

ANDREAS-PAZIFIKUS ALKOFER OFM CONV · REGENSBURG

«ZIEH DEN REGELKREIS NICHT ZU ENG ...!»

Theoretische Gerechtigkeit im globalen Gesundheitswesen?

Für F. N.

1. Reizworte und Reizthemen «Zwei-Klassen-Medizin», «Zwei-Welten-Medizin»

Nicht nur hierzulande und keineswegs ausschließlich in Wahlkampfzeiten: Am Begriff der «Zwei-Klassen-Medizin» – und den dahinterliegenden sachlichen Fragen – entzündeten sich Diskussionen und Gemüter. Ängste werden geschürt, greifen um sich, die sich in viele nicht unberechtigte Einzelfragen aufsplitten lassen. Werden sich Zuzahlungen für Medikamente oder Therapieformen erhöhen? Was bedeutet Selbstbehalt wirklich und konkret? Werden Krankenversicherungsbeiträge steigen und notwendige Eigenleistungen? Was wird zukünftig und – ebenso entscheidend – nach welchen Kriterien für wen an Basis-, was an Zusatzversorgung zugesichert oder zugänglich? Wird diese Schere immer weiter aufgehen nach der Befürchtung für Wohlhabende, wird eine umfassende und immer weiter differenzierte und potente Medizin *vorgehalten*, die weniger Kapitalkräftigen *vorenthalten* wird? Der Fragekatalog läßt sich mühelos verlängern.

Zusehends klarer wird, was Otfried Höffe in einem vieldiskutierten Beitrag unmißverständlich formuliert hat: «Daß jedem Patienten zu jeder Zeit alles medizinische Wissen und Können zur Verfügung gestellt werden (kann) – zugespitzt: «Macht alles was ihr könnt, bezahlt wird alles» – dieser Grundsatz kann in Zukunft nicht mehr gelten.»¹ Zieht man schon hier den Gesichtskreis nicht zu eng, integriert angrenzende Problemfelder (in Medizin, in der Genforschung, im Komplex von Medizin- und Pharmaindustrie, in Gesundheitspolitik, Krankenversicherungswesen, nur um

ANDREAS-PAZIFIKUS ALKOFER, Jahrgang 1962, Franziskaner-Minorit seit 1985, Priester (1992), Studium der Germanistik und Philosophie in Regensburg, der Theologie in Würzburg, seit 1997 Assistent am Lehrstuhl für Moralthologie in Regensburg. 1997 Promotion (über E. Levinas), Arbeit in der Gemeinde- und Krankenhausesseelsorge (1992-95).

markante zu nennen), dann ergeben sich eine Fülle von handlungstheoretischen Fragen, die individuelle ethische (im Blick auf Verantwortung und Handlungsmöglichkeiten von Patient und Arzt) Fragestellungen betreffen, aber weit umgreifen. Sie stellen darüber hinaus auch erhebliche Anforderungen an sozial-, institutions-, wirtschafts- und politikethische Reflexion (und natürlich Praxis). Im Kern der Problematik liegen Fragen wie die nach Zugängen und der Finanzierbarkeit von medizinischen Ressourcen. Zu nennen wären z.B. Therapieformen, Prävention, Medikamente, aber auch medizinisches Personal, dessen Ausbildung, die Steuerung medizinischer und pharmakologischer Forschungs- und Produktionsressourcen, Infrastrukturen eines umfassenden Gesundheitswesens oder Versicherungswesens. All das betrifft also erheblich mehr als den Bereich, der prominent und oft vorrangig unter der Verteilungsproblematik (sprich: Allokation) diskutiert und reguliert wird: die Zuteilung von Spenderorganen im Rahmen der Transplantationsmedizin. Immerhin läßt sich genau an diesem Bereich besonders studieren, vor welche Schwierigkeiten und Fragen – schon allein in diesem Sektor – das Postulat der Gerechtigkeit, der gerechten Zuteilung begrenzter Güter und die damit verbundene Kriterienfindung für notwendige Entscheidungen führt.

Die Probleme sind bedrängend. Jedes einzelne ist komplex, wird kontrovers diskutiert, fordert hohe Aufmerksamkeit. Aber genau hier schließt sich eine weitere Wahrnehmung an. Sie ist Kern folgender Überlegungen und rückt Verblüffendes in Gesichts- und sodann Regelkreis. Es geht um die erstaunlich untergeordnete oder doch nur gelegentlich – etwa im zeitlichen Umfeld der AIDS-Konferenz in Barcelona oder des Nachhaltigkeitsgipfels in Johannesburg in diesem Jahr – Aufmerksamkeit heischende Bedeutung und Rolle der *Globalität* und ihres ethisch-analytischen Stellenwertes. Dies ist keineswegs nur ein Problem medialer Vermittlung. Es soll dabei auch nicht behauptet werden, daß es diese weiter gefaßte Aufmerksamkeit überhaupt nicht gibt, sondern vielmehr, daß sie in medizin- und ökonomieethischen Reflexionen nicht überall den gebührenden Rang hat. Hier gibt es, so scheint mir, ein signifikantes Reflexionsdefizit, wenn hinsichtlich von Verteilungs- und Gerechtigkeitsfragen im Bereiche der medizinischen Ressourcen unterschwellig vor allem von «regional» oder «sektoral» geschlossenen Systemen, sei es im Kontext einer nationalen Gesundheitspolitik oder eines freien Gesundheitsmarktes mit vorgeblich unbeschränkten oder unbehinderten Zugangsmöglichkeiten, aus operiert wird. Beide Modell- oder Systemvorannahmen blenden je spezifische Probleme und ethische Implikationen (und damit Betroffene) einer Globalität – als Entgrenzung und vielfältige Interdependenz verstanden – aus. Genau diese Vernetztheit ist in der an vielen Stellen überbordenden Diskussion in medizin- und bioethischen Debatten und Themenbereichen noch kaum – zumindest theo-

retisch – angekommen. Das verwundert genau deshalb, weil gerade das Globalitäts- oder Globalisierungsthema für eine Fülle von Sach- und Handlungsbereichen so prägend, dominant und nicht zuletzt kontrovers geworden ist. Die folgenden Überlegungsschritte suchen dem in Ansätzen Rechnung zu tragen.

