

Sind Priorisierungen in der Medizin „menschenverachtend“?



Professor Dr. Dr. phil. Urban Wiesing, Universität Tübingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin und Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer.

Auf dem Deutschen Ärztetag in Mainz im Mai dieses Jahres schlug der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, vor, in Deutschland eine Debatte über Priorisierungen in der Medizin zu führen. „Die heimliche Rationierung (so Hoppe), bei der die Entscheidung auf der Mikroebene zwischen Arzt und Patient verlagert wird, muss aufhören. Wir brauchen eine offene Priorisierungsdebatte, wie sie in anderen Ländern seit zwanzig Jahren geführt wird.“ (Deutsches Ärzteblatt – DÄB, 2009, C 796).

Die Reaktionen waren verheerend, dem Präsidenten begegnete empörte Ablehnung auf breiter Front. Sie gipfelte in der wiederholten Äußerung der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, die Vorschläge des Präsidenten seien „menschenverachtend“ und mit ihrem „Verständnis von Humanität und dem Artikel 1 des Grundgesetzes“ nicht vereinbar (DÄB 106, 2009, Heft 26, Seite C 1114). Allerdings ließ die Bundesgesundheitsministerin bei ihren weiteren Ausführungen eine außergewöhnliche Lesart von Priorisierung erkennen: Sie verstand unter Priorisierung, dass es „eine Liste von Krankheiten gibt, die man behandelt und andere nicht“ (DÄB 106, 2009, Heft 26, Seite C 1114). Mir ist kein seriöser Teilnehmer an der Debatte bekannt, der dieses unter „Priorisierung“ verstehen würde. So einfach macht es sich niemand mit Priorisierungen.

Fakten

Auch wenn die Vorstellungen der Bundesgesundheitsministerin von Priorisierung ein Alleinstellungsmerkmal ist, möchte ich trotzdem die Frage untersuchen: Sind Priorisierungen in

der Medizin menschenverachtend? Lassen Sie mich dazu eingangs einige Fakten in Erinnerung rufen.

In der Wissenschaft sind Priorisierung ein selbstverständliches, geradezu unaufgeregtes Thema. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft unterstützt gleich eine ganze Forschergruppe zum Thema. Wird hier „menschenverachtendes“ Gedankengut mit Steuergeldern subventioniert? Zahlreiche internationale Konferenzen mit hochrangigen Experten widmen sich dem Thema Priorisierung. Alles Ansammlungen der Menschenverachtung? Die Zentrale Ethikkommission bei der BÄK hat gleich zweimal zum Thema Stellung genommen, Priorisierungen explizit befürwortet und Kriterien für vertretbare Priorisierungen entwickelt. Ist das Gremium nun vollends der Menschenverachtung anheim gefallen? Als Vorsitzender dieses Gremiums bin ich naturgemäß subjektiv beeinflusst, trotzdem bitte ich Sie, mir zu glauben, dass wir beim besten Willen nichts Menschenverachtendes im Schilde führten.

In anderen Ländern haben die Regierungen Kommissionen zur Priorisierung eingesetzt,

diese haben Vorschläge unterbreitet, die politisch umgesetzt wurden. Deren Gesundheitssysteme belegen nicht selten die vorderen Plätze in den internationalen Rankings. Und, interessant zu wissen: Alle Priorisierungsentscheidungen nach vorheriger Diskussion haben letztlich zu „milden“ Ergebnissen geführt. Nirgendwo wurde Kahlschlag betrieben. Nirgendwo waren die Resultate „menschenverachtend“. Kurzum: Priorisierungen sind in der Wissenschaft und international ein anerkanntes und akzeptiertes Mittel zur Begrenzung der Ausgaben im Gesundheitswesen.

Deutschland

Und – das muss man allen Empörten sagen – es gibt Priorisierungen bereits in Deutschland, und zwar auf der Grundlage eines Gesetzes. Ich denke an die Verteilung von Transplantaten. Hier schreiben die Verteilungsrichtlinien eindeutige Priorisierungen vor, und sie dienen dem Wohl der Patienten. Nieren werden bevorzugt transplantiert, wenn sie wahrscheinlich eine lange Funktionsdauer im Empfängerorganismus haben. Kinder bekommen bevorzugt

Transplantate, weil sie sonst größeren und irreversiblen Schaden nehmen als Erwachsene. Ist das „mensenverachtend“? Ein aktuelles Beispiel sei ergänzt: Wenn man bei der Impfung für die Schweinegrippe eine Reihenfolge festlegt, wer zunächst geimpft werden soll, dann ist das eine Priorisierung in Reinkultur. Sie wird übrigens unterstützt von den guten Argumenten, die Schwachen und Gefährdeten zunächst zu schützen, auf diese Weise die Verbreitung der Grippe am effektivsten einzugrenzen und den Schaden in seiner Gesamtheit zu minimieren. Ist das „mensenverachtend“?

