

# Die beste Medizin für alle – um jeden Preis?

Die ethische Gestaltung des Gesundheitssystems angesichts begrenzter Mittel (*Zweiter Teil*)\*

Wie soll in Zukunft die Krankenversicherung aufgebaut werden? Welche der vorgeschlagenen Modelle erfüllen die ethischen Kriterien? Unter Sozialethikern unumstritten ist, daß sich alle Modelle am Maßstab der Gerechtigkeit messen lassen müssen. Klassisch wird strukturelle Gerechtigkeit definiert als jener Zustand, der garantiert, daß jeder das Seine zum Gemeinwohl beiträgt und jedem das Seine gegeben wird – im Rahmen der Möglichkeiten. Sinn der Gerechtigkeit ist die Absicherung für den Fall, daß jemand gegen seinen Willen extreme Nachteile in Kauf nehmen muß. Ziel ist freilich, dem einzelnen durch die Unterstützung der Gemeinschaft ein Maximum an Eigenständigkeit zu ermöglichen.

Nun unterscheidet bereits Aristoteles in der Nikomachischen Ethik drei Dimensionen der Gerechtigkeit, die jeweils andere Maßstäbe der Gleichbehandlung erfordern. Während die Legalgerechtigkeit schlicht die Gleichheit aller Personen vor dem Gesetz impliziert, funktioniert die Verteilungsgerechtigkeit nach dem Prinzip geometrischer Gleichheit (wer viel Hilfe braucht, bekommt viel Unterstützung, wer wenig braucht, entsprechend weniger) und die Leistungsgerechtigkeit nach dem Prinzip arithmetischer Gleichheit (Leistung und Gegenleistung haben bei Tauschgeschäften den gleichen Wert).

Hier hat Otfried Höffe einen intensiven Diskurs angestoßen, in dessen Mittelpunkt er die Frage stellte, welches Prinzip denn nun den Vorrang habe, die Leistungs- oder die Verteilungsgerechtigkeit. Anders ausgedrückt: Steht Eigenverantwortung oder Solidarität an erster Stelle? Höffe selber postuliert den Primat des Prinzips Eigenverantwortung, weil die Verteilungsgerechtigkeit bereits Tauschvollzüge und Leistungen voraussetze, die das im Solidarsystem zu Verteilende erwirtschaften. Außerdem sei die solidarische Pflichtversicherung nur korrektiv, um die in der Neuzeit entfallenen Sozialstrukturen des Mittelalters wie Zunft oder

Familie auszugleichen, die untereinander tauschen (zwischen Generationen oder Kollegen). Allerdings sagen die beiden Argumente genau besehen nur etwas über die Genese, nicht über die systematische Priorität der Leistungsgerechtigkeit. Die Mehrheit der Sozialethiker, unter ihnen z.B. Günther Pöltner, Peter Dabrock, Ulrich Körtner oder Michael Schramm, betont deshalb gegen Höffe, die Verteilungsgerechtigkeit dürfe nicht nur als nachträgliche Reparatur eines zuvor funktionierenden Systems exklusiver Leistungsgerechtigkeit gesehen werden. Vielmehr sei der Schutz der Schwächsten durch die Gemeinschaft deren originäre Aufgabe. Michael Schramm sieht die Solidarsysteme politisch als Bedingung dafür, daß Menschen dem System einer Marktwirtschaft überhaupt zustimmen, und ökonomisch als Bedingung dafür, daß sie daran effizient teilnehmen können und bereit sind, wirtschaftliche Risiken einzugehen (so wie das Sicherheitsnetz die Möglichkeitsbedingung für Hochseilakte ist<sup>12</sup>).

Welche Funktion hat der Streit über die ursprünglichere Form der Gerechtigkeit? Was trägt er für die konkrete Debatte um das Gesundheitssystem aus? Im Grunde plädieren – so weit ich sehe – alle am Diskurs beteiligten EthikerInnen für eine Zweistufung der Krankenversicherung:

▷ Die *erste Stufe* gewährleistet die *Grundversorgung*, sie wird getragen durch die Solidargemeinschaft und organisiert sich gemäß dem Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit: Jeder bekommt, was er braucht – im Rahmen der Möglichkeiten. Es besteht eine beiderseitige Versicherungspflicht, d.h. die beteiligten Kassen müssen jede Person versichern, jeder ist aber auch verpflichtet, sich in

\* Erster Teil in: Orientierung 70 (15. Juni 2006), 125-128.