2. Unterscheidungen und Verteilungen – einige Begriffe

Ein erster Schritt gilt signifikanten Begriffen. Es geht hier zunächst um Theorieanschlüsse und -modifikation. Wir beziehen uns zunächst auf einen konzisen und repräsentativen Beitrag. Franz Noichl² rührt in seinen Überlegungen zu ethischen Rationierungs- und Gerechtigkeitsfragen im Gesundheitswesen abschließend an Problematik und Reizwort der «2-Klassen-Medizin» nicht vorbei: Hier spiegelt er den Verdacht, daß jedwede Unterscheidung vor einem unbegrenzten Versorgungsanspruch, medizinisch für alle jederzeit alles zu tun, sich dem Vorwurf der Ungerechtigkeit einhandeln wird. In seinen differenzierten Ausführungen plädiert Noichl zwar deutlich und begründet für ein klassisches «2-Ebenen-Modell», das sich grundsätzlich an der sachlichen und primär *medizinischen* Scheidelinie von Grundversorgung und Zusatzversorgung, anders gesagt von Überlebenssicherung und Lebensqualität orientiert. Doch bleibt schon dies nicht verschont von Reizbarkeiten. Schon dieses Echo ist ein Indikator dafür, wie sensibel der Themenbereich der medizinischen Versorgung aus naheliegenden Gründen ist und gehandhabt wird. Er löst prophylaktisch Abwehr aus. Im Anschluß an die von Noichl vorgetragenen Überlegungen sei hier einiges erinnert, was auch für unsere spezifische Frageperspektive unverzichtbar bleibt. Es geht zunächst um begriffliche Unterscheidungen und Präzisierungen. Zu unterstreichen ist – mit Höffe –, daß Knappheit als Diskrepanz zwischen *medizinisch* Machbarem und *gesellschaftlich* Finanzierbarem und damit die Verteilungsfrage im Gesundheitswesen nicht nur allein Folge von Kostensteigerungen, erhöhter Lebenserwartung und damit – wegen der Zunahme chronischer und degenerativer Krankheiten – gestiegenem Bedarf ist. Die Gründe sind vielfältiger. Der medizinisch-technische Fortschritt stellt teure «Add-on-Technologies» oder Parallelmedikamente in Diagnostik oder Therapie neben die schon bekannten. Kosten für Medikamente wachsen überproportional. Ansprüche an das *solidarisch* finanzierte Gesundheitswesen wachsen mit dem individuellen und berechtigten Wunsch nach Sicherung oder Steigerung der Lebensqualität. Doch auch *systemische* Gründe wie die angebotsinduzierte Nachfrage (was möglich ist und angeboten wird, soll auch nachgefragt werden!) spielen ihren Part. Höffe lenkt den Blick sehr deutlich auf die Problematik des Anspruchsdenkens (Stichwort «Habgier» oder klassisch «Pleonexie»), reduziert die

Frage also nicht nur auf ein technisches oder verfahrenspraktisches Verteilungs- und Organisationsproblem, sondern korreliert es mit anthropologischen Grunddaten, mit einer Haltung und ihrer ethischen Relevanz. Das ist keineswegs unbegründet. Die Knappheit medizinischer Ressourcen ist doch nicht allein ein naturwüchsiges Phänomen, sondern immer auch sozio-kulturell konturiert. Gerade deshalb ist Knappheit, ist Verteilung des Knappen und die Frage nach der Gerechtigkeit, ihren Formen und Kriterien für Unterscheidungen und Verteilungen ein ethisches Problem – und nicht einfach nur hinzunehmendes Faktum. Es geht um Steuerung, um Verantwortung und Kriterien dafür.

Zunächst sind einige Begriffe zu erläutern, die im Umfeld der Verteilungs- oder Zuteilungsproblematik – und nicht nur im Gesundheitswesen – eine Rolle spielen.³ Unter *Rationierung* versteht man ein Verteilungsgeschehen mit vier Bedingungen: Zuerst geht es dabei um anerkannt wichtige, notwendige Güter, nicht um Luxusgüter (Luxusgüter sind nie knapp, sondern vor allem unerschwinglich – wenigstens für die meisten), sodann erfolgt Rationierung über zentrale und ausgewiesene Distributoren, nicht über einen Markt und seine freien oder gar um der Selbstregulation willen deregulierten Kräfte. Zuteilungen und Verteilungen, Allokationen also dürfen drittens nicht willkürlich sein, sondern erfolgen nach legitimationsbedürftigen, transparenten Kriterien. Entscheidend bleibt – viertens –, daß der Bedarf an entsprechenden Gütern nicht oder zumindest nicht hinreichend gedeckt (gerade bei Gütern im Gesundheits- und Medizinwesen) nicht selten von dramatischer und existentieller Qualität ist, was nicht zuletzt den hohen Grad an Empfindlichkeiten in diesen vielfältigen Diskussionen erklärt.⁴ Abzugrenzen von der Rationierung ist die *Rationalisierung* als gesteuerte Effizienzmaximierung, um – im besten Fall – durch ineffiziente Organisation verdeckte oder verlorene Reserven von notwendigen Ressourcen und Gütern freizulegen. Ein dritter Begriff, der einschlägig wird, ist jener der *Triage* als nicht-willkürliche, aber von der akuten Katastrophalität von Ereignissen Ad-hoc-Entscheidung für Allokationen aus unmittelbarer Güterabwägung, oft genug unter massivem Zeitdruck. Diesen Begriff, der an sich vorrangig in der Notfallmedizin beheimatet ist, sollte man unter globalen Gesichtspunkten keineswegs vernachlässigen.

Hinter diesen unterschiedlichen Ansätzen und Zuschnitten liegt *immer* die Frage der Vorrangigkeit, der Priorisierung – und die Frage nach ethisch verantwortbaren Kriterien für Zuteilungen medizinischer Ressourcen (Dringlichkeit, Lebenserwartung, Lebensqualität, Wirtschaftlichkeit einschlägiger Investitionen, etc.) unter den Aspekten der Steuerung, der Organisationsverbesserung und des unmittelbaren Handlungsdrucks angesichts von Dringlichkeit und (berechtigten) Erwartung der Betroffenen – auf den Ebenen der Grundversorgung zunächst und dann, auf eigene Weise, von

«Zusatzleistungen». Dabei ist die Grenzlinie im Detail nicht immer exakt zu ziehen.

