage nicht erbracht würden.»

Das Problem der Gleichheitsbehauptung steckt hinter der letzten Bemerkung über die «anderen Versicherten in gleicher Lage». Tatsächlich sind die in einer Krankenkasse Versicherten kaum in der gleichen, sondern in sehr unterschiedlichen Lagen, mit sehr unterschiedlichen gesundheitlichen Problemen und Risiken konfrontiert. Die Idee von der Gleichheit aller Menschen beruht auf einer Unterstellung, die bewusst von den tatsächlichen Lebensumständen und -verhältnissen abstrahiert. Von der Gleichheit kann nur im Wissen um die faktische Ungleichheit der Menschen gesprochen werden. Das klingt paradox und tatsächlich entzündeten sich an dieser Stelle grundlegende Gerechtigkeitsprobleme.

⁴ Vgl. Amartya Sen, *Equality of What?*, in: Sterling M. McMurrin (Hg.), *The Tanner Lectures on Human Values*, Cambridge 1980; 195–220; ders., *Capability and Well-Being*, in: Martha Nussbaum/Amartya Sen (Hg.), *The Quality of Life*, Oxford 1993, 30–53; Martha Nussbaum, *Die Natur des Menschen, seine Fähigkeiten und Tätigkeiten. Aristoteles über die distributive Aufgabe des Staates*, in: Dies., *Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Gender Studies*, Frankfurt/M. 1999, 86–130; Peter Dabrock, *Befähigungsgerechtigkeit als Ermöglichung gesellschaftlicher Inklusion*, in: Hans-Uwe Otto/Holger Ziegler (Hg.), *Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft*, Wiesbaden 2010, 17–53.

⁵ Vgl. Wolfgang Kersting, *Einleitung. Problem der politischen Philosophie des Sozialstaats*, in: ders. (Hg.), *Politische Philosophie des Sozialstaats*, Weilerwist 2000, 17ff.

Bereits bei Aristoteles, dann im römischen Recht bei Ulpian begegnet der Grundsatz: «*suum cuique tribuendi*»⁶ – «jedem das Seine gewähren». Ausformuliert lautet das Rechtsprinzip: Gleiches soll gleich, Ungleiches ungleich behandelt werden. Einen typischen Fall für eine solche verhältnismässige Gerechtigkeit bildet die Krankenversicherung: Alle Versicherten zahlen Beiträge in einen Topf, ohne gleich viel dafür zurückzuerhalten. Welche Kosten jemandem erstattet werden, hängt nicht von dem Betrag ab, den eine Person eingezahlt hat, sondern – grob gesprochen – von den medizinischen Massnahmen die eine Person benötigt. Diese Versicherungslogik funktioniert also genau umgekehrt wie das rechtliche Gleichheitsprinzip: Nicht Wegsehen, sondern Hinschauen ist gefordert. Es geht um die *proportionale Gerechtigkeit des Hinsehens*.

Die Kritik am Bundesgerichtsurteil lässt sich vor dem Hintergrund des eben Gesagten so präzisieren: Eine ungerechte Zwei-Klassen-Medizin droht dort, wo Ungleiches nicht – wie es gemäss der proportionalen Gerechtigkeit angemessen wäre – *ungleich*, sondern *gleich* behandelt wird. Die Richter verschweigen die verteilungsrelevanten Unterschiede. Übertragen auf den Boxsport ignoriert das Gericht die unterschiedlichen Gewichtsklassen, in denen Boxer kämpfen und vergleicht die Kampfleistung eines Papiergewichtlers mit dem Punch eines Superschwergewichtlers. So verblüffend das zunächst klingen mag, eine Zwei-Klassen-Medizin resultiert aus einer Gleichbehandlung, die sich von den bestehenden Unterschieden völlig unbeeindruckt zeigt. Die Richter vergleichen, was gerechterweise nicht ohne weiteres verglichen werden kann. Die Gleichbehandlung von Ungleichem schafft keine Gleichheit, sondern genau das Gegenteil: Sie verstösst gegen den Gleichheitsgrundsatz.

