



(Wie lange) können wir uns den medizinischen Fortschritt noch leisten? Ethische Fragen der Mittelverteilung im Gesundheitswesen.

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, Professor für Medizinethik an der Ludwig- Maximilians-Universität München, Stellvertretender Präsident des Landesethikkomitees

Auch in Südtirol wird inzwischen vermehrt über die Kosten der Gesundheitsversorgung diskutiert: Können die kleineren Krankenhäuser noch wirtschaftlich geführt werden? Welche speziellen Versorgungsangebote wie z.B. Palliativmedizin oder Rehabilitation sollen in Südtirol weiter ausgebaut werden? Werden die neuen, oft sehr teuren Medikamente zur Krebsbehandlung bald das Gesundheitsbudget des Landes sprengen?

Es ist paradox: Die Probleme entstehen, weil die Medizin so erfolgreich ist. Immer mehr Krankheiten können erkannt und behandelt werden. Gleichzeitig werden die Menschen älter und leiden manchmal an mehreren chronischen Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes. Diese können in der Regel nicht geheilt, sondern nur in ihren Auswirkungen gelindert werden. Die Behandlung muss lebenslang erfolgen, was oft mit hohen Kosten verbunden ist.

Dabei gibt es gute Gründe, die Gesundheitsausgaben nicht immer weiter ansteigen zu lassen: Das Geld würde in anderen öffentlich finanzierten Bereichen wie z.B. Bildung, Infrastruktur oder soziale Sicherung fehlen. Wie die begrenzt verfügbaren Finanzmittel verteilt werden sollen, ist eine Frage von ethischer Bedeutung: Nur wer gesund ist, kann seine beruflichen oder privaten Lebenspläne verwirklichen. Ein allgemeiner Zugang zur Gesundheitsversorgung ist folglich eine Voraussetzung für die Chancengleichheit in der Gesellschaft. Dies bedeutet aber nicht, dass Einschränkungen im Leistungsangebot ethisch unvertretbar sind: Sie sollten aber dort ansetzen, wo sie den Patienten am wenigsten weh tun – bei leichten Erkrankungen oder bei Maßnahmen mit einem geringen Zusatznutzen für den Patienten.

Verteilungsfragen stellen sich auf verschiedenen Ebenen im Gesundheitssystem: Welches Budget soll der Gesundheitsversorgung insgesamt zur Verfügung stehen? Welcher Anteil des Gesamtbudgets soll dann in die verschiedenen Teilbereiche der Versorgung – Prävention, stationäre & ambulante Versorgung, Rehabilitation, etc. – fließen? Auch innerhalb eines Versorgungsbereichs oder einer Versorgungseinrichtung stellen sich Fragen der Mittelverteilung: Wie viele Betten sollen z.B. den einzelnen Abteilungen in einem Krankenhaus zur Verfügung stehen? Auf der untersten Ebene schließlich erfolgt die Zuteilung von medizinischen Leistungen an einzelne Patienten. Soweit als möglich sollten Kostenerwägungen nicht im Einzelfall, sondern „oberhalb“ der individuellen Arzt-Patient-Beziehung erfolgen – in einem transparenten Entscheidungsprozess.

Teure medizinische Innovationen und die Alterung der Bevölkerung bringen die Gesundheitssysteme an die Grenzen ihrer finanziellen Belastbarkeit. Südtirol wird dabei keine Ausnahme sein. Aus Sicht des Landesethikkomitees erscheint es deshalb dringend geboten, eine öffentliche Diskussion im Land darüber anzustoßen, wie die begrenzt verfügbaren Finanzmittel nicht nur effizient, sondern vor allem

ethisch verantwortlich eingesetzt werden können. Letztlich geht es dabei um die Frage, welche Bereiche der Versorgung bzw. welche Leistungen wichtiger und welche weniger wichtig sind. Mit anderen Worten: Was soll im Gesundheitswesen Vorrang haben?

Bislang wird diese Frage der „Prioritätensetzung“ in Südtirol kaum diskutiert. Die Schwerpunkte in der Versorgung ergeben sich deshalb eher zufällig: Die Vergütung der Leistungen spielt dabei ebenso eine Rolle wie politische Überlegungen oder historisch gewachsene Versorgungsstrukturen. Diese Situation ist aus ethischer Sicht wenig befriedigend. Diese Frage wird in anderen europäischen Ländern unter dem Begriff der „Prioritätensetzung“ bereits intensiv diskutiert. In Schweden und Norwegen wurden zum Beispiel nationale Kommissionen damit beauftragt herauszuarbeiten, nach welchen Kriterien und Verfahren die Schwerpunkte („Prioritäten“) in der Gesundheitsversorgung gesetzt werden sollen. Sie waren motiviert von der Einsicht, dass es besser ist, die unvermeidlichen Prioritäten nach transparenten, klar definierten Verfahren zu bestimmen, anstatt sie den Zufälligkeiten der medizinischen und politischen Systeme zu überlassen.

Die Prioritätensetzung berührt ethische Fragen der Gerechtigkeit, da die Bedürfnisse verschiedener Patientengruppen gegeneinander abgewogen werden müssen. Eine gerechte Schwerpunktsetzung muss deshalb folgenden Anforderungen genügen: Zum einen müssen die Prioritäten in einem transparenten, fairen Entscheidungsprozess bestimmt worden sein. Die Bevölkerung sollte dabei mit in die Diskussionen einbezogen werden: Schließlich geht es um die Frage, wie viel wir für unsere Gesundheit ausgeben möchten und wie das Geld dann in der Versorgung eingesetzt werden soll, zum Beispiel: Soll eine weitere Intensivstation eröffnet werden? Soll die ambulante palliativmedizinische Versorgung weiter ausgebaut werden?

Zum anderen muss sich eine gerechte Prioritätensetzung an klar definierten ethischen Maßstäben orientieren.

1. Schweregrad der Erkrankung: Vorrang sollte die Versorgung schwerkranker Patienten haben, die durch ihre Erkrankung erheblich eingeschränkt oder sogar vom Tode bedroht sind.
2. Nutzen der Patienten: Ebenfalls sollten Maßnahmen eine hohe Priorität haben, die den Patienten einen großen Nutzen bieten.
3. Kosten-Nutzen-Verhältnis: Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, was der Nutzensgewinn für den Patienten kostet. Höchste Priorität haben demnach Maßnahmen, mit denen ein schwerkranker Patient mit einem vertretbaren finanziellen Aufwand erfolgreich behandelt werden kann (z.B. die intensivmedizinische Behandlung eines Patienten mit Herzinfarkt).

Geringere Priorität haben hingegen Maßnahmen, von denen die Patienten nur wenig profitieren – und dies möglicherweise noch zu hohen Kosten (z.B. die Gabe von Medikamenten, die die Blutfette senken, bei Patienten mit niedrigem Risiko für eine Herzerkrankung).

Prioritäten stellen dabei keine Einbahnstraße zu Leistungseinschränkungen, d.h. zur „Rationierung“, dar. Wenn man eine Rangordnung von mehr oder weniger wichtiger Versorgung erstellt hat, kann man gezielt diejenigen Bereiche ausbauen, die einen hohen Stellenwert für die Bevölkerung haben (z.B. die Versorgung älterer Menschen) und damit die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern. Auf der anderen Seite kann man – sofern dies erforderlich ist – in weniger wichtigen Versorgungsbereichen Einsparungen vornehmen.