GERECHTE GESUNDHEIT

Der Newsletter zur Verteilungsdebatte

Ausgabe 43
August 2018

Gebote und Verbote

Sterbehilfe in Deutschland

© Spectral-Design, Fotolia.com

PrEP und jetzt?
Politiker zu Potenzial und Nebenwirkungen der HIV-Prophylaxe

Vision Zero
Über neue Maßstäbe im Kampf gegen die Volkskrankheit Krebs

Garant oder Bremser?
Selbstverwaltung im Gesundheitswesen – eine Bestandsaufnahme

Was darf man, was soll man, was kann man?

Sterbehilfe ist für viele Ärzte ein äußerst schwieriges Thema. Es handelt sich um eine Gewissensentscheidung, die sich niemand leicht macht. Hinzu kommt, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen nur noch schwer zu durchschauen sind. Selbst der Jurist Prof. Jochen Taupitz, den wir dazu interviewt haben, nennt die Lage verworren. Daran ändert auch Spahns Order an das BfArM nichts. Einige Bundestagsabgeordnete erkennen mittlerweile durchaus Handlungsbedarf. Doch die Bereitschaft, sich diesem herausfordernden Thema zu widmen, dürfte nicht sehr ausgeprägt sein. Abwarten scheint die Devise, bis sich das Bundesverfassungsgericht rührt. Damit bleibt die Situation unbefriedigend.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

Ihre Antje Hoppe, Chefredakteurin

Inhalt

Im Fokus

4 PrEP: Potenzial mit Nebenwirkungen
Politiker nehmen zur HIV-Prophylaxe Stellung

6 **Garant oder Bremser?**
Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen

9 **Vision Zero für Krebs**
Über neue Maßstäbe im Kampf gegen eine Volkskrankheit

12 **Das heiße Eisen**
Sterbehilfe – Einstellungen, Urteile und Tabus

Im Gespräch

16 **„Die Situation ist verworren“**
Prof. Jochen Taupitz zur Sterbehilfe in Deutschland

In Kürze

20 **Seltene Erkrankungen – Allokationsherausforderung für das System**

20 **Wettbewerb um Gesundheit**

21 **Globale Gesundheit: WHO-Lehren und Strategien für Deutschland**

22 **Zum Wert eines Lebensjahres**

23 **„Deutschland braucht Versorgungsziele“**

24 **Krankenhäuser zwischen Zuwendung und Wirtschaftlichkeit**

25 **Zukunftsthesen zu Innovationen**

26 **„Höchste Zeit“: die HPV-Impfung für Jungen**

PrEP: Potenzial mit Nebenwirkungen

Politiker nehmen zur HIV-Prophylaxe Stellung

• Berlin (pag) – Die Präventionskampagnen zum Schutz gegen HIV-Infektionen waren erfolgreich. Allerdings stagniert die Zahl der Neuerkrankungen in Deutschland. Hauptvirusträger sind Männer, die Sex mit Männern haben. Seit 2016 gibt es eine neue medikamentöse Präventionsmethode, die Prä-Expositions-Prophylaxe, kurz: PrEP. Dem „Wildwuchs" rund um PrEP will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ein strukturiertes Angebot entgegensetzen. Zur Erstattungsfrage nehmen Kordula Schulz-Asche (Bündnis90/Die Grünen) und Rudolf Henke (CDU) Stellung.

Die WHO, internationale und nationale Leitlinien sprechen sich mittlerweile für diese Art der Prävention bei Menschen mit hohem HIV-Risiko aus. Seit zwei Jahren kann hierzulande das antiretrovirale Medikament auf Rezept aus der Apotheke bezogen werden. Noch ist es eine Selbstzahlerleistung. Ob es solidarisch finanziert werden sollte, wurde in den vergangenen Monaten kontrovers diskutiert. Die Hauptkosten liegen allerdings mit rund 50 Euro monatlich nicht beim Arzneimittel. Wer PrEP einnimmt, muss sich wegen der Nebenwirkungen engmaschig ärztlich untersuchen lassen.
Der Gemeinsame Bundesausschuss, der über die Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt, sah sich als nicht zuständig an. Eine medikamentöse Prophylaxe oral eingenommen ist in den Regularien nicht abgebildet, hieß es. Die Private Krankenversicherung zeigte sich ebenfalls ablehnend. In Schottland dagegen werden die Kosten seit April übernommen, zuvor sind Norwegen, Frankreich und Belgien diesen Schritt gegangen. Und jetzt zieht Deutschland nach: Im Juli hat Jens Spahn angekündigt, dass Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko einen gesetzlichen Anspruch auf ärztliche Beratung, Untersuchung und Arzneimittel zur Prä-Expositions-Prophylaxe erhalten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband sollen vereinbaren, welche Personen anspruchsberechtigt sind. Das Bundesgesundheitsministerium schätzt, dass PrEP etwa 10.000 Menschen in Anspruch nehmen werden. Die Wirkung der Prophylaxe will das Ministerium bis Ende 2020 evaluieren.

Mit der Prophylaxe wird die Hoffnung verbunden, HIV/Aids eines Tages ausrotten zu können. Sie ermöglicht einen selbstbestimmten Schutz vor der Krankheit, ohne darauf angewiesen zu sein, dass der Partner ein Kondom benutzt. Allerdings befürchten Kritiker, dass damit die Bereitschaft für Kondome sinkt. In der Folge würden andere Geschlechtskrankheiten wieder vermehrt übertragen. •

Rudolf Henke

„Argumentationsprobleme für solidarische Finanzierung“

PrEP ist ein vielversprechender Ansatz um HIV-Neuinfektionen einzudämmen. Das zeigen uns Zahlen aus Ländern und Städten, in denen durch den Einsatz von PrEP Rückgänge der Neuinfektionen von teilweise über 40 Prozent zu verzeichnen sind. Zudem ist es in den Hochrisikogruppen sehr akzeptiert. Die Medikation verspricht also einen Beitrag zur Bekämpfung von HIV/AIDS leisten zu können. Die PrEP darf allerdings nicht dazu führen, in der Präventionsarbeit besonders im Bereich der übrigen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) nachzulassen. Bei den Überlegungen über Erstattungsansprüche sind wir dem Wirtschaftlichkeitsprinzip des SGB V verpflichtet: ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend. Deshalb sehe ich Argumentationsprobleme, PrEP als Präventionsmaßnahme von der Solidargemeinschaft zu finanzieren. Anders stellt es sich für die notwendigen Begleituntersuchungen dar, die etwa die Überwachung der Nebenwirkungen von PrEP auf die Nieren und obligatorische HIV-Tests beinhalten. Ich werbe dafür, diese Begleituntersuchungen zukünftig als Leistungsanspruch in das SGB V aufzunehmen. Dies wäre ein vielversprechender Ansatz, um die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte innerhalb der Hochrisikogruppen zu erhöhen, was sich in der Vergangenheit oft als schwierig erwiesen hat. In diesem Zusammenhang sollten wir auch diskutieren, ob diese Untersuchungen an ein obligatorisches STI-Screening geknüpft werden könnten.

Kordula Schulz-Asche

„Bei der Erstattung darf es nicht zu Ungerechtigkeiten kommen“

Eine kürzlich vorgestellte Studie der Universität Duisburg-Essen kam zum Schluss, dass die Zahl der PrEP-Nutzer seit ihrem Preisverfall rasant gestiegen ist. 4.500 Menschen schützen sich demnach inzwischen in Deutschland auf diese Weise vor einer HIV-Infektion. Die Entwicklung zeigt, dass die PrEP in Deutschland angekommen ist.
Das ist zu begrüßen, schließlich hat das Medikament das Potenzial die Neuinfektionen signifikant zu senken. Die Einnahme ist jedoch nicht risikofrei, schließlich schützt sie nicht vor anderen Geschlechtskrankheiten. Auch kann es bei unwissentlich HIV-Infizierten bei der PrEP-Einnahme zu Resistenz-Entwicklungen kommen. Die dauerhafte Einnahme als Präventivmaßnahme kann also nur für Menschen mit hohem Infektionsrisiko und als Ergänzung zu herkömmlichen Verhütungsmethoden sinnvoll sein.
Um die PrEP ausgewählten Risikogruppen verfügbar zu machen, bedarf es jedoch passender Therapiekonzepte, in denen vor allem die Frage der Kostenübernahme geklärt sein muss. Die Behandlung kann nur in enger medizinischer Begleitung durch Spezialisten erfolgen und bedarf regelmäßiger Laboruntersuchungen, welche die gesetzliche Krankenversicherung heute noch nicht abdeckt. Eine entsprechende Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) könnte hier Abhilfe schaffen. Auch die Frage der Erstattung des Medikaments selbst ist ungelöst. Hier darf es nicht zu Ungerechtigkeiten kommen, da etwa Kondome auch nicht von den Kassen übernommen werden. Diese Hürden gilt es jedoch zu bewältigen, wenn wir HIV-Neuinfektionen wirklich den Kampf ansagen wollen. Denn anders werden wir das Ziel der Vereinten Nationen, AIDS bis 2030 auszurotten, wohl nicht erreichen.