III.

Bildlich gesprochen begegnet das Vergessen der verschiedenen Gewichtsklassen im Boxsport auch in gesundheitspolitischen Debatten. Der Denkfehler besteht hier in der Unterstellung von dem gleichen Ausgangszustand der Menschen und der daraus abgeleiteten grundsätzlichen Vergleichbarkeit von Lebenslagen und -chancen. Natürlich wird das nicht explizit so formuliert, aber der verbreitete libertaristische Grundsatz, nach dem jeder seines eigenen Glückes Schmied ist und deshalb auch für seine Gesundheit selbst die Verantwortung übernehmen muss, setzt diese Vergleichbarkeit notwendig voraus. Ein Blick in die gesellschaftliche Realität verdeutlicht unmittelbar die Grenzen dieser Prämisse. Aus der Sozialmedizin bekannt sind die komplexen Wechselwirkungen zwischen Gesundheitszuständen und sozialen Verhältnissen. Dramatisch sind die Befunde, dass sich selbst bei gleichem Gesundheitsverhalten die Morbiditäts- und Mortalitätsraten in verschiedenen sozialen Umfeldern signifikant unterscheiden. «Der reiche Raucher lebt [nicht nur] länger als der arme Paffer», sondern «[j]e besser [...] die Lebensbedingungen sind, desto grösser ist der Effekt gesunden Verhaltens.»⁷

Von Gleichheit kann also nicht *ausgegangen* werden, vielmehr ist Ungleichheit der Normalzustand und zwar nicht nur im Hinblick auf die je individuelle leibliche Konstitution, sondern auch hinsichtlich der jeweiligen sozialen Determinanten. Aus gerechtigkeitsethischer Sicht

⁶ Ulpian, Digesten I,1,10.

⁷ Bernhard Braun/Hagen Kühn/Hartmut Reiners, Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt/M. 1998, 130.

stellt sich damit die Frage, welche Ungleichheiten gerechtfertigt sind und ab welchem Punkt Ungleichheiten zu Ungerechtigkeiten führen. Entsprechend formuliert die Bundesverfassung in Art. 2 Abs. 3 die Herstellung einer «möglichst grosse[n] Chancengleichheit unter den Bürgerinnen und Bürgern» als Zielbestimmung der Eidgenossenschaft. Erst unter dieser Voraussetzung erhält der freiheitliche Grundsatz vom Schmieden des eigenen Glücks seine relative Berechtigung. Erst dann steht auch die in den sozialpolitischen Debatten vielbeschwo-rene «Eigenverantwortung» auf einer ethisch halbwegs rutschfesten Grundlage.

Um Chancengleichheit geht es auch in der Gesundheitsversorgung. Der Bioethiker Norman Daniels hat die konditionale Bedeutung der Gesundheit für die Realisierung von Lebenschancen betont.⁸ Krankheiten beeinträchtigen die normale Funktionsfähigkeit und schränken damit die Chancen eines Menschen ein, die er aufgrund seiner Fähigkeiten und Begabungen bei normaler Gesundheit gehabt hätte. Deshalb sei es Aufgabe des Gesundheitswesens, durch die Wiederherstellung oder Kompensation der normalen Funktionsfähigkeit für eine faire Chancengleichheit zu sorgen. Ziel der Gesundheitsversorgung sind also nicht isolierte Gesundheitszustände, sondern – im Sinne einer umfassenden Public-Health-Perspektive – die *Befähigung* zu einer, den eigenen Fähigkeiten und Begabungen entsprechenden Lebensweise. Entscheidend ist nicht nur – wie Amartya Sen gegenüber John Rawls hervorgehoben hat –, welche Ressourcen Bedürftigen in einer bestimmten Situation erhalten, sondern wozu diese Ressourcen die Betroffenen tatsächlich befähigt. Im Gesundheitswesen geht es – pointiert formuliert – nicht um die Verteilung medizinischer Sachleistungen, sondern um die Allokation von gesundheitsrelevanten «Befähigungsmitteln». Der Theologe und Ethiker Peter Dabrock spricht deshalb von der «Befähigungsgerechtigkeit» als Massstab von Public-Health-Politik.⁹

