

Priorisierung, Rationierung – Müssen die ethischen Grundsätze unserer Gesellschaft modifiziert werden?

PROFESSOR DR. BETTINA SCHÖNE-SEIFERT, UNIVERSITÄT MÜNSTER



In ethischen, rechtlichen und politischen Debatten um die Gestaltung von Gesundheitswesen unterscheidet man sinnvoller Weise zwischen Finanzierungs- und Ausgabenseite. Natürlich hängen letztlich beide Dimensionen vielfältig miteinander zusammen: je größer das Finanzvolumen, desto mehr lässt sich ausgeben; je berechtigter die Ausgaben, desto größer vielleicht die Zahlungsbereitschaft. Aber die genuinen Fairnessüberlegungen beider Seiten lassen sich deutlich voneinander unterscheiden: Während es auf der einen Seite um Fragen der Erwünschtheit und dann der Ausgestaltung eines öffentlich finanzierten Versorgungssystems geht, stehen auf der anderen Seite Verteilungsfragen innerhalb eines – so oder so – bezahlten Leistungssystems im Vordergrund.

Dass Deutschland, wie so viele andere Staaten, ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem haben bzw. beibehalten will, kann hier vorausgesetzt werden. Dahinter steht die weit geteilte Überzeugung, dass das Erhalten und Wiederherstellen von Gesundheit, die Linderung von Schmerzen und Funktionseinschränkungen sowie die Verhinderung eines vorzeitigen Todes zu denjenigen Leistungen gehören, die von besonderer Wichtigkeit sind. Gesundheit nämlich wird für sich selbst als wertvoll empfunden; Krankheiten und Behinderungen machen die Verwirklichung vieler Lebenspläne schwierig oder unmöglich; und schließlich ist die Sicherheit, im Falle zukünftiger Erkrankungen ohne Rücksicht auf die eigene Zahlungsfähigkeit medizinisch versorgt zu werden, für die meisten Menschen schon in gesunden Tagen außerordentlich beruhigend. Diese dreifache Bedeutung bedarfsgerechter Krankenversorgung ist ein überzeugender Grund dafür, auch weiterhin an einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem festzuhalten. Die deutsche Gesundheitspolitik debattiert seit Jahrzehnten die Ausgestaltung dieser Finanzseite – Stichworte: Kopfpauschale oder Bürgerversicherung – im Folgenden aber wird es fast ausschließlich um die Ausgabenseite gehen.

Da nun lautet die zentrale Frage, nach welchen Kriterien Leistungen angeboten bzw. vorenthalten werden sollen, wenn relative Mittelknappheit herrscht. Dass diese herrscht oder herrschen wird – dass also nicht alles bezahlbar ist, was in paradiesischen Überflussverhältnissen angeboten werden könnte – ist die Grundvoraussetzung für Verteilungsprobleme. Mittelknappheit im Bereich medizinischer Ressourcen besteht in begrenztem Umfang schon jetzt und wird aufgrund absehbar steigender Kran-

Medizinischer Fortschritt demographischer Wandel

→ Medizin unter Kostendruck

Optionen:

- Mehr Geld ins System
- Unsinniges unterlassen („futility“)
- Unerwünschtes unterlassen
- Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen
- Leistungen begrenzen

Quelle: Schöne-Seifert



Der Kostendruck im Medizinsystem, so die landläufige Annahme von Gesundheitsökonomien, wird weiter zunehmen.

kenversorgungskosten, so die Standardauffassung unter Gesundheitsökonomien, zukünftig zunehmen. Zwei Faktoren treiben aller Voraussicht nach die Kosten in die Höhe: die demographische Entwicklung mit einer altersbedingt steigenden Krankheitslast einerseits und der medizinische Fortschritt andererseits, der das Spektrum dessen, was irgendwie medizinisch nützlich ist, stetig erweitert.

Etwas von den Auswirkungen dieser Knappheit spürt man schon jetzt. Zwar muss hierzulande bisher niemand nur aus Kostengründen sterben oder unter schwereren Krankheiten leiden, die man nicht behandelt. Doch mehr und mehr zeigen sich die Anzeichen dafür, dass die Versorgungsqualität aus Gründen relativer Mittelknappheit an verschiedenen Stellen suboptimal ist: Pflegenotstand, lange Wartezeiten oder nur noch zweitbeste Medikamente gehören auch in Deutschland zum Alltag. Besorgnis erregen auch zunehmende Berichte über Auseinandersetzungen zwischen verordnenden Ärzten und den Medizinischen Diensten der Krankenkassen darüber, was in konkreten Fällen medizinisch „notwendig“ sei – Auseinandersetzungen, die nicht selten mit Leistungsstreichungen für die Patienten und mit Regressforderungen gegenüber den verschreibenden Ärzten ausgehen.

