

Wortprotokoll

38. Sitzung

Freitag, 3. Juni 2005, 12.00-19.30 Uhr
Sitzungsort:
Foyer der Französischen Friedrichstadtkirche
(Französischer Dom), Gendarmenmarkt 5, Berlin-Mitte

Vorsitz: Abg. René Röspel

Tagesordnung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 6

**Veranstaltung mit der Evangelischen Akademie zu Berlin
und der Katholischen Akademie in Berlin
zum Thema
„Not-wendige Entscheidungen?
Europäische Wege zur Prioritätensetzung im Gesundheitssystem“**

Verzeichnis der Anlagen

Seite 104

[Platzhalter für Unterschriftslisten]

[Platzhalter für Unterschriftslisten]

[Platzhalter für Unterschriftslisten]

[Platzhalter für Unterschriftslisten]

Beginn 12.00 Uhr

Einziges Tagesordnungspunkt

Veranstaltung mit der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Katholischen Akademie in Berlin zum Thema „Notwendige Entscheidungen? Europäische Wege zur Prioritätensetzung im Gesundheitssystem“

Moderatorin Simone Ehm: Ich begrüße Sie ganz herzlich zu dieser Veranstaltung hier in der französischen Friedrichstadtkirche. Ich freue mich, dass Sie hier bei uns sind und nicht irgendwo in der Sonne den zurückgekehrten Sommer genießen. Die Reihen werden sich in den nächsten Minuten, in der nächsten halben Stunde noch füllen. Wir fangen dennoch an, weil wir ein sehr straffes Programm haben.

Mein Name ist Simone Ehm. Ich bin an der Evangelischen Akademie zu Berlin für die Ethik in den Naturwissenschaften zuständig. Ich heiße Sie ganz herzlich willkommen, auch im Namen der Katholischen Akademie, hier auf dem Podium vertreten durch Dr. Maria-Luise Schneider und ebenso herzlich im Namen der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages. Ich freue mich sehr, dass es uns gelungen ist, diese wichtige Veranstaltung in Kooperation zwischen Vertreterinnen und Vertretern aus Politik und Kirche auf den Weg zu bringen. Bereits an dieser Stelle einen ganz herzlichen Dank an die allseits gute Zusammenarbeit!

Ganz vorweg zwei kurze Bemerkungen zum Programm. Leider haben uns zwei Absagen aus Krankheitsgründen erreicht. Zum einen geht es um den Abgeordneten Michael Kauch: Er wird nun vertreten durch Abgeordneten Réne Röspel, der den Beitrag von Herrn Prof. Dr. Neumann moderieren wird. Zum anderen geht es um Frau Dr. Bobbert, die an der Podiumsdiskussion heute Nachmittag teilgenommen hätte. Hier ist es uns leider in der Kürze der Zeit nicht gelungen, Ersatz zu finden. Ich verspreche Ihnen aber, dass wir trotzdem eine sehr spannende Diskussion haben werden. So viel vorweg zum Programm.

Was erwartet Sie nun inhaltlich? Der Titel unserer Veranstaltung ist „Notwendige Entscheidungen? Europäische Wege zur Prioritätensetzung im Gesundheitssystem“. Eine kleine Randbemerkung dazu: Es fragten mich einige Leute an der Tür, warum denn dieses Fragezeichen hinter „Notwendige Entscheidungen“ steht. Das sind ganz aufmerksame Tagungsteilnehmer, die gesehen haben, dass das Fragezeichen vorher nicht da war. Warum das so ist, werden Sie sicherlich im Laufe der nächsten ein bis zwei Stunden erfahren.

Ausgangspunkt für unsere Überlegung zu dieser Veranstaltung ist, dass aus verschiedensten Gründen schlicht und einfach nicht mehr alles finanziert werden kann, was medizinisch sinnvoll machbar wäre. Das wissen Sie, darüber herrscht Einigkeit in Fachkreisen wie in der breiten Öffentlichkeit. Es sind Entscheidungen notwendig, ohne Fragezeichen, und zwar sowohl im Blick auf die Einnahmeseite wie auch auf die Ausgabenseite des Gesundheitssystems. Der Fokus dieser Veranstaltung soll deutlich auf der Ausgabenseite liegen. Wir wollen uns nicht übernehmen. Hier stehen wir vor der großen Frage, wie die begrenzt verfügbaren Mittel sinnvoll verteilt werden können. Diesbezüglich herrscht weder in Fachkreisen noch in der Öffentlichkeit Einigkeit. Im Laufe des heutigen Tages, das haben Sie dem Programm entnommen, wollen wir uns mit einer Strategie zur Verteilung von gesundheitlichen Ressourcen näher beschäftigen und zwar mit der so genannten expliziten Prioritätensetzung. Darunter zu verstehen ist, wie wir es auch im Programm formuliert haben, eine offene und breit angelegte Diskussion darüber, welche gesundheitlichen Leistungen vorrangig – also prioritär – und welche gesundheitlichen Leistungen nachrangig – also posterioritär – sind. Diese Diskussion wird in einigen europäischen Ländern seit Jahren geführt. In Deutschland wird sie seit Jahren angemahnt, und nicht zuletzt von Seiten der Kirchen begrüßen wir es nun sehr, dass sich die Enquete-Kommission der Thematik in dieser Legislaturperiode angenommen hat und auch in Form einer solchen Veranstaltung verstärkt in die Öffentlichkeit bringt.

Da Gesundheit nicht nur ein knappes, sondern insbesondere ein sehr hohes Gut ist, ergeben sich für die Verteilung gesundheitlicher Ressourcen ganz zentrale Herausforderungen. Eine offen angelegte Priorisierungsdebatte bietet vergleichsweise gute Voraussetzungen, diesen Herausforderungen zu begegnen. Ich will diesen Punkt etwas konkretisieren. Da Gesundheit ein so hohes Gut ist, muss die Entscheidung, welche gesundheitlichen Leistungen notwendig sind, sich an den Grundbedürfnissen der Menschen orientieren und nicht etwa an einem irgendwie bemessenen Durchschnittsnutzen. Hierfür brauchen wir einen Austausch darüber, was diese Gesundheitsgrundbedürfnisse sind, und wir brauchen einen Austausch darüber, wie sich diese in unserem Verständnis von Gesundheit und Krankheit wieder finden.

Ein zweiter Gedanke: Weil Gesundheit ein so hohes Gut ist, gilt es, nach den Folgen von möglichen Vergabeentscheidungen für die Schwächsten einer Gesellschaft zu fragen. Diese so genannte Option für die Armen, also das, was die Kirchen in ihrem Sozialwort erklärt haben, zielt letztendlich darauf ab, Integration in eine Gesellschaft zu ermöglichen und Ausgrenzung zu vermeiden. Inwiefern bestimmte Vergabeentscheidungen gesellschaftliche Teilhabe erschweren, das muss in einem gesellschaftlichen Diskurs – möglichst unter Beteiligung der betroffenen Gruppen – geschärft werden.

Ein dritter und letzter Gedanke: Weil Gesundheit ein so hohes Gut ist, muss bei der Verteilung gesundheitlicher Leistungen Verfahrensgerechtigkeit herrschen. Das beinhaltet insbesondere, dass die Entscheidungen transparent sind. Das beinhaltet, dass die Entscheidungen unter möglichst hoher Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern, die wiederum zu Entscheidungen befähigt sind, zustande kommen.

Soviel in der Kürze der Zeit vorweg zur Notwendigkeit einer Priorisierungsdebatte. Ich wünsche uns eine gelungene Veranstaltung und gebe das Wort an Frau Schneider.

Moderatorin Dr. Maria-Luise Schneider: Vielen Dank Frau Ehm! Auch ich möchte Sie ganz herzlich im Namen der Katholischen Akademie begrüßen. Ich möchte mich an dieser Stelle bei den Mitgliedern der Enquete-Kommission sehr herzlich bedanken, die auf uns zugekommen sind, die Initiative ergriffen haben und gesagt haben: Wir haben hier ein wichtiges Thema, nämlich Prioritätensetzung, und wir möchten das in eine breitere Öffentlichkeit tragen. Diesen Impuls haben wir gerne aufgenommen, weil schon lange angemahnt wird, dass das Wissen oder die Entwicklung von neuen Konzepten nicht in Expertenzirkeln verbleiben, sondern frühzeitig einer breiten Öffentlichkeit zur Diskussion gestellt werden sollen. Die Frage, ob und inwieweit Prioritätensetzung hierzulande ein sinnvolles Konzept ist und wie es eventuell ausgeführt werden könnte, ist an sich unangenehm, weil sie uns mit dem Problem der Knappheit konfrontiert, mit dem Problem, dass wir gesundheitliche Bedürfnisse nicht mit unbegrenzten Ressourcen befriedigen können. Umso positiver ist es, dass diese Frage der Prioritätensetzung gerade deswegen auf die Agenda kommt. Ich denke, die Motivation dahinter ist, dass wir auch in Zukunft die Absicherung von Krankheitsrisiken solidarisch organisieren wollen und es nicht vom Geldbeutel abhängen soll, ob jemand Leistungen erhält oder nicht. Die Berücksichtigung der Erfahrung anderer Länder, insbesondere Schwedens, kann uns helfen, unseren eigenen Weg besser zu finden, und ich danke an dieser Stelle schon einmal Herrn Torbjörn Malm, dass er sich aus Schweden hierher auf den Weg gemacht hat, um heute hier zu sein.

Ich möchte mich auch bei den anderen Referentinnen und Referenten des Tages bedanken, dass Sie hier heute aus medizinischer, juristischer, ethischer und gesundheitspolitischer Perspektive diese Frage der Prioritätensetzung beleuchten wollen.

Noch zum organisatorischen Hintergrund dieser Veranstaltung. Wie Sie sehen, sind sehr viele Plätze für Mitglieder des Deutschen Bundestages reserviert. Es ist so, dass heute Nachmittag strittige Abstimmungen im Bundestag sind und die Mitglieder des Deutschen Bundestages daher nicht die ganze Zeit hier sein können. Seien Sie nicht böse, wenn die

Abgeordneten hier sozusagen ein- und ausgehen. Wir sind sehr dankbar für die, die hier hergekommen sind, trotz dieser anderen Verpflichtung, die sie haben. Vielen Dank auch an Sie, dass Sie sich die Zeit nehmen unter den jetzigen Bedingungen.

Nun darf ich Herrn Dr. Georg Marckmann auf das Podium bitten. Ich freue mich auf den ersten Vortrag und die Diskussion. Noch zwei Stichworte zum Vortragenden: Herr Marckmann ist Mitarbeiter am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Tübingen. Er ist Mediziner und Philosoph und, wie könnte es anders sein, einer seiner Arbeitsschwerpunkte ist der Bereich Prioritätensetzung im Gesundheitswesen. Herr Marckmann wird uns, wie ich ihn kennen gelernt habe, einen sehr kurzweiligen und fundierten Vortrag halten und uns eine Einführung in die Thematik geben.

Experte PD Dr. Georg Marckmann (vgl. auch die Präsentation in Anlage Nr. 2): Meine sehr geehrten Damen und Herren, zunächst vielen Dank für die Einladung nach Berlin, der ich natürlich gerne gefolgt bin. Nachdem nun schon ein kurzweiliger Vortrag angekündigt wurde, kann ich gleich beginnen. Ich saß im Flugzeug, und das Fliegen hat den Vorteil, dass man Zugriff auf sehr viele Tageszeitungen hat, unter anderem auf die Neue Zürcher Zeitung. Dort fand ich die Überschrift: „Von der Kunst, die richtigen Prioritäten zu setzen“. Fragt sich natürlich in welchem Bereich. Diejenigen, die vorne sitzen, werden es wahrscheinlich sehen: Es geht um den sportlichen Bereich und zwar um den Triathlon. Es geht hier um den Triathleten Sven Riederer aus der Schweiz, der in Athen die Bronzemedaille gewonnen hat. Offenbar muss man auch dort Prioritäten setzen. Interessant ist, wie das ausgeführt wird: „Erfolgreich ist, wer die richtigen Abstriche macht und die richtigen Schwerpunkte wählt und dabei Schwächen verbessern und Stärken halten kann“. Ich finde, dass ist sehr aussagekräftig, und es gibt ein berühmtes Zitat von Chris Ham aus Großbritannien, der gesagt hat, die Prioritätensetzung sei eher ein Marathon denn ein Sprint. Vielleicht könnte man sagen: Die Prioritätensetzung ist eher wie ein Triathlon denn ein Marathon, denn das geht noch länger und vor allem sind mehrere Disziplinen daran beteiligt.

Ein anderes Beispiel der Prioritätensetzung – etwas letztendlich ganz Alltägliches – ist, dass ich nur 30 Minuten zur Verfügung habe, die anderen Referenten hingegen 50 Minuten. Ich bin in dem Sinne posteriorisiert worden. Das wiederum bedingt, dass ich selbst Prioritäten setzen muss in meinem Vortrag. Wie Sie sehen: Priorisierungsentscheidungen auf einer höheren Ebene haben dann auch Konsequenzen für die nachgeordnete Ebene.

Aber damit jetzt genug der Vorrede. Mein Programm für heute sieht Folgendes vor: Ich möchte ganz kurz noch einmal etwas zur Definition der Priorisierung sagen. Ich möchte dann

eine kurze Problemanalyse vorweg schicken, die letztendlich erforderlich ist, um zu entscheiden, ob Priorisierungen tatsächlich notwendig sind. Ich werde auf Strategien eingehen, mit der Mittelknappheit umzugehen, denn die Frage, ob Priorisierungen notwendig sind, hängt davon ab, welche Alternativen wir haben. Und ich möchte im Verlauf des Vortrages auch auf den europäischen Kontext eingehen.

Die Definition der Priorisierung kann ich ganz kurz machen, weil Frau Ehm darauf schon eingegangen ist. Es ist die Bestimmung der relativen Vorrangigkeit von medizinischen Maßnahmen, Indikationen, Patientengruppen und Versorgungsbereichen. Das heißt, man kann unterschiedliche Dinge im Gesundheitswesen auf unterschiedlichen Ebenen priorisieren. Das Ergebnis ist eine Rangordnung. Verschiedene Maßnahmen oder auch Patientengruppen oder Versorgungsbereiche werden in eine Rangordnung gebracht, wo oben diejenigen stehen, die wichtig sind, und unten diejenigen stehen, die weniger wichtig sind. Was wichtig ist, hängt immer davon ab, wofür. Das heißt, man braucht Kriterien, um Prioritäten zu setzen. Es gibt unterschiedliche Formen. Es gibt die explizite Prioritätensetzung, wo man ausdrücklich festlegt, was wichtig ist, was weniger wichtig ist. Es gibt die implizite Prioritätensetzung, d.h. man lässt es im Gesundheitswesen so laufen. Wir haben jetzt auch schon Prioritäten, ohne dass das explizit entschieden worden wäre. Es gibt eine horizontale Prioritätensetzung, das sind Priorisierungen zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, und es gibt eine vertikale Priorisierung, das ist eine Priorisierung innerhalb eines Versorgungsbereiches oder für eine bestimmte Indikation, wo man verschiedene Maßnahmen in eine Rangordnung bringt. Die entscheidende Herausforderung ist natürlich die Bestimmung von Kriterien, anhand derer sich die Priorisierung orientiert. Welche Kriterien sollen maßgeblich sein, um zu bestimmen, was mehr oder weniger wichtig ist? Es gibt zwei grundsätzlich unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten für die Prioritätensetzung. Zum einen kann man die Versorgung fördern oder ausbauen, mit dem Ziel, die Versorgungsqualität zu verbessern. Das wäre eine Prioritätensetzung im positiven Sinne. Oder man kann die Prioritätensetzung natürlich auch nutzen, um die Dinge, die weniger wichtig sind, aus dem Katalog auszuschließen, also um Rationierungen oder entsprechende Leistungsbegrenzungen zu machen, mit dem Ziel, die Ausgaben zu begrenzen. Die Frage ist nun: Ist eine Priorisierung – und hier geht es um die explizite Form der Priorisierung, wie Frau Ehm schon gesagt hatte – tatsächlich notwendig im Gesundheitswesen?

Ganz kurz zu den Rahmenbedingungen der Mittelknappheit im Gesundheitswesen. Wir haben zwei Faktoren: den medizinischen Fortschritt und den demografischen Wandel, die beide die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und damit auch die Kosten in die Höhe treiben. Auf der anderen Seite haben wir reduzierte Einnahmen, unter anderem auch durch den

demografischen Wandel – der trifft ein umlagefinanziertes Gesundheitswesen besonders – aber auch z.B. durch die hohe Arbeitslosigkeit und eine sinkende Lohnquote. Das führt dazu, dass weniger finanzielle Ressourcen verfügbar sind und das finanzierbare Angebot kleiner ist. Damit haben wir ein Missverhältnis zwischen einer steigenden Nachfrage und einem begrenzten Angebot, was zu einer Mittelknappheit im Gesundheitswesen führt. Die Frage stellt sich: Wie gehen wir damit um? Welche Strategien gibt es, diesem Phänomen der Mittelknappheit zu begegnen?

Bevor ich einzelne Strategien diskutiere, die für das deutsche Gesundheitswesen relevant sein könnten, stellt sich eine noch sehr viel grundlegendere Frage. Denn man könnte die Verteilung von knappen Ressourcen im Gesundheitswesen auch dem freien Markt überlassen. Der Markt regelt die Verteilung in vielen anderen Lebensbereichen, und auch in vielen anderen Lebensbereichen sind die Güter knapp. Der Markt ist durchaus ein sehr attraktives Verteilungsinstrument, sofern es sich um einen vollkommenen Wettbewerb handelt, denn dann werden die Güter effizient produziert und nach den Referenzen der Konsumenten verteilt. Es gibt zwei Argumentationslinien, die ich im Detail nicht ausführen kann, gegen eine rein marktorientierte Verteilung von Gesundheitsleistungen. Das sind zum einen ökonomische Argumente, das sind die Argumente des Marktversagens. Der Markt funktioniert im Gesundheitswesen in vielen Bereichen aufgrund verschiedener Besonderheiten nicht so, wie er funktionieren sollte. Es gibt keinen vollkommenen Wettbewerb und damit auch nicht die erwünschten Verteilungsergebnisse.

Das zweite Argument ist das Gerechtigkeitsethische Argument, was Frau Ehm vorhin schon vorgetragen hat. Das Gut Gesundheit – und damit auch Gesundheitsleistungen – ist ein besonders grundlegendes Gut, das eine Voraussetzung ist z.B. für die Chancengleichheit innerhalb der Gesellschaft. Das ist ein Argument dafür, dass jeder Mensch, unabhängig von der Zahlungsfähigkeit, Zugang haben sollte zu diesen Grundgütern, und damit ein Argument gegen eine rein marktorientierte Verteilung von Gesundheitsgütern. Es gibt somit ökonomische und ethische Argumente dafür, die Verteilung von Gesundheitsleistungen nicht dem reinen Markt zu überlassen. Das ist schade, denn wenn wir das dem Markt überlassen könnten, bräuchten wir nicht hier sitzen, bräuchte nicht die Enquete-Kommission nachzudenken über Prioritätensetzung, sondern das würde sich sozusagen wie von selbst regeln durch die „invisible hand“ des Marktes. Da wir aber aus ökonomischen und ethischen Gründen regulierend eingreifen sollen, stellt sich auch die Frage: Wie machen wir das? Wie greifen wir regulierend ein? Wie begegnen wir der Mittelknappheit im Gesundheitswesen? Eine Möglichkeit ist, dass wir die Effizienz der Versorgung weiter steigern. Wir versuchen also, mit den gleichen Mitteln einen größeren medizinischen Effekt zu erzielen, oder wir versuchen, den glei-

chen medizinischen Output mit weniger Mitteln zu erreichen. Das ist sicher die attraktivste Strategie, denn wir haben dort eine Konvergenz von ökonomischer und medizinischer Rationalität. So wie es ökonomisch geboten ist, einen gegebenen Output mit dem möglichst geringen Aufwand zu erzielen, so ist es auch medizinisch geboten, einen Patienten mit möglichst wenig Mitteln wieder zu gesund zu machen, denn diese haben in der Regel auch Nebenwirkungen.

Welche Instrumente gibt es, um die Effizienz zu erhöhen, um die Rationalität zu erhöhen? Auch das erwähne ich nur beispielhaft, ich kann nicht ins Detail gehen: Das sind die evidenzbasierte Medizin, die systematische Auswertung von klinischen Studienergebnissen, indikationsspezifische Leitlinien, ökonomische Evolutionsverfahren, die systematisch Kosten und Nutzen von medizinischen Maßnahmen abschätzen, und die Entwicklung innovativer Versorgungsstrukturen. In Deutschland könnte man vor allem an eine stärkere Integration von ambulantem und stationärem Sektor denken. Wichtig ist, dass es nicht nur darum geht, unwirksame, ineffektive Maßnahmen zu unterlassen. Ich denke, die Hauptherausforderung besteht darin, die richtige Indikation für nachgewiesen wirksame medizinische Verfahren zu finden. Leider sind mit der Rationalisierung verschiedene Probleme verbunden. Deshalb kann die Rationalisierung auch nicht die Lösung sein, auch wenn wir das immer versuchen sollten. Zum einen ist die Umsetzungsmethode schwierig. Können Sie sich vorstellen, wie viel Aufwand es bedeutet, indikationsspezifische, evidenzbasierte Leitlinien zu erstellen? Häufig sind strukturelle Veränderungen der Versorgung notwendig, die einen bestimmten Aufwand erfordern. Diese Maßnahmen wirken nur mit einer gewissen Latenz, d.h. mit einer gewissen Verzögerung, nicht sofort, und wenn man evidenzbasiert diagnostiziert und behandelt, ist es gar nicht klar, dass dadurch die Versorgung auch billiger wird. Es könnte auch sein, dass wir mehr tun müssen, um Patientinnen und Patienten optimal zu versorgen.

Ein anderes Problem ist, dass man die Effizienz nicht beliebig steigern kann. Wir können in bestimmten Bereichen sicher noch die Rationalität, die Effizienz erhöhen, aber man kann das nicht immer weiter „ausquetschen“, während die Kosten treibenden Faktoren, wie medizinischer Fortschritt und demografischer Wandel ungebremst weiter voranschreiten. Das heißt, wir sollten immer versuchen zu rationalisieren, soweit das möglich ist, das wird aber nicht ausreichen, um den Kostendruck durch diese beiden Faktoren zu kompensieren.

Was bleibt uns an Alternativen? Wir können mehr Mittel in das Gesundheitswesen hinein geben, das wäre grundsätzlich möglich. Die andere Alternative ist: Wir rationieren, also wir begrenzen das, was an Leistungen im gesetzlich vorgesehenen Gesundheitswesen angeboten wird. Damit stehen wir aber dann zwischen zwei gleichermaßen unangenehmen Optionen. Wir stehen, wie damals Odysseus auf der Rückfahrt von Troja gewissermaßen zwi-

schen Skylla und Charybdis. Sie sehen hier die Skylla mit sechs Hundeköpfen am Unterleib, zwölf Klauen und jeweils sehr spitzen Zähnen. Skylla hat die Matrosen ergriffen, wenn ein Schiff durch die Meerenge fuhr. Man nimmt heute an, dass es sich um die Straße von Messina handelte. Auf der anderen Seite lauerte Charybdis, ein riesiger Strudel, der das Meerwasser dreimal am Tag eingesaugt und wieder ausgespieen hat. Wenn ein Schiff in die Nähe kam, war es natürlich hoffnungslos mit Mann und Maus verloren. Der Kern dieser Metapher liegt natürlich darin, dass man nicht dazwischen hindurch fahren kann, sondern dass wir nur eine der beiden Möglichkeiten haben. Wir müssen zwischen einem dieser beiden Übel wählen.

Ganz kurz zu den Mittelserhöhungen. Grundsätzlich kann man natürlich die Beiträge noch erhöhen. Man könnte sich auch andere Finanzierungsmodelle überlegen, man kann etwa die Leute, die bisher privat versichert sind, mit hinein nehmen. Es gibt aber meines Erachtens einige Gründe, warum wir nicht immer mehr Geld in das Gesundheitswesen geben sollten. Zum einen konkurriert der Gesundheitsbereich mit anderen öffentlich finanzierten Bereichen um prinzipiell begrenzte Ressourcen. Das heißt, wenn wir mehr Geld in das Gesundheitswesen geben, haben wir automatisch Opportunitätskosten in anderen wichtigen Bereichen, wie z.B. Bildung, Umweltschutz, Infrastruktur, innere Sicherheit oder Bildung. Die Bildung z. B. ist auch eine wichtige Determinante der Gesundheit, d. h. das könnte wiederum negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung haben.

Das zweite Argument ist: Wenn wir mehr für unsere Gesundheit tun wollen, weil das ein so wichtiges Gut ist, müssten wir uns überlegen, ob wir nicht vielleicht besser in nichtmedizinische Faktoren investieren, wie z.B. den sozialen Status, die Arbeitsbedingungen oder die Wohnverhältnisse. Möglicherweise könnten wir da sehr viel mehr für unsere Gesundheit gewinnen. Das hängt natürlich mit dem abnehmenden Grenznutzen medizinischer Maßnahmen zusammen. Wir sind also im Moment in einem Bereich, wo wir, wenn wir die Gesundheitsausgaben erhöhen, nicht im gleichen Umfang auch mehr Gesundheit zurückbekommen. Das heißt, wir haben eine gewisse Sättigung. Wir müssen, wenn wir jetzt noch einen besseren Gesundheitszustand erreichen wollen, im Vergleich sehr, sehr viel mehr ausgeben. Auch das ist ein Argument, vielleicht die Gesundheitsausgaben nicht mehr weiter zu erhöhen.

Weitere Argumente sind die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherungen, wobei man da vielleicht auch mit anderen Finanzierungsmodalitäten arbeiten könnte, und die Begrenzung der Lohnnebenkosten. Das sind Argumente, die die politische Debatte sehr dominieren, die aber aus systematischer Perspektive nicht so wichtig sind. Das war Charybdis.

Nun zur Skylla, den Leistungsbegrenzungen. Wie kann man das durchführen? Das ist die zentrale Frage. Hier gibt es zwei unterschiedliche Formen. Man kann es explizit oder implizit durchführen. Explizit heißt, dass es nach vorgegebenen Regeln, nach expliziten, transparenten Kriterien abläuft. Implizit wäre, dass man es eben nicht in Form von Regeln auf der Systemebene vorgibt, sondern dass man es im Einzelfall entscheidet. Was sind die entsprechenden Instrumente? Die Instrumente der expliziten Rationierung wären Leistungsausschlüsse, wo man den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen begrenzt, oder Versorgungsstandards – das ist etwas ähnliches wie Leitlinien –, in denen man festlegt, welche Maßnahmen bei welchen Erkrankungen tatsächlich finanziert und erbracht werden können. Ganz kurz zu den impliziten Formen, denn das wären auch mögliche Alternativen zu einer expliziten Priorisierung. Das ist natürlich eine Budgetierung: Man deckelt das Finanzvolumen, das dem Gesundheitswesen zur Verfügung steht, oder man schafft finanzielle Anreize. Diese können einerseits bei den Leistungserbringern wirken – in Form von bestimmten Vergütungsformen, Fallpauschalensystem, Kopfpauschalensystem oder Bonus-/ Malus-System – oder bei den Versicherten in Form von Zuzahlungen – das kann ein Fixbetrag sein, das kann ein prozentualer Anteil der Leistungen sein oder ein bestimmter Selbstbehalt, wie er z.B. in der Schweiz vorgesehen ist.

Bei diesen Formen der Rationierung ist nicht vorgeschrieben, wer was bekommt, sondern das ergibt sich im Einzelfall. Dort werden nur Anreize gesetzt, um wirtschaftlich, um sparsam mit den Ressourcen umzugehen, aber welche Maßnahmen unterlassen werden, ist nicht festgelegt. Und das wird dazu führen, dass das von Fall zu Fall variiert. Möglicherweise werden die Leistungen nach wechselnden Kriterien verteilt. Wenn man hingegen den expliziten Weg wählt, muss man sich einigen auf Kriterien, auf Prioritäten: Was ist wichtiger, was ist weniger wichtig? Hier kommt bei der expliziten Rationierung die Prioritätensetzung als Voraussetzung mit ins Spiel. Wenn man das aus ethischer Perspektive vergleicht, finde ich, dass, wenn man denn rationieren muss, die explizite Rationierung mittels Versorgungsstandards zu bevorzugen ist, denn das ist transparent. Es ist konsistent, d. h. es sichert die Gleichbehandlung der Patienten, weil explizit vorgegeben ist, wer was bekommt. Es ist sicher medizinisch rationaler, weil diese Versorgungsstandards evidenzbasiert, d. h. auf der Grundlage des verfügbaren medizinischen Wissens erstellt werden. Es ist gerechter durch die Gleichbehandlung. Es entlastet die Arzt-Patienten-Beziehung, weil nicht die Ärztin oder der Arzt im Einzelfall entscheiden muss, ob der Patient eine teure Maßnahme bekommt, und – das ist meines Erachtens ein ganz großer Vorteil – es erlaubt die simultane Steuerung von Kosten und Qualität der medizinischen Versorgung. Das ist bei der anderen Alternative nicht möglich, dort kann man nur die Kosten, also die Ausgaben, beeinflussen, aber man weiß nicht, was mit der Qualität passiert.

Ein ganz kurzes Zwischenfazit: Medizinischer Fortschritt und demografischer Wandel werden uns das Problem der Mittelknappheit auf absehbare Zeit erhalten. Ich glaube, wir brauchen uns keiner Illusion hinzugeben, dass sich das Problem von allein auflösen wird. Wirtschaftsreserven sind vordringlich zu mobilisieren, werden aber wahrscheinlich nicht ausreichen. Es gibt gute ethische Gründe, die Gesundheitsausgaben zu begrenzen, also nicht immer mehr Mittel in das Gesundheitswesen hineinzupumpen. Rationierungen werden sich deshalb auf Dauer nicht vermeiden lassen, und wenn man denn rationieren muss, sind explizite Rationierungen gegenüber impliziten Rationierungen ethisch zu bevorzugen. Damit sind Priorisierungen im Gesundheitswesen als Grundlage erforderlich, und damit stellt sich die Frage, nach welchen Verfahren und Kriterien denn diese Prioritäten in der Gesundheitsversorgung bestimmt werden sollen.

In Deutschland gibt es dazu reichlich wenig. Erwähnenswert finde ich immer das Positionspapier der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer aus dem Jahre 2000, das leider relativ wenig Resonanz gefunden hat. Aber es gibt internationale Erfahrungen seit 1987 in Norwegen, Schweden, Dänemark, den Niederlanden, im Vereinigten Königreich, im USA-Staat Oregon und in Neuseeland. Jetzt würde ich Ihnen das alles gerne vortragen, das geht aber zeitlich natürlich nicht. Ich werde hier eine Auswahl treffen müssen. Damit habe ich die Chance, das in eine bestimmte Richtung zu lenken. Das ist sozusagen die Gefahr der Prioritätensetzung, weil Sie nicht wissen, was ich für Kriterien habe bei der Auswahl. Ich werde mit den Ländern anfangen, die interessante Ergebnisse und Schlussfolgerungen für Deutschland bieten. Das ist zum einen Norwegen, das als erstes Land 1985 – 1987 in einer nationalen Parlamentskommission diese Probleme bearbeitet hat. Das Ergebnis waren fünf unterschiedliche Prioritätengruppen für medizinische Maßnahmen. Die Kriterien dafür – das ist vielleicht besonders wichtig – sind zum einen der Schweregrad der Erkrankung, zum anderen der Nutzen durch die Behandlung, der dem einzelnen Patienten entsteht, und als gewisses Metakriterium die Evidenzstärke, also wie sicher das Wissen darüber ist, ob die Behandlung tatsächlich nutzt. Das fließt auch in diese fünf Kategorien ein. Die erste Kategorie waren lebenserhaltende Maßnahmen, die zweite Kategorie waren sehr schwerwiegende Erkrankungen, die dritte Kategorie waren weniger schwerwiegende Erkrankungen, wo man aber einen nachgewiesenen Nutzen von den entsprechenden Maßnahmen hatte, und die vierte Kategorie waren die weniger schwerwiegenden Erkrankungen, wo die Evidenzstärke deutlich geringer war. Die fünfte Kategorie schließlich waren die Maßnahmen mit geringer Priorität. Das Problem war, diese allgemeinen Kriterien und diese allgemeinen Prioritätengruppen konkret anzuwenden. Der Schweregrad der Erkrankung etwa ist sehr interpretationsbedürftig, auch bei der Evidenzstärke gibt es sehr viele Grauschattierungen. Das hat letztendlich dazu geführt, dass zwar eine öffentliche Debatte über die Gesundheitsversor-

gung angestoßen wurde, dass aber diese Prioritätensetzung auf der nationalen Ebene kaum Auswirkungen auf die medizinische Praxis hatte, denn dieses Modell wurde einfach nicht konsistent angewendet. Es gab eine zweite Nachfolgekommission im Jahre 1997, die – und das ist wiederum interessant – die Kosteneffektivität als weiteres Kriterium mit hinzugenommen und sich dann ganz auf die Implementierungsfragen konzentriert hat. Es wurde auch ein nationales Prioritätenkomitee eingerichtet, um den Prozess der Prioritätensetzung dauerhaft zu implementieren. Man hat gesehen, dass man diese allgemeinen Prioritäten konkretisieren muss. Das geht nur, wenn man medizinische Experten involviert und dann entsprechende Leitlinien formuliert. Aber auch implizite Steuerungen wurden mit verwendet, wie z.B. Vergütungsformen oder Zuzahlungen für die Patienten.

Wir werden später das Referat über Schweden hören, deswegen kann ich das ganz knapp machen. Das Ziel war auch dort, der Mittelknappheit mit offener und transparenter Diskussion über Prioritäten zu begegnen. Was sind die ethischen Prinzipien bzw. die Kriterien, die dem zugrunde liegen? Zum einen das Prinzip der Menschenwürde, hier vor allem als Nicht-diskriminierungsgebot verstanden. Dann das Prinzip der Bedürftigkeit, gemessen hier am Schweregrad und dem Nutzen einer Maßnahme, sowie der Solidarität. Dabei geht es bei der Solidarität nicht um irgendwelche solidarischen Finanzierungen, sondern es geht hier darum, dass man mit den Patienten solidarisch ist, die ihre eigenen Bedürfnisse, ihre eigene Bedürftigkeit nicht äußern können. Dann war auch das Prinzip der Kosteneffektivität mit dabei. Es wurden zwei Prioritätenlisten erarbeitet als grobe Orientierung. Das wurde gesetzlich festgelegt. Es wurde eine nationale Prioritätenkommission etabliert. Die jüngste Entwicklung ist, dass nationale Leitlinien als Vorgaben für die Versorgung entwickelt wurden, zunächst im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Aber dazu werden Sie sicher später noch mehr sagen.

Die Niederlande waren auch relativ früh mit der Prioritätensetzung befasst. Drei Grundsätze waren hierbei maßgeblich. Sie waren der Auffassung, dass ein begrenzter Zugang für alle fairer ist als ein unbegrenzter Zugang für einige. Explizite, demokratisch legitimierte Rationierungen sind besser als verdeckte, und die Priorisierung erfordert die Verbindung von gesetzlichen Werten und professioneller Expertise. Das ist wichtig. Es geht nicht ohne diese Verbindung. Es kann nicht allein von den Experten kommen, es kann aber auch nicht allein von der Gesellschaft oder von der Politik kommen. Was sind die Kriterien? Auch das ist wieder interessant. Zum einen die medizinische Notwendigkeit, wobei diese – das ist ein Spezifikum – an der Fähigkeit gemessen wurde, wieder an der Gemeinschaft teilnehmen zu können, dann die Effektivität von Maßnahmen, die Effizienz, also auch wieder das Kosten-Nutzen-Verhältnis, und schließlich die individuelle Verantwortung von Patienten. Die Niederlande

sind ein Land, das leider gar keine Erfolgsgeschichte hat. International erregte das Projekt große Aufmerksamkeit, aber der politische Mut zur Umsetzung fehlte. Es gab keine klaren Ausschlüsse aus dem Leistungspaket, das relative Gewicht des Effizienzkriteriums war unklar, und das Kriterium der Eigenverantwortung, das vierte, war politisch inzwischen diskreditiert. Das führte dazu, dass, noch bevor dieser Report fertig war, ein Grundleistungspaket beschlossen wurde, das letztendlich 95 % der Leistungen enthielt. Das war also eine Prioritätensetzung, die zahnlos war. Man hat dann mehr versucht, in nachgeordneten Gremien Priorisierungen zu entscheiden, in Form von Leitlinien und gesundheitsökonomischen Evaluierungen. Aktuell setzt man verstärkt auf Wettbewerb durch die Privatisierung bei den Krankenkassen. Das bedeutet letztlich: „Good bye Dunning“.

Großbritannien ist unterschiedlich in dem Sinne, dass es sich zum einen um ein staatliches Gesundheitswesen handelt. Es gab keine nationale Prioritätenkommission wie in den anderen beiden Ländern. Großbritannien befindet sich zudem dabei, das Gesundheitsbudget zu expandieren. Es ist also eine ganz andere Entwicklung. Während wir alle versuchen, die Ausgaben zu reduzieren, gehen die Ausgaben in Großbritannien hoch. Besonders interessant ist das National Institut of Clinical Excellence, was folgende drei Aufgaben hat: die Evaluierung medizinischer Technologie, die Erstellung von evidenzbasierten klinischen Leitlinien und die Förderung der Qualitätskontrolle. Dabei soll auch die Kosteneffektivität berücksichtigt werden. Aber Großbritannien setzt auch – das ist eine interessante Beobachtung – implizite Steuerungsmaßnahmen ein, wie finanzielle Anreize für die Leistungserbringer oder einen Wettbewerb durch „internal market“ und prospektive, d. h. pauschalierte Vergütungen im Krankenhaus.