Von nicht unerheblicher Bedeutung ist hier, wie transparent, wie öffentlich bekannt (oder eben verdeckt), diskutiert, legitimiert und ethisch legitimierbar die jeweiligen Kriterien und ihre Folgen sind. Diese zunächst formalen Bestimmungen haben natürlich materiale Implikationen. Man denke nur – als ein Beispiel – an die Frage der Generica⁵ und der Patentierungsproblematik von Medikamenten. Hier wird – von Betroffeneneseite zuerst – im Sinn einer *künstlichen Dislozierung* argumentiert. Zuteilung und Produktion lebenswichtiger Medikamente – so der Vorwurf – wird aus ökonomischen Gründen behindert, weil die Patenthalter nach hohen Investitionen ihrerseits einen verbilligten Nachbau (ohne vorhergehende Forschungen und Investitionen vor Ort) unterbinden. Medikamente oder Therapieformen wären erreichbar, aber aus ökonomischen Gründen unerschwinglich oder vorenthalten, so – sehr vereinfacht gesagt – der Verdacht. Spätestens an dieser Stelle wird es dann nötig, sich Klarheit über den Begriff der Gesundheit zu verschaffen, die nicht einfach als privates und höchstes oder absolutes Gut, sondern zumindest immer auch als «common good»⁶, nicht einfachhin als markt- oder produktförmig zu betrachten sein wird. Gesundheit ist nicht produktiv herstellbar, sondern wird bewahrt oder wiederhergestellt.

Jenseits und weit über eine strikt medizinische Einzeldiagnostik und ihre Derivate ist auf zwei Grundbegriffe hinzuweisen, die auf einen weiten Gesundheitsbegriff (er ist nicht ohne Probleme) deuten: Partizipation und Autonomie. Verteilungsgerechtigkeit im Blick auf medizinische Güter und Ressourcen sind auch zu messen an einem Grundrechtsbegriff, an Möglichkeiten der Beteiligung (Partizipation) und der Gestaltung der Rechtnahme (Autonomie). Noichl verweist auf die «Allgemeine Erklärung der Menschenrechte». Sie spricht von einem «Grundrecht auf ärztliche Versorgung» (Art. 25, Abs. 1). Die Partizipation aller Rechtssubjekte ist zu ermöglichen und zu garantieren. Konflikative Grenzen sind dabei wiederum selbstverständlich. Dieses Recht auf medizinische Versorgung ist kein «Surplus», sondern eine der Grundlagenbedingungen einer Rechtsgemeinschaft, also von Menschen, die in einem grundlegenden Rechtsverhältnis zueinander und damit in einem Partizipationsverhältnis stehen.⁷

Dieser modifizierte Begriff von Gesundheit, im Anschluß an z.B. J.-F. Malherbe⁸ (und jenseits der perfektionistischen Maximalfassung der WHO-Definition von 1947) entwickelt, hat eine dezidierte Absicht: die exaktere Bestimmung von Bedürftigkeitskriterien unter Einschluß vielfältiger – nicht allein medizinisch-diagnostischer – anthropologischer Dimensionen. Zu benennen sind mit der organischen die psychische, symbolische und, besonders bedeutsam, die soziale Dimension: Gesundheit und Krankheit

sind zu lesen vor *diesen* Perspektiven. Ziel medizinischen Handelns und damit auch medizinökonomischer Überlegung der Allokation ist in diesem Zuschnitt die Autonomie des Patienten als dessen Fähigkeit, sich auf diesen Ebenen in sozialen Wechselverhältnissen zu halten, ist mithin Partizipation. Dies fällt nicht einfach ineins mit medizinischen Befunden und hat gerechtigkeitsethische Implikationen: «Das heißt nun, die Verteilung von begrenzten Gütern medizinischer Versorgung in einer Gemeinschaft ist dann gerecht, wenn darin allen Beteiligten in gleicher Weise eine Versorgung zuteil wird, die nach den gegebenen Möglichkeiten die Befähigung zur Partizipation an der Rechtsgemeinschaft sichert.» Anders gesagt: «Gerecht ist eine Verteilung der medizinischen Versorgung dann, wenn sie die Gesundheit aller gemäß den gegebenen Möglichkeiten wiederherstellt oder bewahrt.»⁹ Genau hier siedelt sich der normative Kern in der Sicherung oder Schaffung von Autonomie und Partizipation an, ein Kern, der Gewichtungen und Priorisierungen und ihre Kriterien zu strukturieren hat.

Unter dem Druck knapper Ressourcen in unterschiedlichen gesundheitspolitisch relevanten Zusammenhängen (Personal, Therapie- und Versorgungsformen, pharmazeutischer oder apparativer Produktionen, etc.) greift dies dann in einer Unterscheidung und Schichtung nach Grund- und Zusatzversorgung, die entlang der Postulate von Autonomie und Partizipation an der Trennlinie der klassischen Unterscheidung von Verteilungs- und Tauschgerechtigkeit liegt. Dies wiederum bildet sich ab in zwei Modellen, die in eine Beziehung oder Rangfolge zueinander gebracht werden müssen: Auf der einen Seite steht ein *Tausch-* oder *Kommutativ-Modell*, das, liberal-marktwirtschaftlich orientiert, Eigenverantwortlichkeit und Eigenbeitrag für (Zusatz-) Leistungen in der medizinischen Versorgung fordert. Es nimmt Ausgang bei Autonomie und Partizipationsmöglichkeiten der einzelnen, lehnt «Hierarchien», wie sie Distribution voraussetzt, ab und mündet z.B. in eine Versicherungspflicht, um die Gemeinschaft zu entlasten und Eigenverantwortung zu forcieren. Marktwirtschaftliche Prinzipien dominieren auch im Bereich medizinischer Versorgung. Leistung und Prämie sind direkt proportional gekoppelt. Auf der anderen Seite steht ein *Verteilungs-* oder *Distributiv-Modell*, das, sozial-solidarisch orientiert, von der Gemeinschaft her ansetzt. Gesundheit ist hier als ein Grundgut zu betrachten und nicht zuerst warenförmig, also dem Kosten-Nutzenkalkül zunächst entzogen. Der Akzent liegt auf der Gleichheit vor der Freiheit. Dies mündet z.B. in die Pflichtversicherung nach dem Solidarprinzip. Vorrang hat die Umverteilung von starken auf schwache Akteure.

Vor der Unterscheidung in Grund- und Zusatzversorgung unterstreicht Noichl nun: «Weil es sich bei dieser Grundversorgung um ein elementares Gut handelt, wird ihre Sicherstellung im Bereich der Medizin ein hohes Maß an Rationalisierung im Sinne des Verzichts auf alles, was nicht not-

wendig ist, erfordern.» Es ist einleuchtend, daß die jeweilige Krieteriologie zur Unterscheidung in den Fülle der denkbaren Fälle vor erhebliche sachliche Probleme stellt. Das aber ist nicht der Punkt, um den es hier geht. Auch die Frage, wie diese beiden Grundmodelle zueinander- oder gegeneinander in Stellung gebracht werden, inwieweit sie in eine problematische Konkurrenz treten, hängt nicht zuletzt von politischen und ökonomischen Entscheidungen und Rahmenfaktoren ab, die auf einem weiteren Blatt stehen.

