

Priorisierung im Gesundheitswesen, nebst Beantwortung der Frage, was ein Menschenleben wert ist.

1. Einige Problemfälle zur Einstimmung.....	1
2. Das Gesundheitswesen	2
a) Die Kosten	2
b) Ein Beispielfall	3
c) Priorisierung.....	4
3. Verteilungskriterien	7
a) Wirksamkeit.....	8
b) Notwendigkeit und Dringlichkeit	8
c) Kosteneffektivität.....	8
d) Alter	9
e) Eigenverantwortung.....	9
f) Gleichbehandlung.....	9
4. Die normative Kraft des Faktischen	10
Literatur.....	11

1. Einige Problemfälle zur Einstimmung

1. Ein Eisenbahnwaggon rast direkt auf fünf Gleisarbeiter zu. Durch das Umstellen der Weiche könnten die Männer gerettet werden. Wenn die Weiche umgestellt wird, überfährt der Waggon allerdings ebenfalls einen Gleisarbeiter, doch nur einen. Soll man die Weiche umstellen?
2. Diesen Fall findet man in vielen Lehr- und Unterrichtsbüchern zur Ethik. Nun aber ein reales Problem, das Sie sicher alle kennen: Der Frankfurter Polizeivizepräsidenten Wolfgang Daschner hatte den Kommissar Ortwin Ennigkeit angewiesen, dem Angeklagten Magnus Gäfgen als letztes Mittel verbotene Folter anzudrohen, damit er den Aufenthaltsort seines Entführungsofers preisgab. Daschner wollte dadurch das Leben des von Gäfgen entführten Kindes, Jakob von Metzler, retten. War das in Ordnung?

3. Nun noch ein weiteres reales Problem, das seit dem 11. September 2001 diskutiert wird: Darf ein Passagierflugzeug mit 200 Menschen an Bord, das von Terroristen entführt wurde und auf eine Großstadt mit 500.000 Menschen zurast, abgeschossen werden?

Dazu heißt es im § 14 des Luftsicherheitsgesetzes, Absatz 3: „Die unmittelbare Einwirkung mit Waffengewalt ist nur zulässig, wenn nach den Umständen davon auszugehen ist, dass das Luftfahrzeug gegen das Leben von Menschen eingesetzt werden soll, und sie das einzige Mittel zur Abwehr dieser gegenwärtigen Gefahr ist.“

Dagegen hat das Bundesverfassungsgericht am 15. Februar 2006 folgendes entschieden: „Der Staat, der zur Abwehrmaßnahme des § 14 Abs. 3 LuftSiG greift, missachtet die entführten Betroffenen als Subjekte mit Würde und unveräußerlichen Rechten. Sie werden dadurch, dass ihre Tötung als Mittel zur Rettung anderer benutzt wird, verdinglicht und zugleich entrechtlicht; indem über ihr Leben von Staats wegen einseitig verfügt wird, wird den als Opfern selbst schutzbedürftigen Flugzeuginsassen der Wert abgesprochen, der dem Menschen um seiner selbst willen zukommt.“ (9. Leitsatz BVerfGE 115, 118)

Nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts darf der § 14, Abs. 3 LuftSiG nicht angewandt werden. Was halten Sie von dieser Entscheidung?

2. Das Gesundheitswesen

a) Die Kosten

Nun haben wir in der Diskussion schon einiges über den Wert eines Menschen und über die Menschenwürde erfahren. In den nächsten Jahren kommen im Gesundheitswesen Probleme auf uns zu, die uns in unserem Urteilsvermögen fordern. Zunächst will ich zeigen, dass die Ressourcen im Gesundheitswesen immer knapper werden. Wir geben immer mehr Geld aus. Wir geben inzwischen ca. 12% des Bruttoinlandsproduktes für unser Gesundheitswesen aus. Das sieht in genauen Zahlen

so aus. In der oberen Spalte stehen die Jahreszahlen und in der unteren die Ausgaben pro Jahr in Milliarden:

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
196	201	207	212	221	228	234	234	240	245	254	264	278	287	294

In den nächsten Schaubildern haben Sie plastisch vor Augen, wie hoch die Ausgaben sind und wie sie stetig und ungebremst wachsen. Dafür werden in der Fachliteratur vorwiegend folgende Gründe genannt (vgl. Buxy 2011, 51):