Eine solche Verteilung zielt darauf, durch entsprechende Gesundheitsleistungen die Menschen in die Lage zu versetzen, ein, ihren *eigenen* Möglichkeiten entsprechendes, selbstbestimmtes und sozial integriertes Leben zu führen. Das ist kein Bonusziel, sondern benennt die unabdingbare Grundausstattung für ein gelingendes Leben in liberalen, auf die Wahrnehmung von Selbstverantwortung fokussierenden Gesellschaften. Befähigungsgerechtigkeit ist sensibel für die Notwendigkeit von Ungleichbehandlung unter der Zielperspektive von Gleichheit als erfolgreicher sozialer Integration. In dem Sinne formuliert der Mediziner und Ethiker Georg Marckmann als übergeordnetes Verteilungsprinzip: «Vorrang sollten diejenigen Patienten geniessen, die am meisten der medizinischen Hilfe bedürfen, gemessen am Schweregrad ihrer Erkrankung und der Dringlichkeit der Behandlung.»¹⁰

⁸ Norman Daniels, *Just health care*, Cambridge 1985; ders., *Just health: meeting health needs fairly*, Cambridge 2007, dazu Georg Marckmann, *Gesundheit und Gerechtigkeit*, in: Ralf Stoecker/Christian Neuhäuser/Marie-Luise Raters (Hg.), *Handbuch Angewandte Ethik*, Stuttgart 2011, 406–413 (407).

⁹ Vgl. Peter Dabrock, *Zur Eigenart von Public-Health-Ethik und Ethik des Gesundheitswesens gegenüber biomedizinischer Ethik*, in: Angela Brand et al. (Hg.), *Individuelle Gesundheit und Public Health. Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.*, Hamburg 2001, Münster 2002, 79–95, ders., *Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium zur Beurteilung von Grundversorgungsmodellen im Gesundheitswesen. Anmerkungen und Alternativen zu einem Vorschlag Stefan Husters*, in: Oliver Rauprich/Georg Mackmann/Jochen Vollmann (Hg.), *Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin*, Paderborn 2005, 213–245.

¹⁰ Marckmann, *Gesundheit*, a.a.O., 413.

IV.

Dieses Solidaritätsprinzip muss allerdings mit einer weiteren Komplikation rechnen: der Tatsache, dass wir in einer Welt begrenzter Ressourcen leben. Markus Zimmermann-Acklin hat darauf hingewiesen, dass wir es stets mit zwei Formen von Limitierungen zu tun haben: einerseits mit «der grundsätzlichen Begrenztheit von Lebensraum und -zeit», die sich in «*Kontingenzerfahrungen*» widerspiegeln und andererseits mit der durch politische Entscheide erzeugten Ressourcenknappheit, die «*Kontrast- oder Ungerechtigkeitserfahrungen*» provozieren.¹¹ Auf die gerechtigkeitstheoretische Differenz hat bereits Hegel in seiner Rechtsphilosophie hingewiesen: «Gegen die Natur kann kein Mensch ein Recht behaupten, aber im Zustande der Gesellschaft gewinnt der Mangel sogleich die Form eines Unrechts, was dieser oder jener Klasse angetan wird».¹²