Jetzt komme ich zum Fazit. Zunächst einmal zur Methode der Prioritätensetzung. Es gibt keine einfachen Lösungen. Wenn irgendjemand kommt und Ihnen sagt: „Ich habe die Lösung für das Gesundheitswesen“ – glauben Sie ihm nicht. Das stimmt einfach nicht. Am angemessensten scheint eine pluralistische Strategie der Prioritätensetzung zu sein, die insgesamt einen längerfristigen, aufwendigen Prozess erfordert. Getragen ist die Priorisierung im internationalen Bereich von der Grundüberzeugung, die ich sehr richtig finde, dass explizite, demokratisch legitimierte Rationierungen besser sind als verdeckte, implizierte Rationierungen. Auf dieser Übersicht hier habe ich immer geschrieben, in welchen Länderreporten das explizit angesprochen wird. In diesem Sinne könnte man also sagen: Explizite Priorisierung ist notwendig im Gesundheitswesen. Sie erfordert die Verbindung von professioneller Expertise und gesellschaftlichen Werten. Das ist leicht gefordert, von der Umsetzung her jedoch relativ schwierig. Ernüchternd ist, dass man trotz expliziter Prioritätensetzung wohl nicht

ganz auf die implizierten Steuerungsverfahren wie Vergütungsform oder Zuzahlungen für Patienten wird verzichten können.

Es gibt zwei Ebenen, zwei Phasen der Prioritätensetzung, die man in den betreffenden Ländern beobachten kann. Zuerst den nationalen Prioritätendiskurs, dann die zweite Phase, die Implementierung in klinischen Leitlinien. Brauchen wir einen nationalen Prioritätendiskurs? Was kann man damit erreichen? Auf jeden Fall kann man den öffentlichen Diskurs über Priorisierung im Gesundheitswesen stimulieren und damit ein Problembewusstsein in der Bevölkerung schaffen. Das ist sicher die gesellschaftspolitische Voraussetzung, um überhaupt Priorisierung auf der Mikroebene umsetzen zu können. Es ermöglicht die explizite Formulierung von Grundwerten für die Priorisierung. Das ist, glaube ich, eine ganz wichtige Funktion. Dieser Diskurs muss dazu führen, dass dauerhaft Strukturen für den Priorisierungsprozess geschaffen werden, inklusive der Möglichkeiten der Partizipation durch die Bevölkerung. Klinische Leitlinien – das wäre die zweite Phase — sind das Mittel der Wahl zur Implementierung von Prioritäten. Das scheint rationaler zu sein als nur eine Liste von Maßnahmen, wo man dann irgendwann einen Strich zieht, wie es Oregon gemacht hat. Solche Leitlinien erfordern allerdings die Kooperation der Ärzteschaft, wissenschaftlichen Sachverstand – das ist wichtig – und entsprechende Institutionen zur Sichtung der Evidenz, wie z.B. das National Institut of Clinical Excellence (NICE) oder das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Ganz wichtig: Leitlinien haben, wenn man sie erstellt, um Leistungen zu begrenzen, das Potenzial der Qualitätsverbesserung, und es gibt erhebliche Qualitätsdefizite auch im Gesundheitswesen.

Ganz kurz zur Ethik. Die Grundprämisse ist: Begrenzte Leistungen für alle sind gerechter als unbegrenzte Leistungen für einen Teil der Bevölkerung. Das ist die Grundüberzeugung in allen Ländern gewesen, die sich über die explizite Priorisierung Gedanken gemacht haben. Was sind häufige materielle ethische Grundprinzipien? Zum einen die medizinische Bedürftigkeit, gemessen am Schweregrad und der Dringlichkeit, dann der Nutzen der Behandlung und die Kosteneffektivität, sowie als Metakriterium die Evidenzstärke: Wie genau wissen wir, ob eine Maßnahme nützlich ist, oder was wissen wir über die Kosteneffektivität? Aber auch Kriterien der Verfahrensgerechtigkeit, die Frau Ehm schon angesprochen hatte, sind notwendig, wie Transparenz, Konsistenz, Legitimität, Evidenzbasierung, Partizipations- und entsprechende Widerspruchsmöglichkeiten.

Abschließend wird es Sie vielleicht interessieren, für welches Übel sich Odysseus damals entschieden hat. Er folgte dem Rat der Zauberin Circe, die ihm gesagt hat: „Halte dich fern von Charybdis, denn dann geht das ganze Schiff unter. Fahre schnell an der Skylla vorbei, denn lieber opferst du sechs deiner Männer als das gesamte Schiff.“ Ob man das auch auf

das Gesundheitswesen übertragen kann, das will ich einmal dahingestellt lassen. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Moderatorin Dr. Maria-Luise Schneider: Herzlichen Dank an Georg Marckmann für die Fülle der Informationen in der eingehaltenen, kurzen Zeit. „Fundiert und kurzweilig“ hat, denke ich, den Vortrag doch treffend charakterisiert.

Wir haben an dieser Stelle keine Diskussion eingeplant. Wir haben, um mit Herrn Marckmann zu sprechen, Prioritäten gesetzt. Wenn jetzt jemand eine inhaltliche Nachfrage hat, möge er diese bitte stellen. Gibt es Verständnisrückfragen zum Beitrag? Andere Punkte, die angesprochen wurden, können wir sicherlich nach den folgenden Beiträgen noch einmal aufgreifen. Wenn es keine Rückfragen gibt, noch einmal meinen herzlichen Dank. Dann gebe ich das Wort an Herrn Wodarg, der den folgenden Beitrag moderieren wird.

Moderator Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ich darf besonders herzlich Herrn Torbjörn Malm bei uns begrüßen, der aus Schweden hierher gekommen ist und der uns den nächsten Vortrag liefern wird. Ich habe die Ehre, nachher die Diskussion zu moderieren. Ich werde also keinen eigenen Vortrag halten.

Ich freue mich aber über diese Veranstaltung und möchte die Gelegenheit nutzen, noch einmal den beiden Kirchen Danke zu sagen, die offen gewesen sind für dieses Thema und dieses Thema auch als kirchlich relevantes Thema angesehen haben. Die Kirchen sind dabei auch in zweierlei Rolle angesprochen, häufig als Wächter der Ethik, aber auch als Leistungsanbieter. Von daher ist es sicherlich nicht ganz unwichtig, wenn die Kirche sich auf dieses Thema einlässt. Herzlichen Dank noch einmal dafür!

Jetzt das Wort an Torbjörn Malm. Vielen Dank für die weite Reise!

Einige von unseren Sachverständigen haben Sie schon einmal in Lockum erlebt und waren so begeistert, dass Sie das alles so vorzüglich und klar darstellen können, was in Schweden schon alles geleistet worden ist. Ich bin selbst da gewesen, und es war für mich eines der Motive zu sagen: Das können wir auch. Denn wenn die Europäische Union zunehmend die Mitgliedsstaaten vergleichen wird – wie gut macht es Schweden, wie gut macht es Großbritannien, wie gut macht es Deutschland? – dann wird es immer notwendiger, dass wir uns anstrengen, dass wir voneinander lernen. Wir wollen heute von Ihnen lernen.

Experte Torbjörn Malm (vgl. auch die Präsentation in Anlage Nr. 3): Sehr geehrte Damen und Herren, vielen Dank für die Einladung! Ich möchte über schwedische Erfahrungen mit dem Setzen von Prioritäten sprechen. Als Projektkoordinator am Zentralamt für das Gesundheits- und Sozialwesen befasse ich mich mit nationalen Richtlinien für die Krebsbehandlung. Heute möchte ich Ihnen einen Überblick über die Entwicklung unserer Versuche, unserer Irrtümer und natürlich auch ein bisschen der Erfolge bei der Prioritätensetzung geben.

Ich wurde gebeten, diese Einführung auf Deutsch vorzulesen. In einem Moment der Schwäche gab ich mein Einverständnis dazu. Man hat mir allerdings versprochen, dass ich Ihre Fragen auf Englisch beantworten kann. Ich hoffe, dass das gut klappt.

Wer trägt die Verantwortung? Dies ist eine Frage, die leicht zu beantworten, aber sehr schwierig umzusetzen ist. Auf die Antwort werde ich später zurückkommen. Ist solch eine Situation nur in Schweden bekannt? Auf Englisch nennen Sie es "buck-passing", in Schweden „Schwarzer Peter“. Dieses Spiel ist auch in Deutschland bekannt. Ärzte sagen oft, die Politiker müssen die Verantwortung für das Setzen der Prioritäten übernehmen, aber das Ergebnis wäre besser, wenn die Vorschläge von uns kämen. Politiker sind zwar gut darin, höhere Prioritäten zu setzen, aber sie sind nicht gut darin, uns die Ausnahmen aufzuzeigen. Wir stoßen auf widersprüchliche Einstellungen: „Wenn sie es nur tun würden!“, oder: „Wenn sie es nur nicht tun würden!“. Die Politiker denken häufig, sagen aber selten: Die Ärzte bitten uns, Prioritäten zu setzen, anstatt verantwortungsvoll die Effizienz der klinischen Versorgung zu verbessern.

Einige Worte zum Hintergrund: Das institutionelle Gerüst legt die Hauptakteure und ihr Mandat, ihre legitime Rolle fest. Es setzt auch die Bedingungen oder Grenzen für die eigene Einflussnahme fest. In Schweden ist das im Gesetz über gesundheitliche und medizinische Dienstleitungen geregelt. Beachten Sie bitte, dass bei uns das bestehende System aus dem Haushalt und nicht aus einer Versicherung finanziert wird. Dies verleiht dem politischen System eine aktive Rolle. Aber bei der Ausübung dieser Rolle mussten viele feststellen, dass politisches Mandat und Instrumente der vertraglichen Gestaltung einen sehr beschränkten Einfluss auf die medizinische Praxis haben. Man benötigt mehr. Erkennen Sie diese Situation? Vielleicht.

Die Entwicklung innerhalb des letzten Jahrzehnts führte zu Forderungen nach Richtlinien und Priorisierung in Schweden wie in Europa. Die Notwendigkeit, Prioritäten zu setzen, ist zum Teil das Ergebnis einer Erfolgsgeschichte. Es ist heute möglich, so viel mehr als zuvor zu tun, und dies auch für viel ältere Patienten. Auf dieser Graphik sehen Sie die durch das

schwedische Parlament beschlossenen Prinzipien. Diese Prinzipien sollten in folgender Rangordnung angewandt werden: Erstens das Prinzip der Menschenwürde. Es bedeutet, dass jeder gleichberechtigt ist, ungeachtet des Alters, Geschlechts, der sozialen Stellung usw. Das Alter ist kein Prioritätsgrund. Wir dürfen nicht fragen, was diese ältere Person wert ist, sondern was diese ältere Person ihrem Alter entsprechend braucht. Eine selbst zugefügte Erkrankung ist kein Prioritätsgrund. Zweitens Bedarf und Solidarität. Geben sie die meisten Ressourcen jenen, die am meisten in Not sind, solange sie zwischen wirksamen Maßnahmen wählen können. Drittens Kosteneffizienz. Wenn alle anderen Bedingungen gleich sind, entscheiden sie sich für die Behandlung mit der besten Kosteneffizienz.

Wir haben einen parlamentarischen Beschluss über Kategorien oder Gruppen mit Vorrang. Diese Kategorien haben einen so großen Umfang, dass es durch den Beschluss wenig Orientierungshilfe gibt. In der Praxis führte dieser Parlamentsbeschluss zu keiner Tat. Dies ist jetzt der Handlungsspielraum, der uns von der Regierung, vom Zentralamt für das Gesundheits- und Sozialwesen vorgegeben ist. In der Praxis machen die zehn häufigsten und zu meist kostenintensiven Krankheitskategorien viel mehr als 60 % aller Kosten der Gesundheitsversorgung aus. Es wird darauf geachtet, dass Entscheidungen über Prioritäten offen und transparent bleiben. Es gilt, nicht nur Richtlinien festzulegen, sondern auch Bezirksräte bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen. Es gilt auch, die Aufgabenerfüllung zu überwachen und die Regierung darüber zu unterrichten, wie die Richtlinien die medizinische Praxis beeinflussen. Es ist aber nicht unsere Aufgabe, das Niveau der Ambitionen festzulegen. Das wird von den Bezirksräten getan. Es gibt vier nationale Behörden, die Richtlinien herausgeben. Wir sind eine von diesen vier. Wir bleiben miteinander in Kontakt beim Planen und bei der Auswahl von Bereichen für Richtlinien. Wir haben eine Vereinbarung über Prinzipien zur Auswertung von Daten, und wir nehmen an einem 10-Punkte-Programm zu wissensbasierten Entwicklungen der Gesundheitsversorgung teil, zusammen mit den Bezirken und den Gemeinden.

Zu den Inhalten der Richtlinien. Dies ist z. B. die Richtlinie für Herzkrankheiten. Jeder Satz Richtlinien wird in Form von drei Dokumenten herausgegeben. Erstens: Entscheidungshilfe. Das ist ein Dokument, das die Rangordnung und die empfohlenen Qualitätsindikatoren beinhaltet. Zweitens: eine Zusammenstellung von Sachverhalten aus den Bereichen von Medizin und Wirtschaftlichkeit. Dieses Dokument enthält keine Empfehlungen. Drittens: eine Version für die Patienten. Beachten Sie insoweit auch die Liste von Interventionen, die nicht Teil routinemäßiger Gesundheitsversorgung sein sollten. Die Richtlinien jeweils für eine Kategorie von Krankheit beinhalten, was wir vertikale Prioritäten nennen. Das ist natürlich viel leichter, als zu versuchen, horizontale Prioritäten zwischen verschiedenen Kategorien von Krankhei-

ten zu setzen. Beide Arten von Prioritäten beinhalten Einschätzungen, sowohl von Sachverhalten als auch von Bewertungen. Deshalb ist es nicht möglich zu sagen, dass für eine Art die Mediziner die Verantwortung tragen und für die andere die Politiker. Wenn man beabsichtigt, in der vertikalen Dimension Ziele zu setzen und Ressourcenvergaben zu tätigen, so muss man sich auf der politischen Ebene bemühen – natürlich mit dem besten Rat, den man von Berufsmedizinern bekommen kann. Wir haben auch begonnen, Methoden für die horizontale Prioritäten zu entwickeln.

Dies nun ist eine grobe Beschreibung der Organisation des Richtlinienprojekts. Wir versuchen, Medizin und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung dadurch zu integrieren, dass wir gemeinsame Besprechungen durchführen. Das Team „Medizinische Sachlage“ besteht aus den besten Experten, die wir in Schweden finden können, die einen Gesamtüberblick und Kenntnis über die Forschung auf dem betreffenden Gebiet haben. Das Prioritäten-team besteht aus praktizierenden Klinikern und Krankenschwestern, die mit den Patienten arbeiten, die an der Krankheit leiden. Das ist ein grober Umriss des Prozesses: Stufe 1 beschreibt eine Struktur, die mit Primär-Prophylaxe beginnt und mit der sterbebegleitenden Behandlung endet. Diese Struktur könnte etwa 100-120 Punkte beinhalten. Stufe 2 beschreibt die Schwere des Zustandes und das Ergebnis des Eingreifens. Diese zwei Schritte liegen im Aufgabenbereich des Teams „Medizinische Sachlage“. Stufe 3 ist die Aufgabe der Wirtschaftswissenschaftler im Gesundheitswesen, jedoch mit großer Unterstützung seitens der Mediziner. Stufe 4: Jetzt ist es Zeit für die Prioritätengruppe. Sie soll die Begründung für die Rangordnung für jede Position liefern. Sie arbeiten mit einem Berater für ethische Fragen zusammen.

Es ist eine schwierige Aufgabe. Es ist sehr wichtig, aber auch sehr schwierig, den Schweregrad des Zustandes und die Effekte des staatlichen Eingreifens in entsprechenden Termini zu beschreiben. Wir haben festgestellt, dass die Risiken häufig gut bekannt sind. Der Verlust an funktioneller Fähigkeit oder an gesundheitlicher Lebensqualität lässt sich dagegen schwer nachweisen. Wir glauben, dass es sehr wichtig ist, auch Nebenwirkungen und Komplikationen infolge von Interventionen einzubeziehen. Wir versuchen, nicht nur die direkten Kosten zu berücksichtigen, die dem Gesundheitswesen entstehen, sondern auch die indirekten Kosten für die Gesellschaft. Hier sehen Sie den Umfang dessen, woran wir arbeiten. Richtlinien sollten alle drei bis vier Jahre überarbeitet werden. Die Richtlinien für Herzkrankheiten wurden im Juni 2004 herausgegeben. Die Aktualisierungsarbeit hat schon begonnen. Man müsste annehmen, dass die Experten nach einer solchen zweijährigen Anstrengung ziemlich müde sind. Das Gegenteil ist der Fall. Die Kardiologen sind begierig darauf, sich mit Fragen zu befassen, die sie nicht erledigen konnten.

Nun zur Frage der Verwendung von Richtlinien. Die immer größer werdende Lücke zwischen Erwartungen bzw. Möglichkeiten und den verfügbaren Ressourcen ist ein vertrautes Bild. Es gibt aber keine festgesetzten Kosten für eine Leistung, die man in Anspruch nimmt. Die Kosten eines bestimmten Ergebnisses hängen von der Qualität und der Effizienz des Systems ab. Eine konservative Schätzung zeigt, dass Kosten für schlechte Qualität mehr als 20 % der Gesamtkosten eines Krankenhauses ausmachen, z.B. für Komplikationen, Infektionen, Druckgeschwüre. Und deshalb muss man mit einem weiten Spektrum von Interventionen arbeiten, wenn man sich mit der Lücke befasst. Wir haben festgestellt, dass für die medizinische Entwicklung einige Parameter der Infrastruktur besonders wichtig sind, auch wenn es darum geht, Richtlinien zu entwickeln und zu implementieren. Wichtig sind z. B. regionale und nationale Protokolle, Kooperation zwischen Krankenhäusern auf dem Gebiet der klinischen Studien, Qualitätsregister und Kompetenzzentren. Ohne diese Infrastruktur und eine breite Beteiligung von Medizinern können wir die Aufgabe nicht meistern.

Zurück zur entscheidenden Frage: Was ist die Erklärung dafür, dass nach dem Beschluss des Parlamentes nichts geschah? Wir finden, dass kein Akteur über ausreichende Befugnis verfügt, diese Aufgabe allein zu bewältigen. Niemand hat genug Wissen zur Verfügung, noch die formale oder tatsächliche Macht der Entscheidung, Ressourcen rational verwenden zu können. Tatsache ist, dass wir voneinander abhängig sind und wir deshalb eine gegenseitigen Vereinbarung über die Priorisierung benötigen. Daher ist eine Frage sehr wichtig: Was sollte erreicht werden – geänderte klinische Praktiken oder ein Prozess, der die verantwortlichen Akteure einbezieht? Wir als Mediziner haben eine positive Einstellung zu nationalen Richtlinien. Wir finden, dass wir eingeschränkte Erfahrungen in systematischer Festlegung der Prioritäten haben, und Richtlinien werden dieses Problem nicht sehr bald lösen können. Politiker und Verwalter müssen das Spielfeld betreten, auch wenn sie anfangs nicht viele ihrer eigenen Kenntnisse einbringen können. Ihre Teilnahme ist notwendig, um die Berufsmediziner herauszufordern. Richtlinien müssen zum Bestandteil der Lenkungs- und Managementprozesse der Regionen und Bezirke werden. Eine daraus resultierende Folge ist, dass die Richtlinien mehr von der Perspektive der verantwortlichen Politiker beinhalten müssen. Hier sehen Sie einige Beispiele von Implementierungen von Richtlinien zur Behandlung von Herzkrankheiten. Um die Durchführung von Richtlinien zur Behandlung von Herzkrankheiten zu überwachen, brauchten wir eine Ausgangsniveaustudie. Hier sieht man die Maßnahmen, auf die wir uns konzentrierten, und die Priorität, die ihnen jeweils zugeteilt wurde. Die Rangordnung ist von (1) bis (10). Eigentlich passierte das hier vor der Implementierung. Diese Untersuchung ist von 2003. Und wir finden als Ergebnis eine Zunahme an empfohlenen Behandlungen. Wir finden weiter, dass es Unterschiede gibt zwischen den einzelnen Bezirken. Wir finden abnehmende Unterschiede und auch die Einhaltung von Richtlinien. Wir

haben 20 Bezirke in Schweden. Davon sind nach der Ausgangsuntersuchung fünf Bezirke über bzw. im Durchschnitt bei allen sechs Parametern, und fünf Bezirke sind über bzw. im Durchschnitt bei nur zwei Parametern. Es gibt also viele Unterschiede.

Auf dieser Abbildung sehen Sie zwei Maßnahmen. Ich werde mich jetzt aber nicht auf die spezifische Maßnahmen konzentrieren. Dieses Diagramm erläutert im Grunde nur, dass wir uns sowohl mit einigen etablierten Interventionsvarianten befassen müssen als auch mit solchen, die eine sehr steile Steigerung aus einer Situation aufweisen, wo es keine Richtlinien gab.

Das nächste Bild zeigt die Statine-Verwendung. Wir haben zwei Linien. Die Bezirksräte mit der besseren Situation und die Bezirksräte mit der schlimmeren Situation. Dieses Bild soll erläutern, dass die schnellste Verbesserung häufig dort zu beobachten ist, wo man zuvor zurückblieb. Gleichzeitig jedoch bewegen sich die an der Spitze oft weiter voran.

Dies alles erfordert Zusammenarbeit: Klinische Angelegenheiten, Prioritätsfragen, Ausgangsstudien, Qualitätsindikatoren, Priorität und Rangordnung und die Überprüfung des ersten Entwurfs von Richtlinien. Daraus folgt auch, endlich, die einfache Antwort auf die entscheidende Frage: Wir tragen zwar alle die Verantwortung für verschiedene Bereiche, aber wir müssen einander helfen. Wir müssen Vertrauen aufbauen. Wo es kein Vertrauen gibt, gibt es keine Hilfe. Vielen Dank.

Moderator Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Vielen Dank für diese vielen Erfahrungen, die Sie schon für uns gemacht haben in Schweden. Wir haben jetzt 20 Minuten zum Diskutieren und Fragenstellen. Ich möchte gleich mit einer Frage anfangen. Sie haben die 20 Regionen gezeigt, und Sie haben gezeigt, dass auch zentral, vom nationalen Parlament eine Funktion übernommen wurde, dass dort erst einmal die Grundprinzipien fixiert wurden. Weshalb haben sie in Schweden dann diese Delegation auf die 20 Regionen gemacht? Weshalb haben sie nicht, wie in anderen Staaten, die Entscheidungen zur Priorisierung zentralisiert? Weshalb halten sie es für notwendig? Weshalb machen sie es so und nicht anders?

Experte Torbjörn Malm: Lassen Sie mich bitte auf Englisch antworten. Wir werden ja eine hilfreiche Übersetzung haben.¹ Ich denke, ich kann direkt antworten: Nun, es gibt eine geteil-

¹ Die folgenden Antworten des Experten Torbjörn Malm werden in einer Arbeitsübersetzung des Sekretariats wiedergegeben.

te Verantwortung. Die 20 Bezirksräte sind für die Planung, für die Bedürfnisse ihrer jeweiligen Bevölkerung verantwortlich. Dann haben wir auch das Gesetz über die Gesundheitsversorgung in Schweden, das verlangt, dass wir Gleichheit anstreben, Chancengleichheit und Gleichheit des Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Unsere Aufgabe beim National Board of Health and Welfare ist es, die Entwicklung zu verfolgen – ein Monitoring –, aber nicht, die Ziele zu setzen und Ressourcenallokation vorzunehmen.

Moderator Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ist das gut so? Oder wollen Sie das ändern?

Experte Torbjörn Malm: Es gibt eine neue Entwicklung in Schweden. Eine Regierungskommission ist dabei, die gesamte Konstruktion des schwedischen öffentlichen Sektors auf den Prüfstand zu stellen. Wir sehen auch eine Art Rezentralisierung. Diese 20 Bezirksräte sind zu klein, um die volle Verantwortung zu übernehmen und das Monitoring durchzuführen. In der Zukunft werden wir vielleicht 6 Regionen haben, die zuständig sein werden, die Gesundheitsversorgung zu planen und anzubieten.

Moderator Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Vielen Dank. Ich habe jetzt vier Wortmeldungen gesehen. René Röspel ist der Erste.

Vorsitzender Abg. René Röspel (SPD): Mein Name ist René Röspel, ich bin Mitglied der Enquete-Kommission. Wenn ich das richtig verstanden habe, haben Sie vorhin gesagt, dass selbst zugefügte Krankheiten nicht Bestandteil der Priorisierung wären. Meine erste Frage: Stand das von vornherein außerhalb der Diskussion oder ist das diskutiert und irgendwann verordnet worden? Meine zweite Frage: Gibt es Erfahrungen oder Abschätzungen, was die Kostensituation in oder die Zufriedenheit der Beteiligten mit diesem System anbelangt?

Experte Torbjörn Malm: Zur ersten Frage: Als es die Parlamentskommission zur Prioritätensetzung und zu den ethischen Prinzipien gab, Anfang der 90er Jahre, wurde das ziemlich intensiv diskutiert. Wenn Sie also beispielsweise Kettenraucher sind oder viel Alkohol trinken, heißt das nicht, dass Sie von der erforderlichen Gesundheitsversorgung ausgeschlos-

sen werden. Wenn Sie allerdings darauf bestehen, weiterhin Kette zu rauchen oder viel zu trinken, dann könnte das ihre Prognose beeinflussen. Wenn die Prognose nämlich so ist, dass eine Behandlung keine Hilfe für Sie bedeutet, weil Sie eben darauf beharren, weiter zu trinken, rauchen o. ä., dann könnte das Sie von dieser Art der Behandlung ausschließen. Die Entscheidung erfolgt also aufgrund der Prognose, aber natürlich nicht nur auf dieser Basis. Ob die Krankheit selbst zugefügt ist oder nicht, spielt für sich allein keine Rolle.

Moderator Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Das Weitertrinken verschlechtert also die Prognose.

Experte Torbjörn Malm: Könnten Sie bitte die zweite Frage noch einmal wiederholen?

Vorsitzender Abg. René Röspel (SPD): Gibt es Abschätzungen über Zufriedenheit oder erste Erfahrungen und Abschätzungen, was die Kostensituation anbelangt? Gibt es Kostensenkungen? Gibt es Ergebnisse, was die Zufriedenheit der beteiligten Patienten und Ärzte mit einem solchen System anbelangt?

Experte Torbjörn Malm: Meinen Sie, ob es eine positive Einstellung auf Seiten der Öffentlichkeit gibt? Das hängt davon ab, wie man die Fragen stellt. Wenn man fragt: „Sollte es so sein, dass die Bedürftigen die erforderliche Gesundheitsversorgung erhalten?“, dann wäre die Antwort der Bevölkerung „ja“. Wenn man demgegenüber fragt: „Finden Sie, dass jeder unabhängig vom Ausmaß seiner Bedürftigkeit jeder alles bekommen sollte, was er will oder wessen er bedarf?“, dann würden die Leute auch „ja“ zu dieser Frage sagen. Im Dialog mit der Öffentlichkeit kommt es also darauf an zu klären, was notwendig ist.

Zur Frage der Kosten: Das Problem war vor ein paar Jahren wesentlich akuter. In den 90er Jahren entwickelte sich die schwedische Wirtschaft schlecht. Wir hatten Haushaltsdefizite und haben versucht, Kosten zu reduzieren. Jetzt ist die Situation viel besser, obgleich wir auch die Prognose haben, dass die Bevölkerung älter wird und die Bedürfnisse wachsen werden.

Wir können aber auch eine große Solidarität zwischen den Klinikleitern beobachten, wenn es darum geht zu ökonomisieren.

Moderator Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Sind die Fragen damit beantwortet? Das wäre dann ja ein guter Zeitpunkt in Deutschland, wenn die Mittel knapper werden, jetzt die Diskussion auch weiterzuführen, sie zu intensivieren. Von daher ist das sehr ermutigend. In der Not ist die Hilfe dann ja häufig am nächsten.

Jetzt hatte sich Michael Wunder gemeldet.

SV Dr. Michael Wunder: Michael Wunder. Ich bin auch Mitglied der Enquete-Kommission. Ich müsste lügen, wenn ich sagen würde, dass ich Ihre Antwort zur allerersten Frage verstanden habe. Ich habe sie nicht verstanden. Und deshalb stelle ich die Frage noch einmal anders: Können Sie etwas Genaueres zu den Ausschlusskriterien sagen bei selbstverschuldeter Erkrankung? Das Beispiel „Sucht“ ist dabei ja schwierig, weil sich bei Sucht und Selbstverschulden die Geister ja ziemlich schnell scheiden können. Aber meine Frage ist eine andere, sie lautet: Wie offen ist das System in Ihrem Lande für alternative Medizinmethoden, -strategien, Behandlungsformen? Ich denke beispielsweise an Akupunktur oder an Alternativen zur medikamentösen Behandlung in bestimmten psychischen oder psychosomatischen Krankheitsbereichen. Wie offen ist Ihr System für eine Pluralität der Methoden und auch für eine Freiheit der Auswahl durch den Behandler oder durch den Patienten? Das Stichwort ist also „Therapiefreiheit“.

Experte Torbjörn Malm: Ich habe die zweite Frage sehr gut verstanden, aber könnten Sie mir noch einmal mit der ersten helfen? Ging es in Ihrer Frage um selbstverschuldete Krankheiten?

SV Dr. Michael Wunder: Ja, in der ersten. Es ging um Ausschlusskriterien. Gibt es Ausschlusskriterien?

Experte Torbjörn Malm: Nein, Ausschlusskriterien gibt es nicht, soweit es um selbstverschuldete Krankheiten geht. Ob die Krankheit selbstverschuldet ist oder nicht, bedeutet nichts. Das einzig Wichtige ist: Wie ist die Prognose? Ist es wahrscheinlich, dass eine Behandlung für diesen Patienten nützlich ist?

Zur zweiten Frage: Ja, man kann eine größere Offenheit gegenüber alternativen oder komplementären Methoden wie Akupunktur beobachten. Das verbreitet sich. Es wird auch Teil des öffentlichen Leistungspakets. Es gibt inzwischen auch Menschen im Krankenhaus, in den Kliniken, die mit einigen dieser Methoden arbeiten. Man kann das sogar schon in der primären Gesundheitsversorgung finden.

SV Dr. Michael Wunder: Wer bezahlt das?

Experte Torbjörn Malm: Wenn es von den Gesundheitsversorgungseinheiten praktiziert wird, wird das von der Allgemeinheit bezahlt, von den Bezirksräten. Es wird genauso bezahlt wie andere Gesundheitsleistungen.

SV Dr. Michael Wunder: Welchen Einfluss haben denn aber nun Präferenzen der Behandler und der Patienten?

Experte Torbjörn Malm: Ich habe früher im Stockholmer Bezirksrat gearbeitet. Dort hat man eine Task Force eingesetzt, um herauszufinden, welche Präferenzen in der Bevölkerung bestehen und wie die Beschäftigten des Gesundheitssektors zur Einführung komplementärer oder alternativer Methoden stehen. Es gibt also zurzeit einige systematische Versuche, das zu evaluieren und diese Methoden einzuführen. Das wird bislang auf lokaler oder regionaler Ebene gemacht.

Moderator Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Wir hatten dort hinten noch eine Wortmeldung.

Expertin Prof. Dr. Weyma Lübbe: Ich habe zwei Fragen zu den Kriterien für die Priorisierung. Das erste Kriterium war ja die Menschenwürde. Das wurde spezifiziert als Diskriminierungsverbot: Jeder ist gleichberechtigt. Das dritte Kriterium war Kosteneffizienz. Da sagten Sie: Wenn alle anderen Umstände gleich sind, wird das kosteneffiziente Verfahren dem weniger kosteneffizienten Verfahren vorgezogen. Meine Frage ist: Kann es nicht passieren, dass diese beiden Kriterien sich widersprechen? Das dritte Kriterium müsste doch bedeuten, wenn alle anderen Umstände gleich sind, wird ein Patient, dem nur mit einem wenig kosteneffizienten Verfahren geholfen werden kann, gegenüber einem Patienten posteriorisiert, dem mit einem kosteneffizienten Verfahren geholfen werden kann. Die Frage lautet also: Warum diskriminiert das dritte Kriterium nicht gegen so genannte "teure" Patienten selbst bei gleichem Schweregrad der Erkrankung?

Die zweite Frage dazu ist: Sind die drei Kriterien so zu verstehen, dass sie in irgendeinem Schritt des Verfahrens irgendwie gegeneinander gewichtet werden, oder sind sie strikt nacheinander zu prüfen, und das erste geht immer vor dem zweiten, das zweite geht immer vor dem dritten?

Experte Torbjörn Malm: Ja, es gibt eine Hierarchie unter den Kriterien. Wenn es einen Konflikt zwischen den Kriterien gibt, dann entscheidet das erste. Das gilt aber nur im Verhältnis zwischen erstem und zweitem Kriterium. Andererseits beziehen sich die Kriterien von Bedürftigkeit / Bedarf und Solidarität nur auf wirksame Maßnahmen. Wir unterstellen, dass man keinen Bedarf nach etwas hat, das nutzlos ist. Das gilt selbst, wenn das Leiden sehr stark ist, soweit es eben gegen das Leiden nicht hilft. Wir würden dann sagen: Nun, das ist etwas, dass Du nicht brauchst.

Moderator Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ist das klar geworden?

Expertin Prof. Dr. Weyma Lübbe: Ich habe aber doch das dritte Kriterium so verstanden, dass es nicht sagt: Wer nach Meinung der Experten etwas gar nicht braucht, weil es bei ihm gar nicht wirksam ist, der bekommt es nicht. Das dritte Kriterium sollte doch vielmehr Kosteneffizienz bedeuten. Das heißt Wirksamkeit im Verhältnis zu den Kosten, sodass sich dann ein diskriminierender Effekt auf Personen mit sehr teuren Krankheiten ergeben müsste.

Experte Torbjörn Malm: Sie nehmen an, dass dann ein Konflikt mit welchem Kriterium entsteht?

Expertin Prof. Dr. Weyma Lübke: Mit dem ersten Kriterium, weil das eine Art Diskriminierung nicht nach dem Alter, sondern vielleicht gegen besonders teure Patienten ist. Würden sie das als Diskriminierung ansehen?

Experte Torbjörn Malm: Ich bin zwar nicht ganz sicher, worauf Sie mit Ihrer Frage hinauswollen, aber natürlich kann man sich eine Situation vorstellen, in der jemand mit einem relativ geringen Bedarf eine sehr kosteneffektive Behandlung bekommt. Aber das wäre nicht wichtiger als eine sehr bedürftige Person, der nicht viel geholfen werden kann. Da es aber eigentlich eine Hierarchie bzw. ein Rangverhältnis zwischen den Kriterien geben soll, kann es natürlich auch einen Konflikt zwischen erstem und zweitem Kriterium geben.

Moderator Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ja, vielen Dank. Die nächste Frage hat Frau Albers.

SV PD Dr. Marion Albers: Marion Albers. Ich bin auch Mitglied in der Enquete-Kommission. Ich habe zwei Fragen. Zum einen: Wie sind die Richtlinien mit den Ressourcen oder mit der Einnahmeseite verknüpft? Das heißt, gibt es beispielsweise ein festes Budget oder Deckelungen? Was passiert, wenn dieses Budget vor der Zeit überschritten ist? Also, schießt man da etwas nach oder was macht man dann?

Die zweite Frage: In Deutschland hätte man gegen eine solche Konzeption möglicherweise Einwände, weil man sagt, dass dieses Richtliniensystem zu wenig auf den einzelnen Patienten oder auf die einzelne Patientin eingeht, die der Arzt dann vor sich hat. Mir ist besonders die "Depression" aufgefallen, bei der ich mir schwer vorstellen kann, dass man die abstrakt vom grünen Tisch aus in eine Rangordnung schwerer und weniger schwerer Krankheiten einordnen kann. Also, in Deutschland wäre das dann der Arzt, der sagen würde: „Ihnen muss auf diese und jene Weise geholfen werden“, und er orientiert sich am individuellen Patienten. Das knüpft ein bisschen an die Frage der Therapiefreiheit an. Wie verbindlich sind

also diese Richtlinien? Wie verbindlich ist eine Rangordnung gegenüber individuellen Kriterien, die die einzelne behandelnde Person dann finden würde?

Experte Torbjörn Malm: Zunächst zur Frage mit dem Budget. Das liegt in der Verantwortung der 20 Bezirksräte. Sie sollen die Ressourcenallokation entsprechend des Bedarfs der Bevölkerung vornehmen, sie sollen ein Monitoring der Entwicklung durchführen, sie sollen sehen, ob die Leute die Behandlung bekommen, die sie brauchen, und auch wer davon bedroht ist, keine Behandlung zu erhalten. Sie sind dann auch verantwortlich dafür, ggf. etwas zu unternehmen. Die Bezirksräte sollen pro-aktiv mit diesen Fragen umgehen und etwas tun, sobald sie ein Risiko erkennen. Das soll eigentlich keine Frage zwischen dem einzelnen Arzt und dem individuellen Patienten sein.

Moderator Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Mit anderen Worten, wenn das Budget überschritten ist, darf nicht der einzelne Arzt vor dieser Entscheidung stehen, sondern die 20 Bezirke mit ihren 20 Budgets müssen vorsorgen, dass sie damit auskommen. Dafür haben sie die Verantwortung.

Wir sind sehr knapp in der Zeit jetzt. Der zweite Teil der Frage, bitte.