<sup>12</sup> Michael Schramm, Umbau des staatlichen Gesundheitssystems, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 43 (1997), 233-244.

einer derartigen Versicherung versichern zu lassen und damit am Solidarpakt teilzunehmen.

▷ Die *zweite Stufe* ermöglicht die *Wahlversorgung*, sie wird getragen durch ein Zweckbündnis von Eigenverantwortlichen und organisiert sich nach dem Prinzip der Leistungsgerechtigkeit: Jeder bekommt das, wofür er sich durch zusätzliche Beiträge versichert. Hier besteht auf beiden Seiten keinerlei Zwang: Versicherer haben das Recht, Risikogruppen höher zu belasten oder ganz auszuschließen. Und Versicherte besitzen die freie Wahl, ob und was sie zusätzlich versichern lassen wollen.

Es ist evident, daß die eigentliche Streitfrage darin besteht, Grund- und Wahlversorgung vernünftig gegeneinander abzugrenzen. Und genau hier tendiert O. Höffe zu einer sehr engen Begrenzung der Grundversorgung, aus der in seinen Vorschlägen vieles herausfiel, was vermutlich die Bevölkerungsmehrheit für selbstverständlich erachtet. Ohne die verschiedenen Vorschläge der Debatte im Einzelnen zu kommentieren, möchte ich hier einfach meinen eigenen präsentieren, der – wie man leicht sieht – eher für eine weite Bemessung der Grundversorgung plädiert, dann aber ein zusätzliches Instrument zur Rationierung auf der Ebene der Mikroallokation vorschlägt.

▷ Eindeutig der *Wahlversorgung* zuordnen würde ich erstens eindeutige Komfortsteigerungen wie Ein-Bett-Zimmer im Krankenhaus, Schönheitschirurgie und Wellness-Leistungen, künstliche Befruchtung, Mittel der Empfängnisverhütung und Abtreibung (soweit nicht im engeren Sinne medizinisch indiziert) und Sterbegeld. Darunter fielen zweitens nicht-evidenzbasierte Therapien wie die meisten Angebote der Alternativmedizin und drittens durch gesundheitsförderndes Verhalten eindeutig (!) vermeidbare Therapien wie Zahnersatz oder die Heilung nach einem Unfall, der beim Ausüben eines Risikosports passiert ist. Für diesen dritten Bereich ist es eminent wichtig, daß sich die medizinischen Kosten wirklich zweifelsfrei dem ungesunden Verhalten zurechnen lassen. Für das Rauchen wird ja bekanntlich gestritten, ob Kettenraucher nicht sogar billiger sind als Nichtraucher, weil sie am Ende schneller sterben. Und für Psychotherapien, Kuren und Massagen dürfte sich, sofern sie nur zielgenau verschrieben werden, auf lange Sicht ein Entlastungseffekt der Krankenkassen errechnen lassen, denn als prophylaktische Maßnahmen sind sie allemal billiger als aufwändige Intensivtherapien, wenn jemand deswegen schwer erkrankt, weil er sich keine Kur leisten konnte.

▷ Somit bleiben für die *Grundversorgung* alle prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen gegen Krankheiten, die die normalen altersentsprechenden Lebensvollzüge eines Menschen signifikant einschränken und damit so genannte DALYs (*disability adjusted life years*) produzieren – Lebensjahre, die mit spürbaren Einschränkungen verbunden sind, im Extremfall mit der Totaleinschränkung, daß sie gar nicht mehr gelebt werden. Freilich steht genau diese Grundversorgung unter der oben definierten Grenze, daß sie nur einen bestimmten Anteil des BIP verbrauchen darf. Und diese Grenze wird schon heute, aber erst recht in einigen Jahrzehnten, zur schmerzlichen und fühlbaren Einschränkung der Leistungen führen: Nicht jede Therapie einer Krankheit, die DALYs produziert, wird finanzierbar sein. Wenn aber, wie es mein Plädoyer ist, nicht von vorneherein ganze Leistungsbereiche aus der Solidarversicherung herausgekippt werden, muß eine andere Methode transparenter und rationaler Rationierung gefunden werden. Sie findet dann nicht mehr auf der Makroebene des Versicherungssystems, sondern auf der Mikroebene der Behandlung einzelner PatientInnen statt. Genannt wird sie Priorisierung. Denn sie entwickelt Indikatoren, die die Priorität einzelner Behandlungen anzeigen. Was also soll vorrangig von den Kassen bezahlt und auf welche Maßnahmen soll im Falle knapper Kassen am ehesten verzichtet werden?