RUDOLF HENKE

Der Aachener Internist ist seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestags. Außerdem engagiert er sich als Präsident der Ärztekammer Nordrhein in der ärztlichen Selbstverwaltung. Henke ist außerdem erster Vorsitzender der Ärztegewerkschaft Marburger Bund. Bei der AIDS-Hilfe Nordrhein-Westfalen ist er Kuratoriumsmitglied.

© pag, Fiolka

KORDULA SCHULZ-ASCHE

Von der hessischen Landespolitik wechselte die ausgebildete Krankenschwester 2013 in den Bundestag. Schulz-Asche lebte zwischenzeitlich in Afrika, wo sie für Entwicklungsorganisationen im Bereich Gesundheitsaufklärung tätig war. Bei der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit arbeitete sie im Projekt „HIV/AIDS-Bekämpfung in Entwicklungsländern“.

© pag, Fiolka

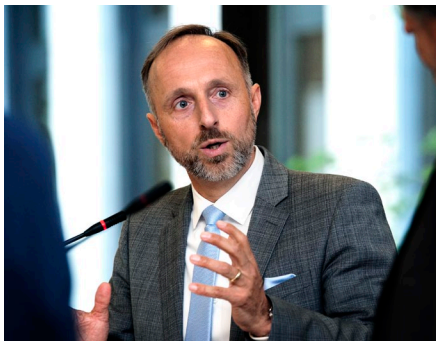
Garant oder Bremser?

Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen

• Berlin (pag) – Die Gutachten zur verfassungsrechtlichen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind veröffentlicht – und jetzt? Nicht nur der Ausschuss, sondern die Selbstverwaltung insgesamt steht seit einiger Zeit unter kritischer Beobachtung. Eine Bestandsaufnahme.

Mit einem Satz hat es Prof. Reinhard Busse von der TU Berlin kürzlich auf dem Hauptstadtkongress geschafft, den ehemaligen unparteiischen Vorsitzenden des G-BA, Rainer Hess, auf die Palme zu bringen. „Die Akteure der Selbstverwaltung werden mit der Lösung von Problemen beauftragt, die sie überhaupt erst geschaffen haben.“ Einige Probleme hat er zuvor genannt: etwa den extrem gestiegenen Arzneimittelkonsum, ein Überangebot an stationärer Versorgung und die Notfallversorgung.

„Für diese Behauptung haben Sie den Beweis nicht erbracht“, kontert der Jurist Hess. Die Selbstverwaltung sei nicht handlungsfähig aus sich heraus, sie sei mittelbare Staatsverwaltung, erläutert er. Sie könne nur in dem Rahmen handeln, den der Gesetzgeber ihr geschaffen hat. Beispiel Arzneimittelzugang: Es gebe den freien Marktzugang und keine vierte Hürde. „Ist nicht allein daraus schon abzuleiten, dass wir höhere Ausgaben haben müssen?“, fragt Hess. Er verweist



„Eine starke ärztliche Selbstverwaltung ist alternativlos, man muss uns nur machen lassen“, sagt Dr. Stephan Hofmeister, Vorstand der KBV. © pag, Fiolka

Rainer Hess, der ehemalige unparteiische Vorsitzende des G-BA, räumt Verbesserungsbedarf bei der Selbstverwaltung ein. „Wir sind zu langsam.“ © pag, Fiolka

„Die Akteure der Selbstverwaltung werden mit der Lösung von Problemen beauftragt, die sie überhaupt erst geschaffen haben“, sagt Prof. Reinhard Busse von der TU Berlin. © pag, Fiolka

außerdem darauf, dass es im Krankenhausrecht keine Regelungsbefugnis des Bundes gebe, das sei Landesrecht. „Der Gemeinsame Bundesausschuss kommt bei der Bedarfsplanung an die Krankenhäuser gar nicht heran.“ Hess räumt aber auch Verbesserungsbedarf bei der Selbstverwaltung ein. „Wir sind zu langsam.“

Typisch Selbstverwaltung – nicht gerade innovationsfreudig

Hess greift damit einen bekannten Vorwurf an die Selbstverwaltung auf, der Kritiker außerdem vorhalten, sie sei zu strukturkonservativ und wenig innovationsfreudig. Das ist offenbar nicht nur ein Problem im Gesundheitswesen, sondern des Prinzips Selbstverwaltung allgemein, wie Prof. Winfried Kluth ausführt, der auf dem Hauptstadtkongress neben Hess auf dem Podium sitzt. Der Rechtswissenschaftler hat eines der G-BA-Gutachten verfasst. Die Stärke der Selbstverwaltung liege nicht darin, sagt er, grundlegende Veränderungen bzw. Verbesserungen durchzuführen. Das sei in der Struktur eines Systems begründet, das auf Konsens und Kompromiss ausgerichtet ist. Folglich normiere der Gesetzgeber strikter jene Bereiche, „wo wir mehr und schneller Innovationen benötigen“.

Der Staat interveniert

Zahlreiche Veränderungen des Gesetzgebers im Bereich der Selbstverwaltung sind in den letzten Jahren zu beobachten, ein Höhepunkt dürfte das irreführend benannte Selbstverwaltungsstärkungsgesetz sein. Bleiben die erwarteten Ergebnisse aus, scheut sich der Staat nicht, zu intervenieren. Die Rahmenvorgaben sind teilweise so detailliert, dass sich darüber streiten lässt, ob der Name überhaupt noch angemessen ist. Auch werden mittlerweile andere Akteure wie Länder und Kommunen einbezogen. Insbesondere die erweiterten Aufsichtsinstrumente des Bundesgesundheitsministeriums dürften dazu führen, dass sich die Selbstverwaltungsakteure stark gegängelt fühlen und ihre Gestaltungsspielräume schwinden sehen. Das kritisiert bei einer Tagung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt Dr. Stephan Hofmeister, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Er sieht die ärztliche Selbstverwaltung sogar als „Prügelknaben“ missbraucht und fordert: „Eine starke ärztliche Selbstverwaltung ist alternativlos, man muss uns nur machen lassen.“ Ähnlich klingt es bei Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, die darauf hinweist, dass eine Einschränkung der Gestaltungsmöglichkeiten Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Selbstverwaltung habe.

Der innere Zusammenhalt bröckelt

Man macht es sich aber zu leicht, wenn man die Probleme lediglich außerhalb der Selbstverwaltung bzw. bei den Rahmenbedingungen verortet, schließlich ist deren Leistungsfähigkeit auch erheblich durch interne Schwierigkeiten eingeschränkt. Die Probleme bei der Interessensaggregation beschreibt Prof. Thomas Gerlinger von der Universität Bielefeld auf der Veranstaltung. Beispiel Vertragsärzteschaft: Dort beobachtet er eine Pluralisierung von Interessen, eine Ausdifferenzierung von beruflichen Identitäten und vor allem zwischen Haus- und Fachärzten eine hohe Konfliktintensität. Insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen attestiert er eine deutlich geschwächte innere Kohärenz, die günstige ökonomische Situation habe noch vieles überspielt. Sie reiben sich an ihrer

Doppelrolle auf – einerseits als Interessenvertretung der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen und andererseits als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Sicherstellungauftrag.
Bei den Krankenkassen stellt der Politikwissenschaftler die dominante Rolle des Wettbewerbs hervor, und zwar um einen niedrigen Zusatzbeitrag, der Qualitätswettbewerb spiele eine nur marginale Rolle. Das immer stärkere Selbstverständnis der Kassen als Unternehmen illustriert er wie folgt: „Wer einen Geschäftsbericht oder eine Selbstdarstellung einer Krankenkasse in die Hand nimmt, der kommt auf viele Ideen – aber nicht, dass es sich dabei um mittelbare Staatsverwaltung handelt.“ Dieses Selbstverständnis begründe bei den Kassen eine „Dominanz von Partikularinteressen“.

Wie lässt sich das Gesundheitswesen steuern?

Festzuhalten ist, dass die Selbstverwaltung mit einer doppelten Komplexität konfrontiert ist: unübersichtliche Interessenkonstellationen in den eigenen Reihen treffen auf immer anspruchsvollere Aufgaben und eine wachsende Regulierungsdichte. „Gerade die komplizierten Aufgaben werden an die gemeinsame Selbstverwaltung abgegeben und dann wundert man sich, dass das nicht so einfach umzusetzen ist“, sagt Pfeiffer. Dahinter steckt als Kernfrage, wie die vielfältigen Leistungsprozesse im deutschen Gesundheitswesen angemessen gesteuert werden können. Wie weit dürfen und müssen staatliche Vorgaben reichen, wie viel Gestaltungsmöglichkeiten braucht die Selbstverwaltung? Und noch grundsätzlicher kann darüber nachgedacht werden, ob das gegenwärtige Modell überhaupt noch angemessen ist. Dafür spricht, wie Gerlinger darstellt, dass korporatistische Engagements den Staat von Aufgaben entlasten, er kann auf diese Weise beteiligte Interessen integrieren. Dadurch wiederum lässt sich die Legitimität staatlicher Politik erhöhen. Auch scheinen die Alternativen – ein staatliches Gesundheitswesen oder ein rein privates – wenig attraktiv.