SV PD Dr. Marion Albers: Wie verbindlich sind die Richtlinien im Verhältnis zu den individualbezogenen Entscheidungen, die der behandelnde Arzt trifft, gerade jetzt am Beispiel der Depression?

Experte Torbjörn Malm: Das hängt davon ab. Es gibt eine potenzielle Differenz. Ob es eine Korrelation gibt, hängt von den Aktivitäten des medizinischen Berufsstandes ab, wenn es darum geht, mit Protokollen zu arbeiten, Gleichheit und Qualität zu überwachen etc. Wir haben beobachtet, dass Ärzte ein Auge aufeinander haben. Sie wollen auch stolz darauf sein, was sie tun. Viele Ärzte arbeiten auch bei der Entwicklung der Richtlinien mit und wollen unbedingt „das Wort verbreiten“.

Moderator Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Das sind keine aufgesetzten Richtlinien. Sie sind von den Ärzten selbst mit erarbeitet, sie nehmen teil daran, und deshalb stehen sie auch dahinter.

Vielen Dank, Torbjörn Malm, für die Einblicke nach Schweden. Ich darf dann den Vorsitzenden Abg. René Röspel bitten, die nächste Sektion zu moderieren.

Vorsitzender Abg. René Röspel (SPD): Vielen Dank! Mein Name ist René Röspel. Ich wollte eigentlich gar keine Sektion moderieren, sondern bin hier in Vertretung von Michael Kauch, von der FDP-Fraktion, der eigentlich moderieren sollte, den ich aber entschuldigen muss, da er aus gesundheitlichen Gründen heute nicht teilnehmen kann.

Ich hoffe auch, dass nicht deswegen heute die Regierungskoalition das zweite Mal in sieben Jahren eine Abstimmung verliert, weil heute nicht alle Fraktionen gleichermaßen vertreten sein können.

Wir sind, glaube ich, Opfer der impliziten Posteriorisierung, wenn ich das bisher richtig gesehen habe, Herr Marckmann. Ich freue mich trotzdem sehr, jetzt Herrn Prof. Dr. Volker Neumann begrüßen zu können, der uns einen Vortrag halten wird über die Prioritätensetzung in der gesetzlichen Krankenversicherung, also über die Situation in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Sozialrechts. Vielen Dank Herr Neumann. Dazu gibt es übrigens ein Handout vorne am Eingangsbereich.

Experte Prof. Dr. Volker Neumann (vgl. Thesenpapier in Anlage Nr. 4): Juristen sind an sich keine konservativen Menschen, aber an einem Punkt sind sie es doch: in der Tagungstechnik. Sie sehen jetzt nicht PowerPoint, sondern ich habe für Sie ein zweiseitiges Thesenpapier vorbereitet, das Sie hoffentlich alle erhalten haben.

Eine Prioritätensetzung ist im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, dem SGB V, weitgehend unbekannt. Das erklärt sich mit der Grundregel des Leistungsrechts: „Der Versicherte hat Anspruch auf jedwede Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“ Der Anspruch erstreckt sich grundsätzlich auf alle Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Dieses Gebot der Wirtschaftlichkeit ändert nichts daran, dass der nach medizinischen Kriterien zu bestimmende Bedarf die entscheidende Voraussetzung der Leistungsge-

währung ist, denn auf die Kosten der Leistung kommt es nur an, wenn mehrere wirksame Behandlungsalternativen vorhanden sind; dann ist die wirtschaftlichste, d.h. kostengünstigste zu gewähren.

Der Sprecher einer Krankenkasse hatte einmal für den Vorrang des Bedarfs vor den Kosten dieses Bild geprägt: „Wenn eine notwendige Operation nur im Weltraum durchgeführt werden kann, muss die Krankenkasse einen Flug zu den Sternen finanzieren.“ Diese Grundregel hat in den vergangenen Jahrzehnten zu Ausweitungen der Leistungen und zu entsprechenden Kostensteigerungen sowie in deren Folge zu Erhöhungen des Beitragssatzes beigetragen.

Der Gesetzgeber reagierte darauf seit 1977 mit einer Politik der Ausgabendämpfung. Primäres Ziel der Maßnahmen sind der Abbau von Überkapazitäten und die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Der Gesetzgeber setzt also bisher ganz überwiegend auf Rationalisierungen, insbesondere bei den Leistungserbringern. Vereinzelt hat er aber auch Rationierungen vorgenommen. Unter Rationierung verstehe ich die Vorenthaltung von Leistungen, auf deren Gewährung die Versicherten nach der Grundregel des SGB V einen Rechtsanspruch haben. Da Rationierungen Ausnahmen von der parlamentsgesetzlichen Grundregel sind, dürfen sie nur vom Parlamentsgesetzgeber angeordnet werden. Beispiele hierfür sind vor allem in der Arzneimittelversorgung anzutreffen. Ausgeschlossen werden grundsätzlich alle nichtverschreibungspflichtigen Arzneimittel. Die Gesetzesbegründung klärt, dass die fehlende Verschreibungspflicht als Typisierungsmerkmal eingesetzt wird. Bei nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln handele es sich um Arzneimittel im unteren Preisbereich von durchschnittlich weniger als 11 € je Packung. Ein anderes Beispiel ist der Ausschluss bestimmter Bagatellarzneimittel für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Begründung: Den Versicherten sei wegen der geringen medizinischen Bedeutung der ausgeschlossenen Mittel eine Eigenversorgung zuzumuten. Für Aufsehen hat der Ausschluss der so genannten Lifestyle-Arzneimittel gesorgt. Das sind Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Dazu gehören Mittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz dienen. Viagra ist demnach kein Thema mehr für die gesetzliche Krankenversicherung.

Rationierungen sind auch im Bereich der Hilfsmittelversorgung anzutreffen. Grundsätzlich besteht nach neuem Recht kein Anspruch auf Versorgung mit Brillen, es sei denn, es handelt sich um Versicherte bis zum 18. Lebensjahr oder um schwer sehbeeinträchtigte Versicherte. Interessant ist die Begründung. Im alten Recht gewährten die Krankenkassen im Durchschnitt 50 Euro pro Brille. Damit gewährleisteten sie die medizinische Vollversorgung. Die

Versicherten waren jedoch bereit, zusätzlich rund 150 Euro für medizinisch nicht notwendige Leistungen – wie etwa für eine Entspiegelung oder Tönung der Gläser – auszugeben. Da erwachsene Versicherte etwa 70 bis 80 % der Gesamtkosten der Versorgung mit Brillen trugen, ging der Gesetzgeber davon aus, dass der Leistungsausschluss sie grundsätzlich nicht finanziell überfordert. Zieht man Bilanz, so zeigt sich, dass zwei Gründe für die Rationierungen maßgebend waren. Erstens die finanzielle Zumutbarkeit der Eigenversorgung und zweitens der geringe medizinische Nutzen der ausgeschlossenen Leistungen bzw. der Vorrang nichtmedizinischer Aspekte, wobei gelegentlich beide Gründe kumulativ angegeben wurden.

In der Literatur wird über die Notwendigkeit von Prioritätensetzungen im Zusammenhang mit der Pflicht des Staates zur Gewährung des medizinischen Existenzminimums diskutiert. Welche medizinischen Leistungen gehören zu diesem Existenzminimum und damit zum verfassungsfesten sozialrechtlichen Bedarf und welche zu einer darüber hinausgehenden Versorgung? Die Antworten der Literatur lassen sich zwei Richtungen zuordnen. Die Erste betont den Gesichtspunkt sozialer Gleichheit in der medizinischen Versorgung und gelangt zu dem Ergebnis, dass das Verfassungsrecht dem Gesetzgeber wenig bis keinen Spielraum lässt, Sozialhilfeempfängern medizinische Leistungen vorzuenthalten. Dieser Richtung rechne ich mich auch zu. Die zweite Richtung stellt sich eine eng definierte Minimalversorgung vor, die allenfalls die nackte Existenz sichern würde, und räumt einen Anspruch auf staatliche Hilfen erst ein, wenn die Vorenthaltung lebensnotwendiger Güter zum Tode führen würde. Versuche, diese enge Minimalversorgung zu konkretisieren, hinterlassen regelmäßig Ratlosigkeit. Es ist halt so: Das Recht auf Gesundheit zeigt sich sperrig gegenüber der Ausdifferenzierung eines medizinischen Existenzminimums.

Wie ist es mit Rationierungen im bzw. durch das Leistungserbringungsrecht? Erstes Beispiel: Richtgrößen. Der Gesetzgeber verpflichtet die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, Richtgrößen als Durchschnittswerte für die Verordnung von Arznei- und Verbandsmitteln arztgruppenspezifisch und je Arzt zu vereinbaren. Diese Richtgrößen sollen die Vertragsärzte zu einem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten anhalten und dadurch zur Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV beitragen.

In der Literatur wird gelegentlich gesagt, solche Richtgrößen seien Maßnahmen einer Rationierung. Stimmt das? Rechtsfolge einer Überschreitung der Richtgrößen ist nicht die Erstattung des Mehraufwands, sondern eine Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Prüfung führt nur dann zu einer Erstattungspflicht des Arztes, wenn der Mehraufwand nicht durch Praxisbesonderheiten begründet werden kann. Solche Besonderheiten können eine ungewöhnliche Praxisausrichtung oder eine von der Regelpraxis abweichende Zusammensetzung des Patientengutes sein. Richtgrößen zielen also auf Rationalisierungen und nicht auf Rationierungen.

Zweites Beispiel: Budgetierung der Vergütung. Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wird die Gesamtvergütung für die Kassenärztlichen Vereinigungen gedeckelt, wobei die Regelungstechnik des Gesetzes mehrfach geändert wurde. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben auf diese Deckelung mit der Einführung von Praxisbudgets reagiert. Das sind in Punkten ausgedrückte Höchstbeträge für die Vergütung der in der Arztpraxis erbrachten Leistungen. Infolge dieser Budgetierung kann der Fall eintreten, dass der Vertragsarzt nicht für jede erbrachte Leistung eine gewinnbringende oder auch nur kostendeckende Vergütung erhält.

In der juristischen Literatur wird in diesem Zusammenhang gelegentlich von einer impliziten Rationierung gesprochen. Stimmt das? Wer so spricht, verkennt das vertragsärztliche Vergütungssystem. Dieses System ist so gestaltet, dass der Vertragsarzt nicht für jede einzelne Leistung eine gewinnbringende oder auch nur kostendeckende Vergütung erwarten darf. Der vertragsärztlichen Vergütung liegt nämlich eine Mischkalkulation zugrunde, die es zulässt, dass es einzelne Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Dem Vertragsarzt steht lediglich ein Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung zu. Ein Anspruch, der in aller Regel dazu führt, dass das erzielbare Einkommen den Ärzten hinreichenden Anreiz bietet, an der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken. Deshalb ist der Vertragsarzt nicht berechtigt, Leistungen für die Versicherten zu verweigern oder dafür gar Zuzahlungen zu verlangen, weil diese Leistungen ihm im Einzelnen nicht kostendeckend vergütet werden oder weil er bei verordneten Leistungen mit einem Regress wegen Überschreitung des Praxisbudgets rechnen muss. Budgetierungen sind also keine Rationierungen. Damit bestreite ich nicht die Möglichkeit, dass Budgetierungen einmal zu Rationierungen führen können. Wer den Eintritt dieser Möglichkeit behauptet, trägt dafür jedoch die Argumentationslast, der er nur genügt, wenn er bereit ist, auch über ärztliche Einkommen zu sprechen.

Die Versicherten haben, wie dargelegt, einen Rechtsanspruch auf eine wirksame und notwendige Krankenbehandlung. Damit ist aber nicht geklärt, welche konkreten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel wirksam und notwendig sind und welche der niedergelassene Vertragsarzt oder Krankenhausarzt verordnen darf. Darüber entscheidet ein ungeheuer mächtiges Gremium, nämlich der Gemeinsame Bundesausschuss, der GBA. Betrachten wir zunächst die Zusammensetzung des GBA. Gebildet wird dieses rechtsfähige Gremium einerseits von Vereinigungen der Ärzte und Krankenhäuser und andererseits von den Verbänden der Krankenkassen. Mitglieder sind der Vorsitzende und zwei weitere unparteiische Mitglieder, auf die sich die Vereinigungen und Verbände einigen. Nur wenn eine Einigung nicht zustande kommt, greift der Bundesminister für Gesund-

heit ein und beruft die drei unparteiischen Mitglieder. Die Vereinigungen der Vertragsärzte und der Krankenhäuser entsenden insgesamt neun weitere Mitglieder, das Gleiche tun die Verbände der Krankenkassen. Im Gesundheitsmodernisierungsgesetz hat der Gesetzgeber diese paritätischen zwei Bänke um eine dritte Bank erweitert: Die bundesweit agierenden Patienten- und Behindertenverbände erhalten im GBA ein Antrags- und Mitberatungsrecht, ein Stimmrecht haben sie bisher nicht.

„Der GBA beschließt die zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“, wie es in dem nicht ganz guten Deutsch des SGB V heißt. Dabei kann er die Erbringung und Verordnung von Leistungen einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind. Diese generelle Kompetenzzuweisung wird in zahlreichen Normen des SGB V präzisiert. Von besonderer Relevanz ist eine Regelung, der zufolge Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur erbracht werden dürfen, wenn der GBA diese in Richtlinien empfohlen hat. Diese Richtlinien sind nach überwiegender Auffassung der Juristen Rechtsnormen.

Da Rechtsetzung Ausübung von Staatsgewalt ist, kommt das demokratische Prinzip des Art. 20 GG zur Anwendung: „Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus.“ Die Frage, ob die Rechtsetzung des GBA demokratisch legitimiert ist, wurde bisher von den Sozialgerichten mit langen Zähnen bejaht, von der Literatur überwiegend verneint. Die festgefahrenen Positionen in diesem Meinungsstreit, den ich hier nicht referieren will, sind in jüngster Zeit in Bewegung geraten, denn das Bundesverfassungsgericht hat in einer neueren Entscheidung dem demokratischen Prinzip selbstverwaltungsfreundliche Akzente verliehen. Danach kann die Ausübung von Staatsgewalt durch Selbstverwaltungskörperschaften gerechtfertigt werden, sofern ein wirksames Mitspracherecht der Betroffenen gesichert ist und verwaltungsexterner Sachverstand aktiviert wird. Dabei müssen Vorkehrungen getroffen werden, dass die betroffenen Interessen angemessen berücksichtigt werden und die ausgeübte Staatsgewalt der Aufsicht demokratisch legitimer Amtswalter unterliegt. Diesen Anforderungen ist der Gesetzgeber im Gesundheitsmodernisierungsgesetz mit der Besetzung der dritten Bank mit Patientenvertretern und einer Verbesserung der Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit entgegengekommen. Deshalb sprechen heute ordentliche Argumente dafür, dass die Rechtsetzung durch den GBA hinreichend demokratisch legitimiert ist, auch wenn die Patientenvertreter zunächst noch kein Stimmrecht haben.

Noch ein Wort zur Repräsentanz der Interessen im GBA. Die Vertragsärzte sind stark repräsentiert, während andere Leistungserbringer, wie Pharmaunternehmen oder Hilfsmittellieferanten, überhaupt nicht vertreten sind. Die starke Repräsentanz der Ärzte hat den einfachen rechtlichen Grund, dass sie gemeinsam mit den Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet, d.h. am gesetzlichen Sicherstellungsauftrag beteiligt sind. Die herausgehobene Stellung der Vertragsärzte ist im Übrigen verfassungsrechtlich legitimiert. Leistungsrechtliche Regelungen sind geeignet, die Therapiefreiheit der Ärzte zu beeinträchtigen, nicht aber die Berufsfreiheit der nichtärztlichen Leistungserbringer. Denn jede Umgestaltung im Leistungsrecht der GKV hat zur Folge, dass sich der Anspruch des Versicherten und damit auch der Umfang dessen verändert, woran die Leistungserbringer teilhaben. Das ist ein unvermeidbarer Reflex geänderter Leistungsansprüche, aber kein Eingriff in die Berufsfreiheit der Leistungserbringer – so das Bundesverfassungsgericht in der Festbetragsentscheidung. Es gibt keinen verfassungsrechtlichen Grund für eine Beteiligung der nichtärztlichen Leistungserbringer, wie etwa der Pharmaindustrie.

Ich habe dargelegt, dass der GBA ermächtigt ist, das Wirtschaftlichkeitsgebot umzusetzen. Dabei hat er die Vorgaben des höherrangigen – weil Parlamentsgesetz – SGB V zu beachten. Es ist die Aufgabe der Sozialgerichte, über die Einhaltung der parlamentsgesetzlichen Vorgaben und damit des Vorrangs des Gesetzes zu wachen. Vor etwa 10 Jahren wurde jedoch in der Rechtsprechung eine Richtung eingeschlagen, die auf eine Zurücknahme der gerichtlichen Kontrolle hinauszulaufen schien. Die einschlägigen Urteile ließen die Lesart zu, dass der GBA eine Art Letztentscheidungskompetenz hat. Begründet wurde der Rückzug der Gerichte mit der globalen Aussage, es könne nicht der Sinn eines Gerichtsverfahrens sein, die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft voranzutreiben oder in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung Position zu beziehen. Diese Aussage ist meines Erachtens in mehrfacher Hinsicht fragwürdig. Die Gerichte müssen häufig über wissenschaftliche und politische Auseinandersetzungen entscheiden – man denke nur an Entscheidungen über gefährliche Anlagen, wie Atomkraftwerke. Es ist auch nicht einzusehen, warum nur der GBA kompetent sein soll, über den Streit der Mediziner zu entscheiden, nicht aber die Sozialgerichte mit Hilfe von Sachverständigen.

Vor allem ist zu bedenken, dass es bei der Entscheidung über die Verordnungsfähigkeit von Leistungen nicht nur um den medizinischen Sachverstand, sondern auch um handfeste materielle Interessen geht. Es mag ja sein, dass der GBA eine vergleichsweise lobbyfeste Institution ist. Die Kontrolle seiner Entscheidungen durch die Gerichte ist die Gewähr, dass er das auch bleibt. Es gibt in der neueren Rechtsprechung Anzeichen für eine strengere Kontrolle der Richtlinien am Maßstab des parlamentsgesetzlichen Leistungsrechts. So wird dem

GBA die Befugnis abgesprochen Inhalt und Grenzen des Arzneimittelbegriffs und des Krankheitsbegriffs festzulegen und dadurch Leistungseinschränkungen vorzunehmen, die das SGB V nicht kennt. Einige Instanzgerichte hatten den Ausschluss der Verordnungsfähigkeit von Viagra durch die Arzneimittelrichtlinien für rechtswidrig erklärt. Das überzeuge, denn nur der parlamentarische Gesetzgeber ist ermächtigt, Rationierungen als Ausnahme vom gesetzlichen Leistungsanspruch vorzunehmen, was er bei Viagra dann ja auch getan hat. Fazit: dem GBA fehlt jede Kompetenz für die Anordnung von Rationierungen. Nach einer neueren Entscheidung des Bundessozialgerichts darf der GBA bei seinen Empfehlungen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht selbst über den medizinischen Nutzen der Methode urteilen. Viel mehr hat er nur die Aufgabe, einen Überblick über die veröffentlichte Literatur und die Meinung der einschlägigen Fachkreise zu verschaffen und danach festzustellen, ob ein durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens über die Qualität und Wirksamkeit der in Frage stehenden Behandlungsweise besteht. Wenn der GBA nur feststellen darf, was in der medizinischen Praxis angesagt ist, kann von einer normativen Gestaltungsfreiheit nicht mehr die Rede sein. Der GBA wird zu einem Sachverständigenrat, das über keine letzte Entscheidungskompetenz verfügt. Also haben Gerichte ggf. mit Hilfe von Sachverständigen zu überprüfen, ob eine Behandlungsmethode dem medizinischen Standard entspricht.

Nun zur Prioritätensetzung durch den einzelnen Arzt: Vor allem in der klinischen Praxis kann es immer wieder zu knappen Situationen kommen. Der behandelnde Krankenhausarzt muss dann über die Verteilung knapper Ressourcen entscheiden, d. h., er muss Prioritäten setzen. Die Rechtsordnung nimmt solche Situationen in einem gewissen Ausmaß hin. Der Bundesgerichtshof hatte in einer Entscheidung aus den 1980er Jahren dargelegt, dass nicht jeder Zeit jedem Patienten eine Behandlung nach neuesten Erkenntnissen, mit den modernsten Apparaten und durch ausgesuchte Spezialisten geboten werden kann. Der Extremfall von Knappheit ist die Organallokation, die im Transplantationsgesetz geregelt ist. Danach sind die Organe nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten, zu vermitteln. In der juristischen Literatur sind diese Kriterien auf massive Kritik gestoßen. Medizin, so wird dort gesagt, sei die Wissenschaft von den Ursachen, Wirkungen und von der Vorbeugung und Heilung der Krankheiten, also ein deskriptives, kein normatives Unternehmen. Deshalb könne und dürfe die Medizin nicht entscheiden, wie die mit Allokationsentscheidungen verbundenen Zielkonflikte und Abwägungsprobleme zu lösen seien.

Diese Kritik überzeugt mich nicht, da ihr ein meines Erachtens zu enger, rein naturwissenschaftlicher Begriff der Medizin zugrunde liegt. Der Gesetzgeber hat sich mit den Worten

„Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft“ an eine Formel des Krankenversicherungsrechts angelehnt. Das SGB V spricht vom „allgemein anerkannten Standard der medizinischen Erkenntnisse“. Dieser Standardbegriff hat aber drei Elemente, nämlich die im engeren Sinne wissenschaftlichen Erkenntnisse, die ärztliche Erfahrung und die Akzeptanz in der medizinischen Profession. Da der „Stand der medizinischen Erkenntnisse“ das ärztliche Handeln einschließt, sind auch die ethischen Implikationen dieses Handelns eingeschlossen. Damit wird der Arzt nicht zu einem Experten in Sachen Ethik. Denn ethische Gesichtspunkte sind nur dann Teil der medizinischen Erkenntnisse, wenn sie sich auf das spezifisch ärztliche Handeln beziehen. So ist der Arzt nicht befugt, seine Entscheidung über Prioritäten etwa von Erwägungen über die „soziale Nützlichkeit“ der Patienten abhängig zu machen. Wenn er aber aufgrund seines medizinischen Wissens und seiner ärztlichen Erfahrung in der Lage ist, eine sichere Prognose über den zu erwartenden Gewinn an Lebensjahren abzugeben, darf und soll er diese Prognose seiner Entscheidung zugrunde legen.

Für weniger dramatische Prioritätensetzungen als in der Organallokation im klinischen Alltag gilt nichts anderes. Der Arzt entscheidet über die Verteilung knapper Ressourcen nach medizinischen Kriterien, nämlich nach seiner wissenschaftlichen Erkenntnis und ärztlichen Erfahrung sowie der professionellen Akzeptanz. Auch hier werden die Kriterien Dringlichkeit und Erfolgsaussicht leitend sein.

Was aber ist, wenn die ärztliche Prioritätensetzung dem Patienten Schaden zufügt? In der Literatur wird die hypothetische Frage erörtert, wie arzt haftungsrechtlich zu verfahren sei, wenn eine Richtlinie aufgrund einer ausdrücklichen parlamentsgesetzlichen Ermächtigung Rationierungen anordnet. Die Antwort lautet, dass das Haftungsrecht dieser Systementscheidung durch den Ausschluss eines Behandlungsfehlers Rechnung tragen muss. Allerdings kann in diesem Fall der Arzt informationspflichtig werden, d. h., ihm erwächst eine Aufklärungspflicht gegenüber seinem Patienten. Dieter Hart hat hierfür den anschaulichen Begriff „Organisationsaufklärung“ geprägt: Wenn die GKV den Leistungsanspruch des Versicherten begrenzt, in der Medizin aber effektive Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, dann muss der Patient wissen, dass und wie er sich solcher Leistungen versichern kann.

Zu einem letzten Punkt: In der Gesundheitsökonomie gibt es vereinzelte Stimmen, die eine Rationierung nach Maßgabe des Lebensalters empfehlen. Pointiert und nicht ohne einen polemischen Unterton: Ab dem 70. Lebensjahr finanziert die Krankenkasse keine künstliche Hüfte mehr, ab 80 oder so keine Herzoperation. Aus der Politik sind bisher solche Stimmen nicht zu hören, abgesehen vom „Ausrutscher“ eines Jungpolitikers, der umgehend abgestraft wurde. Es ist erstaunlich, mit welchem Aufwand und mitunter auch mit welcher Hingabe in der deutschen gesundheitsökonomischen Literatur über Altersgrenzen diskutiert wird. Er-

staunlich deshalb, weil diese Profession in der Frage nach dem Zusammenhang von Alter und Kostenentwicklung der GKV tief zerstritten ist.

Die „Versteilerungs“-These macht für zu erwartende Kostensteigerungen im Gesundheitssystem das Zusammenspiel von zwei Faktoren verantwortlich, nämlich des medizinischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung, d. h. der zunehmenden Lebenserwartung. Dagegen erklärt die Gegenthese, die Kompressionsthese, den Anstieg der Ausgaben mit der Nähe zum Todeszeitpunkt: Die Gesundheitsausgaben würden in den letzten vier Quartalen vor dem Tod progressiv ansteigen, und zwar unabhängig vom Lebensalter. Folgt man diesem Erklärungsansatz, ist die Forderung nach einer Altersrationierung von vornherein unschlüssig.

Was sagt, ich folge der „Versteilerungs“-These, das Grundgesetz zu altersbedingten Rationierungen? Das Bundesverfassungsgericht hat einmal jegliche Differenzierung der staatlichen Pflicht zum Schutz des Lebens im Blick auf Alter und Entwicklungsstand dieses Lebens als unvereinbar mit der Menschenwürde, Artikel 1, gewertet. Nun geht die Altersgrenze hier nicht mit einem Verbot der medizinischen Behandlung einher, sondern betrifft nur die Übernahme der Kosten durch die Krankenversicherung. Das ist zwar eine außerordentlich intensive Beeinträchtigung, noch einmal eine andere Frage ist aber, ob dadurch die Menschenwürde verletzt wird. Es ist zu bedenken, dass die Rechtsordnung zahlreiche Altersgrenzen kennt, auch im Vertragsarztrecht sind solche Grenzen anzutreffen, und genau besehen erfolgt ja auch nach geltendem Recht der oben angesprochene Ausschluss der Verordnung bestimmter Arznei- und Hilfsmittel nach Maßgabe einer Altersgrenze. Niemand ist bisher auf den Gedanken gekommen, solche Altersgrenzen als Verletzungen der Menschenwürde zu werten. Die grundrechtliche Prüfung von Rationierungen aufgrund des Alters verlangt also nach Differenzierungen, für die Artikel 1 denkbar ungeeignet ist. Er ist deshalb ungeeignet, weil jede Beeinträchtigung der Würde eine Verletzung ist, so dass die Eingriffsdogmatik und mit ihr der hoch differenzierte Grundsatz der Verhältnismäßigkeit nicht zur Anwendung gelangen.

Also ist nach einem anderen verfassungsrechtlichen Prüfungsmaßstab zu fragen. Einschlägig ist jedenfalls der allgemeine Gleichheitssatz, der durch das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit verstärkt wird. Es handelt sich, so sagen die Juristen, um ein derivatives Teilhaberecht, das die gleiche Teilhabe an staatlich eingerichteten Systemen der Leistungs- und Nutzungsgewährung sichern soll. Die gesetzliche Krankenversicherung ist ein solches System, das folglich für die Versicherten Gleichbehandlung garantieren muss.

Eine Rationierung von Gesundheitsleistungen nach dem Alterskriterium ist eine außerordentlich intensive Ungleichbehandlung, die einer verschärften Verhältnismäßigkeitsprüfung standhalten muss. Die Ungleichbehandlung muss einen legitimen Zweck verfolgen, zur Erreichung dieses Zwecks geeignet und erforderlich sein, und der Eingriffszweck muss in einem angemessenen Verhältnis zur Eingriffsintensität stehen. Zweck eines Ausschlusses von Leistungen ab einem bestimmten Alter ist die Verhinderung von Kostensteigerungen und von wirtschaftlich nicht mehr tragbaren Beitragserhöhungen. Das Bundesverfassungsgericht erkennt als Zweck vergleichbar wirkender Maßnahmen in ständiger Rechtsprechung die Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV und wertet diesen Zweck als eine Gemeinwohlaufgabe von hohem Rang, der sich der Gesetzgeber nicht entziehen darf.

Folgt man der „Versteilerungs“-These, sind Altersgrenzen geeignet, den legitimen Zweck zu erreichen. Jedoch ist eine Altersgrenze niemals ein erforderliches Mittel. Auf der Prüfungsstufe der Erforderlichkeit der Ungleichbehandlung wird nach anderen gleich geeigneten Mitteln gefragt, die weniger belastend wirken. Wenn es solche Mittel gibt, scheitert die Rechtfertigung des Eingriffs. Hierzu gehören so gut wie alle alternativen Mittel, mit deren Hilfe die finanzielle Stabilität der GKV gesichert werden kann. Zu denken ist beispielsweise an Zuzahlungen der Versicherten, aber auch an die Kürzung von Leistungen, die nicht lebenserhaltend sind und alle Versicherten gleichmäßig betreffen. Und vor allem solange es Wirtschaftsreserven gibt, ist ihre Ausschöpfung ein milderer Mittel. Die Prüfungsstufe der Erforderlichkeit ist also der grundrechtsdogmatische Ort, an dem der Satz „Rationalisierung vor Rationierung“ seine verfassungsrechtliche Dignität erhält. Alle genannten Mittel sind bei gleicher Eignung milder als eine Altersgrenze, die Leistungen gerade in einer Lebensphase ausschließt, in der diese Leistungen möglicherweise in besonderem Maße benötigt werden. Altersbedingte Rationierungen sind also Ungleichbehandlungen, die nicht rechtfertigungsfähig sind.

Ich schließe mit einem knappen Ausblick. Zum Thema „Prioritätensetzung im deutschen Sozialrecht“ ist zwar nicht gerade Fehlanzeige zu melden, es handelt sich aber nicht um ein Thema, das die Erörterung über die Zukunft der Krankenversicherung beherrscht. Ist das ein Mangel oder ein Vorzug, ein Vorzug etwa deshalb, weil etwa von einer „Prioritätensetzung“ kein nennenswerter Beitrag zur Lösung der Finanzierungsprobleme der Gesundheitsversorgung zu erwarten ist? Ich neige der letztgenannten Alternative zu und verweise dabei auf die in Nordeuropa geführte Diskussion um „Priorisierungen“. Wenn die Berichte, die ich eingesehen habe, diese Diskussion zutreffend wiedergeben, dann ist doch eine gewisse Ernüchterung über die Relevanz dieses Themas eingetreten. Für die Erkenntnis, dass lebensbedrohliche akute Krankheiten vor weniger schweren Krankheiten zu behandeln sind, werden ei-

gentlich keine Priorisierungsgruppen benötigt. Jeder verantwortlich handelnde Arzt wird bei gegebener Ressourcenknappheit dringliche Behandlungen weniger dringlichen vorziehen. Von der vom Parlament Östergötlands aufgestellten Priorisierungsliste werden Einsparungen in Höhe von insgesamt 4 Millionen Euro erwartet. Das ist nicht gerade ein gigantischer Betrag, der überdies mit den nicht unerheblichen Verwaltungskosten zu verrechnen wäre. Ein Großteil der in Östergötland ausgeschlossenen Leistungen steht auch nicht mehr im Leistungskatalog der deutschen GKV. Vielfach erfolgte der Ausschluss dieser Leistungen bei uns im Zuge der Diskussion um versicherungsfremde Leistungen. Eine Untersuchung aus Finnland verweist überdies darauf, dass Wartelisten, die auf der Grundlage von Priorisierungsgruppen erstellt werden, zu nicht unerheblichen Folgekosten führen. Die Kosten einer Akut-Behandlung wären vielfach geringer als die Kosten der Wartezeit und der dadurch notwendig gewordenen Rehabilitation. Immerhin ist der Vorschlag aus Schweden bedenkenswert, mit abnehmendem Grad der Priorisierung die Selbstbeteiligungen der Patienten anzuhähen. In der Tat könnte sich auch im deutschen Gesundheitswesen die Frage stellen, ob bei einer künftigen Ausweitung der Selbstbeteiligungen nicht stärker als bisher nach Krankheiten differenziert werden sollte. Aber spätestens mit dieser Frage habe ich meine Fachkompetenz überschritten. Danke.

Vorsitzender Abg. René Röspel (SPD): Vielen Dank, Herr Neumann. Uns bleiben noch einige Minuten. Und unabhängig vom Lebensalter würde ich jetzt erst einige Wortmeldungen zu Wort kommen lassen und dann gesammelt noch Antworten von Ihnen erbitten. Es hatte sich zuerst Wolfgang Wodarg, dann Herr Mieth gemeldet und Frau Lübke als Dritte.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ich habe eine Frage nach der Über- und Vielversorgung, die ja bei uns dokumentiert ist durch ein Sachverständigengutachten. Ist Ihnen bekannt, dass diese Art der Fehlallokation schon einmal dazu geführt hat, dass es zu Klagen gekommen ist? Dass irgendjemand geklagt hat, dass zu viel Geld ausgegeben wurde, dass die falschen Dinge gemacht wurden, auch dann, wenn sie jetzt nicht unbedingt wegen eines Schadens dann zur Klage geführt haben? Es gibt ja zwei Dinge, die man falsch machen kann.

SV Prof Dr. Dietmar Mieth: Dietmar Mieth, ich bin Sozialethiker und Mitglied der Enquete. Ich habe von Ihrem Vortrag und seiner Klarheit viel gelernt, habe aber zwei Fragen, wo es

für mich nicht so ganz durchsichtig war. Die erste Frage bezieht sich darauf, dass Sie sagen, wenn es eine Kostenpauschale gibt, also eine Deckelung, eine Senkung der bisherigen Budgets, dann hat das insofern keine Auswirkungen bei handelnden Institutionen oder beim Arzt, als ja doch nach den vorgegebenen Regeln Prioritäten im Hinblick auf Dringlichkeit gesetzt werden müssen. Das leuchtet mir nicht ein. Wenn ich also beispielsweise in einer Arztpraxis eine ganze Reihe von gleichwertigen Dringlichkeiten habe, aber eine Kostensenkung, dann werde ich nicht alle Dringlichkeiten gleich behandeln können. Ich glaube, das ist so für jede Institution, das gilt auch für eine Klinik. Also ich habe Schwierigkeiten, Ihnen da zu folgen.

Ein zweiter Punkt, wo ich Ihnen nur schlecht folgen kann, steht im Zusammenhang mit der Frage, wie der Gemeinsame Bundesausschuss Rationierungen macht und doch nicht macht. Sie sagen ja, er kann Leistungen ausschließen, aber er vollzieht dabei nur die Vorgaben des Gesetzgebers, d. h. also, er ist in dem Sinne nur ein ausführendes Organ und nicht ein originäres Organ. Das leuchtet sehr wohl ein. Aber Sie sagen, er urteilt nicht, sondern er stellt fest. Für mich ist ein Feststellungsverfahren auf Grund von vorliegenden Daten und Erkenntnissen immer ein Urteil. Ich könnte mir gar kein anderes Urteil vorstellen, als ein Urteil, das auf Grund von Vorgaben erfolgt. Das heißt mit anderen Worten, er hat doch einen gewissen Ermessensspielraum, und wenn er Herr dieses Ermessensspielraums ist, dann kann man schon sagen, dass er in gewisser Weise auch ein Organ der Rationierung ist. Danke schön.

Expertin Prof. Dr. Weyma Lübke: Ich habe eine Frage zu diesen so genannten medizinischen Kriterien, speziell der Prognose. Ich will jetzt nicht streiten, ob man sie medizinische Kriterien nennen sollte oder nicht. Wir sind uns einig, dass es normativ gehaltvolle Kriterien sind und dass deswegen die Mediziner nicht die einzigen Experten sind, um über diese Kriterien sozusagen zu streiten und zu debattieren. Ich möchte das einmal konkretisieren an einem Beispiel mit der Prognose, weil, so wie ich Sie verstanden habe, sagten sie, wenn etwa bei einer Organtransplantation der Arzt aus seinem medizinischem Urteil sagen kann: „Die Lebenserwartung bei einer Person mit diesem Organ, also die Organfunktionsdauer ist 3 Jahre, bei einer anderen Person 6 Jahre, und die Organe sind knapp.“ Dann darf er die Person mit 6 Jahren bevorzugen, nach dem Alter darf hier aber nicht entschieden werden. Jetzt habe ich folgenden Fall: Wir haben ein Transplantat und einen 40-Jährigen, der aber außerdem noch eine Diabetes hat. – Die Mediziner mögen entschuldigen, wenn das Beispiel nicht passt; dann nennen Sie mir ein passendes. – Wegen dieser Diabetes ist die erwartete Organfunktionsdauer drei Jahre. Wir haben zweitens einen 70-Jährigen, ansonsten Gesunden. Die erwartete Funktionsdauer ist sechs Jahre. Und wir haben einen 90-Jährigen, einen ansonsten einigermaßen Gesunden, wie man das so mit 90 ist. Erwartete Organfunktionsdauer

er: Drei Jahre. Meine erste Frage ist: Warum sagt die Verfassung oder irgendein einfaches Gesetz eigentlich, dass man nach der Prognose entscheiden darf, weil das bedeutet hier, dass jemand, weil er zuckerkrank ist, posteriorisiert werden darf. Das ist der Grund für die verminderte Organfunktionsdauer. Also, weil jemand zuckerkrank ist, darf er diskriminiert werden, weil jemand älter ist, darf er nicht diskriminiert werden. Man könnte sich doch sagen: zuckerkrank wird nicht jeder, alt wird irgendwann einmal jeder. Wäre das nicht sogar gleichheitsfreundlicher, in diesem Fall nach Alter zu gehen und nicht nach Zuckerkrankheit? Der zweite Punkt ist: Wenn ich den 70-Jährigen und den 90-Jährigen vergleiche, hat der 90-Jährige in meinem Fall nur deshalb nur noch 3 Jahre zu gewinnen, weil er so eine geringe Lebenserwartung hat. Die Lebenserwartung bestimmt die Prognose mit. Darf in diesem Falle der Arzt auf die Prognose achten, wenn sie durch das Alter mit bedingt ist?