Der für unseren Zusammenhang entscheidende Satz fällt bei Noichl zuletzt bei der Anwendung seiner ethischen und gerechtigkeitstheoretischen Ausführungen. Die Vorgaben sollen umgelegt werden auf die «Gestalt des Gesundheitswesens einer Gesellschaft»¹⁰. Klar ist, daß hier die Frage nach Distribution und Tausch-Allokation auf einen Regelkreis zielt, der bei allen internen Problemen und der Notwendigkeit, diese differenziert zu diskutieren, zumindest zweierlei voraussetzt: einen funktionierenden Staat mit seiner Gesundheitspolitik, seiner Organisation eines Gesundheitswesens im Sinne eines gesundheitspolitischen Rahmens, und einen funktionierenden Sektor der Gesundheitsökonomie als Markt. Partizipations-, also Autonomiemöglichkeiten, also Handlungsmöglichkeiten Kranker und Gesunder hängen davon deutlich ab und sind damit verbunden – der Markt als ausgewiesener effizienter Verteiler knapper Güter steht auf der einen, der Staat als Distributor und als Garant der Rechtsgemeinschaft, nicht nur hinsichtlich der Gesundheitspolitik und -ökonomik auf der anderen Seite. Dies ist nun nicht automatisch ein Modell der Gegensätzlichkeit, sondern de facto oft ein Mixmodell wechselseitiger Ermöglichungsbedingungen, wobei es natürlich Tendenzen gibt, politische Regulation oder ökonomische Deregulation als den jeweils einen Königsweg für Allokationsfragen im Gesundheitswesen zu profilieren. Wichtig aber ist für unseren Zusammenhang, daß die genannten Voraussetzungen angesetzt werden.

Dies ist aber auch eine so berechtigte wie begrenzte Sicht. Der Kreis wird zu eng gezogen, nicht allein dann, aber gerade dann, wenn Staat oder Markt ausfallen (und beides ist unter den Bedingungen und in den Realien der Globalität keine Fiktion!). Gesundheitsökonomisch kann unter den genannten Prämissen analytisch und ethisch nur die Problematik bestimmter nationaler gesundheitspolitischer und -ökonomischer Regelkreise und Systeme betrachtet werden (nämlich vorrangig die der sog. «Ersten Welt» – aber, um es pointiert zu sagen: Krankenversicherungen, Netze von Arztpraxen, Apotheken, Versorgungsstrukturen von der Arztpraxis bis zur Universitätsklinik, Forschungs- und Produktionseinrichtung, aber auch Ausbildungsstätten für medizinisches Personal sind nicht einfach selbstverständlich und schon gar nicht überall vorhanden) oder aber, weil Nationalgrenzen schon hier in vielen Fällen (internationale Pharmakonzerne, Patiententourismus, etc.) obsolet geworden sind, die einer Internationalität

mit blinden Flecken, die noch lange kein durchgängig theoretisches, globales Bewußtsein entwickelt hat. Bevor wir diesen Spuren nachgehen, noch ein weiterer Schritt, der diese Überlegungen stützt.

3. Allokationsebenen – ein signifikantes Modell und sein theoretisches Defizit

Der Eindruck, daß der Blick auf Regulierungs- und Systemkreise der Verteilungs- und Allokationsproblematik von medizinischen Gütern (im weitesten Sinne) nicht selten zu eng gezogen ist, verhärtet sich, befragt man exemplarisch eine jüngst erschienene Einführung in Fragen der Medizinethik.¹¹ Hier werden im Blick auf die Gerechtigkeitsfragen im Gesundheitswesen fünf Allokationsebenen benannt und inhaltlich bestimmt: die *Mikroallokation unterer Ebene*, *Mikroallokation oberer Ebene*, *Makroallokation unterer Ebene*, *Makroallokation oberer Ebene* und schließlich die *Forschungsallokation*.

Als kurze Erläuterung der einzelnen miteinander verschränkten und in Wechselwirkung stehenden Schichten und Stufen ist festzuhalten: Die *untere Mikroebene der Allokation* trifft das grundlegende konkrete Arzt-Patienten-Verhältnis selbst (Kriterien der Zuteilung von Ressourcen an identifizierbaren Patienten vor Ort, Diagnostik, Therapie, Prävention, Rehabilitation, angesprochen ist hier vorrangig die individuelle ethische und berufsethische Dimension). Die *obere Mikroebene der Allokation* zielt auf Leistungszuteilung für spezifische Patientengruppen (Kriterien der medizinischen Indikation, Alter, Lebenserwartung, Lebensqualität, Folgen riskanter Lebensstile, soziale Situation, von hier ab spielen natürlich gesellschafts- und sozialetische Momente eine gesteigerte Rolle). Die *untere Makroebene der Allokation* umfaßt die Bereiche der Aufsplittung des Budgets und der Ressourcen auf die Sektoren medizinischer Versorgung (präventiver Bereich, kurativer Bereich, stationäre oder ambulante Vorhaltungen, medizinische Forschung, Notfallmedizin). Unter der *oberen Makroebene der Allokation* versteht man dem Modell zufolge den Gesamtanteil des Gesundheitsbudgets am Sozialprodukt einer Rechtsgemeinschaft, einer Nationalökonomie. Politik-, forschungs- und wirtschaftsethisch von enormer Bedeutung ist das Feld der *Forschungsallokation*. Man braucht nur an die Diskussionen um die ethisch relevanten Alternativen von embryonaler oder adulter Stammzellenforschung und die einschlägigen Entscheidungen und Steuerungen in Politik und Wirtschaft zu denken.

Wichtig aber für unseren Zusammenhang ist: Pöltner lehnt sich bei dieser Systematisierung an ein Standard-Modell an – das Vier-Ebenen-Modell von H.T. Engelhardt.¹² Pöltner selbst führt dann nur eine deutlich in ihren Gewichtungen akzentuierte Darstellung vor. Die Forschungsallokation wird der Makroallokation zugeschlagen, die selbst nicht mehr eigens in eine

obere und untere Ebene unterschieden wird. Repräsentativ und exemplarisch zeigt sich in der systematischen Bemühung um die Mikroebene, die in ihren beiden Subebenen und weitaus umfangreicher ausgefaltet sind. Diese an sich zunächst rein formale Beobachtung spiegelt aber durchaus Befund und Befürchtung, die im hiesigen Kontext bedacht wird. Der eindeutige Schwerpunkt der ethischen Analyse und Reflexion hinsichtlich der Medizin- und Gesundheitsökonomie liegt auf den vielfältigen und komplexen Sektoren der Mikroebenen. Verschränkungen mit Makroebenen gibt es natürlich, doch sie fallen spärlicher aus. *Dabei ist zu bedenken, daß die obere Makroebene dieses Modells mit einem nationalen Gesundheitssystem gleichgesetzt bleibt.*

Das führt umgehend zu der erstaunten Frage, wo denn in diesem Kontext und ihrem analytisch-ethischen Instrumentar eine Reflexion auf Globalität oder Globalisierung, auf die Frage einer Vernetzung mit Verantwortungs-, Gerechtigkeits-, mit Partizipations- und Autonomiephänomenen auf dieser unbenannten Ebene bleibt. Dies schließt die Frage nach offenen, verdeckten oder gar fehlenden Akteuren auf dieser Ebene mit ein.