The Devil you know

Auf Dauer dürfte es aber zu wenig sein, wenn das System der Selbstverwaltung vor allem damit überzeugt, das am wenigsten schlechte System zu sein. „Es gibt zwischen Staats- und Marktversagen auch ein Korporatismusversagen“, bemerkt etwa Prof. Frank Schulz-Nieswandt auf der Tagung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt. Anstelle eines ewigen „weiter so“ müssen die Herausforderungen angegangen werden. Besondere Aufmerksamkeit verdient auch die mangelnde Nähe zu den Problemen vor Ort. Zu empathielos und abgehoben erscheint die Selbstverwaltung vielen, die sich in der realen Versorgung aufreiben.
Augenmaß und das System nicht zu überfrachten empfiehlt außerdem der Verwaltungsexperte Kluth. „Wer für ein System ist, muss auch die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit erkennen, um es dauerhaft wirksam zu lassen.“ Das sei ein momentan wichtiger Einsichts- und Erkenntnisprozess, unterstreicht er. „Das hat etwas mit Demut zu tun, das hat etwas mit Macht zu tun und das hat etwas mit Klugheit zu tun und die richtige Mischung ist wichtig.“ ●

Weiterführende Links:

Gutachten zur verfassungsrechtlichen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses:
http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/ministerium/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3162

Eine Kurzzusammenfassung gibt es auf:
http://www.gerechte-gesundheit.de/news/detail/bmg-veroeffentlicht-gutachten-zur-g-ba-legitimation.html

Selbstverwaltung im Überblick

Das Prinzip der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen beschreibt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wie folgt: Innerhalb gesetzlicher Rahmenbedingungen organisieren die Versicherten und Beitragszahler sowie die Leistungserbringer sich selbst in Verbänden, die in eigener Verantwortung die medizinische Versorgung der Bevölkerung übernehmen. Oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser ist der Gemeinsame Bundesausschuss. Weitere Gremien sind etwa die paritätisch mit Ärzten- und Kassenvertretern besetzten regionalen Zulassungs-, Berufungs- und Beschwerdeausschüsse. Die soziale Selbstverwaltung bezeichnet wiederum die ehrenamtlichen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber, die im Rahmen der Sozialwahlen gewählt werden. Sie bilden die Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenkassen. Bei der ärztlichen Selbstverwaltung handelt es sich um eine berufsständische Selbstverwaltung. Eine wichtige Aufgabe der Kammern ist die Fortbildung, die Kassenärztlichen Vereinigungen sind für die vertragsärztliche Versorgung der GKV-Versicherten zuständig. Mit dem Selbstverwaltungsstärkungsgesetz wurden die Kontrollmöglichkeiten des BMG über die Selbstverwaltung gestärkt. Man wolle diese vor Selbstblockaden schützen, sagte der damalige Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bei der Verabschiedung des Gesetzes im vergangenen Jahr.

Vision Zero für Krebs

Über neue Maßstäbe im Kampf gegen eine Volkskrankheit

• Berlin (pag) – Prof. Christof von Kalle regt sich auf: Bei der Veranstaltung „Neuvermessung der Onkologie“ prangert der Wissenschaftler des Deutschen Krebsforschungszentrums und des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen die gesellschaftliche Gleichgültigkeit im Kampf gegen Krebs an. Er hinterfragt auch die vermeintliche Kostenexplosion in der Onkologie.

Der Krebsmediziner bekennt, dass das Thema für ihn ein Aufreger sei. Er beschäftigt sich mit verschiedenen Methoden molekularer Diagnostik. „Und jedes Mal, wenn man damit auftritt, hat man die Fragen an der Backe: Haben wir jetzt eine Zwei-Klassen-Medizin, können wir uns das leisten?“

Prof. Christof von Kalle, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen
© pag, Maybaum

Wann ist eine Therapie zu teuer?

Von Kalle wirbt für ein Umdenken und zieht deshalb eine Parallele zu den bis in die 1970er Jahre steigenden Unfallzahlen. In Gesamtdeutschland sind etwa 1970 noch über 21.000 Menschen jährlich im Straßenverkehr gestorben. Damals habe es eine Betrachtungsweise gegeben „so wie wir heute Krebspatienten betrachten“. In der Verkehrspolitik fand allerdings ein Umdenken statt: Ausgehend von der aus Schweden kommenden „Vision Zero“ konnten in Europa die Unfallzahlen deutlich reduziert werden, berichtet von Kalle. In Deutschland versterben aktuell etwas über 3.000 Menschen jährlich im Verkehr. „Wir haben damals als Gesellschaft eine Entscheidung getroffen.“ Vision Zero zufolge ist jeder Verkehrstote einer zu viel, gesellschaftlich inakzeptabel.*

** Der Begriff Vision Zero stammt aus der Arbeitssicherheit und wurde Mitte der 1990er Jahre von der Schwedischen Straßenverkehrsbehörde weiterentwickelt. Er steht für einen Paradigmenwechsel in der Verkehrssicherheit und für ein umfassendes Handlungskonzept. Zwei Grundbedingungen sind maßgeblich. Erstens: Der Mensch macht Fehler. Das System Verkehr muss mit diesen Fehlern rechnen und sie verzeihen. Die Verkehrssicherheit muss zur gesellschaftlichen Aufgabe werden, in die u.a. auch Automobilindustrie, Bauverwaltung und Versicherungen einbezogen werden. Zweitens: Die Belastbarkeit des menschlichen Körpers wird zum entscheidenden Maßstab. Unfallfolgen dürfen auch im schlimmen Fall nicht mehr tödlich sein. Vision Zero erfordert eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen, die alle dem Ziel dienen, die Zahl der Getöteten und Schwerverletzten auf ein Minimum zu reduzieren. Quelle: Verkehrsclub Deutschland*

Diese Entschlossenheit vermisst der Mediziner im Kampf gegen Krebs. Er weist darauf hin, dass bei den Kostenberechnungen für plötzliche Todesunfälle im Verkehr völlig andere Zahlen zugrunde gelegt werden als bei verstorbenen Krebspatienten. Amerikanischen Analysen zufolge verursache ein Verkehrstoter Kosten in Höhe von 7,9 Millionen Dollar. „Warum haben wir im Gesundheitssystem nicht die gleiche Betrachtung?“, fragt er. „Da sagen wir, dass eine Therapie von 100.000 Euro zu teuer sei, das könnten wir uns nicht leisten, da gehen wir übermorgen pleite.“

„Wir kommen nicht voran“

Aktuell versterben allein an Darmkrebs etwa so viele Patienten wie früher im Straßenverkehr, betont von Kalle. Der Forscher verspricht nicht, dass jeder Fall verhindert werden kann, aber er sagt, dass sehr viel mehr machbar wäre als momentan getan wird – etwa in der Vorsorge. Die gesellschaftliche Bereitschaft, keinen Krebstoten zu akzeptieren, fehle allerdings. Er klagt an: „Wir sind bereit, den Patienten zu beschuldigen, wir sind bereit, die Verhältnisse zu beschuldigen, und wir sind bereit, unsere Untätigkeit zu entschuldigen. Und deshalb kommen wir an dieser Stelle nicht voran.“ Als aktuelles Beispiel wird auf der Veranstaltung das Einladungsverfahren zur Darmkrebsvorsorge genannt, das in Holland unkompliziert auf die Schiene gesetzt worden sei und hierzulade im „kafkaesken Gemeinsamen Bundesausschuss“ stecken bleibe, so Dr. Georg Ralle, Generalsekretär des Vereins Netzwerk gegen Darmkrebs.