Vorsitzender Abg. René Röspel (SPD): Herr Neumann bitte.

Experte Prof. Dr. Volker Neumann: Auf Ihre Frage, Herr Wodarg, ein eindeutiges Nein. Eine solche Klage kann es nicht geben, und zwar deshalb, weil man nur klagebefugt ist, wenn die eigenen Rechte beeinträchtigt sind. Eine Rechtsbeeinträchtigung durch eine Überfülle ist aber schwer vorstellbar. Also, ich kenne eine solche Klage nicht, und ich halte es auch für sehr schwer vorstellbar, allenfalls, dass man ins Beitragsrecht geht, aber da zu sagen, dass die Leistungen heruntergesetzt werden, das, denke ich, geht nicht.

Ich habe dabei jetzt sozialrechtlich gedacht. Im Strafrecht ist das in der Tat vorstellbar und ich vermute mal, wir beide sind Privatpatienten und beschäftigen uns mit dieser Frage. Ganz klar, ein operativer Eingriff, eine medizinische Leistung, die nicht erforderlich ist, ist eine Körperverletzung, auch für den Kassenpatienten. Ich kenne eine solche gerichtliche Auseinandersetzung aber nicht. Schädigung durch Überversorgung, dazu kenne ich nichts, nein.

Dann zu den zwei Fragen von Herrn Mieth: Deckelung, Dringlichkeit, Richtgrößen. Die Ausführung zur Dringlichkeit bezieht sich auf die klinische Situation, also für eine Situation, wo einfach nicht ausreichend Ressourcen da sind und die Rechtsordnung das so hinnimmt. Wo nichts ist, hat auch der Kaiser sein Recht verloren. Solche Situationen kann es geben. Was die Deckelung anbelangt: Bei Richtgrößen ist es deshalb keine Rationierung, weil die Rechtsfolge eine Überschreitung von Richtgrößen schlicht und einfach eine Wirtschaftlichkeitsüberprüfung ist, und in dieser Prüfung sind dann eben Praxisbesonderheiten geltend zu machen. Also, das ist keine, wie gesagt wird, implizite oder heimliche oder statistische Rati-

onierung. Das ist das eine. Bei den Budgets, die übrigens jetzt abgelöst werden sollen – auch durch Richtgrößen, also im Bereich der Deckelung des Gesamtbudgets setzt man ja jetzt auch verstärkt auf Wirtschaftlichkeitsprüfung – kann das eben auf Grund des vertragsärztlichen Vergütungssystems nicht eintreten. Es ist so, dass der einzelne Arzt keinen individuellen grundrechtlichen Anspruch auf eine angemessene Vergütung hat. In ständiger Rechtsprechung sagt das Bundessozialgericht dazu: „Die Vergütung muss nur sicher stellen, dass die vertragsärztliche Versorgung insgesamt nicht Not leiden wird.“ Und Sie können in dem Vertragsarzturteil des Bundesverfassungsgerichts vor zwei oder drei Jahren zu dieser Frage auch Ausführungen nachlesen, wonach eben die niedergelassenen Vertragsärzte nach wie vor zu den besser verdienenden Berufen gehören. Also, dass man einfach sagt, das Vergütungssystem ist ein Vergütungssystem, das nicht darauf abgestellt ist, dass wie beim Handwerker jeder einzelne Handgriff zu vergüten ist. So einfach ist das – oder so schwierig.

Dann zu der Frage nach der GBA-Rationierung: Ja, man kann nicht alles in einem Vortrag sagen. Wichtig ist mir nur festzuhalten, dass diese grundlegenden Ermächtigungsnormen des GBA, also die Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots, nicht das Recht einschließt zu rationieren. Es gibt dann in der Tat Einzelermächtigungen im Gesetz mit unterschiedlicher Technik, wo der Gesetzgeber sagt: „Hier rationiere ich, ich reiße Löcher, und ich gebe dann dem GBA Nadel und Zwirn in die Hand, dass er einige dieser Löcher stopft. Oder ich mache es umgekehrt, ich schließe bestimmte Leistungen in der Arzneimittelversorgung aus und ermächtige zusätzlich den GBA, weil ich nicht immer an alles denken kann, über Richtlinien weitere Leistungsausschlüsse vorzunehmen.“ Das geht natürlich, aber das geschieht dann auf der Grundlage einer ausdrücklichen parlamentsgesetzlichen Ermächtigung.

Zu der Frage nach der Dringlichkeit: Ich habe angesetzt bei der Organallokation und bei den gesetzlichen Kriterien und gesagt, die Lebenserwartung, nicht das Lebensalter, ist in der Tat, was die Erfolgsaussichten anbelangt, ein Kriterium, das durch den Begriff „medizinische Erkenntnisse“ mit abgedeckt ist. Was im Einzelnen zählt, kann ich Ihnen in diesem Fall auch nicht sagen. Wichtig ist mir nur, dass der Arzt zu einer Entscheidung nicht befugt ist, nämlich nicht nur über die Länge der zu gewinnenden Lebensjahre entscheidet, sondern auch über die Qualität der zu gewinnenden Lebensjahre. Das kann ich sagen: Das ist etwas, das meines Erachtens nicht mehr unter diesen Begriff „medizinische Erkenntnisse“/„medizinisches Kriterium“ fällt. Hier wäre das dann eindeutig überschritten. Gut, mehr will ich dazu nicht sagen.

Vorsitzender Abg. René Röspel (SPD): Vielen Dank. Dann habe ich noch Herrn Raspe mit der Wortmeldung und dann Herr Rothhaar und Herrn Dabrock.

SV Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe: Mein Name ist Raspe, ich bin Sozialmediziner und Mitglied der Enquete-Kommission. Ich würde gerne noch einmal auf diesen Gemeinsamen Bundesausschuss zurückkommen. Sie haben gesagt, der GBA ist nicht ermächtigt, Rationierung anzuordnen. Aber er tut es faktisch. Dafür gibt es verschiedene Beispiele, über die wir gerne reden können. Zwei Hinweise: Die Sauerstofftherapie ist ein jüngstes Beispiel, die alte Entscheidung über die Knochendickemessung ein früheres Beispiel. Er trifft diese Entscheidungen und ist nicht speziell ermächtigt, wie Sie es zuletzt gesagt haben. Meines Erachtens muss er das auch tun, denn den Weg, den Sie gezeigt haben, dass die Gerichte letztlich diese Entscheidung treffen sollten, finde ich nicht tragfähig, weil Gerichte, so weit ich das sehe, über Einzelfälle entscheiden, der GBA aber Systementscheidungen trifft. Das heißt, wir brauchen eigentlich Systementscheidungen, die sagen, diese Leistung kommt ins System, und diese bleibt draußen. Diese Entscheidung trifft der GBA faktisch. Und dabei gibt es ein Problem, das wir haben. Er trifft sie dichotom. Es gibt nur Ja oder Nein, Liste A oder Liste B bei den GBA-Entscheidungen. In der Schweiz ist es z. B. üblich, dass ganz flexibel entschieden werden kann: „Ja, aber unter Studienbedingungen“, „Ja, aber unter Registerbedingungen“, „Nein, aber nach zwei Jahren darfst du wiederkommen.“ usw. Genau mit diesen Abstufungen hat es ja die Priorisierungsdiskussion zu tun, wie wir von Herrn Marckmann gehört haben, dass wir eben sagen: Nutzen, Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit sind nicht dichotome Kategorien. Nicht Nutzen ja oder nein, sondern Nutzen mehr oder weniger. Genau diese Frage ist eben in der Priorisierungsdiskussion, der Sie zum Schluss nicht sehr zugeneigt waren, wichtig. Sie selber haben ein gutes Argument am Schluss gegeben, warum wir sie doch brauchen, weil Sie gesagt haben, die Selbstbeteiligung der Kranken könnte vielleicht mit mehr oder weniger Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit etwas zu tun haben. Da sehe ich auch einen gewissen Widerspruch. Aber mein Hauptargument ist: Wir brauchen eigentlich den GBA für Systementscheidungen, und die werden uns die Gerichte, so weit ich das heute sehen kann, nicht abnehmen.

Vorsitzender Abg. René Röspel (SPD): Vielen Dank. Jetzt Markus Rothhaar und Herr Dabrock bitte. Und dann möglichst eine kurze Antwort, bitte.

Teilnehmer Dr. Markus Rothhaar: Markus Rothhaar, ich bin Referent der SPD-Fraktion in der Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“. Ich hätte auch noch einmal eine kleine Nachfrage zum GBA, die in die Richtung geht, die Herr Mieth schon angedeutet hat. Ein interessanter Punkt ist ja doch, Sie schreiben hier auch noch einmal: „therapeutischer Nutzen, medizinische Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit“. Das ist alles einzusehen, aber ich glaube, ein gewisses Problem liegt noch darin, dass dem GBA selbst sozusagen die Definitionsmacht darüber belassen ist, was er eigentlich unter „Nutzen“ und „Wirksamkeit“ versteht. Je nachdem, wie man das versteht, ob man z. B. den Nutzen im statistischen Sinn oder den Nutzen im Einzelfall meint, ergeben sich natürlich vollkommen verschiedene Entscheidungen. Da habe ich noch einmal die Nachfrage: Wie würden Sie diesen speziellen Punkt, dass der GBA sozusagen selbst definieren kann, was er unter Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit versteht, juristisch sehen? Oder inwieweit gibt es darüber überhaupt eine verfassungsrechtliche Diskussion?

Experte Prof. Dr. Peter Dabrock: Peter Dabrock, Sozialethiker aus Marburg. Auch mich hat Ihre Antwort auf Herrn Mieths Frage doch etwas stutzig zurückgelassen. Selbst wenn es so wäre, dass man von der Intention her sagen könnte, dass es sich bei bestimmten Richtgrößen nur um Rationalisierung handele, so muss man doch, denke ich, nicht nur sozialethisch, sondern auch sozialrechtlich in Erwägung ziehen, dass am Ende doch bei den Patienten de facto – konsequentialistisch – bestimmte, möglicherweise medizinisch notwendige Behandlungen nicht mehr ankommen. Von daher reicht es nicht aus, über so einen Hinweis auf bestimmte Verfahren zu sagen, dass es sich einmal um Rationalisierung und das andere Mal um Rationierung handelt, sondern man müsste das an dem festmachen, was jeweils bei den Patienten ankommt. Und wenn eine bestimmte Versorgungsstruktur dazu führt, dass Patienten de facto in einer solchen Situation sind, wo sie als Patienten kaum die Möglichkeit haben, auf Ihre Alternativen zurückzugreifen, müsste das auch sozialrechtlich bedacht werden.

Vorsitzender Abg. René Röspel (SPD): Vielen Dank. Da wir jetzt in der Zeit schon ziemlich hinterherhinken, Herr Prof. Neumann, mit der Bitte um kurze Antworten, und gerichtsfest sollten sie auch sein.

Experte Prof. Dr. Volker Neumann: Alle Fragen oder die zwei ersten Fragen beziehen sich ja auf den GBA. Der GBA rationiert, obwohl er nicht dazu ermächtigt ist. In der Tat gibt es

Gerichte, die das ausdrücklich festgestellt und richtig gesagt haben, dass er dazu nicht ermächtigt ist, und diese Richtlinien aufgehoben haben. Ich denke, dass ist auch richtig so, denn der GBA hat keine Letztentscheidungskompetenz, er untersteht wie jedes andere normsetzende Gremium unterhalb des Parlamentsgesetzes unter der Kontrolle der Gerichte. Das ist bei Rechtsverordnungen so, bei Satzungen so und das ist auch bei den Entscheidungen des GBA so. Gerichtliche Entscheidungen sind immer Einzelentscheidungen in der Tat, aber wenn ein Bundesgericht eine Entscheidung trifft, hat das eben auch eine Konsequenz. Anders können Sie dieses Gremium nicht kontrollieren, und anders ist es auch nicht legitimierbar. Es ist nur aus der Bindung an das Parlamentsgesetz legitimierbar. Darüber, dass diese Bindung eingehalten und beachtet wird, müssen die Gerichte wachen, und sie müssen es nach meiner individuellen Anschauung deutlicher und schärfer tun, als sie es bisher getan haben.

Dann zu der Frage nach dem GBA und seiner Definitionsmacht. Er entscheidet über „richtig“, aber es gilt auch das, was ich eben gesagt habe. Er entscheidet darüber, was das Maß des Notwendigen ist, was wirksam ist, was wirtschaftlich ist – aber wirtschaftlich, wenn es mehrere Alternativen gibt. Das erste Kriterium ist die Wirksamkeit oder die Zweckmäßigkeit. Und diese Entscheidungen sind und müssen durch die Gerichte kontrolliert werden. Also, eine Definitionsmacht mag er in einem soziologischen Sinne haben. Er ist zunächst einmal derjenige, der entscheidet. Aber der Jurist darf nicht zulassen, dass es zu einer Definitionsmacht im Sinne einer Letztentscheidungskompetenz wird. Es muss jedem einzelnen Versicherten möglich sein, die Entscheidung des GBA, wenn er denn persönlich davon betroffen ist, gerichtlich überprüfen zu lassen.

Und zum Schluss zur Rationalisierung und Rationierung. Es gibt einen Begriff in der Gesundheitsökonomie, der mir, um es höflich auszudrücken, nicht gefällt. Dieser Begriff heißt „implizite Rationierung“. Ich finde ihn gelegentlich verwendet als eine Art Kampfbegriff und zwar aus folgendem Grund: Ich sage ja ausdrücklich, dass es möglich ist, dass Rationalisierungen zu Rationierungen führen. Das erfordert aber eine Prüfung mit dem Mikroskop. Und der Begriff „implizite Rationierung“ ist geeignet, dieses Abgrenzungsfeld, in dem diese Differenzierung vorzunehmen ist, zu verdecken. Das sind dann eben keine echten Rationierungen, sondern nur „implizierte“ oder, wie ich letztens gelesen habe, „statistische“. Ich fände es richtig, diesen Begriff der „impliziten Rationierung“ fallen zu lassen und darüber zu sprechen, um was es geht: Führt eine Maßnahme, die der demokratisch legitimierte Gesetzgeber eindeutig als Rationalisierung erlassen hat, im Einzelfall zu einer Rationierung? Wer das behauptet, trägt dafür die Argumentationslast. Der muss dann bitte schön auch über das Einkommen von Ärzten Auskunft geben. (Da hatte ich jetzt nicht den Krankenhaussektor im

Auge, sondern die niedergelassenen Ärzte.) Darum geht es auch, implizit. Brauchen wir also doch, den Begriff „implizit“.

Vorsitzender Abg. René Röspel (SPD): Vielen Dank, Herr Prof. Neumann, auch Ihnen für die Diskussion. Wir haben jetzt eine Pause. Ich freue mich, wenn Prof. Johannes Reiter Sie um 15.20 Uhr dann hier begrüßen kann, um die nächsten Vorträge zu hören und weiter zu diskutieren.

[Pause]

Moderator SV Prof. Dr. Johannes Reiter: Sehr geehrte Damen und Herren, ihre entscheidende Nagelprobe erfährt die Priorisierung vor Ort, nämlich im Behandlungszimmer des Arztes. Dies ist das Thema von Frau Dr. Jeanne Nicklas-Faust, die ich hiermit ganz herzlich begrüße und der ich für ihre Mitwirkung an dieser Veranstaltung jetzt schon ganz herzlich danke. Frau Nicklas-Faust ist Fachärztin für Innere Medizin und Leiterin des Referates „Ethik/Medizinische Fachberufe“ bei der Ärztekammer Berlin. Sie ist Mitglied des Vorstandes der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung. Von ihren Publikationen sind u. a. zu nennen der im Oktober vergangenen Jahres erschienene Sammelband, zusammen mit Sigrid Graumann und anderen: „Ethik und Behinderung. Ein Perspektivenwechsel.“ Daneben hat sie sich auf Grund der aktuellen Diskussion sowohl mündlich als auch schriftlich zur Patientenverfügung geäußert. Zu diesem Thema hat sie auch ihre Promotionsschrift angefertigt.

Sie ist der Enquete-Kommission auch nicht unbekannt. Sie hat ein umfangreiches Gutachten zusammen mit Volker Neumann und Micha Werner erstellt über „Wertimplikationen von Allokationsregeln“. Frau Nicklas-Faust, ich darf Sie um Ihre Ausführungen bitten.

Expertin Dr. Jeanne Nicklas-Faust (vgl. dazu die Präsentation in Anlage Nr. 5): Sehr geehrter Herr Prof. Reiter, sehr geehrte Damen und Herren, zunächst möchte ich mich ganz herzlich bedanken für die Gelegenheit, hier zu Ihnen zu sprechen.

Als erstes möchte ich Ihnen erläutern, über was ich in meinem Vortrag reden werde. Ich werde kurz in das Thema einführen, werde meine empirische Grundlage, die sich im Wesentlichen auf das eben genannte Gutachten bezieht, mit ihren wesentlichen Ergebnissen zeigen, werde da insbesondere auf diese zwei Themenkreise „Ökonomisierung von medizinischen Entscheidungen“ und „Allokationsentscheidungen“ eingehen. Da werde ich noch einmal einige Unterpunkte behandeln, bevor ich schließlich zu einem Fazit komme.

Zunächst zum Rahmen: Wie kommt es zur Notwendigkeit von Priorisierungen im medizinischen Alltag? Ich freue mich, dass auch Prof. Reiter „Allokation“ gesagt hat, denn im Folgenden werde ich im Wesentlichen „Allokation“ verwenden. Wenn Ärzte im klinischen Alltag Entscheidungen zur Mittelverwendung durchführen, ist es in der Regel nicht die Priorisierung. Sie haben in der Regel nicht zwei Patienten, denen sie eine Maßnahme zukommen lassen können, oder vielmehr nur einem von ihnen, und müssen sich da entscheiden, sondern sie entscheiden sich im Vorfeld: Welchen Maßstab lege ich an Mittelzuwendungen an Patienten an oder in der konkreten Behandlungssituation? Dafür scheint mir der Begriff „Allokation“ treffender zu sein.

Welches sind die Rahmenbedingungen für Allokationsentscheidungen von Ärzten in der klinischen Praxis? Kucken wir in den stationären Bereich, dann sehen wir, dass es Budgetierungen gibt, die durch leitende Ärzte verantwortet werden, die daraufhin auch regelmäßige Budgetinformationen zu Fallbezahlungen, Belegungen sowie zu Medikamenten- und Sachleistungen bekommen. Die Informationen, die leitende Ärzte darüber bekommen, sind in den letzten Jahren deutlich mehr geworden, und sie beziehen tatsächlich alle Hierarchiestufen ein. Inzwischen ist wohl keinem Assistenzarzt oder keiner Schwester verborgen, wie teuer bestimmte medizinische Maßnahmen sind. Zumindest wissen sie, ob sie eher als teure oder als billige Maßnahmen einzuordnen sind. Dieses Kostenbewusstsein ist im Krankenhaus, denke ich, tatsächlich in den letzten fünf Jahren erheblich mehr geworden und bezieht sich im Wesentlichen auf die Verabreichung von Medikamenten und Sachleistungen, wo auch Rationalisierungsreserven genutzt werden. Das, was bei dieser Betrachtung häufig außen vor bleibt, ist die Frage: Wie ist es mit dem Personal? Chefärzte sind häufig nicht in die Personalverantwortung und in die Personalbudgets miteinbezogen. Es gibt aber tatsächlich auch Medizinbereiche, in denen Personal eine Ressource ist, die sehr knapp ist. Der Einzige, der das in der Untersuchung mir gegenüber erwähnt hat, war ein Palliativmediziner, der über den Mangel an Pflegekräften in seinem Bereich berichtete, der eine schlechtere Patientenversorgung ermögliche, als es seiner Auffassung nach notwendig wäre. Aber nicht nur im stationären Bereich haben wir Budgetierung, wir haben sie auch in ambulanten Bereichen. Prof. Neumann hat ja schon deutlicher ausgeführt, wie es im Vertragsarztwesen geregelt ist. Da liegt die Verantwortung beim Praxisinhaber, und auch

Da liegt die Verantwortung beim Praxisinhaber, und auch diese verschaffen sich regelmäßige Budgetinformationen, so genannte Praxisprogramme. Sie versorgen den Praxisinhaber in aller Regel mit den Informationen zu Medikamenten- und Sachleistungsbudgets und dazu, wie er da bisher im Moment liegt.

Was sind meine empirischen Grundlagen? Das eine ist die explorative Studie, die ich im Rahmen dieses Gutachtens erstellt habe. Das Gutachten hatte den Titel: „Wertimplikationen in Allokationsregeln, Verfahren und Entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen“. Es ging vor allem darum, die Priorisierung im medizinischen Alltag aufzudecken. Dafür schien es mir notwendig, tatsächlich die Menschen zu befragen, die dort tätig sind, um Wertimplikationen aufdecken zu können und auch die von den Akteuren gewählten Begründungen. Ich habe 10 leitfadengestützte Interviews mit Chef- und Oberärzten sowie niedergelassenen Ärzten aus den Gebieten Onkologie, Palliativmedizin sowie Innere Medizin, insbesondere bei den niedergelassenen Innere Medizin, durchgeführt. Es war eine Fokussierung auf wenige Gebiete notwendig, um letztlich auch die Bandbreite abdecken zu können. Es kann allerdings notwendigerweise nur ein erster Einblick in die Thematik sein. Es gibt weitere Studien, die sich mit dem Allokationsverhalten von Ärzten befassen haben. Den Anfang macht Ellen Kuhlmann, die 1997 unter dem Titel „Zwischen zwei Mahlsteinen“ eine empirische Studie durchgeführt und veröffentlicht hat. Da wurden 19 Gespräche mit 20 Personen geführt, die im Wesentlichen ärztlicher, z. T. pflegerischer Herkunft waren. Susanne Hahn hat im Rahmen eines DFG-Projekts eine Studie zu altersbezogener Allokation medizinischer Leistung durchgeführt. Sie hat 10 Tiefeninterviews mit Ärzten zu Fragen der Allokation durchgeführt. Michael Simon vom Berliner Zentrum hat in seiner Studie „Ökonomisierung des Krankenhauses“ 71 qualitative Interviews mit diversen Beteiligten im Gesundheitswesen durchgeführt. Daran waren nicht nur Ärzte beteiligt, sondern auch Entscheidungsträger der verschiedenen Verwaltungsebenen. Schließlich Frau Hesse-Jungesblut, die im Jahr 2004 die „Not und Notwendigkeit am Beispiel der Hämophilie A“ untersucht hat. Sie hat dafür 17 Interviews mit Patienten, Angehörigen, Ärzten und Pflegenden zu Fragen der Allokation von Mitteln durchgeführt.

Zunächst die allgemeinen Ergebnisse: In meinen Interviews zeigte sich, dass es eine hohe Akzeptanz der Notwendigkeit gibt, ökonomische Parameter einzubeziehen. Von allen Interviewten war klar zu hören: „Es ist schon logisch. Wir müssen darauf aufpassen, dass wir im Medizinsystem oder im Gesundheitssystem nicht unbegrenzt Mittel verbraten. Wir haben eine gesellschaftliche Verantwortung, letztlich auch ökonomische Parameter mit einzubeziehen, um nicht unnötig Geld zu verschwenden.“ Es wurde sehr deutlich, das habe ich ja vorhin schon erwähnt, wie bewusst allen Interviewten, die ja auch in der Regel Verantwortungs-

träger für ökonomisch bedeutsame Entscheidungen sind, die ökonomische Seite von Entscheidungen sind. Es gibt an dieser Stelle vielleicht eine Ausnahme zu erwähnen. Es gibt eine niedergelassene Ärztin, die gesagt hat, sie hat ihre Praxissoftware ausgestellt, die ihr etwas über die Budgetausschöpfung sagt. Dazu möchte ich später noch einmal kommen. Die überwiegende Einschätzung der Interviewten war, dass bisher keine Rationierung stattfindet. Es gab davon Ausnahmen, aber die meisten sagten: „Im Moment geht ja noch alles. Manchmal muss man tricksen. Manchmal muss man sich ungewöhnliche Wege überlegen, aber im Grunde kriegt man noch alles hin, was man für die Patienten für sinnvoll hält.“ Das wurde nur von einigen wenigen Interviewten für die Gegenwart schon bestritten. Alle anderen waren aber der Meinung, dass die Rationierung vor der Tür steht. Das heißt, selbst wenn wir es im Moment noch nicht müssen, müssen wir uns in allernächster Zukunft damit auseinandersetzen. Das hat z. B. damit zu tun, dass einige neue und recht teure Therapieverfahren vor der Tür insbesondere der Onkologie stehen und da sicherlich die Frage auftaucht, wie weit diese Maßnahmen dann später auch einzuführen sind.

Ich möchte jetzt im Einzelnen auf die Aspekte der Akzeptanz einer ökonomischen Begrenzung eingehen. Die Interviewten sehen die Notwendigkeit, und insbesondere die niedergelassenen Kollegen haben davon berichtet, dass ihre Patienten Verständnis äußerten, wenn sie ihnen gegenüber erwähnten, bestimmte Leistungen würden von der Krankenkasse jetzt so nicht mehr übernommen. Das heißt, ich denke schon, dass das Bewusstsein im Moment über die ökonomische Begrenztheit sehr weit verbreitet ist. Bei Frau Kuhlmann war es so – sie hat ihre Untersuchung 1997 durchgeführt –, dass sich die Befragten deutlich skeptischer äußerten und schon an allen Ecken und Enden Rationierung in voller Blüte sahen. Ich denke, dass sich hier eine Diskrepanz zeigt. Auch gerade, wenn man die Untersuchung von Herrn Simon aus dem Jahr 2001 hinzuzieht, die ebenfalls wieder eine hohe Akzeptanz kosteneffektiven Handelns im Gesundheitswesen gezeigt hat, die positiv beschreibt, dass unnötige Leistungen wegfallen, Dinge, die eigentlich schon zuviel waren und die man doch besser nicht machen sollte. Wenn das so weitergeht, scheint da eine gewandelte Sicht allein auf Grund der Zeitschiene da zu sein. 1997, als Budgetdeckelungen noch relativ frisch waren, war das letztlich noch nicht akzeptiert, während das heute für jeden ganz klar und deutlich zu dem dazu gehört, was den medizinischen Alltag prägt. Möglicherweise gibt es natürlich auch andere Erklärungen. Frau Kuhlmann ist Sozialwissenschaftlerin, möglicherweise deutet sie ihre Ergebnisse auch anders. Es zeigt sich eben eine Anpassung des eigenen Handelns an dieses Kostenbewusstsein auf allen Ebenen.

Wenn man sich jetzt die Ökonomisierung von Entscheidungen im Einzelnen anschaut, wie zeigt sich dies? Bei Frau Kuhlmann war das Ergebnis, dass Rationalisierungsreserven aus-

geschöpft werden. Da geht es um Materialverwendung, auch z. B. um die Einführung von wieder verwertbaren Materialien anstelle von Einwegmaterialien. Demnach existiert ein Bewusstsein, wie teuer bestimmte Einwegmaterialien sind. Dort werden auch Stellensperrungen und Stellenabbau genannt, letztlich zielt aber sehr viel auf therapeutische und diagnostische Entscheidungen unter ökonomischen Aspekten. Bestimmte Dinge werden wegen der Kostenimplikationen tatsächlich anders gemacht. Von großer Bedeutsamkeit für die Patienten ist auch die Frage, ob es auch nach dieser Studie immer wieder zu Weiterverlegungen kommt. Patienten, die eine schlechte Prognose haben, werden in andere Abteilungen weiterverlegt. Herr Simon sieht ein ausgeprägtes Aufnahmemanagement. Welche Patienten nehme ich auf? Welche Patienten nehme ich nicht auf? Und auch bei der Indikationsstellung für Eingriffe sieht er deutliche Effekte von ökonomischen Dingen und für die Verlegung und Entlassung von Patienten wird die so genannte Punktlandung angestrebt. Das heißt, das Krankenhaus, das vorher eine bestimmte Leistungsmenge zugeschrieben bekommen hat, versucht, diese Leistungsmenge genau zu erreichen, weil das aus ökonomischen Effekten tatsächlich das Beste ist, was im Einzelfall immer zur Steuerung im Ablauf für einzelne Patienten führt.

Bei mir zeigte sich gerade bei den stationär arbeitenden Onkologen, dass die Frage, ob die Therapie ambulant oder stationär durchgeführt wird, fast ausschließlich unter Kostengesichtspunkten entschieden wird. Das führt dazu, dass Maßnahmen, die gut ambulant durchgeführt werden können, jetzt ambulant durchgeführt werden, was für Patienten sicherlich positiv ist. Es führt aber auch dazu, dass es unter Umständen schwierig wird, wenn eine solche teure Maßnahme, die ambulant nicht budgetiert ist, aber stationär budgetiert ist, dann stationär durchgeführt werden muss, weil sie z. B. bei schlechtem Allgemeinzustand des Patienten nicht ambulant durchführbar ist. Da ist immer die Frage, ob dann diese Therapie in gleicher Weise durchgeführt wird, als wenn man sie für diesen Patienten hätte ambulant machen können. Es zeigt sich insbesondere bei therapeutischen Neuerungen eine enge Indikationsstellung. Ich werde das an Beispielen auch noch einmal näher erläutern, und auch die Verlegung von Patienten, z.B. die Verlegung von Patienten in Schwerpunktzentren, die mit bestimmten Maßnahmen vertraut sind, in Ambulanzen von Unikliniken. Durchaus auch Niedergelassene sagen: „Grundsätzlich könnte ich diese Therapie durchführen. Bei mir ist sie aber budgetär nicht durchführbar, deshalb bitte ich den Patienten jetzt stationär.“ Und Einzelne sagen das dem Patienten ganz offen: „Ich würde das ja hier machen, aber ich kriege Sie so nicht bezahlt. Im Krankenhaus geht das viel besser.“ Oder auch umgekehrt.

Herr Dabrock hat vorhin die Frage gestellt: Muss man auch das betrachten, was bei Steuerungsmechanismen letztlich hinten herauskommt? Budgetierung ist ja dazu gedacht zu ratio-

nalisieren. Das heißt, Überkapazitäten abzubauen; das abzubauen, was letztlich unnötig, verschwenderisch passiert. Aber was für Auswirkungen hat das konkret? Dazu möchte ich jetzt einen Arzt zitieren: „Aber man muss sagen, ich bin nicht sicher, wie subtil das Denken verändert wird. Einfaches Beispiel: Eine Krankenkasse schreibt mir, weil ich in der Schmerzambulanz bei einem Patienten Rivotril verordnet habe gegen neuropathischen Schmerz, obwohl es da sogar Leitlinien gibt, und sie wollen 40 Euro zurückhaben... Da muss ich dann zwei Stunden einen Brief schreiben, Widerspruch einlegen, und unter Umständen gibt es sogar ein Gerichtsverfahren aus grundsätzlichen Gründen, weil ich mir das nicht gefallen lasse. Gleichzeitig aber überlege ich mir beim Nächsten, soll ich mir den Ärger antun? Und das sind die subtilen Dinge, die auch stationär dauernd ablaufen. Den Mechanismen der Kassen sind wir relativ ausgeliefert, und das verändert auch das medizinische Denken.“ Das heißt, auch wenn Ärzte Ausnahmeregelungen zur Verfügung haben – an dieser Stelle geht es um den Off-label-Use, also um den Gebrauch von einem Medikament in einem nicht für diesen Bereich zugelassenen Rahmen – bedeutet das: Widerspruch schreiben und letztlich begründen, warum man das getan hat. Etwas ganz Ähnliches passiert in der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung: zu begründen, warum man eben oberhalb der Richtgröße liegt. Welchen Effekt hat das auf das Handeln der Ärzte? Und das, was man in der Praxis beobachten kann, ist tatsächlich, dass es eine erhebliche Auswirkung hat.

Da möchte ich auf die Kollegin zurückkommen, die in ihrem Praxiscomputer das betreffende Programm ausgeschaltet hat. Die sagt mir: „Ich überschreite sowieso das Budget. Da fange ich erst gar nicht an zu überlegen. Ich weiß, dass ich immer 30 – 50 % über meinem Budget liege. Und dann gehe ich in einen Widerspruch, dann kriege ich eine Wirtschaftlichkeitsprüfung, dann muss ich das beweisen. Und ich weiß schon genau, bei welchen Patienten ich mir diese Budgetüberschreitungen einfahre. Da dokumentiere ich die ganze Zeit, und dann weise ich nach und bin damit bisher immer durchgekommen.“ Das heißt, sie nutzt ganz gezielt diese Ausnahmeregelung und sagt: „Ich habe besondere Patienten. Die sind an bestimmten Stellen besonders teuer. Ich kann die auch identifizieren. Und ich nutze die Ausnahmeregelung.“ Nichtsdestotrotz findet sie es eine ziemliche Verschwendung von Arbeitszeit, nämlich ihrer eigenen, diese Widerspruchsverfahren durchzustehen. Aber was ich damit sagen will, ist, dass man sich nicht zwangsläufig diesen subtilen Effekten unterziehen muss.

Jetzt die Frage: Haben wir Rationierung? Ich habe eben schon erwähnt, dass die Befragten vorwiegend der Meinung waren, dass wir keine Rationierung haben. Jedoch gibt es häufig eine enge Indikationsstellung. Da gibt es ein Medikament mit weniger Nebenwirkungen, mit einer besseren Wirkung, was einem bestimmten Patientenkreis verabreicht wird, andere bekommen aber das ältere Standardmedikament, weil sie z. B. davon medizinisch nicht so

stark davon profitieren wie die anderen von dem neuen. Zur Frage der Rationierung in der GKV möchte ich gerne Herrn Neumann, den Sie eben gehört haben, zitieren: „Im System der gesetzlichen Krankenversicherung hat hingegen jeder Versicherte einen Rechtsanspruch auf die notwendige Krankenbehandlung und damit auf den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen nach dem neuesten Stand des medizinischen Wissens. Rationierung besteht hier in Entscheidungen, die auf das Vorenthalten als wirksam anerkannter, von den betroffenen Patienten erwünschter Maßnahmen hinauslaufen.“ Daran wird vielleicht schon deutlich, dass es sich bei der Frage: „Haben wir Rationierung oder haben wir nicht?“, letztlich um die Bestimmung einer Grenzlinie handelt, die man niemals ganz scharf wird festlegen können. Diese Grenzlinie wird letztlich auch im gesellschaftlichen Diskurs entschieden. Wenn ich ein Land habe, in dem insgesamt die Lebensqualität anders als bei uns ist, werden bestimmte medizinische Maßnahmen nicht diskutiert. Da ist es ganz klar, dass jemand, der Nierenversagen hat, daran stirbt, weil es keine Plätze mit künstlicher Niere gibt. Für uns wäre das ein Skandal. Das heißt, in diesen gesellschaftlichen Aushandlungsprozess – „wo wollen wir diese Grenzlinie für uns haben?“ – müssen wir uns meines Erachtens hineinbegeben. Gleichzeitig möchte ich noch einmal darauf eingehen, dass die Rationierung für die Ärzte auch etwas ist, was sie eigentlich auf gar keinen Fall wollen. Das ist mit ihrem Selbstbild nicht vereinbar. Und dann kommt es zu zwiespältigen Äußerungen: „Alles, was der Patient braucht, kriegt er, sofern es mit unseren Möglichkeiten vereinbar ist.“ Das ist tatsächlich ein ganz klassischer Ausspruch, der deutlich macht, wie zwiespältig Ärzte selber sind. Es führt dann doch wieder dazu, dass Patienten beschränkt werden. Der Kollege, der das sagte, sagte z. B.: „Wenn ich am Ende des Vierteljahres mein Budget ausgeschöpft habe, was Medikamente angeht, dann verschreibe ich dem Patienten auch mal nur eine kleine Medikamentenpackung. Dann muss der zwar mehr zuzahlen, aber ich überschreite mein Budget nicht.“ Sie können sich denken, was die Kollegin gesagt hat, die den Praxiscomputer verändert hat. Sie hat gesagt: „So etwas käme für mich nicht in Frage. Da muss ja der Patient mehr zahlen.“ Das heißt, es gibt die Möglichkeit, Grundsatzentscheidungen zu fällen, aber das, was ich erlebt habe, ist eher der Kollege, der sich einen Weg überlegt, wie er die Budgetüberschreitung vermeiden kann.