Auch die Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses, der seit einigen Jahren darüber zu entscheiden hat, welche neuen Maßnahmen in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden, ist natürlich eine Reaktion auf den relativen Kostendruck im Medizinsystem. Was wir brauchen, ist eine offene und kritische Diskussion über die Notwendigkeit von Leistungseinschränkungen und über die dafür geeigneten Kriterien. Dabei muss es vor allem um Fairness

gehen. Doch zuerst braucht man eine Einigung über die angemessenen Begriffe.

Begriffe

Zunächst versteht man unter Rationalisierung im Allgemeinen das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven, ohne dass dadurch die Versorgungsqualität für irgend einen der Betroffenen abgesenkt würde. Rationalisierungsmaßnahmen, so verstanden, sind offenkundig ethisch unproblematisch, wenn nicht gar zu fordern.

Wenn es hingegen um Leistungsbegrenzungen geht, ist bereits die Terminologie, besonders in Deutschland, notorisch strittig. Der politisch korrekte Begriff für das Thema der entsprechenden Debatten ist gegenwärtig Priorisierung, während es, so hört man allenthalben, um Rationierung, nicht gehe und auch nicht gehen dürfe.

Nach anderer Ansicht, der ich selbst zuneige, ist Priorisierung, – d.h. das Erstellen von Ranglisten nach bestimmten Gesichtspunkten – zwar für sich genommen ein Akt des bloßen Ordnen, während Rationierung eine Form handfester Leistungsbegrenzung ist. Doch wenn Prioritäten unter der Bedingung von Knappheit und mit der daraus resultierenden Absicht der Kostenersparnis erstellt werden, geht es letztlich um Posteriorisierung – also um die Einschränkung oder Begrenzung bestimmter medizinischer Leistungen durch Zurückstellen in der Wichtigkeitsrangfolge. Nichts anderes aber ist Rationierung, jedenfalls wenn man sich dem überwiegenden angloamerikanischen Sprachgebrauch anschließt. Dort nämlich werden ganz allgemein Leistungsbegrenzungen aus Kostengründen als rationing, also Rationierung bezeichnet, ohne dass dadurch

etwas über den Rang der limitierten Güter gesagt sei. In Deutschland wird der Rationierungs-Begriff demgegenüber häufig viel enger verstanden – nämlich so, dass es dabei klarerweise um das (natürlich aus jeder Perspektive unerwünschte) Vorenthalten lebensrettender oder anderer elementar wichtiger Maßnahmen aus Kostengründen gehe. Daher gilt der Begriff hier als „dirty word“. Diese begrifflichen Streitereien könnte man lächelnd übergehen und einfach den klaren Begriff der Leistungsbegrenzung benutzen. Doch sollte man im Auge behalten, dass gegenwärtige Priorisierungsanstrengungen und -diskussionen erstens auf Kostenersparnis abzielen und zweitens exakt dieselben Fairnessfragen stellen, wie es die schon länger dauernde Rationierungsdebatte angloamerikanischer Provenienz tut.

Weitere wichtige Unterscheidungen sind diejenige zwischen impliziter (verdeckter) und expliziter (transparenter) Rationierung sowie zwischen systematischen und Ad-hoc-Kriterien und zwischen zentralen und dezentralen Rationierungsentscheidungen. Eine Budgetkürzung etwa, in deren Folge Ärzte individuell über Leistungsbegrenzungen entscheiden müssen, ohne dass dieses Resultat politisch angekündigt oder zugegeben würde, wäre eine implizite Rationierung nach dezentralen Ad-hoc-Kriterien – der Arzt muss nach eigenem Bauchgefühl Leistungen zuteilen bzw. vorenthalten. Diese Variante des muddling through, d.h. des „Durchwurschtelns“ ist politisch natürlich vergleichsweise bequem, (rechts-)ethisch aber mehr als fragwürdig, da sie zu unfairen Ergebnissen führt, den Bürgern die Möglichkeit der Kritik und Einflussnahme verwehrt und die Ärzte in eine missliche Situation bringt, wovon noch die Rede sein wird.

Lassen sich Leistungsbegrenzungen vermeiden?