Brustkrebs und unangenehme Wahrheiten

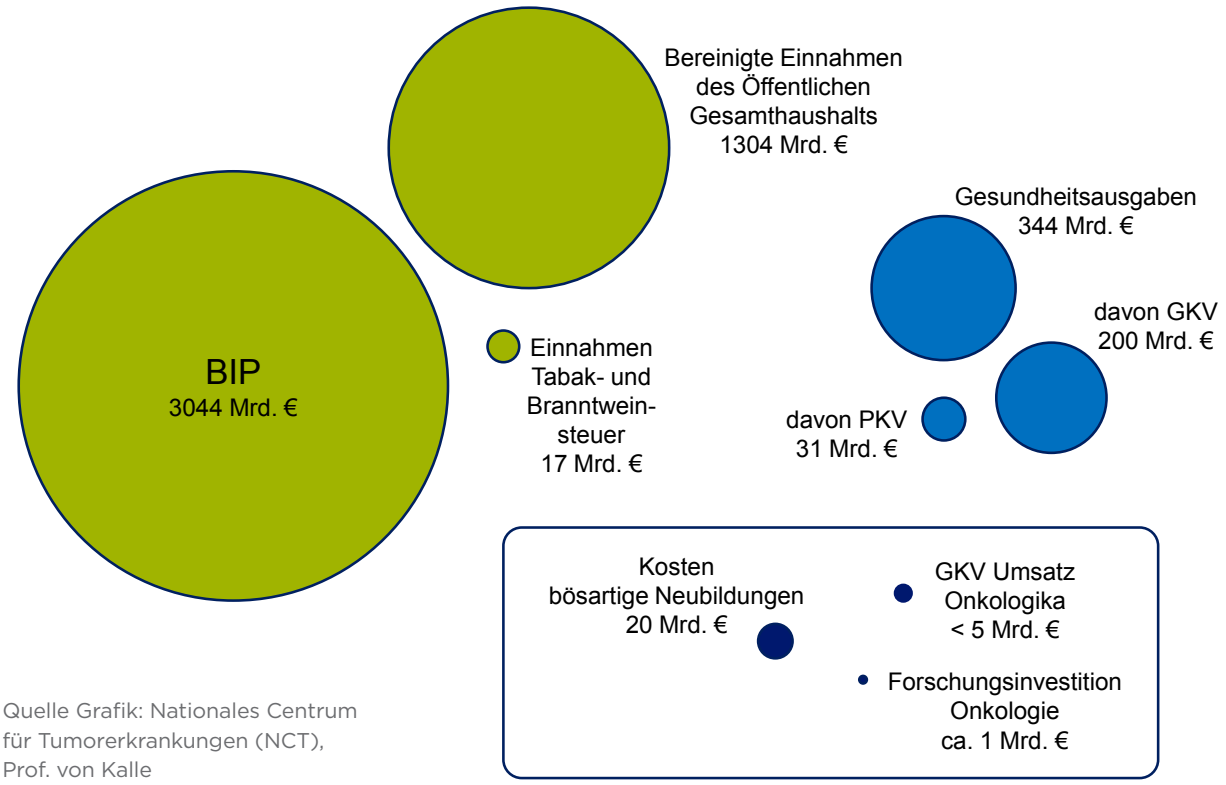
„Wir alle glauben, in einer menschlichen, solidarischen Gesellschaft zu leben, in der Menschen, die an einer tödlichen Krankheit leiden, jegliche medizinische und auch nicht-medizinische Unterstützung und Pflege erhalten, die sie brauchen. Wir glauben auch, dass weder Kosten noch Mühen gescheut werden, um diesen Menschen das Leben so angenehm wie möglich zu machen und dass es niemals Gesetze geben würde, die die Erforschung neuer, lebensrettender Therapien verhindern. Zumindest war dies meine feste Überzeugung, bis bei mir vor fast sechs Jahren Brustkrebs diagnostiziert wurde. Leider musste ich feststellen, dass es bei Gesetzgebern einen Mangel an tiefergehendem Wissen über das alltägliche Leben mit metastasiertem Brustkrebs gibt“, schreibt Suzanne Leempoels in dem Blog ‚The Metastatic Breast Cancer‘.

Die Patienten sind schuld

Stichwort Prävention: Digitalisierungsexperte und Autor Sascha Lobo hat für die, wie er es nennt, „Präventionsaversion der Öffentlichkeit“ eine Erklärung. Bei der Podiumsdiskussion erläutert er: Bei Krebs finde noch immer eine Schuldzuweisung statt, Stichwort Rauchen und Lungenkrebs. Dieser Mechanismus sei mitverantwortlich dafür, dass Prävention so klein geschrieben werde. Lobo sagt: „In dem Moment, wo unterschwellig gedacht wird, dass die Leute selbst schuld sind, will man auf keinen Fall akzeptieren, dass die kollektive Kostenstruktur verändert wird.“
Die Grundsatzkritik, die von Kalle vorträgt, teilt Jan Geissler von der Europäischen Patientenakademie. „Wir beschränken uns in der Diskussion auf die Kosten pro Box und nicht darauf, wie wir die Probleme lösen und wie wir die Daten generieren, um das, was wirkt, gezielt anwenden zu können.“ Er kritisiert, dass 90 Prozent der Daten in der Onkologie weggeworfen würden. Außerdem bemängelt er eine strikte Trennung zwischen Forschung und Versorgung. „Wir geben wahnsinnig viel Geld für Phase-III-Studien aus und um das Overall-Survival nachzuweisen.“ Wenn das Medikament in der Zulassung und Erstattung sei, passiere nicht mehr viel. Abschließend stellt Geissler klar, dass nicht jeder Patient jedes neue Medikament bekommen wolle, „sondern nur das, was bei ihm wirkt“. ●

Kosten in der Onkologie 2015 im Vergleich

Folgende Zahlen setzt Prof. von Kalle ins Verhältnis: Die Gesamtausgaben im deutschen Gesundheitssystem betragen 344 Milliarden Euro. 20 Milliarden, also etwa sechs Prozent, werden für die Behandlung von Krebs ausgegeben: „stationär, ambulant, Onkologika, alles – ein Fünfzehntel für eine Erkrankung, die ein Viertel von uns umbringt, und dann wundern wir uns, dass es nicht so richtig klappt.“ Der Anstieg von Ausgaben für Onkologika entspricht etwa dem des Bruttosozialprodukts und ungefähr auch dem der übrigen Medikamentenausgaben, „ganz sicher nicht überdurchschnittlich und ganz sicher nicht unangemessener Weise“. Von den 20 Milliarden Ausgaben für Krebs entfallen vier Milliarden auf Medikamente, davon wiederum etwa die Hälfte auf patentgeschützte. „Die so genannten teuren Medikamente machen ungefähr ein Prozent unserer Gesundheitsaufwendungen aus“, sagt von Kalle und bilanziert: „Wir haben die Möglichkeit, großartige Dinge in der Zukunft zu tun. Das, was wir bisher tun, ist kein Kostentreiber, der uns – bisher jedenfalls – über Gebühr finanziell belastet.“



Quelle Grafik: Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), Prof. von Kalle

© iStock.com, serts

Das heiße Eisen

Sterbehilfe – Einstellungen, Urteile und Tabus

• Berlin (pag) – Die derzeit unübersichtliche rechtliche Situation bei der Sterbehilfe führt zu Verwirrung und Unsicherheit bei den Ärzten. Dabei ist das Thema ohnehin schon schwierig genug. Die Politik erkennt Handlungsbedarf.

Jeder hat zu Sterbehilfe eine Meinung. Sie beruht auf persönlichen Überzeugungen, zum Teil auch auf prägenden Erlebnissen. So ist es auch bei Ärzten, die im Falle eines Sterbewunsches meist der erste Ansprechpartner des Patienten sind. Eine Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin hat vor einiger Zeit ein breites Spektrum an Einstellungen offenbart: Die Mehrheit lehnt eine eigene Beteiligung am ärztlich assistierten Suizid grundsätzlich ab, aber ein Drittel könnte sich diese grundsätzlich vorstellen. Fast 40 Prozent befürworten, dass das Sterbehilfeverbot in der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer (BÄK) einheitlich von den Landeskammern übernommen wird. Dennoch stimmen beinahe 60 Prozent der Befragten zu, dass die Kammern Gewissensentscheidungen bei Ausnahmesituationen respektieren sollten – wenn ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis besteht (*Link zur Umfrage am Ende des Artikels*).
In den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung steht, dass die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung nicht unter allen Umständen bestehe. Es gebe Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann trete eine palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund. Ausdrücklich heißt es in der Präambel: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“ Diese Position hat BÄK-Präsident Prof. Frank Ulrich Montgomery im vergangenen Jahr bei einem europäischen Regionaltreffen des Weltärztebundes im Vatikan bekräftigt. Eine andere Auffassung vertrat dort der Vorsitzende der niederländischen Ärztekammer.

Ärztliche Aufgabe oder nicht?

Auch hierzulande gibt es Ärzte, die sich von der offiziellen Linie der Bundesärztekammer distanzieren und den assistierten Suizid nicht grundsätzlich ablehnen. Einer von ihnen ist der bayerische Hausarzt Dr. Anton Wohlfart. „Für mich ist es eine ärztliche Aufgabe, denn wer soll besser wissen, wie es einem Patienten geht und was man ihm geben kann, damit er in Würde und schmerzlos aus dem Leben scheidet?“ Vor einigen Jahren hat er im Interview mit der „Zeit“ bekannt, bei einer Patientin Sterbehilfe geleistet zu haben. Seitdem haben sich die rechtlichen Rahmenbedingungen verschärft. Wohlfart würde daher Sterbehilfe nur noch leisten, wenn er sicher sein kann, dass es „im totalen Schweigen“ passiert. Er beklagt, dass das Thema in der Ärzteschaft ein großes Tabu darstelle, allenfalls unter der Hand tauschten sich Kollegen aus. Er befürchtet, dass als Konsequenz die gewaltsamen Suizide zunehmen.

Palliativmediziner warnt vor Liberalisierung

Anders sieht es Prof. Lukas Radbruch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Für die Fachgesellschaft gehört es ausdrücklich nicht zum Grundverständnis, Beihilfe zum Suizid zu leisten oder über die gezielte Durchführung zu beraten. Sie legt den Fokus auf Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Radbruch nennt außerdem die Möglichkeit eines Therapieabbruchs. Er warnt, dass im Falle einer Liberalisierung der Sterbehilfe zunehmend ethische Grenzen verletzt würden: Sterbehilfe nicht nur bei weit fortgeschrittenen lebensbedrohlichen Erkrankungen, sondern wie in den Niederlanden bei Depression oder Demenz. Beide, Radbruch und Wohlfart, sind sich aber einig darin, dass es für Menschen mit hohem Leidensdruck eine enorme Erleichterung darstellen kann, mit einem Arzt über ihren Sterbewunsch zu sprechen. Mit diesem würden Palliativmediziner zwar häufig konfrontiert, aber nur in seltenen Fällen würde vom Arzt erwartet, eine todbringende Medikation zur Verfügung zu stellen, berichtet Radbruch. Den Patienten Raum für solche Gespräche zu geben, finden die zwei Ärzte wichtig. Doch tatsächlich passiere es häufig, dass Mediziner sofort abwinken, wenn Patienten das Thema ansprechen, so die Erfahrung Wohlfarts. Viele wollen sich gar nicht erst auf ein Thema einlassen, bei dem in allerletzter Konsequenz die Gefahr bestehen könnte, durch jahrelang andauernde Prozesse die eigene Existenz zu riskieren.