Was allen Befragten klar war, ist die Frage der Rationierung in der Zukunft. Da möchte ich wieder einen Kollegen zu Wort kommen lassen, der ein bisschen etwas über die Zumutung dessen sagt und über die Offenheit, wie man über die Rationierung redet: „Bisher ist es ja nur verdeckt, mach du nur, aber ich gebe dir das Geld nicht. Das ist das, was auf uns zukommt. Sie sollen uns das sagen, dann machen wir das. Ich bin nicht derjenige, der auf die Barrikaden geht und sagt, es muss immer das Beste sein, ich kann auch mit dem anderen leben, aber das muss ich nur wissen, ich möchte nicht derjenige sein, der die Entscheidung

über die Behandlung oder Nichtbehandlung treffen muss. Denn ich kann das nicht, das zerreißt uns die Brust und das zerlegt den rztstand. Das ist so ähnlich wie früher mit der Dialyse, wo es dann ein Tribunal gebraucht hat, und dieses Tribunal fehlt uns jetzt.“ Dieser Arzt war sehr, sehr erfindungsreich, sein Budget so auszunutzen, dass er das, was er machen wollte und was er für medizinisch vertretbar hielt, auch wirklich machen konnte. Aber er beschreibt für sich das Dilemma, dass er zwar einerseits sagt: „Wir vertreten das“, andererseits aber gleichzeitig sagt: „Das zerreißt uns die Brust. Ich kann es eigentlich nicht vertreten.“

Welche Maßstäbe setzen Ärzte ein, wenn sie über Mittelverwendung nachdenken oder Patienten Dinge geben und anderen nicht? Sie machen eine sorgfältige enge Indikationsstellung unter Anwendung von Leitlinien. Da ist sicherlich bei der Auswahl der Untersuchten eine Besonderheit zu beachten. Ich habe sehr viele Ärzte befragt, die in der Onkologie gearbeitet haben. Gerade in der Onkologie ist es so, dass sehr viele Leitlinien existieren und entstehen, weil es sehr unterschiedliche Krankheitsbilder gibt, die sehr spezifischer Behandlungen bedürfen. Ich bin sicher, dass Leitlinien in anderen Gebieten in der Medizin nicht so einen hohen Stellenwert einnehmen wie in der Onkologie. Die Ärzte nehmen immer für sich in Anspruch, dass sie das, was in den Leitlinien steht, auf den individuellen Fall zuschneiden und dafür auch gerade eigene Erfahrungen einbeziehen. Sie möchten bestimmte Aspekte besonders berücksichtigen. Das sind einmal die Therapiemöglichkeiten und die Prognose. Kann ich jemanden heilen, oder kann ich nur ein Leiden lindern? Ist die Prognose sehr gut, oder ist die Chance, dass die Behandlung anschlägt, eher klein? Das spielt eine Rolle und das lässt sich auch in anderen internationalen Untersuchungen zeigen. So hat Abbhl in Österreich Ärzte befragt und es gibt auch eine Untersuchung aus den Niederlanden. Auch dort war es immer so, dass die Frage der Effektivität einer Therapie ganz vorne stand bei der Frage: Bekommt ein Patient diese Leistung, oder bekommt er sie nicht?

Ansatzweise beziehen Ärzte Kosten-Nutzen-Bewertungen mit ein. Ich sage kurz etwas zu den Begriffen. Nun sitzt hier Herr Marckmann, der über Kosten-Nutzen-Bewertungen und alles, was dazu gehört, sehr viel besser Bescheid weit als ich. Ich verwende diesen Begriff jetzt als Überbegriff für die Frage: „Was kostet eine Therapie und was bringt sie?“, ohne mich um die Fragen: „Wie mache ich das mit den Kosten?“ und „Wie mache ich das mit Effekt?“, zu kümmern. Schließlich das Alter. Wir haben ja eben schon etwas zum Alter gehört. Wenn ich die Untersuchten befragt habe: „Ist Alter für Sie ein Kriterium?“, haben sie alle gesagt: „Nein.“ Alter spielt also keine Rolle. Jemand bekommt nicht nur deshalb eine andere Therapie, weil er so alt ist oder weil er schon älter ist als jemand anders. Aber, sie haben dann gesagt: „Man muss allerdings bedenken, dass ältere Menschen invasive, aggressive Therapien oft nicht mehr sehr gut vertragen und dass sie tatsächlich häufig einer anderen Therapie

bedürfen.“ Das heißt, es findet schon eine Altersmodifizierung – so möchte ich es einmal nennen – von Therapien statt. Ich weiß nicht, ob es eine Rationierung ist, ob man sagen kann, dass ältere Menschen weniger bekommen. Sie bekommen aber oft etwas anderes und besonders aggressive und besonders innovative Therapieverfahren bekommen ältere Leute häufig nicht.

Jetzt auch noch einmal ein paar Zitate zu den einzelnen Unterpunkten der Leitlinien: „Wir sind relativ stark in Behandlungspfade eingebunden.“ Das sagt ein leitender Arzt einer Universitätsklinik. „Diese Behandlungspfade verlassen wir äußerst ungern. Der Behandlungspfad bei Infekten, z. B. bei akuter Leukämie, wo es wirklich darauf ankommt, ist durch eine Empfehlung der Paul-Ehrlich-Gesellschaft vorgegeben. Was darin nicht vorkommt, hat der Kollege nicht zu verwenden, ungeachtet dessen, was Vertreter der Industrie dazu versprechen.“ Das war etwas, was häufig eine Rolle gespielt hat: das, was die Vertreter der Industrie versprechen; das, was in Studien jetzt gerade mal so hoch gelobt wird, aber letztlich noch keine gute Evidenz hat. Die Ärzte, die sich an Leitlinien halten, möchten damit eigentlich immer eine evidenzbasierte Medizin, also eine Medizin, die sich auf gute Studienergebnisse stützt. Aber gerade in der Medikamententherapie gibt es am Anfang viele Studien, die von dem Pharmaunternehmen gesponsert werden, das diese Substanz herstellt. Diesen Ergebnissen misstrauen die Ärzte. Sie haben tatsächlich das Gefühl, dass man sich darauf nicht verlassen kann. Wenn dann erst einmal nicht mehr so ausgewählte Patientenkollektive damit behandelt werden, werden sich auch die Verbesserungen relativieren. Aber am Anfang hat man eben nur diese Studien.

Dennoch ist bei allen eine unterschwellige kritische Haltung gegenüber Industrieergebnissen deutlich zu spüren gewesen. Die ist, das kann man sicher sagen, durchaus berechtigt, weil aus diesem Bereich ja bekannt ist, wie einerseits Studien hoch selektiv designed werden und wie andererseits Studienergebnisse, die nicht so positiv ausfallen, nicht veröffentlicht werden. „Das Problem, das ich befürchte“, sagt der Kollege weiter, „dürfte sein, dass in der Bundesrepublik die Leitlinien justiziabel werden.“, also zum Maßstab der Rechtsprechung werden. „Das ist dann das Ende der ärztlichen Therapiefreiheit.“ Dieser Kollege hat davor Angst, dass er, wenn er etwas anderes macht, als in einer Leitlinie steht, dafür zur Rechenschaft gezogen wird, entweder von der Krankenkasse, weil er mehr gemacht hat – „das ist ja nicht durch eine Leitlinie abgedeckt“ – oder vom Patienten als Schadensersatz: „Du hast nicht alles gemacht, was in der Leitlinie steht.“ Den eigenen Entscheidungsspielraum und die Freiheit, aufgrund von Erfahrung auf die individuelle Situation eingehen zu können, halten alle Ärzte für ausgesprochen wichtig.

Zur ärztlichen Allokation unter Kosten-Nutzen-Bewertung: Es gibt ein Beispiel aus der Krebsbehandlung, wo ein neues Medikament, das bei Pilzbehandlungen eingesetzt werden kann, mit weniger Nebenwirkungen einhergeht als das ursprünglich eingeführte Amphotericin B. Es ist nun so, dass dieses neue Medikament sehr viel teurer ist. Das heißt, es wird nicht routinemäßig bei allen Patienten eingesetzt, bei denen eine Pilzerkrankung unter Chemotherapie zu behandeln ist, sondern das Regelmedikament ist nach wie vor Amphotericin B. Die Patienten, die bereits eine verschlechterte Nierenfunktion haben oder bei denen sich das unter der Therapie entwickelt, bekommen dann das neuere und teurere Medikament, weil sie von dem Nutzen dieses Medikaments, nierenschonender zu sein, am allermeisten haben. Das ist die enge Indikationsstellung, die eine ganz große Rolle spielt. Auch hier geht es wieder um Grenzwertbestimmung. Wann ist der Nutzen so groß, dass ihn alle Patienten haben sollten? Wann ist der Nutzen so, dass man sagen kann: Der Nutzen ist insbesondere für die Patienten wichtig, die tatsächlich eine Risikokonstellation haben? Da gibt es ganz unterschiedliche Entscheidungen.

Nehmen wir ein anderes Beispiel. Es gibt bei der Versorgung von Herzkranzgefäßverengungen Röhrchen, die man einsetzt. Diese Röhrchen sind z. T. mit Medikamenten beschichtet und z. T. nicht. Die, die mit Medikamenten beschichtet sind, bleiben viel länger offen. In den Niederlanden gibt es ein Zentrum, das sagt: „Das machen wir bei allen Patienten, egal, ob sie ein hohes oder niedriges Risiko auf Röhrchenverschluss haben. Wir denken einfach, dass es am allerbesten ist, wenn die Patienten die optimale Therapie bekommen. Dann kommen sie seltener ins Krankenhaus, verursachen weniger Kosten, sind an ihrem Arbeitsplatz präsent. Das ist die kostengünstigere Variante.“ Es gibt auch eine spanische Position, die sagt: „Nein, wir verwenden diese Röhrchen, die ja wirklich ziemlich teuer sind, nur für die Patienten, die ein hohes Risiko für den Verschluss eines Röhrchens haben. Da sind sie nämlich besonders effektiv. Wenn wir sie jedem geben, der auch mit einem ganz normalen Metallröhrchen gut behandelt wäre, ist das verschwenderisch.“ Daran sieht man, zu welcher unterschiedlichen Bewertungen man kommen kann.

Schließlich noch zur Einschränkung von Therapien unter einer Kosten-Nutzen-Bewertung. Frau Hespe-Jungesblut hat Patienten untersucht, die auf Grund der Bluterkrankheit eine ständige Behandlung mit dem Faktor 8 benötigen. Es ist so, dass dieser Faktor 8 ziemlich teuer ist. Wenn jetzt z. B. ein junger Mann, der diese Krankheit hat, gerne Crossroad fahren möchte, dann braucht er viel mehr von diesem Faktor. Es kostet viel mehr Geld, ihm dieses Hobby zu ermöglichen. Die Frage an die Angehörigen, aber auch die Ärzte und Pflegenden war: „Können Sie sich vorstellen, dass es gerechtfertigt wäre, dem Mann zu sagen: ‚Also, hör einmal zu. Es ist ja alles gut und schön, Crossradfahren ist was Tolles, aber du hast eine

Hämophilie, du musst jetzt darauf verzichten.“ Das wurde sowohl von Patienten und Angehörigen als auch von Pflegenden und Ärzten in hohem Maße befürwortet. Es wird also gesehen, dass es auch zumutbare Beschränkungen der Therapie geben kann.

Zur Frage der Beschränkung der Therapie auf das medizinisch Notwendige: Es gibt das Beispiel einer Antikörpertherapie. Das sind neue Verfahren in der Krebstherapie, die bei vielen verschiedenen Erkrankungen eingesetzt werden. Die Antikörpertherapie beim Darmkrebs mit Tochtergeschwulsten ist eine sehr teure Maßnahme, die möglicherweise die Überlebensdauer um mehrere Wochen verlängern kann. Erste Studienergebnisse deuten darauf hin. Gleichzeitig ist die Darmkrebserkrankung mit Tochtergeschwulsten eine sehr häufige Krebserkrankung, sie ist in Deutschland eine der häufigsten Todesursachen an Krebserkrankungen sowohl für Männer als auch für Frauen. Die Einführung dieser Therapie würde möglicherweise unser Gesundheitssystem erheblich belasten. Wenn ich meine Untersuchungspartner gefragt habe, ob sie diese Therapie denn je eingesetzt haben, gab es nur einen, der sie ein einziges Mal eingesetzt hatte. Diese Therapie wird also de facto im Moment in vielen Häusern nicht eingesetzt, obwohl sie theoretisch – Studien zufolge – einen Überlebensvorteil bringt, weil letztlich die Kosten-Nutzen-Bewertung in diesem Einzelfall so ausgeht, dass man sagt: „Das lohnt sich nicht. 50.000 Euro ist zuviel Geld für vier Wochen mehr Lebenszeit bei Patienten im höheren Lebensalter.“ Das ist eine ganz schwierige gesellschaftliche Frage. Wie teuer darf ein Lebensjahr sein? Wie teuer darf ein Lebensjahr unter welchen Bedingungen sein? Diese Diskussion um das so genannte QUALY, das qualitätsbereinigte Lebensjahr, ist in vielen anderen Ländern schon geführt worden. Es ist ungeheuer schwierig, dieses überhaupt zu bestimmen. Das Konzept hat inhärente Schwierigkeiten. Aber es scheint eine Grenze zu geben, bei der klinisch tätige Ärzte sagen: „Das ist einfach zuviel Geld. Das ist jetzt nicht mehr sinnvoll.“

Den Einsatz von neuen Medikamenten mit günstigem Nebenwirkungsprofil habe ich Ihnen dargestellt. Noch einmal ein kurzer Exkurs: Gesundheitsökonomische Untersuchungen anhand von medizinischem Nutzen und Zielpopulation fallen ganz unterschiedlich aus, je nachdem wie ich medizinischen Nutzen und Zielpopulation definiere. Den medizinischen Nutzen kann ich bestimmen an objektiven Parametern, möglicherweise an welchen, die ich sogar zählen kann: Wie viele Zellen von irgendeiner Sorte finde ich im Blut des Patienten? Oder: Wie viel länger leben die Patienten im Durchschnitt? Wie viele von den Patienten kann ich heilen? Ich kann aber natürlich auch eher subjektive Fragen stellen und fragen: Wie fühlen sich die Patienten? Wie ist das Wohlbefinden der Patienten? Es ist immer eine Frage der Zielpopulation. Wenn ich bei der Bestimmung der Zielpopulation – bleiben wir beim Beispiel der Röhrchen für die Herzkranzgefäße – nur diejenigen ansehe, die ein hohes Risiko haben,

dass das Röhrchen verschlossen wird, werde ich ein anderes Ergebnis bekommen, als wenn ich alle nehme, die eine Herzkranzgefäßerkrankung haben.

Ich kann die Kosten-Nutzen-Bewertung immer auch auf den individuellen Fall bezogen vornehmen, was in der Regel aber nicht stattfindet. In der Regel ist es eine grundsätzliche Erhebung: Wie teuer ist etwas unter welchen Rahmenbedingungen? Dabei wird aber der Durchschnitt betrachtet, nicht unbedingt der einzelne Fall. Dann kann ich mir entweder nur den Behandlungsfall ansehen: Ich sehe mir also nur die Kosten an, die ein bestimmtes Medikament, eine bestimmte Maßnahme in diesem Fall verursacht. Das machen die Spanier. Oder sehe ich mir das über die Zeit an, z. B. für ein oder zwei Jahre? Dafür könnte z. B. die Krankenkasse plädieren, die sagt: „Eine billige Maßnahme, die nur zwei Wochen hält, ist nicht besonders gut. Da möchte ich lieber eine gute Maßnahme, die für das nächste Jahr hält.“ Oder beziehe ich auch noch die gesellschaftlichen Aufwendungen mit ein? Sehe ich mir auch an, was dieser Patient sonst noch an Kosten verursacht, weil er nicht zur Arbeit geht, weil in der Betreuung noch andere Kosten entstehen?

Wie weit beziehen Ärzte Kosten-Nutzen-Bewertungen mit ein? Sie beziehen sie nur ansatzweise mit ein. Bisher geht das auch noch nicht, denke ich, mit einer ganz wesentlichen oder differenzierten Betrachtung gesundheitsökonomischer Studien einher. Das hat damit zu tun, dass Ärzte in diesem Gebiet nicht besonders gut geschult sind. Wenn man gesundheitsökonomische Studien mit hinzuzieht – und das tut man auch in Deutschland immer mehr – sollten Ärzte lernen, wie sie damit umgehen, wie sie dieses Instrument richtig nutzen. Ärzte haben gelernt, wie sie medizinische Studien nutzen, aber bei gesundheitsökonomischen Studien ist das noch einmal anders.

Der Gemeinsame Bundesausschuss verwendet Kosten-Nutzen-Bewertungen jetzt ganz systematisch. Sie machen so genannte HTA-Analysen, d. h., sie betrachten in diesen HTA-Analysen auch genau, welche ökonomischen Folgen etwas hat. Dabei schaut sich auch der GBA auch nur das an, was es gibt. Wenn es also Untersuchungen gibt, die auch die gesellschaftlichen Kosten mit einbeziehen, können sie das mit berücksichtigen, wenn es die nicht gibt, können sie es eben nicht.

Wie kann ich Allokationsentscheidungen gestalten? Ich kann sie z. T. für mich selbst treffen. Das macht in der Regel der niedergelassene Arzt. Ich kann sie aber auch als kollegiale ärztliche Entscheidung in einer Abteilung fällen. Ich kann sagen: „Das ist eine innere Richtlinie. Patienten, die dieses oder jenes haben, werden wir so oder so behandeln.“ Ich kann es als Gremienentscheidung delegieren, dann wären auch Nichtmediziner dabei. Ich kann institutionelle und finanzielle Vorgaben machen. Das passiert z. B. Chefärzten, denen die Kranken-

hausverwaltung ganz klar sagt: „Dein Medikamentenbudget ist so und so, und wenn du das überschreitest, fragen wir dich auch genau, warum.“ Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind einmal durch die gesetzliche Krankenversicherung vorgegeben, das haben wir eben schon gehört. Die Frage ist: Inwieweit können gesellschaftliche Priorisierungsentscheidungen da eine Rolle spielen? Es gibt bestimmte Dinge, die im Gesundheitssystem sehr stark ausgebaut sind, andere Dinge sind weniger stark ausgebaut. Als Beispiele möchte ich die Kardiologie und die Palliativmedizin erwähnen, zwei Bereiche, die in unserem Gesundheitssystem systematisch sehr unterschiedlich bedacht werden. Ob das mit der gesellschaftlichen Priorisierung übereinstimmen würde, müsste man sich dann einmal anschauen.

„Der einzelne Arzt sieht sich in der Rolle des Rationierers in die Grauzone zwischen zwingend notwendigen ärztlichen Maßnahmen einerseits und lediglich wünschenswerten Maßnahmen andererseits gedrängt. Sie verträgt sich nur schlecht mit dem in Anspruch genommenen Vertrauen.“ Das sagt ein Jurist über die Ärzte. Was geschieht mit der Arzt-Patienten-Beziehung, wenn ökonomische Erwägungen mit hineinspielen? Ich denke, es ist allen, die klinisch tätig sind, klar geworden, dass ein Arzt-Patienten-Verhältnis ganz ohne ökonomische Erwägungen heutzutage nicht mehr denkbar ist. Aber dennoch sollte man sich die Zeit nehmen, darüber noch einmal zu reflektieren: Was heißt dies? Welche schlechten Folgen sind vielleicht zu vergegenwärtigen, und wie können wir ihnen entgegentreten?

Ärzte selbst sind sehr zwiespältig. Einerseits halten sie sich für kompetent: „Wir können das entscheiden. Wir ganz besonders.“ Andererseits möchten sie nicht immer gern die Verantwortung dafür übernehmen. Das heißt, sie möchten an dieser Stelle durch Institutionen und durch gesellschaftliche Entscheidungen entlastet werden.

Jetzt muss ich noch ein klein wenig Herrn Neumann in Bezug auf das „implizit“ und „explizit“ widersprechen. Ich denke, dass implizite Rationierung ein wesentlicher Begriff ist, weil er darauf hinweisen kann, wie stark man vielleicht an bestimmten Stellen noch einmal hinsehen muss. Man muss nachprüfen, ob die vom Gesetzgeber dafür gedachten Regelungs- und Steuerungsmechanismen so funktionieren, wie wir sie wollen. Der Gesetzgeber sagt: „Wir wollen nicht rationieren, wir wollen nur rationalisieren. Wir wollen unsere Gesundheitsversorgung effizient machen.“ Das ist das, was Ulla Schmidt immer und immer wieder sagt. Wenn das so sein soll, müssen wir uns die Praxis daraufhin ansehen, ob das tatsächlich passiert. In der Regel sind Allokationsentscheidungen nicht entweder implizit oder explizit. Vielmehr haben sie häufig explizite Anteile, indem man z. B. sagt: „Ich halte mich an eine Leitlinie.“ Das wäre dann auch noch transparent und rational begründet. Aber häufig haben sie auch verdeckte Anteile: „Wir haben jetzt schon viele Patienten mit einer bestimmten Erkrankung. Diese Erkrankung wird deutlich besser an der Uniklinik behandelt.“ Diese impliziten Anteile

können manchmal beträchtlich sein. Auch die Intransparenz für die Patienten ist häufig erheblich. Es gibt nur wenige Befragte, die gesagt haben, dass sie die Kostenanteile in Entscheidungen den Patienten gegenüber offen legen. Die meisten lassen dies den Patienten nicht wissen. Und natürlich gibt es immer wieder irrationale Anteile, über die sich alle Untersuchten klar waren.

Welche Wertimplikationen finden sich in den Allokationsentscheidungen? Ich habe Ärzte befragt: Sie halten sich tatsächlich im Wesentlichen an die Werte, die wir Ärzten zuschreiben. Sie kümmern sich darum, dass es dem Patienten gut geht, sie wollen dem Patienten nicht schaden, und sie wollen auch, dass möglichst viele eine gute Krankenversorgung bekommen und wollen deshalb nicht bei einem Patienten verschwenderisch mit den Mitteln umgehen, damit für den nächsten auch noch etwas da ist. Es fällt aber auf, dass die Autonomie, die Mitwirkung des Patienten am Behandlungsgeschehen, die in den letzten Jahrzehnten erheblich an Bedeutung gewonnen hat, in der Allokationsentscheidung im Grunde keine Rolle spielt. Das ist bemerkenswert. Mehr sage ich dazu nicht.

Ich würde meine letzte Folie so zusammenfassen: Ärzte treffen unter Budgetierungsbedingungen Allokationsentscheidungen unter besonderer Berücksichtigung von Therapiemöglichkeiten und Prognose. Sie lassen dabei Kosten-Nutzen-Bewertungen zunehmend mit einfließen. Die Allokationsentscheidung wird Patienten in der Regel nicht transparent gemacht und beeinflusst dennoch in erheblichem Maße die ärztliche Behandlung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Moderator SV Prof. Dr. Johannes Reiter: Vielen Dank, Frau Nicklas-Faust, für Ihren sehr interessanten Vortrag, mit dem sie uns auf den Boden der Tatsachen gestellt bzw. noch einmal mit der Wirklichkeit konfrontiert haben, die z. T. auch sehr hart sein kann. Sie haben mit Sicherheit zum Nachdenken angeregt.

Sie, verehrte Damen und Herren im Plenum, haben jetzt die Möglichkeit, Ihre Fragen zu stellen.

Teilnehmer N.N.: Gibt es solche Untersuchungen auch für niedergelassene Ärzte, die ja in den gleichen Entscheidungszwängen sind wie die klinischen Ärzte, allerdings mit der direkteren Auswirkung durch Richtgrößenprüfungen, Honorarkürzungen etc.? Wenn es solche Untersuchungen gibt, decken sie sich mit den anderen Ergebnissen oder eher nicht?

Expertin Dr. Jeanne Nicklas-Faust: Zum Teil werden niedergelassene Ärzte auch in andere Untersuchungen mit einbezogen. Bei mir selbst war es die Minderheit, d. h. es waren vier von zehn, die im niedergelassenen Bereich arbeiten. Da decken sich die Ergebnisse, was die Budgetauswirkungen angeht, ganz überwiegend. Ich habe gezielt immer die Verantwortlichen genommen, also auf der einen Seite Chef- und Oberärzte und auf der anderen die niedergelassenen Ärzte, die ja für sich dann selbstverantwortlich arbeiten. Sie haben die Gestaltungsfreiheit. Im Krankenhaus gibt es diese Gestaltungsfreiheit nicht. Da gibt es ganz klar zugewiesene Merkmale des Trägers. In einer niedergelassenen Praxis hat man eine größere Gestaltungsfreiheit. Die Ergebnisse stimmen überein. Ich würde dabei aber sagen, dass man, um insoweit relevante Aussagen zu machen, eine viel größere Stichprobe bräuhete, auch von verschiedenen Fachspezialitäten. Ich habe – außer den Palliativmedizinern – im Grunde hausärztlich tätige Ärzte befragt. Das ist eine ganz bestimmte Stichprobe. Andere, also Facharztgruppen, wären sicherlich noch einmal ganz anders.

Moderator SV Prof. Dr. Johannes Reiter: Ich habe jetzt Frau Ehm auf der Liste und dann Herrn Wunder.

Moderatorin Simone Ehm: Ich habe noch eine Nachfrage zu dem Punkt „Gestaltung von Allokationsentscheidungen“. Es wurde deutlich, dass es verschiedene Entscheidungsformen gibt: im Kollegium, als einzelner Arzt, als einzelne Ärztin, vielleicht auch durch irgendein Gremium. Mich würde interessieren: Was ist in Deutschland die häufigste Form? Gibt es eigentlich diese Gremienentscheidung, wo z. B. auch Ethiker dabei sind? Was ist eigentlich die Form, die Ärzte priorisieren, wenn sie entscheiden dürften? Hätten sie gerne ein Gremium? Würden sie gerne allein entscheiden? Wenn noch Zeit ist, würde mich interessieren, wie es eigentlich in anderen Ländern aussieht. Was ist da die vorherrschende Form der Entscheidung?

Expertin Dr. Jeanne Nicklas-Faust: Zum einen ist es so, dass die ärztliche Entscheidungsfindung üblich ist, d. h. in einem rein ärztlichen Bereich, z. B. der Chef mit seinen Oberärzten oder auch im Rahmen einer Besprechung der gesamten Abteilung, in Tumorkonferenzen. In diesem gesamten Bereich, also auch im ärztlichen interdisziplinären, ist es selten, dass da

Nichtärzte in die Gremienentscheidung involviert sind. In bestimmten Organisationsformen von Krankenhäusern gibt es das aber. Für Ärzte ist es ein Sowohl-als-auch. Sie sagen sowohl: „Wir möchten das gerne alleine machen, und wir können es am allerbesten.“ Sie sagen aber auch: „Es ist schwer, das zu machen, und es könnte vielleicht besser sein, wenn noch einer dabei wäre.“ Letztlich gab es nur einmal den Vorschlag, wirklich ein Gremium für begrenzt einzusetzende, sehr teure Therapiemaßnahmen zu einzurichten. Das Vorbild liegt z. B. in der Zuweisung von Dialyseplätzen. Als es noch nicht so viele Behandlungsplätze für Dialysepatienten gab, gab es eine Gremienentscheidung, wo auch Nichtmediziner mit einbezogen wurden, allerdings auch nicht immer und überall.

Zu anderen Ländern: In England gibt es ein ganz standardisiertes System mit richtigen Ethik-Kommissionen für Allokationsentscheidungen im Gesundheitssystem. Genauer kann ich dazu aber nicht sagen, dazu bin ich auf diesem Gebiet einfach nicht firm genug. Für andere Länder kann ich daher wenig Aussagen machen.

SV Dr. Michael Wunder: Meine Frage schließt an die Frage von Frau Ehm an. Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie sich unter Umständen auch als Auswerterin, als Gutachterin, einigen dieser Aussagen, die Sie auch im Original hier gezeigt haben, anschließen und zwar speziell der Aussage, die ich sinngemäß zitiere: „Ich fände es schon besser, wenn ihr uns genau sagen würdet, was wie rationiert wird, damit“ – ich ergänze das einmal mit meiner eigenen Interpretation – „dieses Dilemma aus der direkten Arzt-Patienten-Beziehung herausgehalten wird?“ Der Arzt hat das zwar zu vermitteln, aber die Verantwortung liegt sozusagen bei einer – wie wir es von Schweden gehört haben – öffentlichen Diskussion und bei einer transparenten Entscheidung, die außerhalb des direkten Arzt-Patient-Verhältnisses getroffen worden ist. Kann man Sie so interpretieren?

Expertin Dr. Jeanne Nicklas-Faust: Ich denke tatsächlich, dass es nicht eine rein ärztliche Entscheidung im Zweierverhältnis sein sollte, weil es man dann im Arzt-Patienten-Verhältnis immer wieder vor eine unmögliche Entscheidung gestellt ist. Ich würde es allerdings ein bisschen anders begründen. Es geht natürlich um Verantwortung, aber es geht auch darum, dass man nicht einer Berufsgruppe allein die Definitionsmacht geben kann, dass also Ärzte nicht allein darüber entscheiden, was richtig und gut ist. Ich denke, wir haben in den letzten 20, 30 Jahren gelernt, dass es die Sicht von Ärzten gibt, die durch sehr viel Lebenserfahrung gekennzeichnet ist, die aber häufig die Sicht von der anderen Seite des Zaunes ist. Wir müssen sie um die Sicht von Patienten und von Bürgern ergänzen. Von daher würde ich immer

bevorzugen, dass man das Bild vollständiger macht, um zu besseren Entscheidungen zu kommen. Diese müssen auch gesellschaftlich getragen werden, weil ja letztlich die Entscheidungen auch wieder gesellschaftliche Folgen haben. Von daher würde ich immer dafür plädieren.

Moderator SV Prof. Dr. Johannes Reiter: Herr Wodarg bitte.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Wir kennen ja die Tatsache, dass in Kliniken inzwischen überall Arzneimittelkommissionen bestehen. Klinikärzte leben ja mit dem, was da schon vor-entschieden ist. Da sind ja Allokationsentscheidungen gefallen. Bestimmte Arzneimittel werden angeschafft und zur Verfügung gestellt, andere kommen gar nicht erst ins Krankenhaus. Das ist ja im ambulanten Bereich anders. Weshalb ist es anders? Weshalb kümmert sich z. B. die Kassenärztliche Vereinigung (KV) – angesichts der Tatsache, wie ich jetzt vor kurzem gelesen habe, dass im letzten Quartal dieses Jahres der Zuwachs der Arzneimittelkosten 18,8 % betrug, die Kosten also um fast ein Fünftel gestiegen sind – nicht darum, dass hier so etwas geschieht? Bisher ist es ja schon erschreckend, dass die Ausgaben für Arzneimittel, die verordnet werden, vom Anteil an den Gesamtkosten des Gesundheitssystems her genauso hoch sind wie sämtliche ärztliche Honorare zusammen. Wenn jetzt noch 18 % dazu gekommen sind, heißt dies, dass das, was der Arzt verordnet, deutlich über dem liegt, was er selbst damit verdient, was er tut. Weshalb tut die KV da nichts? Können Sie mir das erläutern? Das sind ja Allokationsentscheidungen, die im Krankenhaus möglich sind, wo man auf Wirtschaftlichkeit achtet. Im ambulanten Bereich besteht da eine systematische Blindheit.

Expertin Dr. Jeanne Nicklas-Faust: Die KV hat es schon einmal gemacht. Die KV hat in den 70er Jahren Merkblätter zur rationalen Arzneimitteltherapie mit konkreten Therapieempfehlungen herausgegeben. Es gab dann einen Rechtsstreit um eine solche Therapieempfehlung, an dem deutlich wurde, wie schwer es ist, gerichtsfeste Merkblätter zu machen, die immer auf dem neuesten Stand sind. Das führte dazu, dass sich die KV letztlich daraus zurückgezogen hat. Sie hat es ja tatsächlich mit einem heftigen Gegner zu tun. Sie erinnern sich sicher an die ganzseitigen Anzeigen, als es darum ging, dass ein bestimmter Fettsenker plötzlich nicht mehr in dem Maße von der GKV bezahlt wurde, wie das die ihn vertreibende Firma für sinnvoll und richtig hielt. An der Stelle, denke ich, fühlt sich die KV nicht zu Therapieempfehlungen berufen. Die Frage ist tatsächlich – und die kann ich auch wirklich nicht

beantworten –, ob es richtig ist, dass der individuelle Arzt es mit seiner Kompetenz tut, oder ob der Arzt diesen Therapiekorridor braucht. Man könnte ja eigentlich sagen: Wenn Ärzte gelernt haben, wie rationale Arzneimitteltherapie funktioniert, sollten sie dazu auch selbst in der Lage sein.

Moderator SV Prof. Dr. Johannes Reiter: Besteht hier noch Fragebedarf? Wenn nicht, darf ich diese Runde beenden. Nochmals ganz herzlichen Dank an Sie, Frau Nicklas-Faust. Dank auch an das Plenum. Ich räume das Podium für den Kollegen Prof. Raspe und für den Kollegen Schwappach.

Moderator SV Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe: Meine Damen und Herren, wir können im Programm annähernd bruchlos fortfahren. Ich bin dankbar, eingeladen worden zu sein, diese letzte Sitzung zu begleiten. Ich darf Ihnen Herrn Dr. Schwappach vorstellen. Er ist Juniorprofessor am Lehrstuhl für Gesundheitspolitik und Gesundheitswissenschaften an der Universität Witten-Herdecke. Von Hause aus ist er Ökonom. Er hat eine Zusatzqualifikation in Public Health, also Öffentlicher Gesundheit, aus Hannover. Er schließt insofern an, als es jetzt auch um die Realität der Präferenzen und Prioritäten in der Gesellschaft geht, allerdings mit anderen Mitteln erhoben. Sie haben eben Studien vorgestellt bekommen, die sich vor allen Dingen an so genannte Leistungserbringer richteten und bei denen qualitativ gefragt wurde. Jetzt geht es um eine andere Technik, die angewandt worden ist, nämlich um systematische quantifizierende Befragungen mit einer neuen Methodik, die in Deutschland nicht sehr verbreitet ist. Darüber werden Sie vermutlich hören. Sie werden dann noch einen vergleichenden Blick durch Europa bekommen, da Herr Schwappach versucht hat, Daten aus anderen Ländern zusammenzustellen, um uns zu sagen, wie die Bevölkerung dort die Sache sieht. Ich bin gespannt. Herr Schwappach bitte.

Experte Prof. Dr. David Schwappach (vgl. dazu die Präsentation in Anlage Nr. 6): Vielen Dank, Herr Prof. Raspe, für die Einführung. Sehr geehrte Damen und Herren, wie würden ganz normale Menschen auf der Straße, da draußen, knappe Ressourcen verteilen und Prioritäten setzen? Ich gebe zu, gerade nach dem heutigen Tag mag die Frage, das zu erforschen, ziemlich verwegen klingen.

Die erste Frage, die man sich stellen muss, ist natürlich: Sieht die Bevölkerung überhaupt die Notwendigkeit einer Prioritätensetzung, und wie sieht sie ihre eigene Rolle in diesem Entscheidungsprozess? Wir sehen an den Daten, dass sich tatsächlich sowohl große Unterschiede zwischen den Ländern zeigen als auch im Zeitverlauf eine deutliche Entwicklung abgezeichnet hat. Bei der Notwendigkeit einer Prioritätensetzung sehen Sie: Vor knapp zehn Jahren waren die Schweden schon mit 47 % Zustimmung in der Bevölkerung davon überzeugt, dass nicht alle Leistungen für alle Bürger verfügbar sein können. In Deutschland waren es in Ost und West 30 bzw. 23 %. Vor einem Jahr gab es in Deutschland eine ähnliche Befragung, bei der sich der Anteil auf 44 % erhöht hat. Auch bei der Frage: „Wer soll entscheiden?“, und das heißt: „Wie wollen Bürger selbst beteiligt werden an diesem Prozess?“, hat sich ein deutlicher Wandel vollzogen. Vor allem die Bedeutung der Ärzte hat aus Sicht der Bürger deutlich abgenommen. Bei der Frage: „Wer soll beteiligt werden?“ – das setzt ja noch nicht zwangsläufig das Mitentscheiden voraus –, kann man heute, glaube ich, davon ausgehen, dass in Deutschland etwa 60–70 % der Menschen dazu gehört werden wollen, wie Prioritäten gesetzt werden.

Ich möchte Ihnen heute einen Eindruck davon vermitteln, was man dazu sowohl innerhalb Deutschlands als auch in anderen europäischen Ländern weiß, und muss Sie in gewisser Weise gleich zu Beginn enttäuschen. Am liebsten würde ich Ihnen jetzt eine Tabelle zeigen, wo die verschiedenen europäischen Länder aufgeführt sind, und wir bräuchten nur noch abzulesen, was man aus diesen Ländern weiß und welche Entwicklung da die Gesundheitssysteme nehmen würden, wenn wir uns an den Bevölkerungspräferenzen orientierten. So eine Tabelle habe ich nicht, und vielleicht kann es die auch gar nicht geben. Was ich aber habe und was ich Ihnen präsentieren möchte, ist eine Art Mosaik, in dem quasi fragmentartig aufgetragen ist, was wir aus verschiedenen Ländern, zu verschiedenen priorisierungsrelevanten Kriterien wissen. Dieses Mosaik hat einige Lücken, hat auch Widersprüche, aber es gibt doch, glaube ich, einige fixe und sehr deutliche Ankerpunkte, an denen sich zu orientieren und über die sich zu informieren Sinn macht.

Ich möchte fortfahren mit einem kurzen Überblick, wie sich überhaupt die Erforschung der Präferenzen der Bevölkerung in den letzten Jahren verändert hat. Vor etwa 10, 15 Jahren wurden gerade in England die ersten Studien dazu gemacht, welche Präferenzen die Bevölkerung für die Priorisierung von konkreten Maßnahmen oder Maßnahmengruppen oder bei spezifischen Erkrankungen hat. Da ging es z. B. um die Frage: „Welche Priorität sollte die Behandlung von lebensbedrohlichen Erkrankungen haben?“ Seit etwa fünf Jahren hat sich die Forschung dazu sehr verändert. Wir versuchen inzwischen vor allen Dingen herauszubekommen, anhand welcher Kriterien, Merkmale und Prinzipien Bürger solche Entscheidungen

treffen würden und wodurch ihre Meinung geprägt ist. Das ganz klare Ziel dieser Forschung – ich werde Ihnen am Ende dafür auch zwei Beispiele zeigen – ist es, eine Systematik zu entwickeln, mit der Prioritäten sowohl zwischen Maßnahmen und Maßnahmengruppen als auch zwischen Patienten innerhalb von Maßnahmen, also auf der Mikroallokationsebene, getroffen werden können.