1. Der medizinische Fortschritt, das sind insbesondere Innovationen und die Behandelbarkeit von bisher nicht zu therapierenden Krankheiten, ist eine Folge der Innovationen. Man kann als Faustregel sagen, dass auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen immer neue wissenschaftliche Erkenntnisse und deren technische Umsetzbarkeit möglich werden.
2. Die demographischen Veränderungen: Durch die Erhöhung des Durchschnittsalters der Bevölkerung steigt der Bedarf an medizinischer Versorgung. Patienten, die älter als 85 sind, brauchen 17mal so viele Ressourcen wie 25jährige. (Vgl. Buyx 2011, 59)
3. Gesellschaftliche Veränderungen: Die können ganz unterschiedlicher Art sein. Durch Flexibilisierung der Arbeitsbedingungen wird eine gesunde Lebensweise erschwert. Oder die Nachfrage nach Lifestyle-Medikamenten steigt.
4. Auf dem Gebiet der medizinischen Versorgung gibt es wenig Anreize zum Sparen, weder auf der Seite der Anbieter, noch auf der der Konsumenten. Es hat sich das Vorurteil festgesetzt, dass bei einer bei einem selbst festgestellten Krankheit die teuerste Behandlung die beste ist.

b) Ein Beispielfall

Indem man sich diese Bedingungen vor Augen führt, sollten wir auch hier zunächst wieder einen Fall diskutieren: Ein Kind ist an Muskeldystrophie erkrankt. Die Krankheit geht mit Verlust der Gehfähigkeit, zunehmender Ateminsuffizienz,

Wirbelsäulendeformierungen, Funktions- und Bewegungseinschränkungen, sowie mit Herzmuskelerkrankungen einher. Bislang gibt es keine Therapie. Bei der Behandlung durch einen Allgemeinmediziner werden homöopathische Mittel eingesetzt. Die begutachtenden Ärzte hielten den bisherigen Krankheitsverlauf für günstig. Eine mitbetreuende Ärztin stufte seinen Gesundheitszustand als gut ein. Die Krankenkasse lehnte die Bezahlung ab, weil es sich nicht um eine anerkannte Heilmethode handelt, die der Arzt anwendet. Was halten Sie davon?

In dem Fall hat das Bundesverfassungsgericht in dem berühmten Nikolausbeschluss folgendermaßen entschieden:

„Es ist mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 GG¹ in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“ (Beschluss des Ersten Senats vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98)

c) Priorisierung

Dieser Fall steht für die Abwägung unter dem Gesichtspunkt der accountability for reasonableness, d.h. der Verantwortung für die Zumutbarkeit, die inzwischen in allen Ländern berücksichtigt wird, die in der Diskussion über die Frage der Priorisierung schon viel weiter sind als wir in Deutschland. (Vgl. Buyx 2011, 57) Schweden ist in der Diskussion um die Priorisierung im Gesundheitswesen wohl am weitesten fortgeschritten von allen in Betracht kommenden Ländern, in denen die Diskussion

¹ Der Wortlaut des Artikels 2 GG ist folgender:

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

auch schon länger öffentlich geführt wurde, wie in Großbritannien, Norwegen und Neuseeland. (Vgl. Buyx 2011, 57) Um es noch einmal deutlich zu sagen, wir hinken in Deutschland enorm hinterher.² Das stellt auch Weyma Lübke in ihrem Sondervotum zur Stellungnahme des Deutschen Ethikrats fest und mahnt „eine wirksamere Vermittlung zwischen dem öffentlichen Diskurs [...] und den Fachdiskursen“ an. (Deutscher Ethikrat 2011, 99) In Schweden hingegen wurde schon 1992 eine parlamentarische Priorisierungskommission eingerichtet. Damit wurde ein mehrjähriger öffentlicher Diskussionsprozess eingeleitet. Der Parlamentsausschuss formulierte drei grundlegende Prinzipien in abgestufter Rangfolge (vgl. Köster 2012, 58):

„**Menschenwürde:** Alle Menschen haben gleiche Würde und gleiche Rechte unabhängig von persönlichen Eigenschaften und ihrer Stellung in der Gesellschaft. Damit scheidet eine Priorisierung nach Alter, sozialem Status oder Lebensstil explizit aus.

Bedarf und Solidarität: Die verfügbaren Ressourcen sollen den Personen mit dem größten Bedarf zukommen.