4. Globalität als «wirkliche und eigene Makroebene» – Fragen und Problem- spitzen

Genau dies – als Problemanzeige und theoretische Leerstelle – führt aber auch zu dem Vorschlag der Erweiterungen dieses Modells aus einer begrenzten, systemimmanenten Selbstreferentialität (die an sich schon kontrafaktisch ist). Die im vorgestellten Modell so genannte Makroebene ist selbst nur eine *Mesoebene*. Eine ethische Reflexion auf die Gesundheitsökonomie in ihren vielen Facetten unter den Bedingungen der Moderne als Globalisierung darf genau dieses Phänomen nicht unterschlagen – dies auch um den Preis nicht, daß hier wiederum eine Fülle von brisanten und keineswegs abschließend beantworteten Fragen in Kauf genommen werden muss.¹³ Es geht also nicht so sehr darum, dieses repräsentative Modell zu kritisieren hinsichtlich der medizinethischen Fragestellungen, die in dieser Idealtypik, die jedem Modell innewohnt, aufgenommen und so differenziert wie hilfreich bedacht werden. Vielmehr drängt sich die Frage auf, ob sich hier nicht eine Blickverengung spiegelt, die in der Tatsache steckt, daß die Fragestellung nach Allokationen auf einer «Makroebene» endet, die Zusammenhänge unterbelichtet, die auch und gerade unter den Bedingungen der «einen Welt» erheblich zu kurz greifen, auch wenn sie in sich hochproblematisch bleiben (und von dieser Problematik nichts weggenommen werden soll oder kann).

Was also ist die wirkliche Makroebene? Welche Fragen, Verteilungs- und Allokationsprobleme stellen sich hier im Sinne einer Gesundheitsöko-

nomie und -politik als Bestandteil eine «Weltinnenpolitik»? Selbstredend können hier nur einige wenige Andeutungen und Hinweise eingebracht werden. Aber deren Wahrnehmung und Integration in einer erweiterten ethischen Analytik erscheint nötig – und gibt der Gerechtigkeitsfrage neue Dringlichkeit.

Einige Hinweise und Anfragen sollen hier gegeben werden, die die besondere Kontur der Gerechtigkeits- und Allokationsfrage auf globaler Ebene bezeichnen. Es kann hier nicht um Lösungen gehen, zumal sich ethische Fragen und Argumentationsmodelle theoretisch und analytisch hier auf höherer und erweiterter Ebene wiederholen – und dennoch einen eigenen Zuschnitt bekommen.

Wenn staatliche oder Markt-Rahmen fehlen, zerstört wurden, Infrastrukturen zusammenfallen, induzierte Klima-, Polit-, Sozialkatastrophen nicht nur punktuell, sondern strukturell, auf Dauer und intergenerationell fehlen – dann stellen sich «Governance-Fragen» und Fragen nach den bedingten Möglichkeiten des Marktes (die in neoliberalen Deregulatorien nicht immer übersehen, aber sicher zu knapp veranschlagt werden). Megakrankheiten (wie z.B. AIDS) stellen vor die Katastrophalitätsanfrage, die der *Triage* innewohnt. Nicht Rationierung und Rationalisierung sind an dieser Stelle das Hauptproblem, sondern «urgent action» – und, wenigstens, deren Wahrnehmung.

Die Liste der Anfragen auf der Makroebene einer globalen Gesundheitspolitik läßt sich spielend erweitern. Man nehme nur als Beispiel das global zu beobachtende Phänomen von Migration und Urbanisierung. Dies ist in vielfältiger Hinsicht nicht isoliert zu betrachten. Probleme von Gerechtigkeit und Fragen gesundheitspolitischer Relevanz stehen hier ebenso auf dem Plan und bilden Zusammenhänge, die keineswegs allein mikro- oder meso-ethisch betrachtet werden können.. Fehlende Versorgung mit sauberem Wasser, verschmutzte Luft, ungenügende Abfallentsorgung und anderes mehr kennzeichnen Grundprobleme in diesen Ballungsräumen, die keinesfalls als «riskanter Lebensstil» bezeichnet werden können und eben nicht in die Verantwortung einzelner allein zurückverlegt werden können. Naturale und globale Voraussetzungen für ein nicht selbstgefährdetes, damit gesundheitsförderliches Leben kommen damit in den Blick – und zwar auf der Grundversorgungsebene. Damit aber keineswegs genug. Strukturelle, politische und ökonomische (und hier ist nicht zuerst die Schuld- oder Verantwortungsfrage zu stellen) Rahmendaten und -faktoren lassen sich in einer globalen Dimension beschreiben oder andeuten: Klimaveränderungen, Migrationsbewegungen (oder schlichter Mobilitätsphänomene) werden voraussichtlich zu einer Veränderung der Verbreitung infektiöser Krankheiten beitragen. Lokale politische oder ökonomische Krisen verhindern und zerstören den Aufbau von gerechten Gesundheitsstrukturen, aber auch

Marktbedingungen. Man vergleiche so unterschiedliche Territorien wie den Sudan, das zentrale oder südliche Afrika, Afghanistan oder Teile Rußlands. Man beachte zudem den Einfluß (inter-)nationaler Finanzkrisen eines Schwellenlandes wie Argentinien – als Regressform in der Not unterhalb der gesundheitspolitischen Standards –, dessen Gesundheitswesen sich zwischenzeitlich dramatisch verändert hat. Medikamente werden dort plötzlich wieder Gegenstand eines überwunden gemeinten grauen Tauschmarktes – auch für wohlversicherte und gesundheitsystem-integrierte Bürger.