Offensichtlich sind die Äußerungen der Ministerin wohl politisch zu verstehen. Das will heißen: Inhaltlich kann sie es nicht ernst gemeint haben. Es ging ihr wohl eher um die möglichst augenfällige Diskreditierung des politischen Gegners.

Wahlen

Mittlerweile hat sich der Pulverdampf der Empörung verzogen und andere Stimmen sind zu vernehmen: So bekundete Daniel Bahr, der gesundheitspolitische Sprecher der FDP, Hoppe habe im Prinzip Recht und man müsse das Thema sachlich diskutieren. Allerdings: „Das ist in einem Wahljahr aber schwierig.“ (DÄB 106, 2009, Heft 37, Seite C 1490). Auch der CDU-Gesundheitspolitiker Hans-Georg Faust bestätigt, der Präsident habe die richtige Diskussion begonnen, allerdings zum falschen Zeitpunkt. „Kein Politiker wird eine solche Debatte (Priorisierung) im Bundestagswahljahr führen wollen.“ (DÄB 106, 2009, Heft 36, Seite C 1432). Diese Äußerungen lassen freilich auf ein merkwürdiges Demokratieverständnis schließen: Im Wahljahr, wenn der Bürger etwas zu entscheiden hat, dürfen bestimmte Themen nicht diskutiert werden. Das sparen wir uns auf, bis der Bürger erstmal nichts mehr zu entscheiden hat. Kurzum: Die Empörung über den Vorschlag von Hoppe verhält sich umgekehrt proportional zur Aufrichtigkeit der Diskussion.

So weit zur politischen Dimension des Streites, lassen Sie mich auf die Inhalte der Debatte eingehen: Was kann mit Priorisierungen vernünftigerweise gemeint sein? Worum geht es?

Ausgaben

Zunächst müssen wir uns die Situation der Gesundheitsausgaben anschauen: Bei neuer, kostspieliger Diagnostik und Therapie (die wir übrigens begrüßen), einer sinkenden Lohnquote und einem demografischen Wandel werden sich die Probleme der Finanzierung des Gesundheitswesens verschärfen. Die Politik in Deutschland hat bislang vor allem auf der Einnahmenseite nach Lösungen gesucht und die Ausgabenseite durch Budgets in bestimmten Bereichen und Diagnosis related groups (DRG) im Einzelfall begrenzt. Doch alle Prognosen zur weiteren Entwicklung deuten darauf hin, dass wir nicht umhinkommen, die Ausgabenseite differenzierter und vor allem nach medizinischen Inhalten zu betrachten. Denn die Alternative, ständige wachsende Gesundheitsausgaben, steht uns nicht offen und sie ist auch nicht wünschenswert. Ständig wachsende Gesundheitsausgaben führen bei begrenzten Ressourcen zur Vernachlässigung anderer öffentlicher Aufgaben (und dann auch zu Nachteilen für die Gesundheit – Marckmann 2008, 2009). Man mag trefflich darüber streiten, ob eine vernünftige Grenze der Gesundheitsausgaben mit dem jetzigen Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung erreicht ist oder nicht. Das will ich heute Abend nicht klären. Unstrittig ist allerdings, dass ständig wachsende Beiträge zur Krankenversicherung irgendwann einmal kontraproduktiv werden.

Strukturierung

Die Priorisierungsdebatte ist angesichts dieser Situation nichts anderes als der Versuch, die Ausgabenseite in einer ethisch gerechtfertigten Weise zu strukturieren, „endliche finanzielle Mittel transparent und sinnvoll“ (Carlsson 2009, Seite 94) zu verteilen. Zudem muss man sich einmal vor Augen führen, was Priorisierungen sind: „In der Priorisierungsdiskussion geht es darum, Vorrangigkeit und Nachrangigkeit in der Versorgung festzulegen.“ Und ganz wichtig: „Priorisierung ist nicht gleichzusetzen mit Rationierung.“ (Ch. Fuchs, DÄB 2009, Seite C 796). Wir müssen also zwischen Priorisierungen und Rationierungen unterscheiden.