Wenn die These von den potentiell stetig steigenden Kosten zutrifft, können grundsätzlich mehrere Optionen gewählt werden: Der nächstliegende Vorschlag ist der, einer Ressourcenknappheit mit konsequenter Rationalisierung zu begegnen bzw. vorzubeugen (häufig benannte Kandidaten: zu hohe Anzahl von Apotheken; zu wenig Qualitätssicherung in der spezialisierten ambulanten und stationären Versorgung). Daran wird gearbeitet. Doch auch wenn es hier theoretisch wohl noch beträchtliche Potenziale gibt, sind diese Probleme in der Praxis schwer zu beheben und können oft nur langsam realisiert werden. Zugleich ändert sich nichts an den vielfältigen Ursachen der Ausgaben-

steigerung im Gesundheitswesen, so dass die Ressourcen, die durch Rationalisierung (einmalig) freigesetzt werden, durch die weitere Kostensteigerung aufgebraucht werden. Es gilt daher als zweifelhaft, die Ressourcen-Knappheit allein mit optimaler Rationalisierung dauerhaft beheben zu können. Zudem besteht die Gefahr, mit dem Slogan „Rationalisierung statt Rationierung“ tatsächliche Leistungsminderungen zu kaschieren, weil sich die Grenze zwischen reiner Rationalisierung und beginnender Rationierung in der Praxis schwer ausmachen lässt. So wäre das Vermeiden von Doppeluntersuchungen bei eindeutigen Ergebnissen der jeweiligen Erstuntersuchung klarerweise eine Rationalisierung, bei diesbezüglichen Zweifeln aber eine Rationierung. Ähnliche Kategorisierungsprobleme kann es beim ressourcensparenden Einsatz preiswerterer Medikamente oder Materialien sowie bei der Berechnung von Betten- oder Personalkapazitäten geben.

Biomedizinischer Fortschritt, so eine andere Hoffnung, werde die Versorgung Kranker auf Dauer preiswerter machen. Anfänglich teure Medikamente (beispielhaft: Insulin) oder kostspielige Operationen (Beispiel: Herzchirurgie) könnten durch verbesserte Herstellungsverfahren oder routinemäßige Anwendung auf ein erheblich niedrigeres Preisniveau gebracht werden, so dass auf längere Sicht für den gleichen Preis mehr und bessere Leistungen erhältlich wären. Auch wenn diese Effekte grundsätzlich zugestanden werden können, gilt doch: Solche Preissenkungen sind in der Vergangenheit durch den erheblich breiteren – und mit Blick auf bessere Versorgung wünschenswerten – Einsatz der jeweiligen Innovationen wieder ausgeglichen worden. Es sei etwa an die bildgebenden Verfahren wie Computertomographien und Magnet-Resonanz-Tomographien erinnert, die zwar als Einzelleistung deutlich billiger geworden sind, inzwischen aber so viel häufiger eingesetzt werden als in ihrer jeweiligen Anfangsphase, dass es nicht zu Einspareffekten kommt.

Ferner sorgt die Innovations- und Fortschrittsdynamik der modernen Medizin dafür, dass kontinuierlich neue und zunächst überwiegend teure Maßnahmen in die klinische Routine bzw. auf den medizinischen Markt kommen. Wenn nicht grundsätzlich auf alle oder die meisten Neuerungen verzichtet werden soll, wird die Mittelknappheit ein Problem bleiben, für das eine einfache „technische Lösung“ nicht in Sicht ist.

Man könnte, so die nächste Option, mehr Geld ins System bringen. Das aber ist aus drei Gründen eher kein

realistischer Ausweg: Erstens ist die Gesundheitsversorgung nur eine der zahlreichen sozialen Unternehmungen, die auf der Makroebene miteinander um öffentliche Gelder konkurrieren. Was zusätzlich in die Medizin fließt, fehlt anderenorts, etwa in Bildung oder Verkehrssicherheit. Zweitens steht zwar nirgendwo festgeschrieben, welchen relativen Ressourcen-Anteil das öffentliche Gesundheitsbudget ausmachen sollte, doch scheint die Bereitschaft zu entsprechenden Beitragserhöhungen klein. Das könnte sich bei regelrechten therapeutischen Durchbrüchen – Alzheimer-Impfung oder Gewebeersatz bei degenerativen Erkrankungen – schlagartig ändern, nicht aber, solange es um das „normale Durchwurschteln“ handelt. Drittens schließlich müssten die Geldhähne absehbar immer wieder geöffnet werden, wenn denn die These vom stetig kosten-trächtiger werdenden medizinischen Fortschritt richtig ist. An wertenden Differenzierungen zwischen Medizin und anderen öffentlichen Aufgaben und zwischen wichtigen und weniger wichtigen Maßnahmen innerhalb der Medizin scheint kein Weg vorbeizuführen.