Sterbehilfe: assistiert, passiv, indirekt etc.

Verschiedene Begriffe werden im Kontext der Sterbehilfe verwendet. Beim assistierten Suizid reichen Angehörige oder Freunde dem Betroffenen auf Wunsch ein Medikament, das zum Tod führt und das von ihm selbst eingenommen wird. Im Falle des ärztlich assistierten Suizids wird es von einem Mediziner zur Verfügung gestellt. Passive Sterbehilfe meint den Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen wie künstliche Beatmung. Indirekte Sterbehilfe bedeutet, dass schmerzlindernde Medikamente gegeben werden, die unter Umständen lebensverkürzend wirken können. Tötung auf Verlangen bezeichnet die Tötung durch Dritte, der Arzt verabreicht dem Betroffenen auf Wunsch ein Mittel, das unmittelbar zum Tod führt, schreibt die Bundeszentrale für politische Bildung. Todeswünsche können der DGP zufolge unterschiedlich ausgeprägt sein. Das Kontinuum reiche von dem Wunsch, dass der Tod durch ein rasches Fortschreiten der Erkrankung bald eintreten möge, bis hin zur maximalen Form der Planung eines Suizids respektive Wünschen nach Beihilfe zum Suizid oder Tötung auf Verlangen.

Wiederholungsabsicht ist der Knackpunkt

Wie berechtigt sind solche Ängste? Der Bundestag hat – nach äußerst emotionalen Debatten und unter Aufhebung des Fraktionszwangs – 2015 entschieden, die geschäftsmäßige Sterbehilfe unter Strafe zu stellen. So heißt es im neuen Paragrafen 217 Strafgesetzbuch. „Geschäftsmäßig“ bedeutet, dass es in Wiederholungsabsicht geschieht. „Der Gesetzgeber hat in der Gesetzesbegründung ausdrücklich geschrieben, dass bereits das erstmalige Helfen in Wiederholungsabsicht strafbar sein kann“, erläutert der Jurist Prof. Jochen Taupitz im Interview (*Lesen Sie dazu „Die Situation ist verworren“*). Die Auslegung dieser Strafvorschrift ist dem Juristen zufolge noch immer höchst umstritten. Auch die unmittelbaren Reaktionen auf das Gesetz sind zum Teil sehr gegensätzlich. Während Kammerpräsident Montgomery die Entscheidung des Bundestags lobt, konstatiert die Gesellschaft für Humanes Sterben, dass Sterbenskranken – falls sie ihr Leben selbstbestimmt beenden wollen – zunehmend nur der Weg in die Schweiz bleibe.

Staatliche Instanz als Selbsttötungsassistenz

Mindestens ebenso kontrovers wird über ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts diskutiert. Im März vergangenen Jahres hat es entschieden, dass eine Sterbewillige in einer extremen Notlage Anspruch auf eine Erlaubnis haben kann, ein tödliches Betäubungsmittel zu erwerben. Bei diesem Urteil geht es nicht um Sterbehilfe durch Angehörige oder Ärzte, sondern wie sich der Staat dazu verhält. Der Deutsche Ethikrat kritisiert, dass damit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gezwungen werde, gegebenenfalls die Umsetzung von Suizidwünschen zu unterstützen, und zwar durch die Erlaubnis, eine tödlich wirkende Substanz zu erwerben. „Auf diese Weise wird eine staatliche Instanz zum Verpflichtungsadressaten der Selbsttötungsassistenz und diese von einer staatlichen Bewertung und Erlaubnis abhängig gemacht.“ Dagegen kann die Grünen-Politikerin Renate Künast den Grundgedanken des Gerichts nachvollziehen: Es habe sich Gedanken über die Not der Menschen gemacht, „da ist wenigstens nicht die Tür verriegelt“. Sie sei erleichtert, dass in einer extremen Notlage nicht einfach mit einem Nein reagiert werde.

Wie geht es weiter?

Die Politikerin räumt aber ein, dass es nicht einfach sein werde, mit dem Urteil umzugehen. Künasts Prognose aus dem vergangenen Jahr hat sich als zutreffend erwiesen. Das BfArM hat bisher noch keinem einzigen Patienten ein tödlich wirkendes Mittel zur Verfügung gestellt. 20 Patienten sind auf der Warteliste bereits verstorben, über 100 haben bei der Behörde einen Antrag gestellt (Stand Mai 2018). In einem Rechtsgutachten im Auftrag des BfArM kritisiert der ehemalige Verfassungsrichter Prof. Udo Di Fabio die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts als „verfassungsrechtlich nicht halt-

bar“. Die Konsequenz zieht Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Ende Juni, er hat die Behörde schriftlich auffordern lassen, „solche Anträge zu versagen“.

Warten auf das Bundesverfassungsgericht

Und jetzt? Das fragen sich angesichts der unübersichtlichen Situation nicht nur Ärzte, sondern zunehmend Politiker. Der FDP-Bundestagsabgeordnete Konstantin Kuhle hat kürzlich eine Kleine Anfrage zur „Rechtmäßigkeit des Erwerbs von Betäubungsmitteln zur Selbsttötung und strafrechtliche Bewertung der Sterbehilfe“ initiiert. Die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion Sabine Dittmar sieht den Bundestag in punkto Sterbehilfe wieder in der Pflicht: „So wie es jetzt ist, kann es nicht bleiben.“ Es sei genau das eingetreten, was es zu verhindern galt – rechtliche Unsicherheiten für Palliativmediziner. Sie verlangt einen gewissen Spielraum im Arzt-Patienten-Verhältnis.

Doch angesichts des vollen Pflichtenhefts der großen Koalition ist es ungewiss, ob das Parlament dieses schwierige Thema erneut angeht. Das Gesetzgebungsverfahren, das im neuen Paragrafen 217 mündete, bezeichnete Prof. Norbert Lammert, seinerzeit Bundestagspräsident, als das vermutlich anspruchsvollste der Legislaturperiode. Möglicherweise werden die Abgeordneten zunächst die Entscheidung aus Karlsruhe abwarten, denn gegen den neuen Paragrafen 217 laufen mehrere Verfassungsbeschwerden – einige davon haben Palliativmediziner angestrengt. Bis die Richter darüber entscheiden, bleibt die aktuelle Situation bestehen – mit allen Unabwägbarkeiten. ●

Weiterführender Link:

Zusammenfassung der Befragung von Palliativmedizinern zu Suizidassistenz und Sterbebegleitung:

http://www.dgpalliativmedizin.de/pressemitteilungen/2015-09-22-10-57-50.html

Sterbehilfe – pro und contra

Befürworter der Sterbehilfe argumentieren, dass jedem das Recht und die persönliche Freiheit zustehe, selbstständig über den eigenen Tod zu entscheiden. Vor allem geht es darum, eigenständig Leiden zu verkürzen, das durch Palliativmedizin nicht verhindert werden kann. Religiöse Maßstäbe könnten nicht für alle Menschen gelten.

Die Gegner betonen, dass es nicht dem Menschen obliege, über Leben und Tod zu entscheiden. Sterben sei ein natürlicher Prozess und könne mit Schmerztherapien menschenwürdig gestaltet werden. Sie befürchten eine Ökonomisierung des Todes. Ärzte verpflichte der Hippokratische Eid, Patienten am Leben zu erhalten.

Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung

„Die Situation ist verworren“

Prof. Jochen Taupitz zur Sterbehilfe in Deutschland

Wie würden Sie die derzeitige Situation der Sterbehilfe in Deutschland charakterisieren?

Soweit Sterbehilfe in dem Sinne betroffen ist, dass einem anderen Menschen bei der Selbsttötung geholfen wird, ist die Situation verworren. Erstens gibt es seit 2015 mit dem Paragrafen 217 Strafgesetzbuch eine unselige Strafvorschrift zur strafbaren Beihilfe zum Suizid, deren Auslegung höchst umstritten ist. Es gibt zweitens eine damit nicht in Einklang zu bringende Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts, wonach der Staat unter bestimmten Voraussetzungen verpflichtet ist, ein tödlich wirkendes Medikament zum Zweck des Suizids zur Verfügung zu stellen. Und es gibt eine Entscheidung des Oberlandesgerichts Hamburg, welche die ganz alte Entscheidung des Bundesgerichtshofs zum Wittig-Fall wiederbeleben will. Danach muss jemand, der erlaubtermaßen Beihilfe zum Suizid leistet, trotzdem Hilfe leisten, wenn der Suizident bewusstlos geworden ist. Schließlich gibt es in den einzelnen Ärztekammerbezirken unterschiedliche berufsrechtliche Regeln: In manchen Kammerbezirken ist es den Ärzten strikt verboten, Beihilfe zum Suizid zu leisten, in anderen nicht. Das ist insgesamt kaum zu verstehen.