### **Mikroebene: patientInnenorientierte Vorzugskriterien**

Zwar wenden sich einzelne KollegInnen generell gegen das Prinzip der Priorisierung, so etwa Günther Pöltner.<sup>13</sup> Hier würde die Menschenwürde quantitativ nach «Würdigkeiten» bemessen und

damit relativiert. Allerdings war Kant nicht dagegen, den Träger der Würde auch (!) unter Nutzenaspekten zu betrachten. Einzig die ausschließliche Sicht von den «Würdigkeiten» her lehnte er ab. Insofern gehe ich wie die Mehrheit der EthikerInnen davon aus, daß grundsätzlich eine Priorisierung verantwortbar ist. Entscheidend ist freilich, nach welchen Kriterien sie geschieht. Und hier werden in der Tat die unterschiedlichsten Vorschläge gemacht. In einem ersten Schritt möchte ich die zur Diskussion stehenden nichtmedizinischen Kriterien kurz darlegen, um zu zeigen, daß sie allesamt bestenfalls als nachgeordnete Kriterien in Frage kommen, wenn alle medizinischen Parameter zu keiner klaren Vorzugsfrage führen.

### **Außermedizinische Kriterien**

*Erstens:* Ein erstes denkbare Kriterium wäre die *gesellschaftliche Funktion* der PatientInnen: Vorzugsweise werden von der Solidarversicherung Therapien von gesellschaftlich wichtigen Personen finanziert. Doch der Versuch von Beat Sitter-Liver, dies zumindest für Mütter kleiner Kinder zu begründen, weil diese als Personen «unersetzlich» seien<sup>14</sup>, zeigt, daß eine solche Herangehensweise notwendig scheitern muß. Wer ist schon wirklich unersetzlich? Auch eine Mutter kann – Gott sei Dank – ersetzt werden, z.B. wenn sie stirbt.

*Zweitens:* In weit größerer Zahl wird der zweite Vorschlag vertreten, das *Alter* eines Menschen zum Kriterium zu erheben. So argumentiert Norman Daniels bereits 1985 vertragstheoretisch: Wenn man die Menschen unter dem Schleier des Nichtwissens einen Solidarvertrag über das Gesundheitswesen schließen ließe, würden sie dafür votieren, ab einem bestimmten Lebensalter nur noch Maßnahmen zu setzen, die der Schmerzlinderung dienen, auf lebensverlängernde Therapien jedoch zu verzichten.<sup>15</sup> Sie hätten schließlich zu diesem Zeitpunkt ihr Leben gelebt, und so wären sie kaum bereit, für eine weitere Lebensverlängerung noch sehr viel Geld einzusetzen (das ihnen dann in der Zeit vorher letztlich fehlen würde!). In Deutschland hat dies zuletzt Joachim Wiemeyer als die einzig sinnvolle Generalperspektive bezeichnet. Anders als N. Daniels argumentiert er aber mit dem Prinzip der Leistungsgerechtigkeit: Jeder solle in etwa so viel aus der Krankenversicherung herausbekommen, wie er eingezahlt habe. Wenn also die meisten nicht übermäßig viel einbezahlen wollten, sei es nur gerecht, teure Versicherungsleistungen jenseits der Schmerztherapie auf ein bestimmtes Alter zu begrenzen. Das bedeute auch keine Altersdiskriminierung, denn: «Im Alter gelten für alle die gleichen Regeln.»<sup>16</sup> Die scharfe Kritik, die dieser Vorschlag in der Öffentlichkeit erfuhr, könnte womöglich ein Indikator dafür sein, daß es mit der behaupteten Gerechtigkeit dieses Kriteriums so weit nicht her ist. Denn ist es gerecht, daß ein Sterbender im Alter von 79 Jahren einen Anspruch auf maximale Therapie hat, während ein insgesamt kerngesunder 81jähriger kein neues Hüftgelenk mehr bekommt, obwohl er vielleicht 90 oder 100 Jahre alt wird? Nein, in einem Solidarmodell ist eine fixe Altersgrenze ungerecht. Und am gesellschaftlichen Gesamtnutzen gemessen auch ineffizient.

*Drittens:* Ein drittes vorgeschlagenes Kriterium ist das der *ausgleichenden Gerechtigkeit*: Wer im Laufe seines Lebens schon viele Krankheiten erlitten hat, soll im Zweifel den Vorzug erhalten. Doch Dieter Birnbacher, der diesen Vorschlag vertritt, schränkt ihn selbst ein und will das Kriterium nur als den medizinischen Kriterien nachgeordnetes zulassen.<sup>17</sup>

<sup>13</sup> Günther Pöltner, Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen, in: ders., Grundkurs Medizin-Ethik. Wien 2002, 287-312, 301 unter Berufung auf Gerhard Luf.