Kosteneffektivität: Kosten und Nutzen von Behandlungsmaßnahmen sollen in ein angemessenes Verhältnis zueinander gebracht werden. Dies soll nur innerhalb eines Indikationsbereichs angewandt werden.“ (Köster 2012, 58)

Und das Ganze wurde dann auch noch konkretisiert, weil man mit diesen abstrakten Bestimmungen in der Praxis nicht viel anfangen konnte. Heraus kam eine in vier Gruppen eingeteilte Priorisierungsordnung, die so aussieht:

„**Priorisierungsgruppe 1**

- Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten
- Versorgung solcher Krankheiten, die ohne Behandlung zu dauerhafter Behinderung oder zu vorzeitigem Tod führen
- Versorgung schwerer chronischer Krankheiten

² Allerdings ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) seit 2007 beauftragt, eine Empfehlung für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der für die Bestimmung des Umfangs der Leistungen in der GKV verantwortlich ist, auszuarbeiten. (Vgl. Deutscher Ethikrat 2011, 8) Außerdem erarbeitete der Deutsche Ethikrat 2011 eine Stellungnahme, die der Politikberatung dient. (Deutscher Ethikrat 2011)

- Palliative Versorgung und Versorgung in der Endphase des Lebens
- Versorgung von Menschen mit herabgesetzter Autonomie

Priorisierungsgruppe 2

- Prävention
- Rehabilitation

Priorisierungsgruppe 3

Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen

Priorisierungsgruppe 4

Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit oder Schaden

Die Versorgung der oberen Gruppen hat Vorrang vor der der unteren Gruppen. Die Gruppen bekommen in abnehmender Reihenfolge öffentlich finanzierte Ressourcen zur Verfügung gestellt.“ (Köster 2012, 58)

In Schweden wurden weitere Konkretisierungen vorgenommen, die in der Praxis als Orientierung überaus hilfreich sind. So wird versucht, die eingangs geschilderte Diskrepanz zwischen zur Verfügung stehenden Ressourcen im Gesundheitswesen und Kosten einzufangen. Im Oktober 2003 beschloss das Parlament der Provinzialregierung Östergötlands eine so genannte Stoppliste. Sie sollte dazu beitragen, dass die Kosten für das öffentliche Gesundheitssystem gesenkt werden. Fortan sollten folgende Leistungen von den Patienten aus eigenen Mitteln bezahlt werden:

- Zweiter Hörapparat
- Behandlung des leichten Schnarchens
- Krampfadern als kosmetisches Problem
- Chronische Rückenschmerzen
- Atembeschwerden aufgrund schiefer Nasenscheidewand
- Sterilisation des Mannes
- Sterilisation der Frau ohne medizinische Indikation
- Kaiserschnitt ohne offenbar psychische oder medizinische Indikation
- Fruchtwasseruntersuchung bei nicht-medizinischen Indikationen
- Operation gutartiger Tumore

- Leichte Prostatabeschwerden
- Kopfläuse
- Blasenkatarrh bei Kindern
- Kniebeschwerden bei älteren Patienten, Arthroskopie
- Anale Erkrankungen
- Chirurgische Versorgung von Magen-Darm-Erkrankung bei multimorbiden älteren Patienten. (Köster 2012, 58 f.)

Parallel dazu gibt es in Schweden seit 2004 die ersten nationalen Priorisierungsleitlinien, zum einen zur Versorgung von Herzkranken im Jahre 2004. „Es folgten Leitlinien für Schlaganfallpatienten (2005), zur Venenthrombose (2004), zu Asthma/COPD und Brust-, Kolon- und Prostatakarzinomen (2007).“ (Köster 2012, 59) Man kann hier von vertikalen Priorisierungslisten sprechen, d.h. „die in ein Rangordnung von eins (höchste Priorität) bis zehn (niedrigste Priorität) gebracht sind. Für die Einstufung maßgebend sind Schwere und Gefährlichkeit des Krankheitszustands, die Nutzen- und Schadenspotentiale der erforderlichen Behandlungen sowie die Qualität der Evidenzlage.“ (Köster 2012, 59)

Insgesamt muss man feststellen, dass die eben genannten Leitlinien allesamt nicht in die Therapiehoheit der Ärzte eingreifen und für andere Länder durchaus vorbildhaft sein können, zumindest als Diskussionsanstoß.