Priorisierung ist nämlich zunächst nur die Feststellung unterschiedlicher Wichtigkeit. Daraus kann man ganz verschiedene Konsequenzen ziehen: Als Folge von Priorisierungen können Mittelverteilungen in beide Richtungen gehen – Ausgleich von Versorgungsdefiziten und Abbau von unwichtigen Versorgungsbereichen. Priorisierungen haben übrigens auch – das zeigt die internationale Erfahrung – in einigen Bereichen zu Mehrausgaben geführt (siehe zum Beispiel Carlsson 2009).

Realität

Bevor jemand ein Urteil über Priorisierungen fällt, sollte er die Realität im deutschen Gesundheitswesen betrachten und vor diesem Hintergrund urteilen: Mit der Einführung von Budgets und DRG hat der Gesetzgeber implizite Rationierungen im Gesundheitswesen ermöglicht. Und mittlerweile liegen verschiedene empirische Belege vor, dass Ärzte „nützliche Maßnahmen aus Kostengründen vorenthalten [...] müssen“ (Strech et al. 2009, Seite 1261). Die derzeitige versteckte Rationierung durch Budgets und DRG hat unstrittige Nachteile: Sie ist intransparent, von Haus zu Haus, von Praxis zu Praxis unterschiedlich, wir können uns darüber noch nicht einmal Auskunft geben. Dabei läuft man Gefahr, inkonsistent, eventuell irrational zu handeln und der Bürger weiß nicht, wer die Verteilungsentscheidungen bei begrenztem Budget anhand welcher Kriterien fällt. Das Ganze geschieht ohne wissenschaftliche Begleitung und stellt – ich muss es nicht erläutern – eine Belastung für das Arzt-Patient-Verhältnis dar. Die ärztliche Tätigkeit ist für sich genommen schon kompliziert genug. Es muss nicht jeder Arzt auch noch ein Experte für versteckte Rationierungen werden. Dies ist aber die Realität, wir haben ein „Durchreichen“ der Verantwortung für Verteilungen an die Ärzte und vor diesem Hintergrund sind alle Diskussionsvorschläge zu bewerten.

Diskussion

Demgegenüber steht die Forderung, das Problem offen anzusprechen und nach anderen Wegen zu suchen. „Eine offene Diskussion über

Priorisierung scheint fruchtbarer als eine sich möglicherweise still vollziehende Rationierung unter verborgenen und unklaren Prioritäten.“ (ZEKO 2000, Seite A 1018). Die Vorteile liegen auf der Hand: Solche Entscheidungen können transparent getroffen werden, konsistent – und nicht von Haus zu Haus wechselnd. Die Entscheidungen können evidenzbasiert gefällt werden, auf der Grundlage neuester wissenschaftlicher Erkenntnis, mit Bürgerbeteiligung, mit demokratischer Legitimation und sie entlasten das Arzt-Patient-Verhältnis.

Hinter den ganzen Bemühungen um ethisch vertretbare Priorisierungen im Gesundheitswesen stehen im Grunde zwei moralische Überzeugungen und wir sollten sie uns vor Augen führen, denn sie passen gut zu unseren sonstigen Überzeugungen: Es ist gerechter, allen Bürgern sozial finanzierten Zugang zu einer Basisversorgung zu ermöglichen als nur einem Teil der Bevölkerung Zugang zu allen aktuell verfügbaren medizinischen Maßnahmen. Und es geht darum, an den Rändern der Medizin zu sparen, um den Kern der Medizin zu wahren (ZEKO 2007). Priorisierungen sind eine Chance, sich darüber klar zu werden, was wir eigentlich von unserem Gesundheitswesen erwarten. Was sind die vorrangigen Aufgaben und was die nachrangigen Aufgaben unserer Medizin?

Fazit

Noch einmal: Priorisierungen sind der Versuch, Vorrangigkeit in der Gesundheitsversorgung in ethisch akzeptabler Weise festzulegen, um die große Errungenschaft der Gesundheitspolitik, nämlich die sozial finanzierte Versicherung der Bürger im Krankheitsfall, zukunftsfähig zu halten. Und eines ist klar: Wenn man anhand von Priorisierungen explizite, transparente Rationierungen vornehmen will, dann ist das immer ein Mittel zweiter Wahl, denn niemand zweifelt daran, dass Rationalisierungen, also Einsparungen, ohne sinnvolle Maßnahmen vorzuenthalten, zuerst genutzt werden müssen. Aber unter den Fachleuten zweifelt auch kaum jemand daran, dass dies auf lange Sicht die Probleme des Gesundheitswesens nicht lösen wird (Schöne-Siefert et al. 2006).