<sup>14</sup> Beat Sitter-Liver, Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Freiburger Zeitschrift für Philosophie und Theologie 50 (2003), 438-463, 456f.

<sup>15</sup> Norman Daniels, Just Health Care. Cambridge University Press, Cambridge 1985, 111.

<sup>16</sup> Joachim Wiemeyer, An Haupt und Gliedern. Eckpunkte für eine umfassende Gesundheitsreform, in: Herder Korrespondenz 56 (2002), 605-610, 609.

*Viertens*: Schließlich schlägt der Gesundheitsökonom Jens Hohmeier vor, das Behandlungsoptimum bei allen PatientInnen um den selben Prozentsatz der Kosten zu kürzen.<sup>18</sup> Bei einer solchen *proportionalen Kürzung für alle* würde allerdings mancher Patient extrem teuer noch ein paar Tage länger am Leben gehalten, während der andere sofort sterben müßte, etwa weil ihm eine achtzigprozentige Herztransplantation nichts nützt. Würden das die Menschen im Rawlsschen Urzustand vereinbaren, wie J. Hohmeier behauptet?

### **Priorisierung rein medizinischer Kriterien**

Die bisherigen Versuche, eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen auf nichtmedizinischen Kriterien zu basieren, müssen daher als gescheitert gelten. Sie erinnern an analoge Überlegungen im Bereich der Zuteilung von Spenderorganen. Dort hat sich als einziges nicht streng medizinisches Kriterium für die Organallokation die Wartezeit etabliert, die mit je nach Organ unterschiedlichem Gewicht in die Vorzugsentscheidung einfließt. Sie ähnelt dem Kriterium ausgleichender Gerechtigkeit, das D. Birnbacher vorschlägt. Allerdings ist sie zugleich auch ein medizinischer Indikator: Abgesehen von dringlichen Fällen, die bei der Organzuteilung eine Vorzugsbehandlung erfahren, sagt die Wartezeit ja auch etwas über den Progressionsgrad der Erkrankung. Erst recht folgt die Entscheidung der NotfallärztInnen, wem sie im Fall eines Massenunfalls zuerst eine Behandlung geben, ausschließlich medizinischen Kriterien. Alles andere wäre in der Kürze der Zeit ohnehin völlig unangemessen. Könnte es also sein, daß die Beschränkung auf medizinische Kriterien im Fall der Zuteilung von Gesundheitsleistungen der gerechteste Weg ist – nicht nur pragmatisch, sondern aus systematischen, sachimmanenten Gründen? In der Praxis folgten bisher jedenfalls alle Versuche der Priorisierung dieser Strategie. So präsentierte der weltweit erste Versuch, der *Oregon's Rationing Plan* mit dem Titel «Prioritization of Health Services», der seit 1994 in Kraft ist, eine Liste von siebzehn Kategorien, in die alle Krankheiten einzuordnen sind. Dann entscheiden die Verantwortlichen des allgemeinen Gesundheitssystems alljährlich je nach Budgetlage, bis zu welcher der siebzehn Stufen Krankheiten aus dem allgemeinen Geldtopf finanziert werden können und ab wo die Kranken selbst bezahlen müssen. Unter dem Motto «allen etwas, aber nicht allen alles geben» zielt der Plan auf eine Rationierung der Leistungen, nicht der EmpfängerInnen – an sich eine sehr gerechte Maxime. Allerdings ist eine solche Liste sehr bürokratisch, die siebzehn Kategorien folgen keiner erkennbaren inneren Logik und können daher einen gewissen Eindruck von Willkür nicht völlig von der Hand weisen. Eine in dieser Hinsicht klarere Strategie verfolgen Versuche, die die Priorisierung am Kosten-Nutzen-Verhältnis ausrichten, genauerhin an den Kosten für ein durch die Therapie gewonnenes gutes Lebensjahr. Es wird also in einem *ersten* Schritt die durch eine medizinische Maßnahme erzielte Lebensqualitätssteigerung mit der Zeitdauer multipliziert, in der sie prognostiziert wird. Kann also durch eine Maßnahme die Lebensqualität eines Kranken für die Dauer eines Jahres von der Hälfte des Durchschnittswerts gesunder Menschen auf diesen Durchschnittswert gesteigert werden, so wird dies ebenso gewichtet wie die Lebensverlängerung um ein halbes Jahr mit normaler Lebensqualität. Im *zweiten* Schritt errechnet man dann die Kosten für jede Maßnahme und streicht jene Maßnahmen aus dem Finanzierungskatalog, die den schlechtesten Kosten-Nutzen-Faktor aufweisen. Pointiert gesagt legt die Gesellschaft auf diese Weise fest, wie viel sie sich ein Lebensjahr mit guter Lebensqualität kosten lassen kann und will.