3. Verteilungskriterien

Nachdem wir nun das schwedische System kennen gelernt haben, müssen wir uns klar darüber werden, nach welchem Schlüssel wir hierzulande die immer knapper werdenden Ressourcen verteilen wollen. Das schwedische Modell ist in den verschiedenen, eben referierten Bereichen ein multifaktorielles System, d.h. es werden unterschiedliche Gesichtspunkte berücksichtigt. Diese Faktoren, die immer wieder in europäischen Ländern, aber auch recht zurückhaltend und zaghaft bei uns diskutiert werden, will ich im Folgenden vorstellen, damit wir anschließend systematisch die einzelnen Punkte betrachten können. (Vgl.dazu Buyx 2011, 57-60)

a) Wirksamkeit

Es wird diskutiert, welcher Grad an Wirksamkeit bei einem Patienten die Behandlung noch rechtfertigt. Soll man eine kostenintensive Chemotherapie noch anwenden, wenn die Wirksamkeit als äußerst gering eingeschätzt wird? Eine Wirksamkeitsschwelle wird in der Literatur durchaus zugestimmt, in der Rechtsprechung hingegen abgelehnt. (Vgl. den oben referierten Nikolausbeschluss)

b) Notwendigkeit und Dringlichkeit

Hier wird inzwischen angezweifelt, ob die akute Lebensbedrohlichkeit als maximale Dringlichkeit alle anderen Erwägungen übertrumpfen kann. Hier muss man diskutieren, dass der Wert des menschlichen Lebens mit dem Gebot der Solidarität in Konkurrenz treten kann, denn die am Gesundheitswesen Beteiligten bilden eine Solidargemeinschaft.

c) Kosteneffektivität

Es gibt bestimmte Parameter, die sich auf die Kosteneffektivität beziehen. Man nennt sie QALYs (quality adjusted life years). Sie beinhalten, dass die gewonnenen Lebensjahre mit der Lebensqualität des Menschen verrechnet werden sollen.³ Beispielsweise weiß der Arzt, dass mit einer Chemotherapie das Leben des Patienten verlängert werden kann, doch die Qualität der gewonnenen Lebenszeit ist äußerst gering. Da stellt sich die Frage, ob diese kostenintensive Chemotherapie noch angewandt werden soll.

Die QALYs sind umstritten. Zum einen ist das, was Lebensqualität ist, sehr umstritten. Die Parameter sind äußerst subjektiv. Derselbe gesundheitliche Zustand kann von

³ Die Berechnung erfolgt folgendermaßen: Die Lebensqualität wird zwischen 0 und 1 angegeben. 1 steht für vollkommenes Wohlbefinden und 0 für Tod. Die Lebenslänge (LL) wird in Jahren angegeben. Ein QALY entspricht dann einem Jahr in vollkommenem Wohlbefinden: LL = 1 und LQ = 1. Ein QALY kann aber auch zwei Jahre bei nur halber Lebensqualität entsprechen (LL = 2 und LQ = 0,5) oder vier Lebensjahre mit einem auf ein Viertel reduzierten Wohlbefinden (LL = 4 und LQ = 0,25). (Vgl. Deutscher Ethikrat 2011, 38)

einer Person als gut empfunden werden, während eine andere Person sie als eingeschränkt erlebt. Nicht nur deshalb, sondern auch wegen anderer Kritikpunkte⁴, gibt es eine intensive akademische Diskussion über den Wert der QUALYs. (Deutscher Ethikrat 2011, 39)

d) Alter

In der Debatte bei uns steht die Frage im Mittelpunkt, ob dieses Kriterium überhaupt berücksichtigt werden soll.

e) Eigenverantwortung

Man muss feststellen, dass das individuelle Gesundheitsverhalten ein wesentlicher, wenn nicht der wesentlichste Faktor für die Gesundheit ist. „Ausreichende Bewegung, gesunde Ernährung, wenig Alkohol, kein Tabak etc. würde eine bessere allgemeine Gesundheit nach sich ziehen und, in der Folge, vermutlich viel Leid vermeiden.“ (Buyx 2011, 59) Darum muss diskutiert werden, ob in einer Solidargemeinschaft nicht die Menschen, die nicht gesundheitsbewusst leben, ihre Krankheitskosten, zumindest zum Teil selbst bezahlen.