Einem anderen Vorschlag zufolge sollen medizinische Leistungsanbieter – insbesondere die pharmazeutische Industrie – die Mittelknappheit durch eine verantwortliche Preispolitik beheben. Tatsächlich legen in Deutschland, im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern, die Hersteller die Preise für ihre pharmazeutischen Produkte bisher selbst fest. Durch eine Preisregulierung, wie sie zumindest in ersten Schritten für 2011 beschlossen wurde, werden hier gewiss erhebliche Einsparungen ermöglicht. Diese Möglichkeiten außer Acht zu lassen und stattdessen einer Rationierung das Wort zu reden, würde deren Befürworter in der Tat gewissermaßen zu Komplizen der Industrie auf Kosten der Patienten machen. Andererseits haben auch Länder mit zentral festgelegten Arzneimittelpreisen in ihrem Gesundheitswesen Knappheitsprobleme, wie sich dies bei steigender Krankheitslast und wachsenden Behandlungsoptionen ja auch nicht anders erwarten lässt. Zudem lässt sich der oben beschriebene Kompensationseffekt feststellen: Werden Arzneimittelpreise herabgesetzt, ändert sich häufig auch das Verschreibungsverhalten. Dies wirkt möglichen Einspareffekten entgegen.

Nicht selten wird die Hoffnung geäußert, Leistungsbegrenzungen ließen sich auf medizinisch gänzlich Unwichtiges begrenzen, so dass die Schmerzhaftigkeit und vermeintliche Unfairness genuiner Rationierungsmaßnahmen umgangen werden könnten. Es komme dann ledig-

Hypothetische Priorisierungsliste

konsensfähig wichtig

- Lebensrettung (OPs, Infektionsbehandlung)
- Schmerzstillung

strittig

- Lebensverlängerung um 1 Monat? ...
- Homöopathie mit Plazebo-Effekt?

medizinisch entbehrlich

- Antibiose bei reinen Virusinfekten
- Verzicht auf wirkungsgleiche Generika

Quelle: Schöne-Seifert



Der Ansatz, Leistungsbegrenzungen auf vermeintlich medizinisch Unwichtiges zu begrenzen, versucht genuine Rationierung zu umgehen.

lich darauf an, „die Spreu vom Weizen zu trennen“ und erstgenannte, aber auch nur erstgenannte, zu posteriorisieren. Hier nun hängt alles davon ab, wie „Spreu“ oder Sinnlosigkeit verstanden werden. Fasst man hierunter allein das, was im strikten Sinne absehbar ohne jeden klinischen Nutzen ist, wird der Vorschlag kaum fruchten, da solche Maßnahmen, so darf man hoffen, denn doch selten erfolgen. Zählt man aber auch Behandlungen mit kleinem Nutzen dazu, so sind eben doch bereits Werturteile und ein Rationierungskriterium im Spiel.

Man könnte auch, so der letzte hier zu diskutierende Vorschlag, das Erfordernis künftiger Rationierung dadurch umgehen, dass man das gute bisherige Versorgungsniveau aufrechterhält, aber nicht noch steigert. Hier wird übersehen, dass auch ein „Einfrieren“ des medizinischen Fortschritts eine Form der Rationierung wäre – allerdings zulasten künftiger Patienten und Generationen. Dass sich aber das gegenwärtige Leistungspotential der Medizin nicht denen verdankt, die gegenwärtig davon profitieren, liegt bei genauerem Hinsehen ebenso auf der Hand wie die Tatsache, dass dadurch erhebliche Fairness-Probleme entstünden.

Aus den vorangehenden Überlegungen folgt wohl doch, dass in einer demokratischen Gesellschaft die Suche nach Kriterien oder Verfahren zur medizinischen Leistungsbegrenzung innerhalb des öffentlich bezahlten Gesundheitssystems unumgänglich ist. In Skandinavien, Großbritannien oder den Niederlanden hat man damit schon vor Jahren begonnen – Deutschland folgt nun hoffentlich

endlich nach, wengleich die Politik sich mit diesem Gedanken noch kaum anfreunden kann.

Ärztliche Rationierung am Krankenbett

Dasjenige „Verfahren“, das durch die gegenwärtige Gesundheitspolitik schleichend zur Realität zu werden scheint, ist ein Delegieren der Zuteilungsentscheidungen an die Ärzte am Krankenbett.