Die Rationierungsfrage nach der gerechten Verteilung nicht von *Ressourcen*, sondern von *Verteilungsbegrenzungen* lenkt den Blick auf die *Allokationsregeln* und *Verteilungsinstanzen*. Das Bundesgericht kritisiert die aktuelle Situation, «weil sie für alle Beteiligten grosse Rechtsunsicherheit und zugleich Rechtsungleichheit schafft, indem bestimmte Behandlungen je nach dem Entscheid einzelner Ärzte oder Krankenkassen vorgenommen bzw. vergütet werden oder nicht.» Moniert werden das Fehlen demokratisch legitimierter Kriterien und die Willkür im Blick auf die Entscheidungsträger. Dieses Vorgehen entspricht einer «impliziten Rationierung». Natürlich lassen sich auf diese Weise die Kosten senken, aber die Verfahren sind, wie das Bundesgericht feststellt, willkürlich. Es kann nicht gerecht sein, wenn meine Krankenkassenwahl vor 30 Jahren darüber entscheidet, ob ich heute eine Therapiemassnahme erhalte oder nicht oder wenn es davon abhängt, an welche Ärztin oder welchen Arzt ich zufällig gerate, ob mir eine bestimmte Behandlung ermöglicht wird oder nicht. Das ist noch keine Zwei-Klassen-Medizin, aber eine nicht minder prekäre Ungleichbehandlung nach dem Lotterieprinzip.

Das Bundesgericht hat mit seiner Rüge an die Adresse der Politik in negativer Form bereits einen Lösungsweg skizziert:¹³ Die Gesellschaft braucht eine offene, demokratische Diskussion über Verteilungsmassstäbe. Nur so kann die Praxis von Leistungsbegrenzungen *transparent* gemacht werden. Um die *Legitimität* von Verteilungsentscheidungen zu garantieren, müssen diese von demokratisch legitimierten Institutionen getroffen werden. Das Ziel besteht in der Ausarbeitung expliziter Verteilungsregeln, weil nur regelgeleitete und überprüfbare Verfahren dem Grundsatz der *Gleichbehandlung* genügen. Je mehr die Bürgerinnen und Bürger an dem Zustandekommen solcher Verteilungskriterien *beteiligt* werden und je verständlicher deren Anwendung *begründet* wird, desto eher können sie von den Betroffenen als gerechte und gerechtfertigte Entscheidungen akzeptiert werden. Die Möglichkeit des *Widerspruchs* im Einzelfall muss gegeben sein, denn individuelle Gesundheitszustände und Lebenssituationen lassen sich prinzipiell nicht über einen Kamm scheren. Dass sich solche Allokationsprozeduren grundsätzlich an der verfügbaren wissenschaftlichen *Evidenz* hin-

¹¹ Markus Zimmermann-Acklin, Ethische Überlegungen zum Umgang mit Knappheit in der Gesundheitsversorgung, in: ders., Bioethik in theologischer Perspektive. Grundlagen, Methoden, Bereiche, 2., erw. Aufl., Freiburg, Freiburg 2009, 161–180 (161).

¹² Georg Wilhelm Friedrich Hegel, Grundlinien der Philosophie des Rechts, in: ders., Werke, hg. v. Eva Moldenhauer und Karl Markus Michel, Bd. 7, Stuttgart 1970, § 244, Zusatz.

¹³ Zum Folgenden Marckmann, Gesundheit, a.a.O., 412f.

sichtlich des gesundheitlichen Nutzens und der zu erwartenden Kosten medizinisch-therapeutischer und rehabilitativer Massnahmen orientieren, versteht sich von selbst.

V.