f) Gleichbehandlung

Eine gute Orientierung für die Verteilung im Gesundheitswesen scheint mir der Artikel 3, Absatz 1 des Grundgesetzes zu sein, der lautet: „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.“ Daraus folgert der Deutsche Ethikrat „insbesondere das Erfordernis einer gleichheitssichernden Verfahrensgestaltung.“ (Deutscher Ethikrat 2011, 85) Das geschieht nach Luhmann dadurch, dass entschieden wird, wie bereits entschieden worden ist. (Vgl. Luhmann 1981, 343) Das Bundesverfassungsgerichts entschied in seinem Beschluss vom 7. Oktober 1980: „Demgemäß ist dieses

⁴ 1. Außerachtlassung des Schweregrades der Erkrankung; 2. Diskriminierung bestimmter Patientengruppen, beispielsweise bekommen Menschen mit einer Behinderung weniger QUALYs zugesprochen; 3. Benachteiligung von Patienten mit geringer Therapiefähigkeit; 4. Unterbewertung der Therapie extremer, aber sehr kurzer Krankheitszustände. (Vgl. Deutscher Ethikrat 2011, 64 f.)

Grundrecht vor allem dann verletzt, wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten.“ (BVerfGE 55, 72, B II) Das bedeutet, dass sich die Kostenträger im Gesundheitswesen bei ihren Entscheidungen an vergleichbare vorhergehende Entscheidungen zu halten haben.

4. Die normative Kraft des Faktischen

Ich will noch sagen, warum es mir so wichtig ist, diese Diskussion anzuregen. Es gibt ein abschreckendes Beispiel, das uns zeigt, welche Folgen es hat, wenn wir solche Fragen, die uns alle angehen, nicht intensiv öffentlich besprechen. Ab Anfang der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts gab es bei uns die Möglichkeit bei der Pränataldiagnostik (PND) zwischen der 11. und 13. Schwangerschaftswoche die Nackenfalte des Fötus zu messen. Ab einem Wert von 3 Millimetern prognostiziert man eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Trisomie 21 beim Neugeborenen und ab 6 Millimetern eine stark erhöhte Wahrscheinlichkeit. In Deutschland liegt die geschätzte Zahl der Abtreibungen nach dieser Diagnose bei ca. 92%, obwohl die Aussagekraft dieser Diagnose höchst unsicher ist. Es gab seinerzeit keine öffentliche Debatte über die moralischen Probleme, die möglicherweise dabei entstehen könnten. Inzwischen gehört die Messung diskussionslos zum Bestandteil jeder Vorsorgeuntersuchung, selbst wenn die Betroffenen sich mit guten Gründen ausdrücklich dagegen aussprechen, wie das im Fall einer Kollegin aus den Rehabilitationswissenschaften geschehen ist. Will man vermeiden, dass sich die normative Kraft des Faktischen wie im Fall der Nackenfaltemessung durchsetzt, muss über die moralischen Probleme, die dabei entstehen, eine breite öffentliche Diskussion herbeigeführt werden. Das gilt nicht nur hierfür, denn alle Themen der Angewandten Ethik gehen uns an, wenn auch vielleicht zunächst nur mittelbar oder erst im späteren Leben. In jedem Fall prägen die öffentlichen Debatten das zukünftige soziale Zusammenleben. Und was die Priorisierung im Gesundheitswesen betrifft, formuliert der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme: „Diese unbequeme Thematik offen zu diskutieren, ist, so die Auffassung des Rates, allemal besser, als verdeckte und damit intransparente

Leistungsbegrenzungen auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems zu akzeptieren.“ (Deutscher Ethikrat 2011, 9 f.)

Literatur

Buyx, Alena: Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Johann S. Ach, Kurt Bayertz, Ludwig Siep (Hg.): Grundkurs Ethik, Band II: Anwendungen, Paderborn 2011, S. 49-63.

Deutscher Ethikrat: Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme, Berlin 2011

Köster, Uwe: Stoppliste. Schweden gehört zu den Ländern, die am frühesten und seither kontinuierlich die Debatte um die Priorisierung medizinischer Leistungen geführt haben. Zu welchen Ergebnissen hat sie geführt?, in: Niedersächsisches Ärzteblatt, Nr. 2/2012, S. 58-59.

Luhmann, Niklas: Soziologische Aufklärung 3: Soziales System, Gesellschaft, Organisation, Opladen 1981