Wo bestehen aus Ihrer Sicht bei den Betroffenen – sowohl Patienten als auch Palliativmedizinern und Hospizmitarbeitern – die größten Probleme?

Ein Patient kann nicht sicher sein, dass er sich vertrauensvoll an seinen Arzt wenden kann und dieser ihm – wenn er einen ernsthaften und dauerhaften Sterbewunsch hat – dann auch hilft und helfen darf. Abgesehen von den in einigen Kammerbezirken drohenden berufsrechtlichen Konsequenzen macht sich der Mediziner möglicherweise nach dem neuen Paragraf 217 strafbar, weil dieser die geschäftsmäßige Sterbehilfe unter Strafe stellt.

Geschäftsmäßig heißt …

… dass es in Wiederholungsabsicht geschieht. Der Gesetzgeber hat in der Gesetzesbegründung ausdrücklich geschrieben, dass bereits das erstmalige Helfen in Wiederholungsabsicht strafbar sein kann. Ich meine: Wenn ein Arzt aus Gewissensgründen einem Patienten in einer bestimmten Situation Beihilfe zum Suizid leistet, dann wird er das aufgrund seines Gewissens in einer vergleichbaren Situation wieder tun. Gerade eine Gewissensentscheidung trägt von Anfang an die Wiederholungsabsicht in sich. Das Gewissen schlägt ja nicht heute so und morgen anders, sondern es gebietet einem, in einer vergleichbaren Situation gleich zu handeln. Deswegen denke ich, dass gerade Palliativmediziner und Mediziner in Hospizen, die verhältnismäßig oft entsprechende Sterbewünsche angetragen bekommen, vor einem erheblichen Strafbarkeitsrisiko stehen.

Wie sieht es mit den Angehörigen aus?

Auch hier zeigen sich die Ungereimtheiten des Paragrafen 217, zum Beispiel folgendes Szenario: Meine Eltern sind krebskrank, mein Vater, der bereits schwerer erkrankt ist, bittet mich, ihn zu Dignitas in die Schweiz zu fahren. Komme ich dieser Bitte

nach, begehe ich Beihilfe zum Suizid, die nicht strafbar ist. Wenn mich aber auch meine Mutter bittet, für sie später einmal dasselbe zu tun, und ich ihr das zusage, besteht bereits eine Wiederholungsabsicht bei mir und damit bin ich strafbar. Kurz gesagt: Wenn ich für Vater und Mutter dasselbe mache, bin ich dran, wenn ich es nur für einen Angehörigen tue, habe ich nichts zu befürchten.

Für Angehörige sicherlich nur schwer nachvollziehbar.

In der Tat, hinzu kommt: Setze ich meinen Vater unter Druck, nach dem Motto „Willst du denn wirklich noch länger leben? Besser, du stirbst bald, dann musst du nicht mehr leiden und das wird alles nicht so teuer“, wenn ich diesen Druck nur bei einem Angehörigen ausübe, besteht keine Strafbarkeit. Ist das nicht aber eigentlich viel schlimmer als zwei Angehörigen auf ihre ausdrückliche und frei verantwortliche Bitte hin Beihilfe zu leisten?

Allerdings gibt es noch keine Rechtsprechung, so dass noch unklar ist, wie diese Vorschrift ausgelegt wird.

Wir wissen auch nicht, ob das Bundesverfassungsgericht sie überhaupt für verfassungsmäßig erklärt. Das sorgt bei betroffenen Medizinern für eine ganz erhebliche Unsicherheit.

Wie wirkt sich diese Rechtsunsicherheit in der Praxis aus?

Ich höre immer wieder von Palliativmedizinern, dass sie in Sorge sind, sich strafbar zu machen und deshalb vorsichtshalber gar nicht auf Fragen von Patienten zum Suizid eingehen. Es kommt auch die alte Angst wieder auf, ob man überhaupt hochdosierte Schmerzmittel verschreiben darf, wenn zu befürchten ist, dass der Patient sie hortet und sie dann zum Zweck des Suizids alle auf einmal nimmt.

Ist der Mediziner bereits dran, wenn er damit rechnen muss?

Ich meine nein, aber Mediziner sind keine Juristen. Ich befürchte daher, dass die frühere Sorge, hochdosierte Betäubungsmittel und Schmerzmittel nicht verschreiben zu dürfen, im Gefolge des Paragrafen 217 wieder aufkommt.

Was bedeutet das für die Patienten?

Sie sind natürlich verunsichert, weil sie nicht wissen, ob sie in ihrer Not Hilfe bekommen. Es ist bezeichnend, dass beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als Folge der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts bereits über 100 Anträge auf Zurverfügungstellung entsprechender Betäubungsmittel zum Zweck des Suizids vorliegen.

... denn die Behörde dürfte für die Patienten nicht die erste Wahl sein?

Wenn ich mich in die Lage eines Patienten hineinversetze, würde ich zunächst versuchen, das mit dem Arzt meines Vertrauens zu klären, bevor ich mich an eine anonyme Bundesbehörde wende.

Bislang hat das BfArM keinem Antrag stattgegeben. Das wird sich auch in absehbarer Zukunft nicht ändern, denn der Bundesgesundheitsminister hat die Behörde Ende Juni schriftlich auffordern lassen, solche Anträge zu versagen. Wie bewerten Sie die Situation?

Der ehemalige Verfassungsrichter Di Fabio hat in einem Gutachten dargestellt, dass sich das BfArM, wie er, auf den Standpunkt stellen kann, die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts sei verfassungswidrig und müsse deswegen nicht befolgt werden. Wobei sie ohnehin nur inter partes wirkt, das heißt zwischen den Parteien des konkreten Rechtsstreits. Für andere Fälle entfaltet das Urteil keine unmittelbare Bindungswirkung.

Wir sprechen von einer Patientin, die bereits verstorben ist.

Richtig. Für andere Betroffene, also weitere Antragsteller, entfaltet das Urteil nur insoweit eine weiche Bindungskraft, als die Behörde es nicht einfach unberücksichtigt lassen darf, sondern sich mit ihm auseinandersetzen muss. Aber wenn die Behörde das Urteil für verfassungswidrig hält, dann wird sie ihm nicht folgen. Dieser Auffassung hat sich jetzt offenbar auch der Bundesgesundheitsminister angeschlossen, indem er das BfArM angewiesen hat, Anträge abschlägig zu bescheiden.

Ist es nicht ein fatales Signal, wenn ein Minister Urteile von Bundesgerichten für nichtanwendbar erklärt?

Wenn man sie für verfassungswidrig hält, ist das nur konsequent. Herr Di Fabio argumentiert, die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts sei verfassungswidrig, weil das Gericht seine Auslegungskompetenz überschritten habe. Es sei Sache des parlamentarischen Gesetzgebers zu entscheiden, ob tödlich wirkende Arzneimittel zum Zweck des Suizids zur Verfügung gestellt werden dürfen, und das Gericht habe nicht das Recht gehabt, das Betäubungsmittelgesetz gegen den deutlichen Willen des Gesetzgebers auszulegen. Das sehen allerdings viele Juristen ganz anders.

Sind die Voraussetzungen zur Antragsbewilligung überhaupt erfüllbar?

Erstens muss es sich um eine eigenverantwortliche Entscheidung handeln. Zweitens muss dem Gericht zufolge unerträgliches Leid bestehen. Sicherlich gibt es verhältnismäßig wenig Fälle, bei denen die Palliativmedizin nicht helfen kann, beispielsweise durch palliative Sedierung. Das ist die Gabe eines hochwirksamen Schmerzmittels, die zu einem Dämmerzustand führt, und der Patient bekommt dann – salopp formuliert – nichts mehr mit. Das ist sicherlich keine Suizid- oder Tötungsmaßnahme. Wenn Schmerzen auf diese Weise gelindert werden können, ist die dritte Voraussetzung des Bundesverwaltungsgerichts nicht erfüllt: nämlich dass das Leid nicht anders abwendbar ist. Das ist im jeweiligen Fall festzustellen und aus meiner Sicht muss dazu ein Palliativmediziner als Sachverständiger befragt werden.

Aber besteht dabei nicht die Gefahr, den Patientenwunsch zu missachten? Viele Betroffene wollen ja gar nicht erst in diesen sedierten Zustand kommen.

Ja, und man muss auch sehen, dass der Gesetzgeber und die Rechtsprechung das Selbstbestimmungsrecht von Menschen, insbesondere von Patienten, immer weiter gestärkt haben: etwa durch das Patientenverfügungsgesetz und das Patientenrechtegesetz. Übrigens sagt auch Herr Di Fabio, dass es ein Recht auf Suizid gibt, also dass jeder Mensch selbstbestimmt sterben darf. Die Frage ist nur, inwieweit der Staat dabei helfen muss, helfen darf. Letztlich ist das auch der Streit um den Paragrafen 217: Inwieweit darf der Staat zu verhindern versuchen, dass sich ein Auffassungswandel in der Gesellschaft vollzieht, dass das menschliche Leben nicht mehr den Stellenwert wie bisher hat und dass sich das Menschenbild verändert? Und welchen Stellenwert hat umgekehrt das Selbstbestimmungsrecht der Menschen, die sich wirklich frei und eigenverantwortlich für einen Suizid entscheiden? Fest steht jedenfalls, dass deren Selbstbestimmungsrecht durch das Gesetz und durch die Ministerentscheidung ganz konkret eingeschränkt wird, während der befürchtete Auffassungswandel in der Gesellschaft geradezu spekulativ ist.