Diese implizite Rationierung ist insofern bedenklich, als es um Entscheidungen geht, die nicht allein auf der Grundlage medizinischen Sachverstands getroffen werden können. Medizinischer Sachverstand ist natürlich eine notwendige Bedingung sowohl für die Erstellung konkreter Priorisierungslisten (nämlich bei der vergleichenden Beurteilung medizinischer Nutzenpotentiale) als auch bei der Behandlung von Patienten nach Maßgabe etablierter Zuteilungskriterien. Doch solche Kriterien bedürfen auch einer normativen Rechtfertigung, welche die Gesellschaft offen und transparent verantworten müsste. Diese Aufgabe wie einen schwarzen Peter den Ärzten zu überlassen, überfordert sie und muss zu idiosynkratischen und uneinheitlichen Verteilungsmustern führen. Schon dass erscheint, unter Fairness-Aspekten, indiskutabel; zudem würden Ärzte in Loyalitätskonflikte gestürzt und gar die Vertrauensgrundlage des Arzt-Patienten-Verhältnisses gefährdet werden. Aufmerksame Beobachter, beginnen zu registrieren, wie das ständig geforderte und beförderte ärztliche Kostenbewusstsein peu à peu auch das Sozialverhalten und die Grundeinstellungen der Ärzte negativ beeinflusst.

Richtig wäre, wenn Ärzte die ihnen zukommende Rolle als „Anwälte“ ihrer individuellen Patienten offen und durchgängig innerhalb des Rahmens gesellschaftlich vorgegebener und diskutierter Leistungsbereitschaft wahrnehmen könnten.

Kriterien fairer Leistungsbegrenzung

Jede Begrenzung irgendwie nützlicher medizinischer Leistungen innerhalb des öffentlich finanzierten Versorgungssystems bedeutet eine gewisse Interessenverletzung der Betroffenen und tut ihnen somit „weh“. Rechtfertigen lassen sich Leistungskürzungen gleichwohl mit Blick auf konkurrierende andere öffentliche Aufgaben und auf die mögliche Beschädigung der solidarischen Krankenversorgung durch ihre Überforderung – allerdings nur dann,

wenn die Kürzungen keine Fairness-Grundsätze verletzen. Diese letzte Forderung näher zu bestimmen, macht Aufgabe und Schwierigkeit der ethischen Rationierungs- oder Priorisierungsdebatten aus, wie sie in immer mehr Ländern geführt werden – in Deutschland, wie gesagt, erst seit wenigen Jahren und sehr zögerlich.

Das deutsche Sozialrecht gibt bei seinen Anweisungen zur Ausgestaltung der GKV-Leistungsansprüche vor: „Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ (§12 Sozialgesetzbuch V). Dabei macht offenkundig der zweite Satz fehlende Notwendigkeit und fehlende Wirtschaftlichkeit zu zwei unabhängigen Ausschlusskriterien.

Doch was aus dem großen Pool der irgendwie nützlichen medizinischen Angebote zur notwendigen Versorgung gehört und was nicht, ist in weiten Bereichen offen und strittig und ist letztlich eine wertende Festlegung. Doch auch wann Unwirtschaftlichkeit vorliegt bleibt offen. Insbesondere wird nicht deutlich, ob dieses Kriterium lediglich bei Vorliegen gleich nützlicher Alternativen deren preiswertere zu wählen vorschreibt (Rationalisierungsgebot) oder ob sich so auch absolute Kostengrenzen rechtfertigen lassen und wenn ja, in welchen Grenzen und unter welchen Zusatzbedingungen. Damit ist die (Rechts-) Ethik auf den Plan gerufen.

Hier nun sind einige Implikationen des Fairnessgebots, die international unstrittig sind: Leistungsbeschränkungen dürfen nicht den Grundsatz der Gleichbehandlung verletzen und daher nicht auf der Grundlage

- (1) rein persönlicher, patientenbezogener Merkmale erfolgen. Geschlecht oder gesellschaftlicher Status, Beruf oder Vermögen sind damit keinesfalls vertretbare Kriterien für Rationierungsentscheidungen. Aber auch:
- (2) verhaltensbezogene Parameter wie Lebensstil oder Vorbestrafungen, Mitverschulden oder sogar die erwartbare klinische Mitarbeit (compliance) werden als Zuteilungskriterien ganz oder überwiegend abgelehnt. Damit bleiben drei Kategorien von Kriterien im Spiel, nämlich:
- (3) rein bedarfs- oder nutzen-bezogene Parameter wie Notwendigkeit, zeitliche Dringlichkeit,

Lebensgefahr, Ausgangsniveaus, Prognosen oder Nutzenschwellen;

- (4) kosten-nutzen-bezogene Parameter wie Preisgrenzen pro Therapie-/ Nutzeneinheit, Kosten-Nutzen-Verhältnis;
- (5) egalisierende Parameter wie Wartelisten oder Losen.