Diese Spuren und sehr viele weitere mehr wären innerhalb eines Allokations- und Gerechtigkeitsmodells globaler Gesundheitspolitik zu bedenken. Die Übergänge zu globaler Politik, zu globalen Fragen von Bildung, Ökologie und Ökonomie sind jeweils nur einen Schritt entfernt. Es geht dabei nicht um einseitige Schuldzuschreibungen à la «die eine Welt lebt auf Kosten der anderen», sondern vorab um die Realisierung der Interdependenzen. Armut, Bildung, Ökologie gehören in diesen globalen Gesichtskreis ebenso hinein, wie die genuin medizinethischen und gesundheitsökonomischen Fragestellungen. Genau hier aber stellt sich die Partizipations- und Autonomiefrage im Gesundheits- und damit Allokationswesen wieder – auf der globalen Grundrechtsebene. Natürlich gibt es Aufmerksamkeiten und Kompensationen – man denke an die spezifische Rolle von Kirchen und ihrer Caritas, an NGOs, an Organisationen wie «Cap Anamur», «Ärzte ohne Grenzen», «World Vision», natürlich auch an den «Global Health Fund» oder die Initiativen der WHO. So unleugbar wichtig dieser Einsatz ist und bleibt – diese Praxis hat auch immer wieder Schub durch eine angemessene Theorie nötig, hier also eine angemessene Gerechtigkeitstheorie.

Vor diesem hier nur angedeuteten Hintergrund einer realen und eigengesetzlichen Makroebene lesen sich die Argumente des Plädoyers für einen Paradigmenwechsel, also für einen gesundheitsökonomischen und alloka­tionstheoretischen Primärenansatz bei der Tauschgerechtigkeit, nicht bei der Verteilungsgerechtigkeit, eines Plädoyers, das selbst wiederum implizit als Ausgang und Voraussetzung relativ stabile staatlich-politische und ökonomisch-marktwirtschaftliche Rahmen und Regelkreise hat, als problematisch, wenn nicht zynisch. Sie bleiben der Mesoebene verhaftet, der Fiktion in sich geschlossener Markt- oder Staatssysteme.¹⁴ Ein fiktiver Markt (oder einer, der allein unter kurzzeitigen ökonomischen Prämissen uninteressant erscheint) reguliert im Gesundheitswesen ebenso wenig wie ein zusammengebrochener Staat. Die regional akute Problematik des «Nation-building» hat eben auch Implikationen für die medizinische Situation der Bevölkerungen und ihrer Partizipations- und Autonomiemöglichkeiten! Damit aber rückt wieder die ethische Argumentation in den Blick, die Forderung der Wahrung oder Herstellung von grundlegenden Rechten. Ebenso wenig wie diese Argumentation im Kern teilbar ist, macht sie auch an vermeint-

lichen Staats- oder Marktgrenzen halt. Auch auf der Makroebene einer globalen Gesundheitspolitik und -ökonomie innerhalb *einer* Menschenrechts-Gemeinschaft gelten hinsichtlich der Handlungsdringlichkeiten und -möglichkeiten ethische Grundkategorien des Richtigen und Guten. Nicht nur im medizinethischen und -ökonomischen Bereich stellen sich im Blick auf Würde, Autonomie und Partizipation Vorzugsfragen nach Vorzugsregeln, wie jene der Dringlichkeit und Ranghöhe eines Wertes oder Gutes in Relation zu anderen. Selbstverwirklichung ist ein bleibend hoch zu veranschlagender Wert, aber die Sicherung der Bedingungsmöglichkeiten dafür sind gleichmäßiger zu *verteilen*, die Überlebensfrage umso dringlicher. Dies bleibt hier ebenso relevant und einschlägig, wie die Vorordnung von Basisgütern vor Zusatzgütern, oder die Grundsicherung vor Verbesserung von Lebensqualität, des Gemeinschaftsnutzens vor dem Eigennutzen¹⁵ – auf einer globalen Ebene und vor diesem Horizont lassen sich dann erst angemessen die Fragen diskutieren, welche Wege zu gehen und Widerstände dabei zu überstehen sind, wie die «Umverteilung» (nicht nur marktpsychologisch oft unpopulär) oder Anreizschaffungen zu wechselseitigem und langfristigem Nutzen zu kombinieren wären (nämlich z.B. im Blick auf eine langfristige, nicht unmittelbar quantifizierbare «Friedens- oder Sicherheitsdividende» einer globalen Gesundheitspolitik).

5. «Warnzeichen der Zeit» ... Zeichen zur Unzeit?

«Zieh den Regelkreis nicht zu eng!» – schon auf der handlungstheoretischen Analyseebene heißt dies, Interdependenzen wahrnehmen, die nicht allein in den Kategorien nationaler oder sektoraler Blickwinkel zu analysieren, geschweige denn anzugehen sind.

Exemplarisch sollen am Schluß einige stellvertretende Stimmen als Warnsignale stehen. Es sind Indikatoren der Dringlichkeit: «Sicher, seit zwei Jahren hat sich etwas verändert in der weltweiten Aidspolitik. Der Grund sind nicht die apokalyptischen Warnungen der Aids-Gipfel – keine dieser Konferenzen konnte bisher Entscheidendes bewegen. Nicht die Tatsache, daß, vor allem in der Dritten Welt, zwanzig Millionen Menschen an der Immunschwäche gestorben und 40 Millionen infiziert sind, hat die internationale Politik aufgeschreckt. Es ist die Erkenntnis, dass in afrikanischen Ländern (und vielleicht auch bald in Asien) Aids die aktiven Generationen auslöscht und so zu wirtschaftlicher und politischer Instabilität führt. Die Seuche wird seit zwei Jahren als Bedrohung von Frieden, Stabilität und Demokratie wahrgenommen, sie ist ein Thema des Weltsicherheitsrats. (...) Die internationale Politik aber hat jahrelang das Patentrecht für Medikamente über das Menschenrecht auf lebensrettende Medikamente gestellt. Das Patentrecht für

Medikamente ist ins Wanken geraten, seit vergangenes Jahr 39 Pharmaunternehmen in einem südafrikanischen Gerichtsverfahren scheiterten, seit die USA während der Milzbrandattacken selbst das Patentrecht aushebelten, weil sie Gesundheitskosten sparen wollten. Die Pharmaunternehmen haben eingelenkt, sie bieten Aidsmedikamente um 90 Prozent billiger an, auch um die Produktion von Nachahmer-Präparaten zu verhindern, die bereits in Indien oder Brasilien läuft. Doch auch zehn Prozent des Preises ist für das südliche Afrika zu teuer, nur 50000 der 28 Millionen Infizierten erhalten die Medikamente, die den Ausbruch der Krankheit hemmen. Das Menschenrecht gilt nur für eine Minderheit.»¹⁶

Eine weitere Stimme aus gleichem Anlaß. Unter der signifikanten Überschrift «Kaliningrad liegt bei Uganda» schreibt H. Albrecht in der «ZEIT»¹⁷: «Osteuropa liegt nebenan. Nur 400 Kilometer von Berlin entfernt, in Kaliningrad, dem früheren Königsberg, soll ein Fünftel aller russischen HIV-Positiven leben. Von dort droht das Virus zurückzukommen.»¹⁸

Diese Aspekte, in ihrer Akutheit, ihren Problemzuwächsen, ihrer Globalität und Vernetztheit, schon in dieser *einen* Problematik mit angrenzenden und überlappenden weiteren Handlungs-, Ökonomie- und Politikfeldern: Sicherheits-, Friedenspolitik¹⁹, mit Nation-(re)-building und Infrastrukturverlust, mit Bildungs- und Entwicklungspolitik und natürlich weiteren gesundheitspolitischen und -ökonomischen Fragen – in globalem Ausmaß und damit auch bedrängender Nähe – Anzeichen der Handlungszeit?