So, wie es jetzt ist, kann es nicht bleiben, hat kürzlich die Bundestagsabgeordnete Sabine Dittmer gesagt. Wer müsste jetzt handeln, der Gesetzgeber oder die Gerichte?

Es muss abgewartet werden, was das Bundesverfassungsgericht sagt. Zwei Möglichkeiten: Wird Paragraf 217 kassiert, stellt sich für den Bundestag die Frage, ob er etwas anderes schafft, was nach der Urteilsbegründung des Gerichts

ZUR PERSON

Der Jurist Jochen Taupitz ist ein renommierter Experte für Gesundheitsrecht und Medizinethik. Er forscht unter anderem zu: Fortpflanzungsmedizin, Stammzellforschung, Sterbehilfe, Persönlichkeitsrecht, Patientenverfügungen. Der Ordinarius für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht, Internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung an der Universität Mannheim ist seit 1998 außerdem Geschäftsführender Direktor des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim. Taupitz ist Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Er ist ferner Vorstandsmitglied des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deuschland. Von 2012 bis 2016 war er stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Ethikrats.

verfassungskonform ist. Die zweite Möglichkeit ist, dass das Bundesverfassungsgericht das Gesetz für verfassungsgemäß erklärt.

Und dann?

In diesem Fall sind die Strafgerichte und die Strafrechtswissenschaftler aufgefordert, das Gesetz sachgerecht zu interpretieren. In der Literatur werden bereits Möglichkeiten diskutiert, es so einengend zu interpretieren, dass es für die Praxis keinen allzu großen Schaden anrichtet.

Zum Beispiel?

Indem man den Begriff „geschäftsmäßig“ darauf beschränkt, dass jemand die Beihilfe zum Suizid gewissermaßen zu seinem Beruf macht – wie etwa ein Sterbehelfer oder der Hamburger Verein „Sterbehilfe Deutschland“, für die das zu einem alltäglichen Geschäft wird. Im Gesetz steht allerdings nur Wiederholungsabsicht, und ob diese beruflich bedingt ist oder auf Mitleid oder Gewissensgründen beruht, ist nach dem Willen des Gesetzgebers offenbar unerheblich.

Wie wären Sie die ganze Problematik angegangen?

Man hätte eine Norm machen sollen, die unter bestimmten engen Voraussetzungen insbesondere die ärztliche Beihilfe zum Suizid erlaubt. Neben Dokumentationspflichten gehört dazu das Vier-Augen-Prinzip: zwei unabhängig voneinander handelnde Ärzte, die insbesondere die Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen und die Stabilität seines Sterbewunsches eruieren, vor allem aber auch Alternativen zum Suizid aufzeigen, insbesondere die Möglichkeiten der Palliativmedizin. Das Fatale an der neuen Sterbehilferegelung ist ja, dass Sie oder ich als Laie Beihilfe zum Suizid leisten dürfen. Aber ein Fachmann, der genau weiß, welche Mittel in welcher Reihenfolge gegeben werden müssen, damit es nicht zu unsäglichen Qualen kommt, der darf das nicht – wenn er es aus Gewissensgründen macht und damit in Wiederholungsabsicht. Dass man das Feld den Laien bei der einmaligen Handlung überlässt, das ist eigentlich ein Widerspruch in sich.

Prof. Jochen Taupitz beim Redaktionsgespräch in der Presseagentur Gesundheit. © pag, Fiolka

Ein Plädoyer für die Suizidbeihilfe in ärztlicher Hand?

Ja, vorbehaltlich der eigenen Gewissensentscheidung des Arztes gehört diese Hilfe in die Hand von Ärzten, die die Selbstbestimmungsfähigkeit des Betroffenen prüfen, die die richtigen Mittel auswählen, die zugleich dem Leben wie auch der Leidensminderung verpflichtet sind und damit auch über medizinische Alternativen informieren und beraten können. Ärzte könnten damit versuchen, Patienten von ihrem Suizidwunsch abzubringen – Suizidprävention wäre eigentlich das Wichtige. Das hieße mit anderen Worten, dass man vertrauensvoll mit seinem Arzt sprechen können sollte und dieser dann auch – wenn man immer noch am Sterbewunsch festhält – die notwendigen Mittel verschreiben dürfte.

Wie sehen Sie die deutsche Sterbehilfedebatte im internationalen Kontext?

Einige Länder stellen die Beihilfe zum Suizid explizit unter Strafe. In anderen wie etwa der Schweiz ist die Beihilfe nur dann strafbar, wenn sie aus gewinnsüchtigen Motiven geschieht. Und dann gibt es noch Länder, die argumentieren: Suizid und Suizidversuch sind nicht strafbar, warum also die Hilfe zu einer nicht strafbaren Handlung strafbar machen?

Und welche Länder sind an dem einen Extrem und welche am anderen zu verorten?

England zum Beispiel verbietet die Beihilfe zum Suizid. Die Niederlande, Belgien und Luxemburg erlauben umgekehrt sogar aktive Sterbehilfe, die gezielte Tötung eines anderen, und zum Teil sogar, wenn der Betroffene nur mutmaßlich mit dem Sterben einverstanden ist. Für mich ist das ein Unding, dass man einen mutmaßlichen Willen, also die unsichere Extrapolation früherer Äußerungen, zur Grundlage einer Tötungshandlung macht, zum Teil sogar bei Minderjährigen. Insofern besteht eine große Bandbreite unterschiedlicher Regelungen. Letztlich bewegen wir uns irgendwie in der Mitte. •

Seltene Erkrankungen – Allokationsherausforderung für das System

• Berlin (pag) – Mit den Bedürfnissen von Patienten mit seltenen Erkrankungen und den Herausforderungen, die solche Krankheiten an ein solidarisches Gesundheitssystem stellen, hat sich kürzlich der Deutsche Ethikrat befasst. Bemängelt wird fehlende Transparenz bei wichtigen Allokationsentscheidungen.

„Die ethische Herausforderung ist der Ausgleich zwischen den berechtigten Ansprüchen der Menschen mit seltenen Erkrankungen auf eine ausreichende Versorgung einerseits und den strukturellen und ökonomischen Begrenzungen des Gesundheitswesens andererseits“, stellt Ratsmitglied Stephan Kruip, selbst von einer seltenen Erkrankung betroffen, fest. Die Europäische Union habe festgestellt, dass Menschen mit seltenen Erkrankungen den Anspruch auf die gleiche Qualität einer Therapie haben wie andere Menschen. Jörg Richstein, Vorsitzender der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE), hebt hervor, wie dringend Menschen mit seltenen Erkrankungen eine schnelle Diagnose und richtige Versorgung benötigen. „Die individuelle Seltenheit der Erkrankungen stellt ein solidarisches Gesundheitssystem ohne Zweifel vor große Herausforderungen“, sagt er. „Diese aber nicht anzunehmen, widerspräche dem Grundgedanken einer Solidargemeinschaft.“

Fairer Prozess zur Abwägung der Interessen

Prof. Daniel Strech, Charité und Berliner Institut für Gesundheitsforschung, stellt das Thema Allokation in den Mittelpunkt. Es bestehe zwar breiter Konsens darüber, dass eine solidarische Gesellschaft allen Mitgliedern eine faire Chance auf Behandlung einräumen müsse. Allerdings seien Ressourcen wie Geld, Personal und Zeit für die medizinische Versorgung begrenzt. Daher seien die verschiedenen Interessen und Argumente in einem fairen Prozess abzuwägen. „Wir sollten uns Priorisierungskriterien überlegen, die wir alle konsentieren können“, betont Strech. In der Regel würden dazu der medizinische Nutzen, die Kosteneffektivität und die medizinische Bedürftigkeit herangezogen. Dazu brauche es ein faires, transparentes Verfahren, das Partizipation ermögliche und die bestverfügbare Evidenz einbeziehe. Beim „Nationalen Aktionsplan für Menschen mit Seltenen Erkrankungen“ kann der Experte für translationale Bioethik nicht erkennen, wie die 52 Maßnahmen des Plans vereinbart und priorisiert wurden, auf welcher Evidenz sie beruhen und ob es andere Vorschläge gegeben hat, die nicht berücksichtigt wurden. Auch bei der Forschungsförderung vermisst er einen transparenten Abwägungsprozess: Seit 2003 habe das Bundesministerium für Bildung und Forschung über 134 Millionen Euro zur Aufklärung wichtiger Fragen zu seltenen Erkrankungen finanziert. „Aber ob es ein konkretes Allokationsgespräch gab, wo man sagen würde: Dieses Budget ist das, was wir nach Abwägen von Pro und Contra über die nächsten 15 Jahre zur Verfügung stellen, das wissen wir nicht“, konstatiert Strech. „Wir kennen nur diese Zahl, aber nicht, wie man zu dieser Zahl gekommen ist.“ Offen bleibe: Gab es vielleicht eine Art von Binnenallokation? Wurden bestimmte seltene Erkrankungen eher beforscht und priorisiert oder nicht? Dazu gebe es keine Transparenz. •

Weiterführender Link:
Weitere Informationen zur Veranstaltung finden sich unter
http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/forum-bioethik/gar-nicht-so-selten.