Und doch ist hiermit noch wenig gewonnen. Es bleibt zu klären, wie die Unterkriterien zu definieren und vor allem, wie sie zu gewichten sind. Dass etwa schwere Erkrankungen vorrangig behandelt werden sollen, sagt nichts darüber, wie trivial Krankheiten sein müssen, um nicht mehr (aus GKV-Mitteln) behandelt zu werden. Auch ist nicht immer klar, was die Oberkategorien umfassen. Ein Beispiel hierfür ist das kalendarische Alterskriterium: Während die einen Altersgrenzen für bestimmte Behandlungen ablehnen, weil sie auf ein persönliches Merkmal verwiesen und daher unvereinbar mit dem Gleichheits- und Gerechtigkeitsgrundsatz seien, verteidigen andere ein genuines Alterskriterium, gerade weil es nicht gegen bestimmte Individuen oder Gruppen diskriminiere, sondern in gewisser Weise egalisiere, da prinzipiell jedermann einmal alt werde. Zudem hätten die jeweils älteren Menschen bereits jahrzehntelang von einer sozial garantierten Krankenversorgung profitiert und sei es vernünftig und gerecht, die Hilfe zum gesunden Altwerden-Können vorrangig zu garantieren.

Auch in anderer Hinsicht sind die ethischen Grundprinzipien der Fairness und Gleichbehandlung so interpretationsoffen, dass unterschiedliche Autoren, Gremien oder Länder auf seiner Grundlage zu deutlich divergierenden Auffassungen über die ethische Zulässigkeit bestimmter konkreter Kriterien der Leistungseinschränkung kommen.

Insgesamt zeichnet sich wohl ab, dass die mühevoll Formulierung ethischer Rahmenbedingungen, wie sie von diversen internationalen Kommissionen (z.B. in Schweden,

Norwegen oder den Niederlanden) geleistet worden ist, zu wenig Orientierung bietet und hinsichtlich ihrer praktischen Bedeutung weit hinter den – strittigen – konkreten Kriterien zurück bleibt, die etwa in Großbritannien oder Australien erarbeitet wurden.

Vor diesem Hintergrund lässt sich erwarten, dass eine konsensfähige Politik der Leistungsbegrenzung von den vier prinzipiell offenen Wegen:

- muddling through (wie bisher)
- inhaltliche Kriterien
- prozedurale Kriterien (z.B. Einsetzen einer verantwortlichen Instanz)
- Kombination zwischen inhaltlichen und prozeduralen Kriterien

den letzten Weg gehen muss. Dabei würden idealerweise die inhaltlichen Kriterien weitgehend präzisiert und dann als Entscheidungsrahmen einer Kommission dienen, die auf absolute Transparenz verpflichtet wäre.

Ein Vorschlag: Begrenzungskriterium „Mindestnutzen“

Im Folgenden möchte ich den vorangehenden allgemeinen Darlegungen einen ziemlich konkreten Vorschlag gegenüber stellen, der Gegenstand und Ergebnis eines laufenden eigenen Forschungsprojekts ist. Ausgangspunkt dieses Ansatzes ist die Überzeugung, dass faire Leistungsbegrenzungen, wenn denn erforderlich, im ersten Schritt so vorzunehmen wären, dass die mit ihnen einher gehenden Zumutungen bzw. „Opfer“ für betroffene Patienten möglichst klein sind.

Letztlich geht es bei allen medizinischen Interventionen darum, einem konkreten Patienten entweder die Restlebenszeit (unter der Voraussetzung einer mindestens erträglichen subjektiven Lebensqualität) zu verlängern oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern. Neben diesen beiden Dimensionen des direkten klinischen Nutzens kann Medizin natürlich auch noch indirekten Nutzen (etwa: eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit oder der sozialen Beziehungen) realisieren. Doch diese Aspekte hängen wesentlich von den persönlichen Lebensumständen, Rollen und Erfolgen eines Patienten ab und sollten daher aus der Perspektive der Gleichbehandlung ausgeblendet werden.

Der Vorschlag meiner Arbeitsgruppe lautet daher, medizinische Interventionen nur dann in den solidarisch finanzierten Leistungskatalog aufzunehmen, wenn sie einen direkten klinischen Mindestnutzen, sei es in der Dimen-

Suche nach Begrenzungskriterien

- prozedurale Fairnesskriterien
- materiale Fairnesskriterien
- „muddling through“
- Kombinationen

Quelle: Schöne-Seifert



Der Politik bieten sich prinzipiell vier Wege zur Leistungsbegrenzung an.