Ich fange an mit der Priorisierung von ganzen Maßnahmen, Maßnahmengruppen oder spezifischen Erkrankungen. Dort sehen Sie die Ergebnisse einer Untersuchung des Kollegen Raspe und seiner Mitarbeiter. In der Untersuchung ging es um die Frage: „Wie würden Bürger Prioritäten zwischen ausgewählten präventiven Leistungen setzen?“ Sie sehen ganz deutlich, dass präventiven Leistungen bei Kindern gegenüber präventiven Leistungen bei Älteren sehr viel größere Wichtigkeit eingeräumt wird – was auch immer das konkret heißt. Offensichtlich ist es hier so, dass es sozusagen eine vage Priorisierungsidee gibt, wo Alter und Schwere der Erkrankung eine Rolle spielen.

Solche und ähnliche Studien gibt es aus England, aus Deutschland, aus Holland, die sich in den Ergebnissen immer in Details unterscheiden, aus denen sich aber doch eine grundsätzliche Tendenz zusammentragen lässt. Wir finden auf den ersten Plätzen immer alle Maßnahmen der Prävention, der Früherkennung, der Palliativmedizin. Das z. B. könnte ein deutlicher Widerspruch zu dem sein, wie es in der Realität aussieht. Auf den mittleren Rängen sehen wir das, was sozusagen den Hauptbereich der Medizin ausmacht. Ganz am Ende sehen wir die Behandlung psychiatrischer Erkrankungen, die Reproduktionsmedizin und die Gesundheitserziehung oder -förderung. Zwei Sachen dabei sind mir wichtig, weil ich darauf noch im Detail eingehen werde: Das eine ist die außerordentliche Wichtigkeit, Bedeutung und Priorität von Prävention und Früherkennung. Der zweite Punkt, auf den ich jetzt komme, ist: Warum ist es eigentlich so, dass psychiatrische Erkrankungen immer auf den letzten Rängen stehen? Denn das geht quer durch Europa.

Es gibt dazu eine ganz aktuelle deutsche Studie, wo Bürger befragt wurden, in welchen Bereichen „überhaupt gar nicht“ gespart werden sollte. Zu diesem Bild brauche ich nicht viel zu sagen. Sie sehen, dass sich psychiatrische Erkrankungen auf den letzten Plätzen befinden. Das heißt im Umkehrschluss: Wenn wir die Präferenzen der Bevölkerung berücksichtigen würden, könnten wir am ehesten bei den psychiatrischen Erkrankungen sparen, und es würde wahrscheinlich am wenigsten Geschrei geben. Die WHO hat hingegen prognostiziert, dass psychiatrische und mentale Erkrankungen gerade für die Industrieländer das große Gesundheitsproblem der nächsten Jahrzehnte sein werden, sowohl ökonomisch als auch epidemiologisch als auch in der Versorgung. Aber offensichtlich gibt es keinen Zusammenhang zwischen der realen Prognose und dem, wie die Bevölkerung die Behandlung dieser

Erkrankungen wertschätzt. Daran – und deswegen war mir das wichtig zu zeigen – sehen Sie ein grundsätzliches Problem dieser Art von Befragung. Wenn es um konkrete Patienten, um konkrete Maßnahmen geht, also dann, wenn wir Menschen fragen: „Wie wichtig ist die Behandlung von Krebs?“, sind diese Befragungen sehr anfällig. Sie sind zum einen natürlich für Stigmatisierung anfällig, wie im Bereich der psychiatrischen Erkrankungen. Sie sind sehr anfällig für im weitesten Sinne verzerrende Assoziationen. Zum Beispiel hat eine Untersuchung, die die Prioritätensetzungspräferenzen erforscht hat, festgestellt, dass in dem Moment, wo das Wort „Krebs“ fällt, alles andere bedeutungslos wird, völlig unabhängig davon, was an Details über die Wirksamkeit und die betroffenen Patienten beschrieben wurde. Die Beschreibung der Effizienz war gleich, nur dieses eine Wort wurde dazu gesetzt. Daran sehen Sie, wie schwierig es ist, unabhängig von dem zu arbeiten, was Menschen für Vorstellungen von Erkrankungen haben. Ein weiteres, ganz pragmatisches Problem solcher Befragungen liegt darin, dass sie nicht prospektiv anwendbar sind. Also, wenn wir zu bestimmten Maßnahmen befragen, können wir nur dazu befragen, was es schon gibt und was die Menschen kennen. Wir können auch bei bestimmten Erkrankungen nur dazu fragen, was die Menschen kennen und wovon sie irgendein Bild haben. Bei seltenen Erkrankungen würde das also überhaupt schon einmal gar nicht funktionieren.

Das Hauptproblem ist, dass wir anhand dieser Priorisierungspräferenzen von ganzen Maßnahmengruppen nicht wirklich Rückschlüsse daraus ableiten können, was es eigentlich ist, das den Wert ausmacht. Wenn also die Impfung von Kindern immer ganz oben in der Rangliste steht, wissen wir nicht, warum. Weil es um Kinder geht? Weil es um die Vermeidung schwerer Erkrankungen geht? Weil es um Prävention geht? Weil es vielleicht wenig kostet? Wir haben also im wahrsten Sinne des Wortes Interpretationsschwierigkeiten. Aus diesem Grund ist man in den letzten Jahren dazu übergegangen, wie ich das vorhin andeutete, nicht zu fragen: „Welche Maßnahme soll Präferenz bekommen?“, sondern wir versuchen herauszubekommen, was es ist, das den gesellschaftlichen Wert medizinischer Maßnahmen bestimmt.

Es gibt eine Reihe von Faktoren, die in dieser Hinsicht sehr intensiv in den letzten Jahren untersucht wurden. Ich habe einige aufgeführt: Einige beziehen sich auf die Patienten, um die es geht; andere beziehen sich ganz direkt auf die gesundheitliche Situation, die Erkrankung oder die Maßnahme. Schlussendlich bleibt natürlich die Frage, die häufig übergangen wird: Selbst wenn wir wissen, warum was unter welchen Bedingungen für die Bevölkerung einen sehr hohen Wert hat, was heißt das dann für die Prioritätensetzung? Heißt das: Alles, was einen hohen Wert hat, hat höchste Priorität? Gibt es da z. B. einen linearen Zusammen-

hang? Gibt es so etwas wie absolute oder relative Priorität? Das sind alles Fragen, mit denen wir uns beschäftigen müssen.

Ich möchte jetzt auf ein sehr wichtiges Kriterium eingehen, das auch sehr gut erforscht ist. Es geht um das, wofür auch schon den ganzen Tag unterschiedliche Begriffe verwendet werden: der „gesundheitliche Nutzen“ von medizinischen Maßnahmen. Hier wurde auch schon der Begriff „Prognose“, „Verbesserung“, „Lebenserwartung“, „Lebensqualität“ usw. benutzt. Für einen Gesundheitsökonom ist die Frage, ob der gesundheitliche Nutzen wirklich ein Priorisierungsmerkmal für die Bevölkerung ist, deshalb so interessant, weil das traditionell das einzige Merkmal ist, das für Gesundheitsökonom eine Rolle spielt. Die Frage ist nämlich immer: Wie viel Gesundheit für das gleiche Geld? In gesundheitsökonomischen Studien oder auch in Einrichtungen, die sich mit der Prioritätensetzung beschäftigen und die verpflichtet sind, Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen, ist dieser gesundheitliche Nutzen in der Regel das alleinige Priorisierungskriterium. Das Ziel all dieser Bemühungen ist die Maximierung zusätzlicher Gesundheit in der Gesellschaft unter den Bedingungen eines begrenzten Budgets. Das macht ja durchaus Sinn: Man könnte argumentieren, dass man versuchen soll, wenn das Geld knapp ist, mit diesem Geld so viel Gesundheit wie möglich zu „produzieren“. Ich hoffe, Sie verzeihen mir dieses Wort.

Was wissen wir darüber, ob die Bevölkerung diese Ansicht teilt? Ich glaube, fast das Einzige, was wir wirklich sehr genau wissen, ist, dass die Bevölkerung diese Ansicht nicht teilt. Ich möchte Ihnen das an einem Beispiel verdeutlichen. Das Problem bei der Nutzenorientierung ist nämlich, dass sie zu relativ starker gesundheitlicher Ungleichheit in einer Gesellschaft führt. Wenn Sie sich vorstellen – dieses Beispiel ist etwas plakativ, aber hoffentlich dadurch schnell verständlich –, es gibt zwei medizinische Maßnahmen, die die Lebensqualität der Patienten in unterschiedlicher Weise positiv beeinflussen. Wenn Sie diese Abbildung betrachten, dann würde auch der traditionelle Gesundheitsökonom, der gefragt würde: „Welche der beiden Maßnahmen sollte Priorität bekommen?“, natürlich auf jeden Fall „B“ sagen, weil mehr gesundheitlicher Nutzen erzielbar ist. Tatsächlich ist es aber so – und darüber gibt es viele Studien, gerade jetzt aus diesem Jahr eine sehr gute aus Dänemark, die das sehr deutlich gezeigt hat –, dass alle Menschen, die man fragt, Maßnahme A priorisieren würden. Und zwar aus zwei Gründen: Der erste Grund ist, dass Patienten, für die die Maßnahme A in Frage kommt, in einer schlechteren Ausgangslage sind. Ihnen geht es zu Beginn schlechter. Für die meisten Menschen, die in Befragungen zu diesen Themen mitmachen, ist gerade die Schwere der Ausgangslage das alles beherrschende Thema. Je schlechter es Menschen geht, umso höhere Priorität haben sie, auch wenn – und das ist wichtig – der Nutzen, der bei ihnen erzielbar ist, gering ist. Der zweite Grund spielt gerade in den skandinavischen

Ländern eine sehr große Rolle. Wenn wir uns beide Alternativen ansehen, dann könnten wir die Maßnahme B durchführen oder die Maßnahme A. Wenn wir uns für B entscheiden, würde der gesundheitliche Abstand zwischen den beiden Gruppen ja größer, als er im Moment ist. Wenn wir uns für A entscheiden, dann wird der gesundheitliche Abstand, also der Unterschied in der Lebensqualität, bei beiden Gruppen kleiner. Sie rücken also näher zusammen. Das ist etwas, was eben für viele Menschen gerade in Skandinavien eine große Rolle spielt: Unterschiede in der Gesundheit aufzuheben, die möglicherweise auch etwas mit sozialen Schichten zu haben. Wenn wir uns für B entscheiden würden, würden wir die Unterschiede größer machen.

Zu einem weiteren Kriterium, das ja heute auch schon sehr häufig erwähnt wurde: Gibt es eine Präferenz dafür, Jüngere bevorzugt zu behandeln? Auch das ist sicher ein sehr stark erforschtes Gebiet. Man muss einfach sagen: Wenn die Menschen vor die Wahl gestellt werden, ob sie in die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen investieren oder in die Gesundheit von Älteren, dann präferieren sie die Jüngeren. Das ist zwar in den unterschiedlichen Ländern unterschiedlich stark ausgeprägt, aber ich glaube nicht, dass man sagen kann, dass diese Präferenz nicht existiert. Nicht akzeptiert werden fixe Altersgrenzen. In den meisten Befragungen, die es zu diesem Thema gibt, geht es auch nicht darum, sozusagen auf individueller Ebene Menschen auf Grund ihres Alters eine Leistung vorzuenthalten. Es geht vielmehr darum, ob es auf Systemebene – z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss – so sein soll, dass medizinische Leistungen für Ältere einen höheren Nutzen aufweisen müssten, als medizinische Leistungen für Jüngere, weil eben das jüngere Alter für einen geringeren Nutzen kompensiert. In der Konsequenz heißt das: Von den meisten Menschen werden Gesundheitsverbesserungen bei Älteren weniger stark gewichtet. Oder anders herum: Jüngeres Alter kompensiert für ein geringeres Potenzial, von Medizin zu profitieren.

Ich habe hier einige Ergebnisse aus unterschiedlichen Ländern schlaglichtartig zusammengestellt. Zunächst eine Untersuchung aus Deutschland, wo es um die Frage der Wichtigkeit einer Nierentransplantation ging. Sie sehen hier eben eine deutliche Abstufung zwischen einem 18-Jährigen und einem 70-Jährigen. In einer Studie aus Finnland war das Patientenalter in der Allokation von Ressourcen sogar wichtiger als die Krankheitsschwere und die Prognose. In einer holländischen Studie wurde der Gesundheit von 10-Jährigen ein doppeltes Gewicht gegenüber 70-Jährigen verliehen. Das Problem bzw. für mich auch das Interessante daran ist, dass die Motivation der Menschen dafür, warum Jüngere präferiert werden sollen, völlig unterschiedlich ist. Dies gilt sowohl zwischen den Gesellschaften der verschiedenen Länder als auch innerhalb der Gesellschaften. Gerade in Großbritannien ist für die meisten Menschen in der Bevölkerung das Fairness-Argument sehr prominent. Es wird ar-

gumentiert, dass jüngere Menschen eben per se noch weniger vom Leben gehabt hätten als Ältere, und dass sie deswegen zu priorisieren seien. In anderen Ländern hat die soziale Rolle von jüngeren Menschen eine große Bedeutung: Jüngere Menschen sind produktiv, haben Kinder oder pflegebedürftige Angehörige zu versorgen und sind sozusagen der Pfeiler der Gesellschaft.

Eine dritte Gruppe – dazu gibt es eine Studie aus Holland – priorisiert Jüngere deswegen, weil sie davon ausgehen, dass der subjektive Wert von Gesundheit in verschiedenen Altersphasen verschieden groß ist. Das Argument dabei ist, dass jüngere Menschen subjektiv schwerer z. B. unter einer chronischen Erkrankung leiden als Ältere. Ebenso unterschiedlich wie diese Motivationen sind, so unterschiedlich sind auch die Konsequenzen, die man daraus ziehen muss. Ich habe das jetzt einmal beispielhaft für zwei dieser Argumente getan, damit Sie sehen, dass man, auch wenn man die These der „Alterspriorisierung“ vertritt, nicht zwangsläufig zu den gleichen Ergebnissen kommen muss. Wenn man dem Argument folgt, dass es eine Frage der Fairness und der Gerechtigkeit ist – dazu gibt es in England relativ gute Studien –, dann führt das dazu, dass Kindern quasi mit der Geburt das höchste Gewicht eingeräumt wird, was dann aber kontinuierlich fällt. Das heißt eben, dass ein Mensch in dem Moment, wenn er auf die Welt kommt, das größte Recht auf Gesundheitsversorgung gegenüber Älteren hat. Wenn man hingegen dem Argument folgt, dass es eigentlich um die soziale Rolle geht, die an das Alter oder an die Produktivität traditionell gekoppelt ist, dann sehen Sie eben eine ganz andere Gewichtungskurve. Die ist dann glockenförmig, und der entscheidende Unterschied ist, dass Jugendlichen und Jungerwachsenen am meisten Priorität eingeräumt wird. Vorher, eben bei Kindern, unterscheiden sich diese Präferenzen sehr stark.

Ein weiteres Kriterium, das auch schon heute angesprochen wurde und das ja auch gelegentlich in großen Wellen in Deutschland diskutiert wird, ist die Frage des gesundheitsbezogenen Lebensstils. Sollen Leute, die sich ungesund verhalten, weniger Priorität in der Versorgung bekommen als andere? Das Interessante daran ist, dass es wohl kein anderes Argument gibt – jedenfalls nicht aus den Untersuchungen, die mir bekannt sind –, das Gesellschaften so sehr spaltet wie dieses. Meistens ist es sogar so, dass in den Befragungen die eine Hälfte der Befragten vehement dafür ist und die andere Hälfte vehement dagegen. Die negative Reaktion, die man hervorrufen kann, ist nach meiner Erfahrung aus Befragungen häufig noch viel größer als bei der Frage der Alterspriorisierung. Die Menschen, die dem zustimmen, sagen: „Ja, in dem Moment, wo Menschen sich möglicherweise gegenüber dem Gesundheitssystem oder der Solidargemeinschaft nicht verantwortlich verhalten, sollte die Solidargemeinschaft es auch nicht tun.“ Da spielen insbesondere zwei Argumente eine Rolle. Das eine sind Effizienzüberlegungen, wie sie im Grunde genommen auch in der Medizin

benutzt werden. Warum bekommt jemand, der alkoholabhängig ist, kein Organ? Wieso bekommt jemand, der viele Zusatzerkrankungen hat, eine bestimmte Therapie nicht? Da steht die Überlegung dahinter, dass der Nutzen nicht groß genug ist. Ein Organ z. B. lebt nicht lange genug bei jemandem, der sich ungesund verhält.

Die zweite Gruppe hat diese etwas moralistische Attitüde, Leute für ihr unverantwortliches Verhalten quasi bestrafen zu wollen. Das gibt es auch. Insgesamt kann man wohl sagen, dass es mehr Zustimmung dazu gibt, Gesundheitsverhalten als Priorisierungsmerkmal aufzunehmen, wenn es um risikosuchendes Verhalten und nicht um Suchtverhalten geht. Das typische Beispiel ist der Fallschirmspringer gegenüber den Rauchern und Alkoholikern. Ich finde etwas ganz interessant, weil es sehr wenig in der Diskussion auftaucht: Es gibt häufig eine deutliche Unterstützung für dieses Kriterium, wenn es sozusagen um das zweite Mal geht. Es gibt eine Untersuchung aus England, wo gefragt wurde: „Sollen Rauchern die Bypassoperationen bezahlt werden?“ Da war die Mehrheit dafür, das zu tun. Und dann gab es die Frage: „Was ist jetzt, wenn der Betroffene weiterraucht und eine zweite Beipassoperation braucht?“ Da war natürlich bei den meisten Menschen die Reaktion: „Nein, dann nicht.“ Das hat sehr viel mit historischem Ressourcenkonsum zu tun. Individuelle Konsumkarrieren sind etwas, das leider sehr wenig Berücksichtigung findet.

Eine weitere Frage habe ich am Anfang angesprochen und ich mache mich wahrscheinlich furchtbar unbeliebt, wenn ich jetzt darüber rede, aber das Risiko muss ich leider eingehen: Warum gibt es eigentlich eine so starke Präferenz für die präventive Medizin? Was steckt dahinter? Das hat mich sehr interessiert. Es ist tatsächlich so, wenn man Menschen fragt: „Wie wichtig sind Prävention und Früherkennung?“, dann bekommt das immer hohe Rangplätze. Es gibt einige wenige Untersuchungen, die analysiert haben, was denn herauskommt, wenn man gesundheitliche Verbesserungen, die durch kurative Medizin erzielt werden, mit gesundheitlichen Verbesserungen vergleicht, die durch präventive Medizin erzielt werden. Dann sieht das Bild schon ganz anders aus. Die hohe Wertschätzung der Prävention liegt sehr häufig daran, dass es ein diffuses positives Vorurteil gibt, nach dem Motto: Prävention kostet fast nichts, hat keine Risiken und hilft viel. In dem Moment, wo man diese Vorurteile aus den Untersuchungen entfernt – oder versucht, sie zu entfernen –, dann wendet sich das Bild. Das liegt zum einen daran, dass es Menschen sehr schwer fällt, der Politik zu folgen, kranken Menschen Ressourcen mit dem Argument vorzuenthalten, dass man mit dem gleichen Geld bei anderen genau diese Krankheit vermeiden will.

Ich habe eine Untersuchung dazu gemacht und mir ist sehr eindrücklich in Erinnerung geblieben, was die Menschen da gesagt haben. Die sagten z. B.: „Was soll ein Mensch noch vom Gesundheitssystem erwarten, wenn die knappen Mittel dafür verwendet werden, Krank-

heiten zu vermeiden, und wenn die, die krank sind, nichts bekommen.“ Das fand ich sehr nachvollziehbar. Sie denken jetzt möglicherweise, dass das ein theoretischer Vergleich ist, der irgendwie konstruiert ist. Es ist aber tatsächlich so – das muss man sich in Erinnerung rufen –, dass das Geld, das man für präventive Medizin ausgibt, nicht für kurative Medizin zur Verfügung steht und umgekehrt.

Ich möchte jetzt noch mit zwei Beispielen auf die Frage eingehen: Was macht man jetzt damit? Ich habe Ihnen gezeigt, dass es hier eine Präferenz für das eine gibt und da eine Präferenz für das andere. Aber was heißt das jetzt in der Konsequenz? Ziel all dieser Untersuchungen ist es, das habe ich am Anfang gesagt, eine Art explizites Priorisierungssystem zu entwickeln. Es gibt dazu in England ein sehr großes, umfangreiches Projekt, an dem mindestens 50 % der Wissenschaftler auf diesem Gebiet in England beteiligt sind, und das sich genau das zum Ziel gemacht hat. Man hat sich zum Ziel gemacht, im NHS, im Nationalen Gesundheitsdienst, wegzukommen von der reinen Priorisierung nach einer Kosten-Nutzen-Abwägung. Bislang ist nämlich die Grenze 30.000 Pfund für ein qualitätsadjustiertes Lebensjahr, mehr oder minder strikt. Herr Raspe hat vorhin in einer Frage angedeutet, dass es immer auch Ausnahmen gibt, unter bestimmten Bedingungen, aber im Grunde genommen gibt es diese 30.000-Pfund-Grenze. Das Ziel der Bemühungen, von denen ich eben sprach, ist, diese Kosten-Nutzen-Aspekte zu ergänzen durch ein explizites Bewertungssystem. Da würden dann eben nicht mehr so wie bisher der Nutzenzuwachs in Lebensqualität und der Nutzenzuwachs in Lebenserwartung als alleinige Kriterien auftauchen, sondern es würde insbesondere die Frage auftauchen: Wie ist das Ausgangsniveau der Patienten? Vielleicht ist ein Lebensjahr, das in der Palliativmedizin generiert wird, sehr, sehr viel mehr wert als 30.000 Pfund. Das ist sozusagen die Idee dahinter. Da könnte z. B. das Patientenalter eine Rolle spielen, und da könnten auch soziale Indikatoren eine Rolle spielen.

Während das in England zum einen sozusagen auf Systemebene versucht wird, also in einem Verfahren, das dem G-BA ähnlich ist – nicht in allen Detailfragen, aber von der Position her –, gibt es auch Versuche, solche expliziten Priorisierungssysteme im Bereich der Mikroallokation einzusetzen, nämlich da, wo Patienten mit anderen Patienten um Priorität konkurrieren. Zwei Beispiele sind England und Spanien. In beiden Ländern versucht man, anhand der Bevölkerungspräferenzen das Management von Wartelisten bei bestimmten Maßnahmen zu verbessern. Bisher war es in beiden Ländern so, dass die Wartelisten – in England ist das typische Beispiel insoweit der Gelenkersatz und in Spanien gibt es sehr lange Wartelisten für Kataraktoperationen – bisher ausschließlich über die Länge der Wartezeit organisiert wurden. Davon versucht man wegzukommen. In England und Spanien sehen Sie, welche Argumente in diesen Priorisierungssystemen eine Rolle spielen. Das Interessante ist –

und das wird wahrscheinlich die Ökonomen und die Mediziner gleichermaßen irritieren bzw. verärgern –, dass eben z. B. der erwartete OP-Erfolg keine besonders große Rolle spielt und Kosten natürlich auch nicht. Das ist ohnehin klar, daran hat man sich schon gewöhnt. Was eine Rolle spielt, ist die Schwere der Ausgangslage und in beiden Fällen auch das Alter und in England zusätzlich die soziale Verantwortung. Ihnen mag das auch komisch vorkommen, am Ende wird jedem heutigen und jedem potenziellen Patienten eine Art Punktwert zugeschrieben, der seinen Platz auf der Warteliste bestimmt. Ich weiß, dass das in Deutschland irgendwie sehr ungute Vorstellungen hervorruft. Ich möchte aber nicht unerwähnt lassen, dass es in diesen Ländern eine große Zustimmung dazu gibt. Also in Wales gab es genau zu dieser Frage innerhalb der Studie „Warteliste für Gelenkersatz“ auch die Frage, wie die Menschen das überhaupt finden, und 80 % waren mit genau diesem Vorgehen der Organisation einverstanden.

Ich komme zum Schluss. Ich möchte schließen mit der Feststellung, dass die meisten Menschen sehr klare Präferenzen für eine Prioritätensetzung haben, dass sie dabei viele Kriterien berücksichtigen, die z. T. miteinander konkurrieren; und – das ist für mich das Entscheidende –, dass die meisten Menschen bereit sind, auch große Effizienzverluste hinzunehmen für eine faire Mittelverteilung, d. h. für eine Mittelverteilung, die in ihren Augen fair ist. Es ist weiterhin festzustellen, dass die meisten Menschen absolute Prioritätensetzung, also z. B. fixe Altersgrenzen, stark ablehnen und dass sie den kompletten Ausschluss von ganzen Gruppen, Patientengruppen oder Maßnahmen ablehnen. Insgesamt im europäischen Vergleich finde ich erstaunlich, dass die Präferenzen der Bevölkerung sehr viel ähnlicher zu sein scheinen als die sich sozusagen daraus entwickelnden Gesundheitssysteme. Vielen Dank.

Moderator SV Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe: Herr Schwappach, vielen Dank für dieses sehr informative, z. T. aufregende Referat, das sehr anschaulich war und für die Diskussion sicher genügend Stoff bietet. Bevor wir aber zu einer generellen Diskussion kommen, haben Sie die Möglichkeit, noch gezielte Fragen zu stellen. Wir haben dafür jetzt vielleicht noch maximal 15 Minuten. Dann bleiben wir in dieser 10-minütigen Verspätung. Und ich darf Sie bitten, kurze und klare Fragen zu stellen. Sie sind der Erste, Herr Wodarg.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Gibt es den „Tsunami-Effekt“, d. h. wirkt sich das, was in den Medien gerade jetzt besonders berichtet wird, auch besonders aus? Gibt es darüber Untersuchungen? Das ist eine kurze Frage. Und die zweite ist: Wir sprechen von einem anbietergesteuerten Gesundheitswesen. Gibt es eine Untersuchung darüber, wie sich das

Marktinteresse der Anbieter auswirkt auf das, was Menschen empfinden und priorisieren wollen?

Experte Prof. Dr. David Schwappach: Zur ersten Frage: Das ist immer so mit sozialwissenschaftlicher Forschung. In dem Moment, wo das Vorenthalten einer Hüfte durch die Medien kreist, werden Sie andere Fragen zur Alterspräferenz erheben als vorher. Das ist sicher so. Deswegen, glaube ich, ist es besonders wichtig, sich Mühe damit zu geben, zu identifizieren, um was es den Menschen geht: Für was steht Alter? Steht es für Produktivität? Steht es für Gerechtigkeit? Steht es für subjektive Lebensqualität? In dem Moment, wo man sich darum bemüht und wo man das systematisch und mit langem Atem tut, glaube ich, ist man nicht so anfällig, wie man glaubt. Also, ich würde den meisten Studien in diesem Bereich auch dadurch, dass sie schon über viele Jahre gehen und sich die Ergebnisse doch bestätigen, mehr Vertrauen schenken als z. B. einer einfachen Meinungsbefragung. Das war die erste Frage.

Die zweite Frage war, ob Anbieter darauf reagieren. Ich glaube: wenn, dann nur sporadisch. Ich merke – ich kann jetzt sozusagen ganz subjektiv sprechen –, dass es durchaus ein großes Interesse der Pharmaindustrie gibt, im Rahmen der Nutzenbewertung ihrer Arzneimittel zukünftig auch ethische oder Fairnessargumente berücksichtigt zu wissen, also von der reinen Kosten-Nutzen-Bewertung wegzukommen, die ich dargestellt habe. Es gibt durchaus auch Firmen und Anbieter, die versuchen, z. B. darauf hinzuweisen, dass es doch eine Fairnessfrage sei, alten Menschen, die unter Demenz leiden, diese teuren Arzneimittel zur Verfügung zu stellen, auch wenn die Kosten-Nutzen-Relation nicht so gut sei. Ich glaube, das wird kommen. Ich glaube, das wird dann kommen, wenn der Einfluss der Bevölkerungspräferenzen größer wird. Dann wird auch das Interesse der Anbieter steigen.

SV Ulrike Riedel: Ich bin auch Mitglied der Enquete-Kommission. Ich habe nur noch eine kurze Frage zur Präventivmedizin. Ist die Zurückhaltung der Bevölkerung gegenüber der Präventivmedizin tatsächlich nur der Tatsache geschuldet, dass man sagt: „Erst den Kranken, und dann den Gesunden helfen“? Ich habe immer den Eindruck gehabt, dass die Zurückhaltung gegenüber der Präventivmedizin auch ihren Grund darin hat, dass es eine völlig andere Art von Medizin ist. Sie verlangt z. B. eine gehörige Mitarbeit, sie greift eigentlich viel tiefer in das Leben ein, z. B. wenn es um die Ernährung geht, eine völlige Ernährungsumstellung oder Sport oder solche Sachen. Das hat ja auch immer so ein bisschen etwas Diktatorisches an sich, wenn man das jemandem verordnet. Also, ich weiß nicht, ob sie danach ein-

mal gefragt haben. Ich habe den Eindruck, dass es bei der Prävention an der Art der Medizin liegt und an der Art des Eingriffes bzw. der Verhaltenssteuerung, daran also, dass es einfach sehr unbeliebt ist. Man nimmt einfach lieber Statine oder Fettsenker, anstatt dass man 20 Kilogramm abnimmt und weniger Fett isst. Das ist doch das Problem, oder?

Experte Prof. Dr. David Schwappach: Ich würde Ihnen sofort zustimmen, wenn es um die Frage geht: Warum nehmen Menschen selbst präventive Medizin in Anspruch oder nicht? Da würde ich Ihnen sofort zustimmen. Also: Alle sind dafür, aber keiner macht mit. Das ist so ein bisschen das Problem. Ich glaube, dass es nicht so eine große Rolle spielt bei der Frage, wie Mittel im Gesundheitssystem verteilt werden sollen. Ich glaube, dass insofern zusätzlich zu den Aspekten, die ich schon genannt habe, noch eine Rolle spielt, dass es vielleicht ein reduziertes Vertrauen darin gibt, was denn nun eigentlich richtig ist. Im Rahmen der Untersuchung, die ich gemacht habe, hatte ich den Eindruck, dass viele Menschen auch enttäuscht sind von der Prävention, weil ihnen häufig erzählt wird, z. B.: „Mach Rückenschule – und Du wirst nie Rückenprobleme haben.“ Und heute geistern genau gegensätzliche Ergebnisse durch die Medien. Ich glaube, viele Menschen sind einfach verunsichert, was Prävention angeht, weil der Unterschied zur kurativen Medizin ist, dass sich Menschen im alltäglichen Leben wenig über präventive Medizin informieren. Das erscheint nicht so in der Tageszeitung.

Moderator SV Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe: Der Herr schräg hinter Frau Riedel. Vielleicht stellen Sie sich kurz vor?

Teilnehmer N.N.: Ich komme von der Firma Berlin-Chemie und habe eine Frage zur Problematik der Altersgrenzen bei Ethikkommissionsentscheidungen zu klinischen Studien. Wenn wir eine alternde Gesellschaft haben und z. B. den Nutzen von Arzneimitteln oder anderen therapeutischen Interventionen bewerten, dann wird das natürlich auch eine immer größere Bevölkerungsgruppe im höheren Alter betreffen. Diese sind aber auf Grund von Ethikkommissionsentscheidungen bei klinischen Studien häufig ausgeschlossen. Bei Kindern haben wir das gleiche Problem, aber ich fokussiere jetzt einmal speziell auf die älteren Patienten. Somit ist eigentlich keine Evidenz für die Nutzenbewertung vorhanden, abgesehen von jahrelanger Erfahrung mit bisher vorhandenen Präparaten oder Anwendungen. Da würde ich gerne einmal eine kurze Äußerung dazu haben, wie Sie das einschätzen.

Experte Prof. Dr. David Schwappach: Ich kann da – ehrlich gesagt – nicht so viel dazu sagen. Wir haben im Grunde genommen das gleiche Problem damit, dass Frauen häufig in den pharmakologischen oder pharmakoökonomischen Studien nicht auftauchen. Das führt sowohl in der Medizin als auch in der Gesundheitsökonomie dazu, dass wir viele Sachen komplett falsch einschätzen, weil wir – wenn wir ehrlich sind – für die Betroffenen, um die es später geht, eigentlich gar keine Daten haben. Welche Rolle dabei die Ethik-Kommissionen jeweils spielen, kann ich überhaupt nicht beurteilen. Das bitte ich zu entschuldigen. Ich kann nur sagen, dass es rein aus wissenschaftlichen Gründen eigentlich nicht korrekt wäre, die Leute nicht in den Studien zu haben, die auch später das Arzneimittel oder die Maßnahme bekommen sollen.

Moderator SV Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe: Also, als Leiter einer Ethikkommission einer medizinischen Fakultät möchte ich das klarstellen: Die Ethik-Kommission hat damit überhaupt nichts zu tun, sondern derjenige, der den Antrag stellt und das Projekt ausarbeitet, lässt Frauen zu oder Alte zu oder schließt Kinder aus. Da liegt die Entscheidung. Die Ethik-Kommission selbst hat nur die Möglichkeit zu sagen, dass sie das gut oder schlecht findet, aber sie kann nicht dem Sponsor sagen: „Du musst da aber noch 1000 alte Leute mit hinein nehmen in die Studie, sonst geht das bei uns nicht durch.“ Die Ethik-Kommission hat gar nichts damit zu tun.

SV Dr. Michael Wunder: Für die politische Debatte halte ich ja diese Zahlen, die Sie von 1997 und dann von 2004 für Deutschland genannt haben, für äußerst wichtig, weil sie ja besagen, dass jetzt bereits 44 % der Bevölkerung Priorisierungsentscheidungen für sinnvoll hält. Könnten Sie noch einmal etwas zu der Untersuchung sagen? Was ist genau gefragt worden? Könnte man das Ergebnis als zunehmende Zustimmung zu einer Priorisierungsdebatte verstehen oder interpretieren?

Experte Prof. Dr. David Schwappach: Ich würde auf jeden Fall sagen, dass man das so verstehen kann. Es wurde, soweit ich mich jetzt richtig erinnere, in beiden Fällen gefragt, ob der Leistungskatalog der GKV alles enthalten kann, was nutzbringend ist. So war es nicht formuliert, aber das war sozusagen die Logik der Frage. Es wurde nicht gefragt: „Müssen wir

über Prioritäten reden?“ oder ähnlich. Dann hätten wahrscheinlich 90 % gesagt: „Ja.“ Aber in der Frage war schon diese Verzichtskomponente enthalten, dass Abstriche gemacht werden müssen in dem, was zur Verfügung gestellt wird. Das war der Charakter der Frage. Und da haben eben im letzten Jahr 44 % „Ja“ gesagt. Genau, das ist der Gesundheitsmonitor, der mit unterschiedlichen Fragen von der Bertelsmann-Stiftung durchgeführt wird. Also, es gibt immer einen Kernfragenblock und dann unterschiedliche Ergänzungsfragen. Diese Frage ist eine davon. Dort wurde eben auch gefragt: „Wer soll das entscheiden?“, und da hat sich deutlich gezeigt, dass dieses Vertrauen, das es etwa vor 10 Jahren noch gab in Ärzte, Krankenkassen usw., d. h. die Idee „Macht ihr das. Wir wollen damit nichts zu tun haben“, deutlich abgenommen hat. Die Rolle der Patienten- und Bürgervertretung hingegen ist stark gestiegen.

Also, 44 % sagen: „Ja, es müssen Prioritäten gesetzt werden.“ Auf die Frage: „Wer soll denn darüber entscheiden?“, hat sich im Vergleich zu früher der Anteil der Menschen deutlich reduziert, der sagt, dass die Ärzte das entscheiden sollen.

Moderator SV Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe: Als nächstes Herr Röspel.

Vorsitzender Abg. René Röspel (SPD): Wir haben in der Enquete-Kommission nach Anhörungen oder nach Vorträgen von Sachverständigen sehr interessiert auf die Modelle in Schweden und Dänemark geschaut, wo eben versucht wird, Prioritätensetzung von solchen Institutionen wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss oder dem Parlament auf andere Ebenen zu verlagern bzw. andere Ebenen bei der Findung von Prioritäten zu beteiligen. Nun schaue ich Ihre Untersuchungen an. Die Mehrzahl der Menschen sagt: „Impfungen für Kinder sind sehr wichtig“, und möglicherweise sind das ja sehr opportunistische Entscheidungen. Meine Frage ist dazu: Ist das eigentlich beides kombinierbar, oder geht man einen richtigen Weg? Sind ethische Kriterien entwickelbar mit einem Modell, das eben solche Prioritätensetzung auf andere, auf kleinere Ebenen verlagert?