Das Modell wird in zwei Varianten vertreten: Die eine bemißt den medizinischen Nutzen einer Maßnahme durch sogenannte

QUALYs («quality adjusted life years» = «qualitätsbereinigte Lebensjahre»), wobei der Akzent für die Lebensqualität stark auf dem subjektiven Wohlbefinden liegt. Diese Methode schlägt z.B. das Manifest einer unabhängigen, interdisziplinären Arbeitsgruppe in der Schweiz «Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen» von 1999 vor.<sup>19</sup> Die andere Methode mißt den medizinischen Nutzen durch sog. DALYs («disability adjusted life years» = «unfähigkeitsbereinigte Lebensjahre»). Hier liegt der Akzent auf den für das jeweilige Alter eines Menschen normalen Fähigkeiten, sein Leben zu gestalten und Grundvollzüge eigenständig zu realisieren. Diesen Weg praktiziert die Weltgesundheitsorganisation der UNO, die WHO, seit dem «World Development Report» von 1993. Er legt objektivere, klarer überprüfbare Kriterien zugrunde als das Modell der QUALYs und ist aus diesem Grund m.E. vorzuziehen.

Auf den ersten Blick haben beide Varianten der Priorisierung von Gesundheitsleistungen gemäß ihres Kosten-Nutzen-Verhältnisses einen gravierenden Nachteil: Sie sind «utilitaristisch», denn sie streben nach dem größtmöglichen Gesamtnutzen, der sich mit einem begrenzten Gesundheitsbudget erzielen läßt. Und da kann es in der Tat vorkommen, daß einzelne Menschen «geopfert» werden und vom Kuchen nichts abbekommen, damit andere um so gesünder und besser leben können. Das aber ist für die kontinentaleuropäischen Gesellschaften noch immer ein unverzeihlicher Makel. Insofern scheint es fast ein wenig hilflos, wie sich das erwähnte Manifest aus der Schweiz gegen den Ruch des Utilitarismus wehrt und bei J. Rawls Zuflucht sucht.

Zwei Dinge aber werden im Utilitarismusvorwurf völlig übersehen, die eine grundlegende Differenz ausmachen: Erstens wird in allen Modellen der DALYs und QUALYs selbstverständlich vorausgesetzt, daß jedes Mitglied der Gesellschaft am Gesundheitssystem teilhat. Die Frage, ob um der größeren Nutzensumme willen einzelne Personen aus der Gesundheitsversorgung gänzlich ausgeschlossen werden sollten, stellt sich für sie überhaupt nicht. Genau genommen werden also im Ernstfall knapper Kassen nicht Menschen geopfert, sondern konkrete Möglichkeiten von Menschen. Nicht mehr und nicht weniger. Zweitens ist es ebenso entscheidend, daß hier allein Therapien im engen Sinn gegeneinander abgewogen werden (vgl. Regel 2 des Schweizer Manifests). Die Abwägung konfligierender Güter betrifft hier nur jene Maßnahmen, die Krankheiten heilen. Schönheitsoperationen und Wellnessangebote, so sehr sie auch zur Lebensqualität von Menschen beitragen können, wurden bereits oben als nicht in die solidarische Pflichtversicherung gehörend dargelegt. Das Opfer, das jemand also ggf. durch den Verzicht auf eine hilfreiche Therapie erbringen muß, wird zugunsten anderer hilfreicher Therapien für andere kranke Menschen vollzogen – nicht um des noch größeren Spaßes von Gesunden! Insofern hat Wolfgang Kersting recht mit der Behauptung, Nützlichkeitsabwägungen dürften im Rahmen von Gerechtigkeitserwägungen sehr wohl eine Rolle spielen, wenn sie nur in den Kontext eines egalitären Verteilungssystems implementiert seien.<sup>20</sup>