Die Aids/HIV-Problematik (vor allem aber die Betroffenen), die Barcelona 2002 in Erinnerung bringt, ist *ein* Feld besonderer Katastrophalität: ca. 17 Millionen Menschen sterben pro Jahr an Krankheiten, die ohne Schwierigkeiten heilbar wären. Weltweit sterben in jeder Minute vier Menschen an Tuberkulose, zwei an Malaria, einer an der Schlafkrankheit und einer am Dum-Dum-Fieber. Immer mehr Menschen fallen Infektionskrankheiten zum Opfer, die man längst behandeln könnte. Sie sterben, weil sie keinen Zugang zu Medikamenten haben, weil sie sich diese Medikamente nicht leisten können, weil sie zu arm sind für die Behandlung. Diese Infektionskrankheiten breiten sich rasant aus. Sie kennen keine politischen Grenzen oder Marktmodelle. Tuberkulose-Patienten sterben nicht, weil es keine Medikamente gibt.

Schon die Verteilung von theoretischer und praktischer Aufmerksamkeit ist prekär. Ausblenden schon auf der theoretischen Ebene kann kein adäquater Weg sein, ebenso wenig wie der Rückzug auf eine Festungsmentalität Privilegierter.

Genau hier erinnert D. Mieth das Statement eines Bischofs von den Philippinen: «Ich sehe ein, daß man alles tut, um Menschen, die unter Immunschwäche leiden, möglicherweise in Jahrzehnten mit viel Aufwand

eine Therapie zur Verfügung zu stellen. Aber ich sehe ständig das dafür eingesetzte Geld vor mir und frage mich, welche Effizienz es in der Gesundheitsfürsorge auf den Philippinen hätte, wo Menschen in weitaus größerer Zahl an sehr einfachen Krankheiten sterben.»²⁰ Mieth illustriert damit das Verteilungsproblem im «globalen Gesundheitswesen» als eine Problematik, die sich in medizinischer Ethik und im erweiterten Kontext der Sozialethik immer dringlicher stellt. Lenkung und Steuerung, aber auch Anreize für eine nicht unmittelbar nach Kosten-Nutzen-Faktoren ökonomische Investition in nachhaltige Güter, die Frage nach der Verteilung zwischen präventiver und kurativer Medizin, zwischen Grundleistungen und spezifischen Lösungen sind nicht strikt alternativ oder gar gegensätzlich. Völlige Aufgabe der Spitzenforschung und Hochleistungsmedizin zugunsten globaler Basisversorgungen kappt ja auch Möglichkeiten, die langfristig und eventuell auch ressourcenschonend und rationalisiert weiteren Kreisen zugute kommen können. Mieth schließt vorsichtig an: «Aber wir haben inzwischen wenigstens in einigen Bereichen gelernt, auch nach Ursachen zu fragen und zu forschen. Das ist doch ein gewaltiger Verteilungsfortschritt. Die globale Perspektive stellte eine gewissen Hilfe dazu dar, daß wir unsere eigenen Verteilungsprobleme im Gesundheitswesen besser erkennen können.»²¹ Ob man diese optimistische Einschätzung rundweg teilt, sei dahingestellt. Sicher schärfen die globalen Fragen der Verteilungsproblematik den Blick auch auf die *eigenen* Probleme im *eigenen* Gesundheitswesen, doch sollte der globale Blick über kurz oder lang, über nah oder weit auch den Blick dafür schärfen, daß die Verteilungs- und Zugangsprobleme der *anderen* auch die *eigenen* werden (und bereits geworden sind).

Bewußtsein von Interdependenz und die Dringlichkeit der Problematiken sind Ziel dieser kleinen systematischen Modellbetrachtung. Es geht um ein advokatorisches Votum, das sich im Kern einer – durchaus traditionellen – theologisch-ethischen Optik und Option, den stellvertretend-anwaltschaftlichen Blick für die, die an Partizipation und Autonomie beschnitten sind. Das geschieht in der Praxis, aber eben auch in der Theorie.

Steuerung *und* Investition auf einer neu und deutlicher gefaßten Makroebene der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, die deutlicher auch für die Fragestellungen der Gerechtigkeit im weltweiten Gesundheitswesen abstellt, sind langfristig – bei allen eben globalen Schwierigkeiten im Detail – Investitionen in Langfristigkeit und Nachhaltigkeit. Die Kosten für eine Abschottung, Isolierung und Verteidigung gesundheitspolitischer und ökonomischer Wohlstandsnischen werden auch nicht geringer sein. Ethisch jedenfalls sind sie höchst problematisch.

K. Fleischer, Professor am Missionsärztlichen Institut in Würzburg, bringt es auf den Punkt: «Wir haben die Diskrepanz, daß für die Lifestyle-Medikamente ein vielfaches an Geld für Forschung verwendet wird gegen-

über den dringenden Massenproblemen der Tropenkrankheiten. (...) Nur wenn Norden und der Süden zusammenarbeiten, können wir diese ungeheuren Herausforderungen ein Stück bewältigen. Wir haben eine Aufgabe für unsere nächste Generation, für die Zukunft. Wir sind hier 600 Millionen, die von der Pharma-Industrie von den Patenten profitieren, wir sind aber 6 Milliarden auf der Welt. Wir sind damit eigentlich eine privilegierte Minderheit.»²²

ANMERKUNGEN

¹ O. Höffe, Medizin in Zeiten knapper Ressourcen oder: Besonnenheit statt Pleonexie, in: Dt. Ärztebl 1998, 95: A-202-205. Vgl. jüngst ders., Medizin ohne Ethik?, Frankfurt/M. 2002, bes. 202-241. Zu Thematik und Diskussion vgl. u.a. die Stellungnahmen von P. Dabrock, T. Jähnichen, W. Stierle und C. Frey in: ZEE 43 (1999). Zudem U.H.J. Körtner, Unverfügbarkeit des Lebens? Grundfragen der Bioethik und der medizinischen Ethik 35-53.