Experte Prof. Dr. David Schwappach: Ich glaube schon, dass das möglich ist. Es gibt z. B. in Australien – dazu habe ich jetzt, entsprechend dem Titel der Veranstaltung, nichts gesagt, weil das eben nicht zu Europa gehört – einen ganzen Zweig, der sich empirische Ethik im Gesundheitssystem nennt und der genau das versucht. Die Idee hinter konkreten Abwä-

gungsentscheidungen, mit denen man Menschen konfrontiert, ist ja, zu versuchen zu erkennen, was die Vorstellung ist, der sie dabei folgen. Worum geht es? Ich glaube, dass man sehr viel mehr Unterstützung dafür bekommen würde, wenn man z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss diese Dinge explizit diskutieren würde. Ich habe mir einmal die Mühe gemacht, die Analyse des Kollegen Wasem zu lesen, der ja alle bisherigen Entscheidungen untersucht und dabei festgestellt hat, dass Wirtschaftlichkeit nur in zwei oder drei Entscheidungen überhaupt geprüft wurde. In diesen Entscheidungen wurde dann der Entschluss getroffen, dass z. B. 440.000 Euro pro Lebensjahr eine vertretbare Größe sei. Da sage ich als Ökonom natürlich: „Okay, 440.000 ist vertretbar. Wie ist es mit 600.000, ist das auch vertretbar? Oder 800.000?“ Mein Problem ist, dass ich glaube, dass keine wirkliche Diskussion dazu geführt wird, wo die Grenze ist. Also mir ist das zu unsystematisch. Ich glaube, dass man genau so deutlich, wie man über Kosten-Nutzen-Abwägung oder auch nur Nutzenabwägung diskutieren muss, genauso so muss man über die anderen Themen diskutieren. Natürlich spielt das Alter eine Rolle. Natürlich rechnen sie, wenn sie Kosten-Nutzen-Berechnungen machen, bis zum Ende des Lebens. Je älter jemand ist, desto weniger Lebensjahre stehen Kosten gegenüber. So einfach ist das. Das hat mich auch vorhin erstaunt: Natürlich spielt das Alter bei all diesen Entscheidungen tatsächlich eine Rolle. Es ist sozusagen gar nicht wegzudiskutieren. Die Frage ist, ob man sich überlegt, in welcher Form es eine Rolle spielen soll, und es nicht nur implizit – jetzt muss auch ich dieses Wort benutzen – in Kauf nimmt, dass es eine Rolle spielt.

Moderator SV Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe: Wir kommen zu den letzten beiden Fragen, zunächst die Dame dahinten, bitte.

Telnehmerin Dr. Annette Schulz-Baldes: Mein Name ist Annette Schulz-Baldes. Ich arbeite an der Charité und würde Sie gern zu einer Spekulation ermutigen, wie sich die gesellschaftlichen Präferenzen in der Gesundheitsversorgung unter den Bedingungen des demographischen Wandels verändern werden. Also, zum einen: Glauben Sie, dass sich die Präferenzen verändern werden? Und wenn ja: Welchen Stellenwert sollen sie dann bei Entscheidungen zur Ressourcenallokation erhalten? Etwas polemisch gefragt: Werden zukünftig Dementiva und andere Dinge eine Aufwertung erhalten?

Experte Prof. Dr. David Schwappach: Ein sehr interessanter Aspekt Ihrer Frage ist, wie egoistisch die Leute sind, wenn sie sagen, wie entschieden werden soll. Da gibt es ganz interessante Untersuchungen aus Holland und aus England, die sich mit diesem Altersthema beschäftigt haben und die festgestellt haben, dass die Bevorzugung von jüngeren gegenüber älteren Menschen bei den Älteren fast noch deutlicher war als bei den Jüngeren. Mir erscheint das auch nicht wirklich absurd. Wenn man mit alten Menschen spricht, dann hört man doch sehr häufig: „Es muss mehr in Bildung investiert werden.“ Also, es gibt da nicht die Trennung, dass die Alten sagen: „Nein, bloß nicht um die Jungen kümmern, es muss alles in die Versorgung der Älteren fließen.“ Ich glaube, dass es solch eine Form der dominierenden Eigeninteressen nicht gibt. Meine Spekulation für die Zukunft ist, dass die Bereiche, die heute in der Medizin sehr vernachlässigt werden, nämlich z. B. die Behandlung psychiatrischer Erkrankungen, die Palliativmedizin etc., dass diese deutlich werden zunehmen müssen. Ich glaube auch, dass, wenn man Präferenzen dafür erhebt, dies Unterstützung bekommen würde, und dass diese Unterstützung zunehmen wird.

Expertin Prof. Dr. Weyma Lübbe: Ich möchte noch einmal nachfragen, ob es nicht doch Evidenzen dazu gibt, wie es zu dieser Hintansetzung der psychiatrischen Erkrankungen kommt. Ich finde es auch genau den richtigen Ansatz, dass Sie sagen: „Man muss letztlich danach fragen, welche Prinzipien und Werte dahinter stehen.“ Ich glaube auch, dass sie zwar gar nicht so variabel sind, dass das dann aber insgesamt ein sehr komplexes Bild ergibt. Ich könnte mir höchstens vorstellen, dass eine Art Vorurteil dahinter steht. Sie haben ja ein mögliches umgekehrtes Vorurteil bei der Prävention benannt. Es könnte auch hier ein Vorurteil dieser Art geben. Vielleicht ist es auch richtig, dass die Leute denken, dass man bei psychiatrischen Erkrankungen ohnehin nicht so viel machen kann, dass sie diese im Grunde für schwer oder gar nicht heilbar halten. Sie müssten doch irgendwelche Evidenzen dazu haben? Welche Werte stecken dahinter? Das leuchtet ja zunächst einmal nicht ein.

Experte Prof. Dr. David Schwappach: Dem würde ich auf jeden Fall zustimmen. Ich glaube, dass Zweifel daran, dass es eine Wirksamkeit bzw. Heilungsperspektive gibt, eine Rolle spielen. Ich denke, dass es genau so eine Rolle spielt, dass der Leidensdruck nicht anerkannt wird. Meines Erachtens können sich die meisten Menschen einfach nicht vorstellen, wie es ist, unter psychiatrischen und mentalen Erkrankungen zu leiden. Das ist ein ganz großes Problem, das sich eben auch in der Forschung dazu spiegelt. Es ist z. B. relativ einfach – wir machen das viel, und ich habe auch Prüfungen dazu gemacht – Menschen deut-

lich zu machen, wie es ist, an Asthma zu leiden. Das können sie relativ gut beschreiben. Es wird natürlich nie der Realität entsprechen, wie ein Asthmatiker sich wirklich fühlt, aber man kommt doch, glaube ich, relativ nah heran. Bei psychiatrischen Erkrankungen hingegen ist es ausgesprochen schwer, weil eben sehr viel von der Erkrankung im Grunde genommen mit den sozialen Beziehungen zu tun hat. Sie müssen einfach sehr viele soziale Beziehungen schildern, und das macht das Ganze häufig sehr, sehr schwer. Nach meiner Einschätzung ist das der Hauptgrund, dass diese Erkrankungen nicht wirklich ernst genommen werden. Die meisten Menschen glauben: „Das wird schon nicht so schlimm sein. Der soll sich zusammenreißen.“

Moderator SV Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe: Vielen Dank für diese sehr konzentrierte und erhellende Diskussion. Vielen Dank noch einmal Ihnen, Herr Schwappach, für die phantastischen Antworten und die Darstellung. Jetzt folgt der letzte Teil.

Moderator SV Prof. Dr. Dietmar Mieth: Meine Damen und Herren, wir treffen uns hier zur letzten Runde unter dem Thema „Priorisierung als Basis für Solidarität“. Am Anfang ist ja einmal gefragt worden, warum hinter „Notwendige Entscheidungen?“ ein Fragezeichen steht. Genauso könnte man natürlich fragen, warum hinter dem Titel der Podiumsdiskussion „Priorisierung als Basis für Solidarität“ kein Fragezeichen steht.

Wir haben uns heute eigentlich in vier Schritten mit dem Thema der Priorisierung beschäftigt. Einmal, indem wir die Frage gestellt haben: „Welche Modelle für Priorisierung gibt es?“, worin uns Herr Marckmann theoretisch, im Überblick eingeführt hat und später sehr konkret am Beispiel von Schweden Herr Malm. Wir haben dann in einem zweiten Schritt die Frage gestellt: „Wer darf denn überhaupt rationieren und in diesem Zusammenhang auch priorisieren?“ und dazu auch Antworten gehört. Sie erinnern sich an Herrn Neumanns Ausführungen über den Gemeinsamen Bundesausschuss: „Wer darf was und in welchen Grenzen?“ Dabei war das greifbare Ergebnis, dass man eigentlich nicht so viel darf in der Bundesrepublik Deutschland und das Wenige, das man trotzdem tut, muss auf jeden Fall rechtlich gut überwacht werden. In einem dritten Schritt haben wir uns gefragt: „Was geschieht eigentlich wirklich und was wird befürchtet?“ Das war das Referat von Frau Nicklas-Faust, wo der Schwerpunkt im Wesentlichen darin lag, was denn die Ärzte zu den Handlungen meinen, die schon jetzt unter dem Gesichtspunkt etwa einer gesenkten Kostenpauschale notwendig sind, deren Zunahme in der Zukunft aber noch sehr viel stärker befürchtet wird. In einem vierten Schritt haben wir eben von Professor Schwappach die Frage gehört: „Was wollen denn die Leute

eigentlich? Was priorisieren sie denn selbst?“ Dabei war ja ganz interessant auch die Akzeptanzerhöhung des Themas überhaupt in der Gesellschaft. Deutlich war auch, dass die Wertsetzungen, die die Menschen dabei vornehmen, in gewisser Weise erstens sichtbar gemacht und zweitens als solche auch noch einmal bewertet werden müssen. Das machen ja dann im Grunde die Ethikerinnen und Ethiker. Von denen sitzen jetzt hier drei auf dem Podium, und Herr Prof. Dörner, der von Hause aus Historiker und Psychiater ist und rechts von mir sitzt, ist so etwas wie ein „Ehrenethiker“ im Rahmen des medizinischen Diskurses.

Wir haben uns also hier zusammengesetzt, um die Frage der Wertsetzung zu hinterfragen. Dazu sitzt rechts von mir die Philosophin Prof. Weyma Lübke, die einen Lehrstuhl für praktische Philosophie an der Universität Leipzig hat, und links von mir sitzt Herr Prof. Peter Dabrock, der an der Universität Marburg in der Evangelischen Theologie Sozialethik lehrt. Ich selbst bin katholischer Theologe und Sozialethiker an der katholisch-theologischen Fakultät der Universität Tübingen, und mir kommt als Mitglied der Enquete-Kommission die Moderationsaufgabe zu.

Ich möchte zunächst einmal die Fragen weitergeben, die sich im Laufe des Tages ergeben haben. Einmal ist da die Frage danach, was denn überhaupt der Solidaritätsbegriff bedeutet, der uns hier ja als Kriterium ständig begleitet hat. Wie ist der Unterschied zu sehen zwischen Rationierung und Priorisierung? Oder ist Priorisierung nur eine Unterabteilung von Rationierung? Wie gehen wir mit Unterscheidungen um, die wir heute gehört haben, also etwa „implizit“ und „explizit“? Ich selbst habe mir oft die Frage gestellt, ob damit nicht eher „indirekte“ und „direkte“ Formen von Priorisierung gemeint sind. Oft sind nämlich die impliziten Priorisierungen – oder jedenfalls ihre Bedingungen – durchaus explizit bekannt. Auch bei „horizontaler“ und „vertikaler“ Priorisierung kann man sich ja auch fragen, ob das, was mit horizontal gemeint ist, nicht eher als intrinsisch zu bezeichnen wäre, sich also auf eine Priorisierung innerhalb der Diagnose eines Krankheitsfalles bezieht. Das andere wäre dann eher interferent, da es sich nämlich auf die zwischen verschiedenen Möglichkeiten in Abwägung gesetzten Priorisierungen bezieht – wie etwa zwischen kurativer und präventiver Medizin. Wir haben ja diese Diskussion heute schon mitbekommen.

Ich gebe zunächst einmal die Frage weiter: „Priorisierung als Basis der Solidarität?“, man kann sie eigentlich auch umdrehen und fragen: „Solidarität als Basis der Priorisierung?“ Ich bitte Sie, Herr Dörner, damit anzufangen.

Experte Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner: Eine rationale oder auch wissenschaftliche Beschäftigung mit der Priorisierung und Allokation hat, wie ich meine, zunächst den Denkfehler zu

vermeiden, nur monetäre Ausgaben zu berücksichtigen. Sie hat vielmehr vom gesamtgesellschaftlichen Hilfspaket für Krankheit und Behinderung auszugehen, das nur zum Teil vom organisierten professionellen Gesundheitssystem bedient wird, und sie hat von der Gesamtheit aller Ressourcen auszugehen, die nur zum Teil aus Geld bestehen. Denn in systematischer wie in historischer Analyse haben die Bürger den Gesamthilfebedarf bei Krankheit, Behinderung und Not immer schon in zwei Währungen abgedeckt. Zunächst fast immer und fast nur mit der Gabe ihrer Zeitsolidarität, und erst ab 1880 mit den Sozialgesetzen, teilweise stattdessen, teilweise wegen der Technisierung zusätzlich, auch mit der Gabe ihrer Geldsolidarität. Daher gibt es für das gesellschaftliche Helfen stets zwei Steuerungsmechanismen, zwei Schrauben, an denen man drehen kann, wenn man eine Änderung haben will. Das ist einmal der Markt, das andere Mal die Solidarität. Dabei bedeutet die Solidarität für mich das Haften für ein Ganzes oder dass man sich widerwillig, das ist mir wichtig dabei, von einem anderen oder von anderen Hilfebedürftigen in Haft nehmen lässt. Ein Spannungsfeld im Übrigen, das empirisch in jedem Menschen in zwei vitalen Motivbündeln verankert ist, zwei Steuerungsmechanismen. Das ist ganz praktisch: Markt und Solidarität sind verankert im Motivbündel der gesund egoistischen Selbstbestimmung auf der einen Seite und des Bedürfnisses, Bedeutung für andere zu haben – und zwar nicht zu viel, aber auch nicht zu wenig – auf der anderen Seite. Unsere Kostenkrise seit 1980 zeigt nun mit aller Deutlichkeit, dass nur mit dem Geld der Bürger die soziale Sicherung nicht ohne eine Priorisierung oder Rationalisierung zu haben ist, dass wir aber doch, historisch gedacht, zuvor bitte schön eigentlich die Remobilisierung der klassischen Ressourcen, nämlich der Zeit der Bürger zu untersuchen und abzuklopfen hätten. Anders ausgedrückt: Solange genug Geld da war – also bis 1980, sagen wir einmal, in den Jahrzehnten der Nachkriegszeit – haben wir uns den Spaß der Institutionalisierung und der Professionalisierung des Helfens erlaubt. Statt Zeit haben die Bürger Geld gegeben, und für das Geld der Bürger hat man das Helfen weitgehend institutionalisiert und professionalisiert. Weil wir so viel Geld hatten, vor allem in den letzten Jahrzehnten vor 1980, haben wir uns eine gewisse Überinstitutionalisierung und eine Überprofessionalisierung des Helfens geleistet. Dies wieder an die Bürger zurückzuspielen, scheint mir unvermeidlich notwendig – also wirklich die Notwendend – zu sein. Und wenn es auch nur wäre, um die Kernbereiche der vor allem technischen Professionalität nachhaltig und dauerhaft finanzieren zu können. Das wäre zugleich eine Maßnahme, die nicht unwirksam ist, denn: Was ist denn mit helfenden, pflegenden, begleitenden Tätigkeiten herüberzuspielen? Es ist nicht das Technische, aber es ist das Personelle, die Personalkosten, also das, was im ganzen professionellen Gesundheitssystem das Teuerste ist. An der Schraube wäre zu drehen.

Gerade der Krankenhausbereich ist kein Beispiel für den Abbau von Überinstitutionalisierung. Da haben wir wahrscheinlich inzwischen längst zuviel getan, gesundheitsschädigend für viele Beteiligte. Ein Abbau ist aber sehr wohl in der stationären Rehabilitation denkbar, wo Deutschland ja immer noch an stationären Kur- und Rehabilitationsbetten genauso viele hat wie der ganze Rest der Welt. Das ist eine Lachnummer für den Rest der Welt. Dieser Bereich steht also offen. Das ist eine Ressource, die immer noch zu haben ist. Und natürlich darüber hinaus das ganze Heimwesen insgesamt. Da gibt es nun ja auch einige Länder in Europa wie Schweden und Dänemark, diese weniger, aber etwa Norwegen, die inzwischen vorgemacht haben, wie man das anders machen kann. Interessanter ist natürlich die Frage des Abbaus der Überprofessionalisierung. Zeitgleich damit, dass wir ungefähr seit 1980 in eine Kostenkrise hineingerutscht sind, beginnen ganz viele Verhaltensänderungen der Bürger an der Basis in Richtung auf eine größere Bereitschaft, sich im Helfen für andere zu engagieren. Seither nehmen die Zahl der Freiwilligen und die Zahl der Nachbarschaftsvereine zu, seitdem hat sich das ambulante Hospiznetz gebildet, seit den 80er Jahren schließlich haben die AIDS-Kranken eine Pflege- und Sterbekultur entwickelt, von der man unendlich viel lernen könnte. All das geht genau in die Richtung, wie man mit knappen Ressourcen umgeht, wie man bürgerschaftliches und nachbarschaftliches mit professionellem Engagement verknüpfen kann etc. Das ist ganz verrückt, dass das zeitgleich anfängt. Ob das nun die „List der Vernunft“ von Hegel ist, will ich einmal dahingestellt sein lassen, aber es lohnt sich, das generell zu untersuchen. Sie entdecken also, wenn man so will, dass alles das, was ich beschrieben habe an helfender Tätigkeit, mit dem so genannten dritten Sozialraum, dem Nachbarschaftsraum zu tun hat, diesem dritten Sozialraum, der zwischen dem privaten und öffentlichen Raum liegt und der überflüssig geworden zu sein schien. Die Bürger entdecken ihn wieder und fangen an, damit etwas zu machen. Wir bekommen es gar nicht so richtig mit, dass das alles passiert, aber da tut sich etwas, was garantiert etwas ist, wovon wir nur profitieren können. Dieser Nachbarschaftsraum, ist ja speziell geschaffen für überdurchschnittlichen Hilfebedarf außerhalb und jenseits der Familie. Menschheitsgeschichtlich hat es ihn schon immer gegeben in den unterschiedlichen Formen. Und hier ist etwas, was die Bürger zum einen – das ist mir wichtig – freiwillig tun, und zum anderen gegen Geld. Denn an allen möglichen Enden und Ecken entsteht ein neuer Typ von Bürger, gewissermaßen als Zuverdiener im sozialen oder Gesundheitsbereich. Das sind völlig neue Koalitionen, die da oft zwischen Professionalität und bürgerlichem Helfen zu machen sind. Es gibt zum Beispiel einen Landkreis in Bayern, Schwandorf, der ist als ganzer Kreis in dieser Hinsicht schon ziemlich perfekt organisiert.

Dies bewusst zu machen, dies öffentlich auch zu fördern, diese Form von Solidarisierung als Steuerschraube genauso zu nutzen, wie wir uns gewöhnt haben den Markt, die Marktme-

chanismen als Steuerschraube zu nutzen, das scheint etwas zu sein, was wahrlich ansteht. Denn erst, wenn wir das getan hätten, wären wir insofern wissenschaftlich seriös. Wir müssen den gesamten Hilfebereich auf den Prüfstand stellen und schauen, welche Lastenausgleiche hier zwischen bürgerschaftlicher und professioneller Tätigkeit möglich sind. Welche Verschiebungen sind möglich? Man muss sich die Frage überhaupt stellen und unter Priorisierung und Allokation mit diskutieren. Dann nämlich, wenn wir so weit wären, d. h. wenn wir ein von den Fehlern der letzten 100 Jahre einigermaßen befreites Bündel aller Ressourcen hätten, dann stellte sich die Frage, inwieweit Priorisierung im heute diskutierten Umfang erforderlich ist. Genau können wir nämlich gar nicht wissen, ob das erforderlich ist. Ganz zu schweigen davon, dass wir ja, solange wir im Wesentlichen durch die Sozialgesetze der letzten 20 Jahre das Gesundheitssystem vom Markt steuern lassen, eine permanente nach unten offene Skala der Forderung zulassen, mit weniger Kosten auszukommen. Das muss ja gegen Null enden zum Schluss. Das kann ja gar nicht anders sein. Das ist vom System ja so gewollt. Dagegen etwas zu setzen, da jetzt als die eine Steuerschraube selbstverständlich den Markt, als die andere aber die Solidarität zu setzen – ob das der ideale Begriff ist, weiß ich auch nicht –, scheint mir ziemlich lebensrettend zu sein.

Mein letzter Satz: Die Frage der Priorisierung an den Hilfebedarf zu stellen, verlangt im Schritt zuvor – ich kann es nicht anders sehen –, die Frage nach der Priorisierung des Hilfebedarfsdeckungsbereichs, also im Ressourcenbereich zu stellen. Dabei müssen alle Ressourcen auf dem Prüfstand stehen. Nur dann können wir weitersehen. Meinetwegen könnte man in einer Schrittfolge vorgehen. Man fängt mit der Frage an: Was ist das Potenzial der Familie, des familiären Helfens, Pflegens und Begleitens? Das betrifft also Personalkosten des Gesundheitswesens. Dann fragt man zweitens danach, was darüber hinaus das Potenzial von Nachbarschaft ist, und zwar unterteilt: a) freiwillig, b) gegen Geld. Das ist für mich die Branche der Zukunft, wenn ich das richtig sehe. Dann kommen wir drittens dahin: Was ist mit den gemeinnützigen Assoziationen, sprich die Wohlfahrtsverbände, von denen wir ja immer noch in Deutschland im Unterschied zu vielen anderen europäischen Ländern ziemlich viele haben? Wer verpflichtet sie eigentlich auf ihre Gemeinnützigkeit, nämlich auf das Ausgehen davon, für die nicht marktfähigen Patienten zuständig zu sein, das Selbsthilfepotenzial zu züchten und das bürgerschaftliche Engagement zu mobilisieren? Das steckt in der Gemeinnützigkeit, also der Orientierung am Gemeinwohl drin. Kein Mensch überprüft aber, ob diese so genannten gemeinnützigen Assoziationen das überhaupt noch tun; das Finanzamt schon, aber das prüft es ja nur formal, nicht inhaltlich. Das wäre eine ganz wichtige Ressource. Diese Verbände sollten sich auch einmal in der einen oder der anderen Richtung entscheiden müssen, denn wenn sie das nicht tun, dann sollten sie genauso behandelt werden wie private Anbieter. Dann schließlich kommt der Bereich des Marktes, für den ja nur

eine einzige Frage zu stellen ist, nämlich wie der Markt das Gesundheitswesen steuern kann, ohne durch den Expansionszwang den Hilfebedarf nicht zu senken, sondern immer weiter zu steigern. Das können wir im Bereich der psychisch Kranken heute mit Händen greifen.

Moderator SV Prof. Dr. Dietmar Mieth: Vielen Dank, Herr Dörner. Es waren viele letzte Sätze, aber, ich denke, die Botschaft ist sehr gut herübergekommen: Erweiterung der Ressourcen durch einen Sozialraum. Fast wird man an das Wort von Herrn Herzog erinnert: „Es muss ein Ruck durch die Gesellschaft gehen.“ Aber ich habe den Eindruck, Sie haben diesem „Ruck“ eine völlig andere Bedeutung gegeben, so wie Sie das Wort „Steuerschraube“ auch in einem ganz anderen Sinn benutzt haben, als man es üblicherweise hört.

Ich möchte das Wort damit an Frau Weyma Lübbe weitergeben. Ich denke, die Frage der Wertbesetztheit der Priorisierung ist eine ganz wichtige Frage sowohl de facto als auch de jure, und eine philosophische Stellungnahme dazu wäre für uns höchst hilfreich.

Expertin Prof. Dr. Weyma Lübbe: Danke schön. Wir waren ursprünglich gebeten worden, auch zu den Begriffen ganz kurz Stellung zu nehmen. Das kann ich auch wirklich nur kurz machen. Also, „solidarische Leistungen“ sind für mich einfach Hilfeleistungen ganz allgemein. Das können natürlich Geldleistungen sein, das können auch Leistungen ganz anderer Art sein, wie es gerade erwähnt wurde, z. B. Zuhören oder andere Arten von Zuwendung. Es kann sich bei dieser Solidarität um eine individuelle Tugend handeln oder eben um institutionalisierte Solidarleistungen, und die sind dann den Empfängern auch rechtlich geschuldet. Ein kleiner Kommentar zu dem, was Sie dazu gesagt haben: „An der Steuerschraube kann man drehen.“ Ich wüsste nicht, an welcher Schraube man drehen können sollte, um freiwilliges Engagement zu erzeugen. Es ist schön, wenn das wächst. Vielleicht kann man etwas dazu sagen, ob es günstigere oder weniger günstige Bedingungen gibt, damit etwas wächst. Einfach die Schraube zurückdrehen, dazu sage ich nur mit einem Satz: Das machen die Frauen nicht mehr. Das haben nämlich früher im Wesentlichen die Frauen gemacht. Einfach zurückdrehen geht nicht. Die einzige Schraube, die man drehen kann – sofern da überhaupt eine Schraube ist –, ist bei den institutionalisierten Leistungen. Die kann man abbauen, und dann entstehen zunächst einmal Härtefälle, dann entsteht sichtbare Not. Soweit sichtbare Not eine Appellwirkung an Nachbarn, an Nahestehende hat, dann wächst so etwas auch einfach aus der Sichtbarkeit der Not heraus. Manchmal wächst es dann aber auch eben nicht, und dann bleiben die Härtefälle unbehandelt und die Nachbarn kümmern sich

nicht weiter. Wo es wächst, ist es gut. Das Einzige, was man dazu machen kann, ist, die anderen Leistungen abzubauen. Dann wird es auch wachsen, aber über viele Härtefälle hinweg.

Zum Zweiten: „Priorisierung“ heißt einfach die Festlegung gesellschaftlicher Vorrangigkeit bestimmter Leistungen im Unterschied zu individueller Vorrangigkeit. Bei individueller Vorrangigkeit spricht man ja einfach von Präferenzen. Einen Punkt möchte ich dazu noch sagen: Es wird einige Mühe auch im Priorisierungspapier der zentralen Ethik-Kommission der Bundesärztekammer darauf verwendet, den Priorisierungsbegriff vom Rationierungsbegriff abzusetzen. Das liegt auch daran, dass der Rationierungsbegriff ein Reizwort ist. Mir scheint dennoch, dass wir uns um diese ganze Geschichte mit der Priorisierung nur kümmern, weil wir nicht mehr alles bezahlen können. Deswegen würde ich es vorziehen, einfach der Ehrlichkeit halber, hier in diesem ganzen Bereich statt „Priorisierung“ dann doch das entscheidende Stichwort Posteriorisierung zu verwenden, d. h. was nicht mehr für alle finanziert wird. Es geht ja nicht darum, dass wir jetzt endlich einmal irgendetwas vorziehen wollen, sondern es geht darum, dass wir irgendetwas benennen wollen, was wir nicht mehr tun können. Es ist vielleicht weniger angenehm, die ganze Geschichte Posteriorisierung zu nennen, aber es geht auch nicht um etwas Angenehmes. Und dann sollte man auch nicht so tun als ob.

Der nächste Punkt: Das Referat von Herrn Schwappach hat mich sehr interessiert. Es waren so viele Differenzierungen vorhanden, und ich halte es auch für den richtigen Weg, in dieser Weise die Bevölkerung einzubeziehen, nicht einfach durch Meinungsumfragen heute oder gestern, sondern durch genauere Analysen, welche mehr oder weniger impliziten Theorien und Werte dahinter stecken. Das halte ich für den richtigen Weg. Es ist ja vielleicht erstaunlich, dass man die Bevölkerung so leicht dazu bekommt, sozusagen harte Priorisierungsentscheidungen zu fällen und zu sagen: „Ja, in Bezug auf das Alter sind wir dafür, dass die Jugend bevorzugt wird.“ Ich glaube, ein Grund, warum man die Befragten so leicht dazu bekommt, ist die Art der Fragestellung. Die werden mit der Art der Fragestellung vor Dilemmata gestellt, in denen wir uns im Alltag, auch politischen Alltag, nicht befinden. Also, wenn die Fragestellung lautet: „Wollen Sie lieber, dass ein 80-Jähriger oder ein 18-Jähriger die Niere bekommt?“, dann finden sich sehr viele bereit zu sagen: „Okay, wenn das die Alternative ist, dann der 18-Jährige.“ Das bedeutet aber nicht, dass dann, wenn man jetzt konkret in irgendeinem Bereich entscheidet, Altersrationierung zu machen – z. B. keine Dialyse mehr für 80-Jährige –, nicht ein großes Geschrei ausbrechen würde. Denn in diesem Falle weiß ja der 80-Jährige, dass es nicht die einzige Alternative ist: „Entweder ich oder der 18-Jährige.“ Es gibt ja beliebig viele andere Alternativen, wo man Geld einsparen könnte. Dann würde der sagen: „Streicht doch erst einmal die Chemotherapie bei Leuten, wo das nur noch ein halbes

Lebensjahr bringt. Bei mir bringt das doch viel mehr Jahre zu leben.“ Also, man darf meines Erachtens auf Grund dieser konkreten Ergebnisse der Gesundheitsökonomien wegen der spezifischen Art der Dilemmata, die da gestellt werden, nicht direkt auf die Priorisierungsbereitschaft unter komplexeren Verhältnissen schließen.

Jetzt zu den konkreten Beispielen. Da bin ich natürlich eigentlich nicht zuständig, weil ich ja auch die einzelnen medizinischen Folgerungen dann nicht ohne die Ärzte beurteilen kann. Ich kann nur etwas zu den Werten sagen, die offensichtlich involviert sind. Und ich nenne noch einmal ein oder zwei Punkte auch mit Blick auf das, was heute diskutiert worden ist, von denen ich glaube, dass sie eine große Rolle spielen. Ich gehe von ganz allgemeinen Überlegungen aus, bei denen man kaum auf Widerstand stößt, indem etwa gesagt wird: „Priorisierung darf nicht diskriminierend sein.“ Das unterschreibt praktisch jeder. Da ist also irgendwie der Wert der Gleichheit involviert. Und damit, was die These, die das Priorisierungspapier der Zentralen Ethik-Kommission so formuliert: „Humanität ist nicht posteriorisierbar“, denn wohl genau heißen soll, habe ich mich länger beschäftigt.

Zu diesen beiden Punkten. Zuerst die Gleichheit: Diskriminieren heißt ja nicht einfach ungleich behandeln, sondern ungerechtfertigt ungleich behandeln oder willkürlich ungleich behandeln. Da geht der ganze Streit schon los, nicht erst beim Merkmal „Alter“. Es scheint offenbar möglich zu sein, nach dem, was Herr Schwappach gesagt hat, dass Menschen aus Fairnessgründen dafür sind, Jugendliche zu priorisieren und Ältere zu posteriorisieren. Es scheint also, dass es eine Interpretation des Gleichheitsbegriffs gibt, mit dem Alterationierung ohne weiteres vereinbar ist. Das Merkmal „Alter“ wird in den einschlägigen Verfassungsartikeln, nämlich in Art. 3 GG, im Unterschied etwa zu Geschlecht, Rasse und dergleichen nicht explizit als ein Merkmal genannt, nach dem man nicht unterscheiden dürfte. Das Geschlecht wird wohl genannt. Dennoch gibt es Ökonomen, die für eine Mittelumverteilung von den Frauen in der Gesundheitsversorgung zu den Männern plädieren mit dem Argument, dass Frauen einfach eine deutlich höhere statistische Lebenserwartung haben, und diese Chancendifferenz müsste das Gesundheitswesen doch ausgleichen, wenn es denn um Gleichheit gehen soll. Sie sehen, dass man sogar bei der Frage: „Wann behandelt man Männer und Frauen gleich?“, zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen kann. Die einen sagen: „Man darf nicht auf das Geschlecht schauen.“ Andere wiederum sagen: „Man muss auf das Geschlecht schauen. Da gibt es Unterschiede, die müssen wir ausgleichen.“ Die Schwierigkeiten mit der Gleichheit kennen wir aus der Philosophie. Wenn man nur sagt: „Ich bin für Gleichheit.“, dann hat man damit fast überhaupt nichts gesagt. Da fängt die Analyse erst an.

Gerade heute wurde hier diskutiert, dass die Zentrale Ethik-Kommission der Bundesärztekammer meint, es sei gerechtfertigt, ein medizinisches Verfahren zu priorisieren, weil es besonders viel Gesundheitsnutzen bringe. Es wurde auch gesagt – und viele Juristen sagen das, nicht nur Herr Neumann –, dass das eben ein medizinisches Kriterium sei und daher auch gar nicht gegen Art. 3 GG verstoße. Meine Frage ist: Wieso genau soll das nicht diskriminierend sein? Das muss man doch noch fragen dürfen. Diskriminierend nämlich gegenüber Patienten, die man gar nicht mehr gesund machen kann, deren Los man aber immerhin ein Stück weit erleichtern könnte. Denken Sie an die Folie von Herrn Schwappach, wo gezeigt wurde, dass sowohl die Frage danach, was die größere „ability to benefit“, also den größeren Nutzen bringt, wie auch die Frage, ob man eine Maßnahme dann diskriminierend findet oder nicht, auch abhängig davon sein kann, wie schwer der Ausgangsgrad der Erkrankung ist. Die Gleichheit ist ein sehr komplexer Wert. Ich kann es so nicht akzeptieren, dass die Entscheidung in irgendeiner Weise trivial sein soll, medizinisch, juristisch oder anders, oder dass wir als Bürger uns sagen lassen müssten: Von Verfassung wegen ist es gar kein Problem, diejenigen mit dem größeren Nutzen und der besseren Prognose zu priorisieren.“ Es zeigt sich auch, dass die Bürger sich das offenbar so nicht sagen lassen wollen. Also, beim Gleichheitsgebot, scheint mir, gibt es besonders viel zu klären. Wenn man also sagt, dass man für Gleichheit oder Gleichbehandlung ist, hat man damit noch nicht viel gesagt.

Ein zweiter Punkt scheint mir wertanalytisch noch besonders tief im Dunkeln zu liegen. Zu dieser Frage der Fairness gibt es ganz viel Literatur in der Philosophie. Auch die Gesundheitsökonomien haben sich dieses Wertes zusätzlich zur Effizienz inzwischen ausführlich angenommen. Ein Wert, bei dem das noch wenig der Fall ist – ich war aber erfreut zu sehen, dass Herr Schwappach ihn in gewissem Ausmaß behandelt hat –, das ist der Wert, den ich jetzt mal den „Wert der Humanität“ nenne. Man bekommt ihn, oder jedenfalls einen Aspekt dieses sehr komplexen Wertes, in den Blick, wenn man etwa darüber nachdenkt, wie Kuration, also die Heilung im akuten Fall, und Prävention, d. h. die Vorsorge, dass nicht jemand krank wird, gewichtet werden. Wir haben gesehen, dass sehr häufig gesagt wird, dass gegenüber der Behandlung von akuten lebensbedrohlichen Krankheiten alles andere posterior sein soll. Akute lebensbedrohliche Krankheiten sollen danach immer prioritär behandelt werden, auch wenn sich vielleicht – das gibt es ja in einzelnen Fällen – durch Investition derselben Summe in bestimmte Präventionsmaßnahmen nachweislich erheblich mehr Menschenleben retten lassen. Es wird ganz häufig gesagt: „Das sind ja nur so genannte statistische Menschenleben. Das ist kein Mensch konkret, den wir damit retten.“ Aber wenn es dann ans Sterben geht, z. B. weil die Krebsvorsorge gestrichen worden ist, der Krebs nun da ist und so weit fortgeschritten ist, dass man die Person nicht mehr retten kann, dann stirbt immer ein

individueller Mensch. Noch nie hat jemand am Sterbebett eines statistischen Menschen gegessen. Es sind immer Individuen, die sterben. Dann ist nichts mehr zu retten.

Deswegen fragt sich doch: Warum ist es so, dass wir statistische Menschenleben benachteiligen, warum finden wir das nicht so heikel, wie einen akut sterbenden Menschen? Warum ist das Empfinden so, dass wir im akuten Fall, solange man noch etwas tun kann, nicht sparen wollen? Ich vermute, dass es irgendetwas damit zu tun hat, dass wir es gar nicht als inhuman empfinden, sterben zu müssen oder zu leiden. Das ist nicht als solches inhuman. Dieser Wert bezeichnet irgendwie etwas anderes. Dieser Wert hat damit zu tun, dass wir in dem einen Fall, wo es um die akute Behandlung oder Nicht-Mehr-Behandlung geht, sterben gelassen werden; wir sterben nicht bloß, sondern man lässt uns sterben, obwohl man uns noch helfen könnte. Das ist in dem anderen Fall nicht so, wo wir eine Krebserkrankung haben, die nicht präventiv entdeckt wurde, und wo man jetzt nichts mehr tun kann. Dann sterben wir, und das ist unangenehm, aber es ist nicht inhuman. Als inhuman scheint es dann empfunden zu werden, wenn uns etwas vorenthalten wird, was uns im konkreten Fall noch helfen könnte. Dafür sind wir offenbar bereit, eine ganze Menge an Effizienz und an Verminderung unserer Lebenschancen zu zahlen, dafür also, dass wir nicht im konkreten Fall nicht allein gelassen werden, wenn wir akut krank sind, wenn man noch etwas tun kann. Manche Ökonomen haben früher gesagt: „Das ist doch irrational.“ Ich finde es nicht irrational. Ich glaube, man muss genauer sehen, was das für ein Bedürfnis ist, dass da dahinter steckt: Was empfinden wir in einem Krankenhaus, egal ob es effizient ist oder nicht, als eine humane Krankenversorgung? Und ich glaube, dass dieser Wert sich partiell widerspricht mit dem Wert der Effizienz und dass wir trotzdem bereit sind, auf die Effizienz zu verzichten, auch wegen dieses Wertes, wie immer der auch genau gefasst werden muss. Danke schön.

Moderator SV Prof. Dr. Dietmar Mieth: Herzlichen Dank. Ich denke, Sie haben ihr Vorgehen selbst wertanalytisch genannt, und wir sehen ja, dass Sie noch manches dazu beizutragen hätten, indem Sie sich andere Wertannahmen sozusagen zur Brust nehmen würden, um sie zu analysieren, und man hätte dabei sicher einen großen Gewinn. Ich gebe aber jetzt gleichsam die Frage weiter an Sie, Herr Dabrock, denn, ich denke, dass es noch andere sozial-ethische Gesichtspunkte gibt.