Aber machen wir uns nichts vor: Priorisierungen in der Medizin sind kein Allheilmittel und bieten keine einfachen Lösungen, sie sind – will man sie vernünftig durchführen und ethisch akzeptabel gestalten – keineswegs trivial, sondern kompliziert. Die Antworten fallen nicht vom Himmel, sondern müssen auch anhand schwierig zu interpretierender wissenschaftlicher Erkenntnisse gefällt werden.

Priorisierungen sind inhaltlich und methodisch aufwändig. Kurzum: Priorisierungen sind schon an sich kompliziert genug.

Doch zurück zur Ausgangsfrage: Sind Priorisierungen in der Medizin „menschenverachtend“? Nein, sie sind ein international weithin genutztes und weithin akzeptiertes Instrument, um die Ausgabenseite der Medizin ethisch vertretbar zu strukturieren. Insofern sind sie eher ein Gegenmittel gegen eine „menschenverachtende“ Rationierung, da irrationale und heimliche Rationierungen, wie sie durch den zunehmenden Kostendruck entstehen, drohen. Explizite, transparente Priorisierungen mit demokratischer Legitimation sind nach meinem Urteil ethisch geboten, sie werden übrigens bereits in Deutschland in Einzelfällen durchgeführt. Sie sind eine Antwort auf die weiter auseinander gehende Schere zwischen dem medizinisch Machbaren und dem sozial Finanzierbaren. Das Problem in Deutschland ist nur und damit komme ich zu den Äußerungen der Ministerin zurück, dass Priorisierungen hierzulande politisch tabuisiert werden. Dabei besteht doch kein Zweifel, dass die Zukunft schwierige Probleme mit sich bringen wird und nicht nur die Einnahmenseite, sondern auch die Ausgabenseite einer vernünftigen Prüfung zu unterziehen und in ethisch vertretbarer Weise zu gestalten ist. Doch die Politik ignoriert das Thema.

Und genau das können wir uns nach meiner Meinung nicht erlauben. Lebt Deutschland auf einer Insel, auf der andere Gesetze im Gesundheitswesen gelten? Wohl kaum! Die Probleme im Gesundheitswesen werden nicht dadurch gelöst, dass man die Augen vor den Herausforderungen verschließt und internationale hoch interessante Erfahrungen ignoriert. Man kann über Priorisierungen unterschiedlicher Mei-

nung sein und selbstverständlich müssen wir nicht alles aus dem Ausland übernehmen. Doch das Thema zu tabuisieren hilft niemandem.

Das deutsche Gesundheitswesen ist eine zu wichtige Angelegenheit, als dass man politische Tabus pflegen und seine Kontrahenten mit unsinnigen Vorwürfen behelligen sollte. Die Äußerungen der Ministerin sind nicht nur ein Beispiel für eine ungerechtfertigte, wie ich meine abträgliche politische Tabuisierung, sondern auch für den politischen Umgang in der Gesundheitspolitik. Doch niemandem ist damit gedient, dass wir uns Reformen durch Polemik verbauen. Es gibt keine vernünftige Alternative dazu, offen und transparent die verschiedenen Möglichkeiten zu erörtern, die wir angesichts wachsender Mittelknappheit haben, vorurteilslos zumindest die verschiedenen Optionen zu erwägen. Es gibt keine vernünftige Alternative dazu, den Sachverstand der Wissenschaft und die umfangreichen internationalen Erfahrungen in der Politik zumindest zur Kenntnis zu nehmen. Es geht darum, sich vorurteilsfrei, offen und sachgerecht zu verhalten. Wie lautet das Motto der Aufklärung bei Immanuel Kant:

„Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen!“

Mit Verlaub: Das gilt doch wohl auch für die Gesundheitspolitik!

Es gilt das gesprochene Wort!

Das Literaturverzeichnis kann bei der Redaktion des „Bayerischen Ärzteblattes“, Fax 089 4147-202, E-Mail: aerzteblatt@blaek.de angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.



Das Rudi Trögl Trio sorgte für trendigen Jazz bei der Auftaktveranstaltung im Lechner Museum.