sion der Lebensverlängerung oder in der Dimension der Lebensqualität, zu haben versprechen. Umgekehrt sollten die Kosten für Maßnahmen, die lediglich eine sehr kurze Lebensverlängerung oder eine sehr geringe Besserung des Befindens bewirken können, nicht erstattet werden. Angenommen, diese Forderung ließe sich hinreichend gut präzisieren und operationalisieren, was spräche für sie? Der erste Pluspunkt liegt, wie schon eingangs erwähnt, darin, dass mit diesem Kriterium keinem Patienten große Opfer abverlangt würden: Niemand müsste aus Kostengründen auf eine Behandlung verzichten, die ihm die Chance einer Heilung, einer Lebensverlängerung um mehrere Monate oder Jahre oder einer signifikant verbesserten Lebensqualität böte. Statt einzelnen Patienten große Opfer abzuverlangen (ihnen z.B. sehr teure, aber lebensrettende Behandlungen vorzuenthalten), würde vielen Patienten ein lediglich kleiner Nutzen verwehrt – je nach Konkretisierung der Schwellenwerte z.B. weniger als 4 Wochen Lebenszeitgewinn oder weniger als 10% Lebensqualitätsverbesserung.

Weitere Vorteile bestehen darin, dass dieses Kriterium keine systematischen Benachteiligungs-signale impliziert. Es macht sich eben nicht an patientenbezogenen Eigenschaften fest, würde nicht bestimmte Gruppen von Patienten diskriminieren, sondern sehr viele Kranke in sehr unterschiedlichen Krankheitskontexten betreffen. Es erfüllt die Anforderungen der Transparenz, der Unparteilichkeit und entspricht den verbreiteten Vorstellungen der Good Clinical Practice, keinen unverhältnismäßigen Aufwand für sehr kleine Nutzengewinne zu betreiben.

Im Gegensatz zu Kosten-Nutzen-Bewertungen nimmt das hier vorgeschlagene Kriterium nur die Nutzenseite in den Blick, unabhängig von den konkreten Kosten einer Behandlung. Zwar müsste die Anwendung des Mindestnutzen-Kriteriums insgesamt zu Kostenersparnissen führen, wofür die gegenwärtigen Zusatzkosten für etliche Onkologika mit lediglich minimalem Zusatznutzen sprechen, aber eine konkrete nur minimal nützlich wirksame würde unabhängig davon ausgegrenzt, ob sie preiswert (beispielsweise Nasentropfen) oder kostspielig (beispielsweise Biologicals) wäre. Somit entfielen die z.T. problematischen und generell als abwertend empfundenen Prozeduren des Aufsummierens, Monetarisierens und Vergleichens von Behandlungsergebnissen („Dein Leben ist es uns nicht wert...“), was wir für einen weiteren erheblichen Fairness-Vorteil halten.

Nutzenopfer sollen minimal sein

- Gesundheit ein besonderes Gut? : JA
- Gesundheit / Leben ein preisloses Gut : NEIN
- Solidarische Versorgung?: JA
- Leistungsbegrenzungen fair?: im Prinzip JA
- Kleine „Opfer“ fair / große nicht?: JA
- Kosten irrelevant: NEIN

Quelle: Schöne-Seifert



Leistungsbegrenzungen müssen fair und transparent sein, um ethisch akzeptabel zu sein.

Um dieses Kriterium in die Praxis umzusetzen, braucht man natürlich belastbare Daten zum Nutzen der in Rede stehenden Maßnahmen. Wissend, dass solche für zahlreiche etablierte Therapien fehlen, würden wir unsere Nutzen-„Rasierklinge“ zunächst auf den Bereich der Innovation verwenden. Dort müssen Wirksamkeitsnachweise im Rahmen von Zulassungsstudien ohnehin geführt werden. Und auch mit Blick auf schon eingeführte Behandlungen stehen wir mit dem Ruf nach einer systematischen Evaluation ja im Schulterschluss mit der Evidenzbasierten Medizin-Bewegung. Alle möglichen Probleme bei der Nutzenbewertung (insbesondere die Auswahl und Gewichtung der relevanten Wirksamkeits-Parameter, der primary health outcomes), auf die ich hier nicht eingehen kann, teilen wir mit schlechterdings allen Varianten der (Kosten-)Nutzen-Bewertung, seien es nun die Effizienzgrenzen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder die QALYs der Mainstream-Gesundheitsökonomie.

Ein ganz bestimmtes Problem allerdings ist spezifisch für unseren Vorschlag: wir müssten verlässlich zwischen solchen Therapien unterscheiden können, bei denen der Durchschnittsnutzen zwar minimal, der Erfolg für einzelne wenige Patienten (Extremfälle) aber gleichwohl groß ist, und solchen bei denen auch der At-best-Nutzen minimal ist (keine Extremfälle). Denn nach der Fairness-Logik unseres Vorschlags (nur minimale Nutzen-Opfer) würden Therapien der ersten Kategorie durch unser Kriterium gerade nicht ausgegrenzt.