Experte Prof. Dr. Peter Dabrock: Es soll also um die Wertanalyse von Priorisierung gehen, und gleichzeitig heißt diese Podiumseinheit genau umgekehrt “Priorisierung als Basis für Solidarität“, also ein technisches Verfahren als Basis für einen Wert. Wenn ich dieser Über-

schrift ohne Fragezeichen zustimmen sollte, würde ich auf jeden Fall einfügen: „Priorisierung als Basis für nachhaltige Bewahrung von Solidarität“. Stattdessen würde ich lieber, wenn kein Fragezeichen dahinter stehen soll, eben umgekehrt formulieren: „Solidarität als Basis für Priorisierung“ und dann eben wieder „Priorisierung als Basis für nachhaltige Bewahrung von Solidarität“. Warum? Solidarität zählt zu den sozialen Verbindlichkeitsrelationen und ist in einem eigentümlichen sowohl horizontalen wie vertikalen Spannungsgefüge eingefügt. Zum einen nimmt sie eine merkwürdige Zwischenstellung zwischen anderen Verbindlichkeitsrelationen ein. Sie steht nämlich zwischen der Gerechtigkeit, die auf die Frage: „Was sollen wir tun?“, das geschuldete Muss, die Rechtspflichten, das unbedingt Geforderte formuliert, und der Barmherzigkeit, die das ungeschuldete, verdienstliche Wollen, Tugendpflichten, das Gewünschte, das, was wir anderen Gutes tun wollen, zum Ausdruck bringt. Solidarität steht genau zwischen Gerechtigkeit und Barmherzigkeit und ist damit in der Gefahr, ausgelegt zu werden als „weder noch“ oder als „sowohl als auch“ und damit terminologisch unscharf zu werden. Will man versuchen, in diese drohende Unschärfe ein bisschen Schärfe hineinzubekommen, dann könnte man sagen, dass Solidarität eine bedingt geltende Soll-Verpflichtung darstellt. Die Bedingungen sind dann in der Regel zeitlich, räumlich, organisational oder ideell begrenzt. Erstaunlicher Weise ist genau diese Begrenzung identitätsstiftend, integrierend, motivational. Das unterscheidet sie eben im Unterschied zur Gerechtigkeit. Sie bewirkt also, dass in diesem integrierenden, begrenzenden Rahmen eine wechselseitige reale oder ideelle Verbindlichkeit konstatiert wird und aus dieser Verbindlichkeit dann die wechselseitige Verpflichtung zur Hilfeleistung erwächst, also beispielsweise die Arbeitersolidarität. Es können aber auch Kriterien sein, die man plötzlich an anderen entdeckt, von denen man gar nicht gemeint hat, dass sie dieses Kriterium mit einem selbst teilen. Das erkennen wir z. B. in dem Tsunami-Fall. Es entsteht tatsächlich eine neue Form von Solidarität, die wir in den traditionellen Begriff der Solidarität, den wir relativ automatisch mit Nähe und Ferne konnotiert haben, plötzlich hineinbekommen haben. Der Begriff ist dafür offen. Das ist sozusagen die Stärke wie Schwäche des Solidaritätsbegriffs. Es ist eine Einordnung auf der sozialen Verbindlichkeitsebene.

Man muss sich aber andererseits auch – und da sind wir dann im Gesundheitssystem, § 1 Sozialgesetzbuch V – mit dem Begriff der Eigenverantwortung als komplementärem Begriff auseinander setzen. Zwischen Solidarität und Eigenverantwortung vermittelt bekanntlich – aus der katholischen Tradition kommend – das Prinzip der Subsidiarität, verstanden einerseits als Hilfestellungsgebot der vermeintlich höheren Institution, aber eben auch als Kompetenzanmaßungsverbot. Wenn man Solidarität in diesem Spannungsgefüge zwischen Subsidiarität, Eigenverantwortung, Gerechtigkeit und Barmherzigkeit liest, dann macht die Solidarität als Grundlage für Priorisierung uns im Blick auf den Einzelnen darauf aufmerksam, dass

Gesundheitsgefährdungen in weiten Teilen eben die finanziellen und sachlichen Möglichkeiten des Einzelnen überfordern. Sie macht uns dann – was ich unter Knappheitsbedingungen für besonders wichtig halte – darauf aufmerksam, dass die vorschnelle Rede von Eigenverantwortung immer auch reflektieren muss auf die Bedingungen der Möglichkeit von Eigenverantwortung und nicht sozusagen kontextlos in den Raum hineingestellt werden kann. Das scheint mir – auch unter Berücksichtigung dessen, was Herr Dörner gesagt hat, dass wir uns nicht vorschnell fixieren auf das reine Medizinsystem – unter Knappheitsbedingungen besonders wichtig zu sein. Daran wird nämlich deutlich, dass nicht nur Prävention, das ist ja noch immer medizinisch kodiert, sondern Gesundheitsförderung oder, noch weiter, Gesundheitsmündigkeit Kriterien sind, die unter Knappheitsbedingungen, welche Priorisierung nötig machen, zuvor zu bedenken sind. Also, dies scheint mir im Hinblick auf Solidarität und Eigenverantwortung wichtig zu sein. Im Blick auf die anderen beiden Verbindlichkeitsrelationen zeigt uns Solidarität, dass es für die Sozialkoalition einer Gesellschaft nicht ausreicht, nachwächterstaatsmäßig nur das Minimum zur Verfügung zu stellen, sondern dass es umgekehrt – mit Avishai Margalit gesprochen – demütigend ist, wenn Notwendiges als Wohltat, als Charity, von oben sozusagen aus Güte verteilt wird, obwohl es eigentlich normalerweise den Menschen zusteht. In diesem Spannungsgefüge bringt Solidarität eben bestimmte Wertentscheidungen zum Ausdruck, und insoweit haben wir, wenn wir Sozialethik auch immer gesellschaftlich, geschichtlich konnotiert bedenken, im deutschen System einige Wertentscheidungen, die auf dem Spiel stehen, die bestimmte Menschenbilder konnotieren, die auch gerade in der GKV prägend sind. Das sind Solidaritäten von reich nach arm, von Arbeiten zu nicht Arbeiten, von Männern zu Frauen, von Singles zu Familien, von Jungen zu Alten. Das sind bestimmte Solidaritätsmechanismen, die nicht durch ihre Faktizität normativ sind, aber die zumindest im Blick auf ihre Plausibilität befragt werden müssen, gerade wenn es um ein gesteigertes Maß an Eigenverantwortung geht.

Wenn ich die letzte Diskussion von Herrn Schwappach aufgreife, dann hat er uns ja sehr anschaulich vor Augen geführt, dass bei der Priorisierung, die auf solchen Solidaritäten mit diesen konkreten Umverteilungen aufbaut, zwei Gesichtspunkte prägend sind, die sich durch verschiedene Einzelurteile hindurch durchhalten. Einerseits die Schwere der Ausgangslage und zum anderen die Reduzierung von Ungleichheiten. Dem korrelierten ja negativ die Beispiele Psychiatrie und Prävention. Ethisch könnte ich diese eher empirischen Kriterien noch einmal normativ so zurückführen, dass darin als grundlegendes Prinzip die Befähigung zu längerfristiger leiblich integral eigenverantwortlicher Lebensführung, um in der Gesellschaft weiter teilnehmen zu können, angesehen werden könnte. Ich glaube, es ist wichtig, wenn man Priorisierungsentscheidungen durchführt, dass man so ein materiales Kriterium einfügt, das Sozial- und Individualethik koppelt, um nicht sozusagen einfach im rein technischen Ver-

fahren dann möglicherweise zum Opfer solcher Verfahren zu werden. Dies scheint mir insbesondere deswegen notwendig zu sein, weil schon die Debatte über Priorisierung, ohne die Berücksichtigung des weiteren Kontextes, sofort in der Gefahr steht, Engführungen in Kauf zu nehmen. Diese nimmt sie aber nicht in Kauf, wenn man, so wie Herr Dörner es eben gesagt hat, sozusagen gleich einen umfassenderen Hilfebegriff hat, in dem der Gesundheitsaspekt ein Aspekt ist. Ich würde dann auch nicht nur von Hilfe sprechen, sondern tatsächlich auch von einem Befähigungs- und Förderungssystem, sozusagen prospektiv nach vorne gesprochen. Dies scheint mir wichtig zu sein. Genau aus dem Grunde würde ich Prävention auf der Schwelle von engem Medizinsystem und weitem gesundheitsbezogenem System priorisieren, gerade unter knappen Ressourcen. Natürlich kann man die Prävention im Medizinsystem – das wissen wir alle, das ist ja die Crux der Prävention – nicht so evidenzbasiert stärken wie bestimmte Maßnahmen der kurativen Medizin. Deswegen mein Hinweis darauf, dass schon das Sicheinlassen auf die enge medizinische Kodierung die erste Vorentscheidung ist, über die man sich erst einmal Gedanken machen muss, wenn man gesellschaftlich und nicht nur medizinintern über Priorisierung reden will.

Moderator SV Prof. Dr. Dietmar Mieth: Vielen Dank, Herr Dabrock. Ich denke, dass Sie noch einmal gleichsam eine Rundumbesichtigung des Solidaritätsthemas vorgenommen haben, und das mag uns dann auch als Einstieg in die allgemeine Debatte hier dienen. Ich möchte noch einmal ein Stichwort mit aufgreifen, dass Frau Lübke benannt hat. Sie hat gesagt: „Wenn man den Begriff Priorisierung ehrlich wählt, dann müsste er eigentlich Posteriorisierung heißen“, weil da sozusagen greifbar sehr viel mehr ankommt. Vielleicht gibt es unter Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes noch einige Fragen, die Sie an die Mitglieder des Podiums stellen könnten, oder Kommentare, die Sie abgeben wollen zum Gesamtthema „Priorisierung als Basis der Solidarität“.

Sigrid Graumann, bitte.

SV Dr. Sigrid Graumann: Ich habe eine Frage an Herrn Dabrock und an Herrn Dörner. Wenn ich es richtig verstanden habe, haben Sie ein Kriterium genannt für die solidarische Form der Priorisierung, vielleicht auch Posteriorisierung, ich denke in diesem Fall der Priorisierung. Sie sprachen von einem relativ allgemeinen Kriterium, dass nämlich medizinische Leistungen so eingesetzt werden sollen, dass sie zu einem eigenverantwortlichen Leben befähigen. Ich würde da relativ weit mitgehen, aber zu bedenken geben, dass es möglicherweise mit dem anderen Kriterium in Konflikt kommt, dass Klaus Dörner in Vorträgen, Aufsät-

zen und seinen Büchern immer wieder genannt hat – heute allerdings nicht –, nämlich „beim Schwächsten beginnen“. Das heißt nämlich bei demjenigen zu beginnen, der überhaupt nicht dazu in der Lage ist, eigenverantwortlich zu leben und möglicherweise trotz aller Hilfestellung und trotz aller Ressourcen, die man ihm solidarisch zur Verfügung stellt, diese Fähigkeit auch nie mehr erwerben wird. Ich fände es schön, wenn Sie dazu Stellung nehmen würden.

Moderator SV Prof. Dr. Dietmar Mieth: Fangen wir mit Herrn Dabrock an.

Experte Prof. Dr. Peter Dabrock: Die Frage ist also, ob Eigenverantwortung nicht ein bereits zu eng geführtes Kriterium ist, und ob man nicht bei den Schwächsten anfangen sollte, die vielleicht gar nicht in der Lage sind, wirklich eigenverantwortlich zu leben. Ich habe hier nur zehn Minuten gehabt, deswegen konnte ich das nicht entfalten. Mein Eigenverantwortungsbegriff ginge tatsächlich von Amartya Sen kommend soweit, dass es einfach darauf ankommt, die jeweiligen Fähigkeiten, die eine einzelne Person hat, soweit zu fördern, dass sie nach ihrer Maßgabe, also der Maßgabe dieser Person, an dem Punkt gepowert wird. Zum zweiten bin ich nicht dazu gekommen – die Aufgabe muss man sich natürlich auch stellen –, dieses allgemeine Kriterium nicht nur an der Grenze zwischen engem Medizinsystem und weiteren salutogenetischen Bemühungen zu setzen, worauf ich heute eher den Akzent gelegt habe, sondern das muss natürlich auch im System selbst passieren. Das ist ja eigentlich auch die Aufgabe Ihrer Reflektion. Dafür kann man dann eben auch verschiedene Kriterien benennen, wie Not, schwere Dringlichkeit, Tragbarkeit, Beeinflussbarkeit, Wirksamkeit und all diese Dinge. Um noch etwas Neues zu dem, was Georg Marckmann umfassend auch schon dargestellt hatte, zu sagen, bin ich darauf jetzt nicht so eingegangen. Das müsste man dann im System machen, die Grenze des Systems zu bearbeiten, zum produktiven Nutzen des Systems selbst. Das war mir heute wichtig.

Moderator SV Prof. Dr. Dietmar Mieth: Ich sehe, es gibt noch zwei Fragen. Ich hätte auch noch eine gehabt. Wir fangen mit Herrn Wunder an und dann Herr Raspe.

SV Dr. Michael Wunder: Mir ist im Laufe der letzten Statements jetzt der Gedanke gekommen, dass der Rationierungsbegriff und auch der Rationalisierungsbegriff ja vor allen Dingen etwas mit dem deutschen Wort Vernunft zu tun haben. Bei dem, was Sie gesagt haben, Herr

Dabrock, also bei Ihrem 10-Minuten-Statement, hatte ich am Schluss das Gefühl, dass die Entscheidung für die Prävention doch auf einer hohen Prioritätsstufe anzusiedeln ist, entgegen z. B. den Ergebnissen, die aus Wertbefragungen oder Analysen von Beteiligten des Gesundheitssystems referiert worden sind, und dass Ihre Begründung eine Vernunftsbegründung war. Ich habe daher eine Frage an Sie, Herr Dabrock, aber selbstverständlich auch an die anderen Teilnehmer ist. Es zeichnet sich ab, dass man den Allokationsbegriff und den Priosierungsgedanken so weit fasst, wie es etwa Herr Professor Dörner getan hat, dem ja im Prinzip alle zugestimmt haben, dass man diesen Gedanken nämlich sehr viel weiter, über die reinen Gesundheitsleistungen hinaus denken muss. Wie sollen dann eigentlich auf der einen Seite die Vernunft der Entscheidung und auf der anderen Seite die Wertedebatte, die ja viel z. B. mit persönlicher Nähe zu tun hat und mit Erlebniswelten, von denen aus die Bürger ganz offensichtlich ihre Entscheidungen treffen, miteinander in Einklang gebracht werden? Mich wundert nämlich, ehrlich gesagt, die Priorisierung der Palliativmedizin, die mich persönlich sehr freut, weil ich für den Bereich gerne eintreten mag, überhaupt nicht, weil sich herumgesprochen hat, dass die Palliativmedizin eine Angstreduktion ist. Sie greift direkt etwas aus der Befürchtung auf, dass ich unter Schmerzen leiden werde und unter Schmerzen sterben werde. Das ist vorstellbar und das entspricht der Erlebniswelt, wohingegen die psychische Erkrankung dem gar nicht entspricht. Das ist für viele Menschen nicht wirklich nah. Also, von daher glaube ich, dass wir zwei Pole haben: vernunftmäßige Entscheidung der Priorisierung und eine Bürgerentscheidung, die eher nach Erlebniswelten und intuitiven Werten geht.

Moderator SV Prof. Dr. Dietmar Mieth: Ich habe jetzt noch zwei Wortmeldungen: Herr Raspe und Herr Rothaar. Ich würde das jetzt gerne deswegen sammeln, weil wir unter einem eschatologischen Sog stehen.

SV Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe: Bei allem Respekt und aller Liebe für die Ausweitung der Diskussion gibt es nach wie vor natürlich das Problem der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen, also innerhalb der GKV. Was immer man über angrenzende Dinge sagen mag, die man nicht vernachlässigen soll, es geht auch hier natürlich – heute schon und gestern schon und morgen ganz bestimmt – um die Prioritätensetzung in der GKV. Sie haben eine Spur aufgemacht, die etwas zu tun hatte mit dieser so genannten Rule of Rescue: Man muss sich um diejenigen kümmern, die jetzt unmittelbar vor einem liegen und in Not sind, die klinisch krank sind. Klinisch heißt ja diese Liege, Bahre, auf der man liegt, wenn man hinfällig

geworden ist. Herr Dabrock hat gesagt: „Prävention ist auch extrem wichtig.“ Frau Lübke hat sich gefragt: „Ja, wie kommt es, dass wir die klinische Situation für so wichtig halten?“ Ich würde gerne jeden von Ihnen einmal kurz dazu fragen wollen, wie er das denn sieht und wie er das begründet, dass er entweder der Rule of Rescue zuneigt oder die Prophylaxe und Prävention für so wichtig hält. Wie kann man diese Dinge gegeneinander argumentativ abwägen? Das ist für mich eher eine Frage der horizontalen Priorisierung, um das noch einmal klar zu machen, entgegen einer Abbildung von Herrn Malm, der das für eine vertikale Priorisierung hielt. Ich halte das für eine horizontale Priorisierung, dass man sich eben eher da oder dort tummeln kann, in der Kardiologie oder Onkologie oder in einem beliebigen Feld der Medizin.

Moderator SV Prof. Dr. Dietmar Mieth: Ich würde dann gerne, weil jetzt alle angesprochen sind, und damit dann ihr Schlusswort mit der Antwort gleichsam verbinden können, noch die Wortmeldung von Herrn Rothhaar und Herrn Wodarg dazunehmen. Und dann, glaube ich, können wir die Sache in Ruhe abschließen, bevor der Vorsitzende das Schlusswort spricht.

Teilnehmer Dr. Markus Rothhaar: Ich wollte kurz einmal Herrn Dabrock ansprechen. Sein zentrales Priorisierungs- oder Allokationskriterium ist die Befähigung zu eigenverantwortlichem Leben. Da kam schon ein kritischer Einwand von Sigrid Graumann. Mir geht es so ähnlich wie Frau Graumann. Ich würde diesem Ansatz sehr weit folgen, aber ich glaube, dass viele sowohl lebensweltliche Intuitionen als auch ethische Überlegungen damit nicht ganz eingeholt werden können. Wenn ich beispielsweise daran denke, dass ganz normal, auf einer rein phänomenalen Ebene, ein häufiger Punkt, der eine Behandlung begründet, eben Schmerz ist oder die Verhinderung von frühem Sterben, dann könnte man natürlich jetzt versuchen, das sozusagen einzuholen, indem man sagt: „Na ja, wenn man starke Schmerzen hat, dann ist auch irgendwie die Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Leben eingeschränkt.“ Ich halte das aber für eine Behelfskonstruktion. Ich glaube, wenn wir uns das wirklich phänomenal vor Augen führen, streben wir die Freiheit von Schmerz nicht in erster Linie an, weil wir wieder eigenverantwortlich leben wollen. – Es gibt auch viele Schmerzen, die das gar nicht so stark einschränken. – Wir streben die Befreiung von Schmerz einfach deshalb an, weil der Schmerz ein Übel ist. Genauso wie wir nicht unbedingt leben wollen, weil wir eigenverantwortlich leben wollen, sondern weil wir erst einmal überhaupt leben wollen. Das wären schon zwei Punkte, die durch solch einen Befähigungsansatz nicht unbedingt eingeholt werden können, sondern die einfach neben ihm gestellt werden müssen. Wir müs-

sen auch, denke ich, immer diese drei Punkte im Blick haben. Das wäre wahrscheinlich eher ein umfassenderer, neoaristotelischer Ansatz, der dann dabei herauskäme.

Moderator SV Prof. Dr. Dietmar Mieth: Herr Wodarg bitte. Dann kommt die Schlussrunde.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ich habe mich eben durch das, was Herr Dörner gesagt hat, erinnert gefühlt an eine Diskussion, die wir gestern geführt haben. Wir haben gestern eine Anhörung zur europäischen Dienstleistungsrichtlinie gemacht, wo Dienstleistungen dem Markt überantwortet werden sollen und wo die Europäische Union sich Gedanken macht über die Definition von Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse und von sonstigen Dienstleistungen. Das wird jetzt dort ja ganz konkret behandelt. Das hat jetzt direkt zu tun mit dem, was Sie gesagt haben. Denn da geht es darum, welche Dienstleistungen der Kommissar in Brüssel sehen kann. Er sieht nur die, die gegen Geld geleistet werden, und um die geht es dann. Aber der Markt sucht sich immer überall die Rosinen heraus, das wissen wir. Das ist auch mein Argument gegen Herrn Raspe, weil, wenn wir die GKV sehen, diese umso mehr leisten muss, je mehr sich die Menschen zurückziehen, die sich nicht mehr gegenseitig helfen. Wir wissen: Je kleiner die Familien werden, umso weniger kann in der Familie geholfen werden. Wenn wir dort eine Verantwortung sehen, dann stoßen wir sofort an die Grenze.

Dies gilt auch in Bezug darauf, wer denn jetzt zuständig ist. Wir sind hier beim Bundesgesetzgeber, und vieles soll ja in den Kommunen geschehen. Das heißt, wenn wir hier Dialoge anzetteln, und wenn wir hier uns streiten, dann ist es ganz wichtig, dass wir nicht im eigenen Saft schmoren, sondern dass wir die Dialoge so konzipieren, dass wir die Kommunen einbinden. Ich denke auch, wenn wir in der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages jetzt dieses Thema Allokation haben, dann müssen wir einen Hinweis aufnehmen, dass hier auch andere Bereiche, auch die Kommunen und die Regionen betroffen sind. Wir haben von den Schweden gehört, wie sie davon profitieren, dass sie Dinge dezentralisieren und wie viel leichter es manchmal dadurch wird. Wenn wir dezentralisieren, kann es sein, dass wir ganz andere Ressourcen auf der Haben-Seite haben, die wir aber von der Bundesebene aus nicht sehen können, weil wir dafür gar nicht zuständig sind. Solche formalen Dinge – wie etwa, dass wir die Diskussion vorzeitig begrenzen und einschränken – können dazu führen, dass sich nichts ändert und dass wir weiter ins Elend laufen, während andere Länder einen glücklicheren Ansatz haben.

Moderator SV Prof. Dr. Dietmar Mieth: Vielen Dank für diesen Kommentar. Ich denke, dass wir jetzt noch einmal in der gleichen Reihenfolge wie vorher verschiedene Kommentare zu den Kommentaren hören können.

Experte Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner: In der Tat sind es die Kommunen, wo die Musik spielt. Ich mache ein Beispiel: Es häufen sich in den letzten ein, zwei, drei Jahren die Urteile, meistens von Verwaltungs-, manchmal auch von Sozialgerichten, weil da Leute miteinander streiten, weil irgendein Anbieter von Dienstleistungen in irgendeiner Region irgendetwas machen will, und die, die dort tätig sind, sagen: „Das ist völlig bescheuert, das geht am Bedarf vorbei.“ Dann sagt der Anbieter: „Das interessiert mich nicht. Berufsfreiheit hat das Sagen. Das könnt ihr noch so bescheuert finden, ich setzte mich damit durch. Und wenn der Bedarf nicht da ist, dann mache ich eben die anderen platt.“ Die Gesetzeslage ist so, dass zurzeit reihenweise in allen möglichen Bereichen – das ist jetzt nur ein Beispiel – solche Urteile gefällt werden. Die Verwaltungsrichter tun das gar nicht gern, weil sie natürlich auch wissen, dass eigentlich das Gemeinwohl in der Lage wäre, die Berufsfreiheit auszuhebeln. Aber aufgrund der ganzen Gesetzgebungstradition der letzten 20 Jahre, bei der alle Gesetze, mit ganz wenigen Ausnahmen, den Trend haben, den gesamten Gesundheits- und Sozialbereich verstärkt vom Markt her steuern zu lassen und weniger von der Solidarität her, müssen die Verwaltungsrichter dem folgen. So wird eine Chance nach der anderen für gemeinwohlorientierte Organisation von Hilfe gerade im kommunalen Raum versiebt. Da wäre es wirklich dringend, dass der Gesetzgeber von sich aus einmal eine Klarstellung machen würde.

Das Bundesverfassungsgericht hat das selber einmal gesagt in der Diskussion. Da haben die Leute gesagt: Das sehen sie sehr wohl, dass das so ist, aber sie verstanden es gar nicht, wieso hier dann solche Werte wie die Freiberuflichkeit, die ja ein kostbares Gut ist, nicht zum Zuge kämen. Ich kann es einfach nicht verstehen, wieso man bei diesen Begriffen wie Priorisierung oder Allokation oder Rationalisierung oder Rationierung dann einen Phantasieraum aufmacht und immer nur an dieses Teilsegment des organisierten, professionalisierten Gesundheitswesens denkt und nicht erkennt, dass es doch eingebettet ist in einen größeren Zusammenhang, nämlich mit der lebensweltlichen Frage: Wie wollen die Bürger ihren Hilfebedarf organisieren? Das hat sich in den letzten 100 Jahren so entwickelt, als ob gewissermaßen der Hilfebedarf der Bürger Schnee von gestern wäre und sich das, was an Hilfebedarf vorhanden ist, im Gesundheitssystem organisiert hat. Aber es ist doch eine totale Illusion, dies so zu sehen, wenn ich einmal dagegen halte, dass 75 oder 80 % der alterspflege-

bedürftigen Menschen in den Familien gepflegt werden unter diesen beschämenden Bedingungen, die die Familien heutzutage haben. Dies muss man einmal zur Kenntnis nehmen. Man muss erst einmal klar machen, woraus das Gesamtsystem gesellschaftlichen Helfens besteht und welcher Teil die technische Kompetenz innerhalb der solidarigesteuerten Kompetenz ist. Dieses Spannungsfeld wollte ich klar machen, damit die Priorisierungsdiskussion, die sich bislang nur auf den rein technischen Teils des Gesundheitswesens bezieht, eingebettet wird und Wechselwirkungen möglich und überhaupt denkbar werden. Ich bin nämlich ganz sicher, dass da sehr viel mehr an Möglichkeiten vorhanden ist, als man das bisher so glaubt. Erstens ist es unwissenschaftlich, das Teil für das Ganze zu nehmen, und zum zweiten versiebt man sich eine ganze Menge Chancen.

Expertin Prof. Dr. Weyma Lübbe: Ich fange noch einmal an bei dieser Frage: Wie weit sollen wir unseren Blickwinkel nehmen? Sollen wir jetzt auf die GKV schauen und sagen: Was machen wir damit? Oder sollen wir das Gesundheitswesen insgesamt betrachten? Oder sollen wir noch breiter sehen und schauen, wie wir in ganz anderen Bereichen etwas für die Gesundheitsverbesserung tun können, die wir traditionell nicht dem Gesundheitswesen zuzählen, nämlich etwa in der Bildung. Ich habe hier auch eher wie Herr Raspe eine große Skepsis, den Blickwinkel zu weit zu nehmen. Der Grund scheint mir im Wesentlichen der zu sein, dass es einfach den Entscheidungspunkt nicht gibt, der das alles auf einmal in Ordnung bringen kann. Den hat niemand. Es ist auch problematisch, wenn Sie in der Politik diesen Punkt sozusagen usurpieren und denken: „Wir machen das jetzt alles neu und justieren das irgendwie alles auf einmal.“ Also, das extremste Beispiel für ein soziales System, dass das über viele Jahre hin versucht hat und dabei 30 Millionen Hungertote produziert hat, ist Mao. Mao hat versucht, bis in die Seelen der Leute hinein die Gesellschaft auf einmal in Ordnung zu bringen. Er wollte nur das Beste. 30 Millionen Hungertote. Deswegen, denke ich, muss man die Widerständigkeit und die Steuerungsresistenz der sozialen Welt unbedingt mit im Auge behalten. Das bedeutet auch, dass man auf historisch Gewachsenes Rücksicht nehmen muss bei solchen politischen Eingriffen.

Der zweite Punkt, Herr Wunder. Es ist mir ein ganz wichtiger Punkt, dass Sie das nicht so sortieren, dass Sie sagen: „Also, wer auf Prävention schaut oder wer Rationierung und Rationalisierung im Auge hat, da steckt die Vernunft, und beim Publikum stecken die Erlebniswelten und intuitiven Werte.“ Ich möchte definitiv daran festhalten: Es ist nicht unvernünftig, Effizienz gegen Gleichheit aufzuwiegen. Es ist nicht unvernünftig, die Rule of Rescue zu bevorzugen und dafür Effizienz aufzugeben. Dann komme ich auch gleich auf die Frage, die

Sie gestellt haben. Das hat mit Vernunft nichts zu tun, sondern es sind letztlich Fragen des guten Lebens. Das bedeutet als Antwort auf Ihre Frage: Argumentativ komme ich da auch nicht mehr weiter. Ich kann nur etwas transparent machen: Was steht hier auf dem Spiel? Wollt Ihr lieber eine Welt, in der man intensiv umsorgt wird, wenn man im Sterbeprozess ist, dafür aber insgesamt etwas früher stirbt? Oder wollt Ihr eine Welt, in der es große Unterschiede gibt auch nach Zahlungsfähigkeit und dafür aber für alle insgesamt die Lebenserwartung ein klein bisschen höher ist? Aber es gibt sehr große Unterschiede. Da sehe ich nicht, wie die Vernunft für das eine oder das andere optieren könnte. Das ist für mich der letzte Grund, warum man am Ende diese Dinge demokratisch entscheiden muss. Die Schwierigkeit ist natürlich, dass es nicht nur die wenigen Differenzierungen gibt, die ich jetzt genannt habe, sondern dass alles ja noch viel komplizierter ist. Um das sozusagen an den Mann oder an die Frau zu bringen, muss man sehr viel reden. Das ist letztlich zu kompliziert. Mich interessiert auch deswegen die Forschung sehr, die Herr Schwappach und andere machen, weil ich vermute, dass – auch wenn die Betroffenen das auch nicht auf den Begriff bringen können, was sie da machen – auf der intuitiven Ebene viel Common Sense liegt. Da steckt viel Vernunft.

Experte Prof. Dr. Peter Dabrock: Ich kann dem zustimmen, dass die Gesellschaft sehr steuerungsresistent ist, und dass es schwierig ist, das in Gänze gestalten zu wollen. Wenn man aber sagt, dass das alles auch Fragen des guten Lebens sind, die demokratisch entschieden werden müssen, dann sagt mir nicht nur die Vernunft, die mir als Ethiker in dem Fall natürlich als Kriterium wichtig ist, sondern eben auch das empirische Wissen, dass genau dieses Postulat der Demokratie in solchen Entscheidungen realiter natürlich sehr ideell ist. Wir sehen das schon beim sozialen Wegbrechen ganzer Gesellschaftsschichten, was ihre urdemokratische Aufgabe des Einmal-in-vier-Jahren-Wählens betrifft, ganz zu schweigen von anderen Dingen. Das eben genannte Kriterium der Befähigung auch im Sinne einer umfassenden Teilhabe – dass ich an solchen demokratischen Verfahren also überhaupt teilnehmen kann – ist dabei doch von enormer Wichtigkeit, gerade eben für diesen Gesundheitsbereich. Da käme ich jetzt zum zweiten Mal mit der Empirie und nicht nur mit der Vernunft, wobei ich denke, dass es da dann auch eine Koppelung zwischen Empirie und praktischer Vernunft gibt. Wenn es so viele Untersuchungen gibt, die alle in dieselbe Richtung gehen und die eben sagen, dass diejenigen, die von ihrem sozialen Status her sozusagen „tiefer stehen“, früher sterben und dabei auch noch häufiger krank sind, dann scheint mir das doch auch ein Punkt zu sein, bei dem wir – weit weg von reiner Abstraktion – tatsächlich noch über Bekämpfung von Morbidität und Mortalität nachdenken können. Effekte, die sich

dann unmittelbar auf die GKV auswirken und die daher meines Erachtens auf gar keinen Fall aus solchen Priorisierungsüberlegungen herausgenommen werden dürfen. Das koppelt sich dann bei mir mit der Vorstellung des guten Lebens, die man aber eben sehr wohl auch auf der Ebene des Gerechten herunterbrechen kann. Das ist auch das, was Frau Ehm ganz am Anfang angesprochen hat: die Frage der vorrangigen Option für die Schwachen. Das mag man eher eigennutzorientiert bei John Rawls rekonstruieren oder aus der Vorstellung des guten Lebens und der langen kulturellen Tradition der Kirchen heraus deuten oder eben auch aus anderen Wertedeutungsgemeinschaften heraus. Das scheint mir jedenfalls ein Punkt zu sein, der genau an der Stelle Relevanz gewinnt, wenn es darum geht, diese in der Gesellschaft Benachteiligten im Blick auf ihre Gesundheit zu befähigen, damit sie sozusagen nicht schon per se in einer schlechteren gesellschaftlichen Position sind und ihre demokratische Teilhabe dann möglicherweise gar nicht wahrnehmen können.

Moderator SV Prof. Dr. Dietmar Mieth: Ich bedanke mich für alle Beiträge hier auf dem Podium und alle Beiträge aus dem Plenum und gebe gleich das letzte Wort an den Vorsitzenden der Enquete-Kommission Herrn Röspel.

Vorsitzender Abg. René Röspel (SPD): Vielen Dank, Herr Mieth. Meine sehr verehrten Damen und Herren, sechs Stunden Diskussion liegen hinter uns. Ich weiß nicht, ob es Ihnen so geht wie mir: Nach der Podiumsdiskussion hätte ich eigentlich viel Lust dazu, wieder anzufangen. Das zeigt eben, dass das Thema Priorisierung und Posteriorisierung, Allokation nennen wir es ja in der Enquete-Kommission, ein sehr kompliziertes, ein anspruchvolles Thema ist, aber eben auch ein lohnenswertes und notwendiges für unsere Gesellschaft und für die politische Diskussion. Das war der Anlass für uns in der Enquete-Kommission, uns des Themas anzunehmen. Als ich vor zwei Wochen überlegte, wie der Ausblick aussehen könnte, der ja noch im Programm steht, wäre der eigentlich viel breiter, tiefer und länger geworden, weil ich dann nämlich die Perspektive der Enquete-Kommission bis zum Mai 2006 referiert hätte. Aber Sie wissen: Es soll möglicherweise Neuwahlen geben. Wir haben jetzt einen anderen Ausblick, eine andere Situation. Wir sind also als Enquete-Kommission gezwungen, bis zum September einen Sachstandsbericht zu erarbeiten. Wir wollten einen schweren Stein eigentlich nicht ins Wasser werfen, da hätte man ihn dann nicht mehr gesehen, sondern ins Rollen bringen. Aus der zeitlichen Situation heraus wird es ein kleinerer sein. Wir haben eine Menge an Vorarbeiten geleistet. Wir haben Anhörungen gemacht, Sachverständigengespräche, viel Material gesammelt und sogar die erste schwierige Phase

überwinden können, das Ganze zusammenzufassen und zu bündeln zu einem Stein. Den werden wir jetzt trotzdem ins Rollen bringen, weil es eine Diskussion ist, die in Deutschland viel zu spät begonnen worden ist und die dringend ins Parlament und auf die öffentliche Ebene gehört. Dazu war auch das eine Veranstaltung, die ihren Beitrag geleistet hat. Das ist zwar nicht der Ort, um zu Unterstützung aufzurufen, damit die Diskussion in ähnlicher Form in der nächsten Legislaturperiode möglicherweise fortgesetzt werden kann, aber die öffentliche Diskussion muss in jedem Fall fortgeführt werden. Das Thema ist zu wichtig, als dass wir es unbehandelt lassen könnten. Aber ich glaube, der Enquete-Kommission kann es gelingen, mit Ihrer Hilfe – mein Dank geht hier auch an die Sachverständigen, die heute da waren – das Thema in der Tat ins Rollen zu bringen. Ich bitte um Ihre Unterstützung, sei es in der parlamentarischen Beratung, sei es in der weiteren öffentlichen Diskussion. Bei letzterem sind Sie angesprochen, die Sie hier als Gäste anwesend waren, wofür ich mich auch bedanke.

Ich bedanke mich dann ganz herzlich bei der Katholischen und der Evangelischen Akademie für die Zusammenarbeit und bei den vielen Menschen, die für das Gelingen der heutigen Veranstaltung beigetragen haben, genauso aber auch beim Sekretariat der Enquete-Kommission und bei den vielen Helfern, die gleich sicherlich noch viel Arbeit haben werden. Ich würde mich freuen, auch noch ein bisschen Resonanz zu bekommen. Dank ganz besonders auch an die Themengruppe innerhalb der Enquete-Kommission, die sich damit befasst hat und die in den nächsten Wochen mit wirklich viel Mühe und viel Arbeitseinsatz diesen schweren Stein noch konstruieren wird. Ich schließe mit dem Hinweis darauf, dass Sie noch herzlich eingeladen sind zu einem kleinen Imbiss. Setzen Sie Prioritäten, gehen Sie nicht hungrig nach Hause. Ich wünsche Ihnen alles Gute, einen guten Heimweg, und freue mich, wenn wir uns bei der einen oder anderen Gelegenheit wieder sehen. Vielen Dank.

Ende der Sitzung: 18.40 Uhr

René Röspel

Verzeichnis der Anlagen:

- Anlage Nr. 1: Veranstaltungsprogramm
- Anlage Nr. 2: Präsentation von PD Dr. Georg Marckmann
- Anlage Nr. 3: Präsentation von Torbjörn Malm
- Anlage Nr. 4: Thesenpapier von Prof. Dr. Volker Neumann
- Anlage Nr. 5: Präsentation von Dr. Jeanne Nicklas-Faust
- Anlage Nr. 6: Präsentation von Prof. Dr. David Schwappach, MPH