Welche Priorisierung ermöglicht mit begrenzten Mitteln die aufs Ganze gesehen optimale Wirkung? Diese Frage leitet mit Erfolg seit Jahrzehnten die Überlegungen der Notfallmedizin im Einsatz bei Massenunfällen und die Allokationssysteme der Organtransplantation. Sie empfiehlt sich analog auch für die Priorisierung der Leistungen einer zukunftsfähigen Grundversicherung im Gesundheitswesen. Sie ist transparent, rational und – ich hoffe es gezeigt zu haben – gerecht. Darüber hinaus kommt aber ein zusätzlicher Vorteil hinzu, den die WHO sich seit gut zehn Jahren zunutze macht: Die Berechnung von medizinischen Kosten-Nutzen-Verhältnissen ermöglicht es auch, die Gesundheitspolitik

<sup>17</sup>Dieter Birnbacher, Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen, in: Gerd Brudermüller, Hrsg., *Angewandte Ethik und Medizin*. Würzburg 1999, 49-64, 61.

<sup>18</sup>Vgl. Jens Hohmeier, *Gerechtigkeit bei der Verteilung und Rationierung von Gesundheitsleistungen – eine wirtschaftsethische Analyse der gesetzlichen Krankenversicherung*. Herdecke 2000, 305-314.

<sup>19</sup>Vgl. Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 80 (1999), Beilage 45, 1-9.

<sup>20</sup>Wolfgang Kersting, *Gerechtigkeit und Medizin*, in: ders., *Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend*. Frankfurt/M. 1997, 170-212, 188. Daß unter dieser Bedingung die Orientierung am größtmöglichen Gesamtnutzen absolut gerecht ist, zeigt Kersting mit einem anschaulichen Beispiel (ebd. 183f.).

insgesamt auf solide Füße zu stellen. Sind z.B. die Kosten für einen DALY niedriger als das BIP pro Kopf in einem bestimmten Land, dann ist es volkswirtschaftlich gesehen ein Muß, diese Kosten aufzubringen. Denn der dadurch therapierte Mensch wird durch die Verbesserung seiner Gesundheit mehr Geld erarbeiten können als in seine Therapie gesteckt wurde. Weiter lassen sich globale Strategien entwickeln, welche Krankheiten (ggf. auch mit internationaler Hilfe) zuerst bekämpft werden müssen – jene nämlich, die die geringsten Kosten pro DALY aufweisen. So kostet z.B. eine Tetanusimpfung in den Entwicklungsländern nur ca. 3,5 Dollar, Hygieneaufklärung 20 Dollar und Malaria prophylaxe 50 Dollar pro DALY. In den Industrieländern hingegen schlagen die flächendeckende Mammographie ab dem 40. Lebensjahr mit 150 000 Dollar, die Installation von Rauchmeldern in öffentlichen Gebäuden mit 240 000 Dollar und der Betrieb eines Radioaktivitätskontrollsystems mit 834 000 Dollar pro DALY zu Buche.<sup>21</sup>

Was hier globale Gerechtigkeit hieße, liegt auf der Hand. Und so sucht die WHO mittlerweile vor allem die Bekämpfung jener Krankheiten zu propagieren, die Industrie- und Entwicklungsländern gleichermaßen großen Nutzen brächten. Auf dieser Hitliste stehen an den vorderen Plätzen Krankheiten, von denen man es nicht unbedingt vermuten würde. Die ersten drei lauten: *erstens* Infektionen auf Grund antibakterieller Resistenzen, *zweitens* pandemische Influenza und *drittens* Herz-Kreislaufkrankungen (im Sinne ihrer Prävention). Erst danach folgen Diabetes, Krebs und Schlaganfall. Das Priorisierungsmodell der DALYs hat also vor allem einen unabwiesbaren Vorteil: Von der Makro- bis zur Mikroebene, von den Entscheidungen globaler Gesundheitspolitik bis zu den Vorzugsentscheidungen auf der Intensivstation eines Krankenhauses, und sogar über den Gesundheitsbereich hinaus in der Wirtschafts- und Sozialpolitik ist es auf alle Bereiche einfach und transparent anwendbar. Und es ist gerecht, wenn nur die entsprechenden Rahmenbedingungen vorausgesetzt werden. Die beste Medizin für alle – um jeden Preis! So tönen noch immer die Parolen vieler PolitikerInnen. Die wirksamste Medizin für alle – um einen begrenzten, aber gerechten Preis! Wäre das nicht sinnvoller?

*Michael Rosenberger, Linz*

<sup>21</sup>Vgl. DIE ZEIT Nr. 42 (9. Oktober 2003), 41.