² F. Noichl, Medizin und die begrenzten Ressourcen. Ethische Überlegungen zum Problem der Rationierung im Gesundheitswesen, in: SaThZ 5 (2001) 167-180. Die folgenden Überlegungen beziehen sich darauf. – Sie sind dem plötzlich verstorbenen Kollegen und Freund seit Würzburger Zeiten gewidmet.

³ Vgl. auch G. Pöltner, Grundkurs Medizin-Ethik, Wien 2002, 288-292.

⁴ Vgl. Noichl, a.a.O. 169ff. mit Verweis auf D. Birnbacher, Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen, in: G. Bruder Müller (Hrsg.), Angewandte Ethik und Medizin, Würzburg 1999, 49-64.

⁵ Medeor, ein Hilfswerk deutscher Christen, läßt auch billige Präparate herstellen, wenn auf dem Wirkstoff keine Patente mehr liegen. Diese sogenannten Generika wirken genauso gut, kosten aber nur einen Bruchteil des entsprechenden Markenpräparats.

⁶ Vgl. knapp G. Enderle, Veränderungen der Ökonomie im Kontext von Globalisierungsprozessen, in: G. Virt (Hrsg.), Der Globalisierungsprozess. Facetten einer Dynamik aus ethischer und theologischer Perspektive (SThE 95), Freiburg i. Ue./Freiburg i.Br. 2002, 36-38.

⁷ Vgl. Noichl, a.a.O. 175.

⁸ Vgl. J.-F. Malherbe, Medizinische Ethik, Würzburg 1990, 126-150.

⁹ Noichl, a.a.O. 178 u. 179.

¹⁰ Noichl, a.a.O. 179, auch 173.

¹¹ Das schon erwähnte Studienbuch von G. Pöltner, a.a.O. 244-249, bes. 292-312. Die Darstellung repräsentiert vorzüglich verschiedenste Problemstände, aber auch den hier anzusprechenden «blinden Fleck», der an der Schnittstelle zwischen Moraltheologie und christlicher Sozialethik entstanden ist. Wie Noichl bleibt J. Römel, Freiheit, die mehr ist als Willkür (Handbuch der Moraltheologie II), Regensburg 1997, 247-259, an der hier kritisierten Makroebene stehen. Ähnliches bei H. Weber, Spezielle Moraltheologie, Graz-Wien-Köln 1999, E. Schockenhoff, Ethik des Lebens, Mainz 21998. Aus sozialetischer Perspektive ist diese Schnittstelle oder Anfrage – globale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, natürlich nicht Globalität oder Gerechtigkeit an sich – in so unterschiedlichen Ansätzen wie bei R. Marx/H. Wulsdorf, Christliche Sozialethik. Konturen. Prinzipien. Handlungsfelder, Paderborn 2002, gar nicht oder knapp – wiederum auf die national-ökonomische Ebene beschränkt – bei F. Hengsbach, Die anderen im Blick, Christliche Gesellschaftsethik in den Zeiten der Globalisierung, Darmstadt 2001, 126f., im Blick. Dies ist nicht als Kritik an den im einzelnen – gerade als Lehrbücher – verdienstvollen Darstellungen gemeint, sondern als Indikator und Repräsentation für jene Theorielücke und ihre Implikationen, um die es hier geht.

¹² H. T. Engelhardt, Zielkonflikte in nationalen Gesundheitssystemen, in: H.M. Sass (Hrsg.), Ethik und öffentliches Gesundheitswesen, Berlin 1988, 35-43. Vgl. auch P. Oberender/A. Hebborn, Art. Allokation 2. Gesundheitsökonomisch, in: Lexikon der Bioethik I, 116f.

¹³ Der Globalisierungsbegriff ist hier schlicht ein beschreibender, kein selbst wertender. Vgl. aus der Fülle der Literatur unterschiedlichster fachlicher Provenienz jüngst G. Virt, a.a.O. passim.

¹⁴ Höffe, a.a.O. A-204. Höffes Begründung für den Paradigmenwechsel auf den Vorrang der Kommutativgerechtigkeit bringt drei Argumente in Stellung: a) die Verteilung von Ressourcen setzt deren Erarbeitung voraus, die getauscht werden können (bei Arbeitsteiligkeit), b) Freiheitsrechte gehen aus einem Tausch hervor, c) Tausch ist demokratisch, Verteilung hierarchisch. All das setzt wiederum voraus, was es fordert. Dazu kritisch P. Darbrock, Tauschgerechtigkeit im Gesundheitssystem?, in: ZEE 43 (1999) 2-12, knapp auch Pöltner, a.a.O. 295ff.

¹⁵ Vgl. knapp D. Mieth, Was wollen wir können? Ethik im Zeitalter der Biotechnik, Freiburg i.Br. 2002, 18. Zu kritischen Anmerkungen zur Ökonomisierung der Medizin vgl. ebd. 80-93, ders., Die Diktatur der Gene. Biotechnik zwischen Machbarkeit und Menschenwürde, Freiburg i.Br. 2001, 53-63. – Nebenbei bemerkt: Auch in diesen pointierten Ausführungen fehlt der explizite Bezug auf die Gerechtigkeitsproblematik der globalen, also Makroebene.

¹⁶ H. Graupner, AIDS. Das große Versagen, in: Süddeutsche Zeitung vom 12.07.2002, 4.

¹⁷ H. Albrecht, Fürchtet euch doch!, in: DIE ZEIT Nr. 29 (2002) 1.

¹⁸ Um Mißverständnissen vorzubeugen: Es geht hier nicht um die individual- oder sexualethischen Implikationen, die diese beiden Pressestimmen – und nicht wenige andere im Umfeld des AIDS-Gipfels in Barcelona – nahelegen würden. Dazu sei nur hingewiesen auf die einfühlsamen Bemerkungen von J. Römel, a.a.O. 211-215, bes. 214f.

¹⁹ In dieser Perspektive und Interdependenz vgl. die Überlegungen des Politikwissenschaftlers H. Münkler, Die neuen Kriege, Reinbek 2002, bes. 28ff.

²⁰ Mieth, Was wollen wir können, 90f.

²¹ Mieth, ebd., 91.

²² Zitat aus dem Film «Todesursache: Unbezahlbar krank. Kirche, Pharma, 3. Welt», TV-Sendung des BR am 13. März 2002 (Text über: www.doc-gmbh.de).