Das Damoklesschwert einer Zwei-Klassen-Medizin hängt in gewisser Weise systemimmanent über einer *Gesundheitspolitik*, die wesentlich als *Medizinpolitik* konzipiert wird. Auch das Bundesgerichtsurteil präsentiert eine solche verengte Sichtweise: Die Richter orientieren sich an der Verallgemeinerbarkeit von Leistungsansprüchen und nicht an den – mit Hilfe medizinischer Mittel – angestrebten Ergebnissen für die Lebensqualität und -chancen einer Person. Die Intuition, das gerecht sei, wenn alle gleich viel erhalten, lenkt ab von der Wahrnehmung der Bedeutung gerechtigkeitsrelevanter Verteilungswirkungen. Eine Zwei-Klassen-Medizin droht an dieser Stelle durch die Verortung der Gleichheitsforderung auf der Ebene der Ressourcen, anstatt auf der Ebene der Zielsetzungen bzw. Allokationswirkungen. Das Gericht setzt auf das Prinzip der *Ressourcengleichheit* (Ronald Dworkin) anstelle des alternativen Prinzips der *Chancengleichheit* (Norman Daniels). Auch Kosten-Nutzen- oder Wirksamkeitsanalysen fokussieren auf die Ressourcenebene, weil sie den *statistischen* Nutzen bzw. die *generelle* Wirksamkeit eines Ressourceneinsatzes untersuchen, nicht aber die Folgen für die Gesundheitszustände und Lebenslagen konkreter Patientinnen und Patienten.

In den differenzierten Rationierungsdebatten im Gesundheitswesen wird viel darüber nachgedacht, welche medizinisch wirksamen Leistungen Patientinnen und Patienten vorenthalten werden dürfen. Diese Fragen sind wichtig und berechtigt. Beantworten lassen sie sich aber nur vor dem Hintergrund der anderen – kaum diskutierten – Frage danach, ob und auf welche (obligatorisch versicherten) Ziele der Gesundheitsversorgung zukünftig verzichtet werden muss bzw. wem bestimmte Leistungen verweigert werden sollen.

Anfällig für eine Zwei-Klassen-Medizin sind Allokationskriterien, die in ihrer Anwendung dahin tendieren, bestimmte gesellschaftliche Gruppen systematisch zu benachteiligen. Aus den Anfängen der US-amerikanischen Rationierungsdiskussion stammt der Slogan «to old and thick for benefit»,¹⁴ mit dem auf die latente Diskriminierung von alten, schwerkranken und behinderten Menschen in den Rationierungsdiskursen hingewiesen werden sollte. In den Debatten über das sog. QALY-Konzept (quality-adjusted life years) bilden die Gefahren gruppenspezifischer Diskriminierungen ein wichtiges Thema.¹⁵ Aber es gibt kein ethisches Prinzip für eine gerechte Verteilung knapper Gesundheitsleistungen, dessen Anwendung das Abrutschen in eine sozialstaatlich prekäre Zwei-Klassen-Medizin sicher verhindern könnte. Deshalb müssen medizinische Massstäbe der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit, gesundheitsökonomische Kriterien der Wirtschaftlichkeit und ethische Grundsätze der Menschenwürde, Autonomie, Solidarität und Sorge wechselseitig vermittelt werden. Über das Ranking der einzelnen Kriterien muss offen und öffentlich gestritten werden. Dabei gilt es, zwei wichtige Unterscheidungen der Public-Health-Perspektive nicht zu übersehen: 1. Gesundheitliche Chan-

¹⁴ Vgl. C. E. Ferrans, Quality of Life As a Criterion for Allocation of Life-Sustaining Treatment, in: Garry R. Anderson/Valerie A. Glesnes-Anderson (Hg.), Health Care Ethics. A Guide and Decision Makers, Rockville, Maryland, 109–124, hier 110.

¹⁵ Vgl. Georg Marckmann, Kosteneffektivität als Allokationskriterium aus gesundheitsethischer Sicht, in: Markus Zimmermann-Acklin/Hans Halter (Hg.), Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz, Basel 2007, 213–224.

Ungleichheit (*health equity*) bemisst sich nicht an der Verteilung von Gesundheitsleistungen. Und 2. Gesundheitliche Ungleichheit darf nicht mit einer ungerechten Gesundheitsversorgung gleichgesetzt werden, wobei erstere allerdings grosse Bedeutung hat für die letztere.¹⁶

¹⁶ Amartya Sen, *Why Health Equity?*, in: Peter S. Anand/Amartya Sen (Hg.), *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford 2004, 21–33 (24.25f.).