Was lässt sich gegen diese Überlegungen einwenden? Zum einen wohl, dass die Bestimmung dieser Schwellen (4 Wochen oder 3 Monate?) ziemlich willkürlich wäre. Darin aber sehen wir kein grundsätzliches Problem; eine Gesell-

schaft könnte sich darauf verstehen, diese Frage öffentlich zu diskutieren und dann politisch entscheiden zu lassen. Zum anderen lässt sich einwenden, dass betroffene Patienten auch an letzten Strohhalmen hängen, ihnen auch gewonnene Tage von großer Bedeutung sein können. Das stimmt gewiss; doch jede Form der Leistungsbegrenzung „tut weh“ – und diese, so meinen wir, noch vergleichsweise am wenigsten. Und schließlich mag man darauf verwiesen, dass der medizinische Fortschritt häufig in kleinen Schritten daher komme und von unserer Nutzen-Rasierklinge behindert werden würde. Unsere Antwort: Dieser Fortschritt muss dann im Rahmen von kontrollierten klinischen Studien erfolgen, nicht aber in der Regelversorgung.

Um es noch einmal deutlich zu sagen: Der hier skizzierte Vorschlag soll und kann nach unserem Dafürhalten auf Dauer nicht das einzige Kriterium für Leistungsbegrenzungen sein; man wird in extrem teuren sowie in rein präventiven Bereichen der Medizin wohl notgedrungen auch konkrete Kosten berücksichtigen müssen. Aber das könnte später geschehen.

Müssen wir „unsere Ethik“ revidieren, um Leistungseinschränkungen zu rechtfertigen?

Zurück zum Allgemeinen: Stehen alle Vorschläge zur Begrenzung des Leistungsangebotes der GKV – sei es nun der soeben erörterte oder ein anderer – im Widerspruch zu unseren bisherigen ethischen Vorstellungen? Nein, keineswegs.

Wir halten als Gesellschaft daran fest, dass Gesundheit ein besonderes Gut ist und dass daher eine solidarische Krankenversorgung erfolgen muss. Um diese zu erhalten, verstehen wir uns angesichts erwartbarer und unumgänglicher relativer Mittelknappheit in diesem Versorgungssystem dazu, gewisse Leistungsbegrenzungen vorzunehmen, die transparent und fair sein müssen, um ethisch akzeptabel zu sein. Aufgeben allerdings müssen wir (spätestens jetzt) die Illusionen auf, dass Gesundheit und Leben in jeder Hinsicht „preislose Güter“ und Kostenüberlegungen jedenfalls bei alternativelosen Behandlungen daher schlechterdings unzulässig seien.

Medizinethiker, die sich mit Allokationsfragen beschäftigen, waren lange Zeit zufrieden, wenn sie ihre Hörer und Leser für die absehbare Erforderlichkeit von Leistungsbegrenzungen in solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen zu sensibilisieren und ihnen zu zeigen vermochten,

dass die scheinbar wertfreien Allokations-Kriterien (der Mediziner und Ökonomen) durchaus wertbeladen sind und sich diversen Einwänden ausgesetzt sehen. Nun wird es Zeit für die komplexere Aufgabe, konkrete und konstruktive Vorschläge zu erarbeiten.

Kontakt: schoeneb@ukmuenster.de

PROFESSOR DR. BETTINA SCHÖNE-SEIFERT



Professor Dr. Bettina Schöne-Seifert studierte Humanmedizin, Philosophie und Bioethics in Freiburg, Wien, Göttingen und Washington DC. Sie ist approbierte Ärztin, wurde mit einer experimentellen Arbeit zur Phenylketonurie in der Medizin promoviert und habilitierte sich am Philosophischen Seminar der Universität Göttingen.

Seit 2003 hat sie den Lehrstuhl für Medizinethik an der Universität Münster inne. Schöne-Seifert war von 2001 bis 2010 Mitglied des Nationalen bzw. Deutschen Ethikrats; sie ist seit 2008 Fellow der Max Planck Gesellschaft, seit 2010 Mitglied der Nationalen Akademie Leopoldina und leitet ebenfalls seit 2010 gemeinsam mit Kollegen die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanzierte Münsteraner Kollegforschergruppe „Normenbegründung in Medizinethik und Biopolitik“. Ihr Hauptarbeitsgebiet ist die Medizinethik mit derzeitigen Arbeitsschwerpunkten bei Fragen der Sterbehilfe, des Enhancements, der Neuroethik, der Grundagentheorie der Bioethik und der Verteilungsgerechtigkeit.