Wettbewerb um Gesundheit

• Berlin – Wie weit darf der Wettbewerb im Gesundheitswesen gehen, wo liegen dessen Grenzen? Darüber debattieren Experten bei einer Veranstaltung der Stiftung Marktwirtschaft. Dort präsentiert sich Bundesgesundheitsminister Jens Spahn als „Freund des Wettbewerbs“, der aber auch betont: „Wettbewerb ist Mittel zum Zweck und nicht Selbstzweck“.

Spahn wirbt dafür, die guten Zeiten mit Kassenüberschüssen dafür zu nutzen, um Strukturen zu verändern, damit das „große Versprechen, das unsere Gesellschaft sich selbst gegeben hat“, aufrechtzuerhalten. Mit dem Versprechen meint er einen 100-prozentigen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen medizini-

schen Versorgung – zeitnah und flächendeckend. Angesichts der Herausforderungen des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts sei Wettbewerb ein wichtiges Mittel, um die Versorgungsqualität zu sichern und die begrenzen Mittel effizient einzusetzen. Falsch gemachter Wettbewerb führe jedoch zu Verwerfungen, warnt Spahn mit Blick auf umstrittene Kassenausschreibungen zu Inkontinenzprodukten. Auch gehe es im Gesundheitswesen nicht ohne ein wenig Planwirtschaft, so der Minister und nennt unter anderem das Stichwort Bedarfsplanung.
Den nicht existenten Wettbewerb der privaten Krankenversicherungen um Bestandskunden moniert Prof. Achim Wambach, Vorsitzender der Monopolkommission. Er beschreibt die private Krankenversicherung als einen „Markt mit angezogener Handbremse“. Das Problem der nicht portablen Altersrückstellungen müsse dringend angegangen werden, meint er. Schließlich sei es ein Skandal, Vermögen und Gesundheit in die Hände einer Versicherung zu geben, „von der ich gar nicht mehr wegkann“.
Zur gesetzlichen Krankenversicherung: Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem warnt davor, dass Wettbewerb in einem so extrem fragilen System Risiken und Nebenwirkungen hervorrufe. Er sei sich nicht mehr so sicher, „wie weit wir gehen können“. Eine zentrale Rolle beim Wettbewerb in der GKV spielt der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Dessen Reform kündigt Spahn für den Herbst an – „spätestens, wenn alle Gutachten vorliegen“. Grundsätzlich habe man mit diesem Instrument bereits viel erreicht, es zeige sich aber auch, dass es nicht ganz so treffsicher funktioniere. Wasem wiederum erinnert an ein schlichtes Ziel des Morbi-RSA: „Risikoselektion vermeiden.“ Dafür sei der Morbi-RSA das geeignete Instrument. Andere Ziele – wie etwa Umverteilungsabsichten – sollten darüber nicht angestrebt werden, meint der Ökonom. •

Globale Gesundheit: WHO-Lehren und Strategien für Deutschland

• Berlin (pag) – Derzeit feilt die Bundesregierung an einer neuen Strategie zur globalen Gesundheit. An Herausforderungen mangelt es nicht: Fünf Milliarden Menschen – mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung – haben keinen Zugang zu chirurgischen Eingriffen. Das sagt Inga Osmers, Leiterin Berlin Medical Unit von Ärzte ohne Grenzen, anlässlich des 70-jährigen Jubiläums der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf einer Veranstaltung in Berlin.

830 Frauen würden täglich im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt sterben, etwa 90 Prozent könnten mit chirurgischen Operationen gerettet werden. „Dafür braucht es aber Krankenhäuser, Personal und ausgebildete Mediziner“, sagt Osmers. Ferner dürfe die Behandlung nicht so teuer sein, dass sich Patienten dafür lebenslang verschulden. Auch bei der Aufklärung etwa zum Thema Impfungen könne die WHO viel tun und eine Bereitschaft vor Ort schaffen, sich der Medizin anzuvertrauen. Durchgeführt werden müsse dies aber von lokalen Akteuren, von Nachbarn, so Osmers.

Die WHO hat aus ihren Fehlern gelernt, aber …
Die Teilnehmer der Podiumsdiskussion des Zeitverlags loben Erfolge der WHO – die Ausrottung von Pocken, Polio, Kinderlähmung – fordern aber zugleich mehr Prävention, eine Stärkung der Gesundheitsstrukturen in Entwicklungsländern und weniger Einfluss von privaten Geldgebern. „Die WHO hat aus ihren Fehlern gelernt und ist heute schneller alarmiert“, sagt Prof. Rainer Merkel, emeritierter Rechtswissenschaftler und Mitglied des Deutschen Ethikrates, mit Blick auf die Ebola-Epidemie 2014. Das System kranke aber daran, dass einzelne Krankheiten im Fokus stünden, Gesundheitsstrukturen in Entwicklungsländern nicht aufgebaut oder gestärkt und lokale Akteure nicht unterstützt würden. Beim Aufbau dieser Strukturen spiele Deutschland eine wichtige Rolle, ergänzt Prof. Detlev Ganten, Präsident des World Health Summit. „Deutschland muss seinen Reichtum einsetzen, um gesundheitliche Stabilität der Länder um

uns herum her- und sicherzustellen“, sagt er. Die Diskutanten kritisieren ferner die Mittelgebundenheit vieler WHO-Projekte. Dadurch sei die Einflussnahme von Ländern und privaten Geldgebern groß. „Gates und Co. müssen daher aus Projekten der WHO ausgeschlossen werden“, lautet Merkels radikale Forderung.
Derzeit wird unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit eine neue „Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit“ entwickelt. Damit sollen insbesondere die Ziele des deutschen Engagements aktualisiert und auf neue Herausforderungen reagiert werden. In Arbeitsgruppen werden erste Ideen zu Schwerpunkten und Zielen für die neue Strategie entwickelt. Bis Ende August 2018 haben die nicht-staatlichen Akteure die Möglichkeit, über Positionspapiere ihre Prioritäten einzubringen. Die Verabschiedung der neuen Strategie durch das Kabinett ist für die zweite Jahreshälfte 2019 geplant. •

Weiterführender Link:
www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/global

Zum Wert eines Lebensjahres

• Heidelberg (pag) – 158.448 Euro: So viel beträgt für Europäer der „Wert eines statistischen Lebensjahres“ (Value of Statistical Life Year, VSLY). Wissenschaftler des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) haben diese Zahl ermittelt. Sie betonen insbesondere, dass das Ergebnis deutlich über den bislang international gebräuchlichen Referenzwerten liege.

Für die Berechnung haben Prof. Michael Schlander und sein Team die wirtschaftswissenschaftliche Literatur „zur impliziten oder expliziten Zahlungsbereitschaft für die Verringerung lebensverkürzender Risiken“ analysiert. Das Ergebnis ist ein internationaler Mittelwert (Median) von 164.409 Euro. Dabei bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Weltregionen: So liegt der Wert in Asien bei 43.000 Euro, in Europa bei 158.448 Euro, für Deutschland bei 173.868 Euro und in Nordamerika erreicht er sogar 271.179 Euro. Diese Werte wurden über den Vergleich der Kaufkraft in Euro umgerechnet.
Für eine bessere Vergleichbarkeit rechneten die Wissenschaftler sie auf das jeweilige Bruttosozialprodukt (BIP) pro Kopf um. Auch nach dieser Normierung bleiben signifikante Unterschiede bestehen: Während Asien und Europa mit einer Zahlungsbereitschaft für ein gewonnenes Lebensjahr mit dem 5,1-fachen bzw. 5,2-fachen des BIP/Kopf etwa gleichauf liegen, sind US-Amerikaner und Kanadier bereit, das 6,9-fache für ein gewonnenes Lebensjahr zu investieren. „Wirklich zwingende Erklärungen dafür, warum Nordamerikaner mehr für ein gewonnenes Lebensjahr zu zahlen bereit sind als der Rest der Welt, haben wir nicht“, sagt Michael Schlander. Laut Studien nehme in Ländern mit einem höheren verfügbaren Einkommen die Akzeptanz höherer Gesundheitsausgaben überproportional zu.
Dem DKFZ zufolge entsprechen die Werte einem Vielfachen der in der Gesundheitsökonomie derzeit üblichen Standards: So würden in England beispielsweise im Regelfall nur 20.000 bis 30.000 Pfund angesetzt, eine viel zitierte Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation liege beim ein- bis dreifachen des BIP pro

Referenzwerte für Preisfindung

Um etwa bei der Preisfindung für Medikamente und medizinische Verfahren Grenzen setzen zu können, ist ein Referenzwert erforderlich. International wird dazu oft der sogenannte „Wert eines statistischen Lebensjahres“ herangezogen. Um die Zahlungsbereitschaft zu ermitteln, verwenden Ökonomen zwei verschiedene Ansätze. Bei den methodisch anspruchsvolleren Studien werden Menschen befragt, wie viel sie für eine Maßnahme zu zahlen bereit sind, die ihr Sterblichkeitsrisiko senkt – beispielsweise für die Anschaffung eines Airbags. Diese Methode funktioniert nur, wenn die Reduktion des Sterblichkeitsrisikos genau beziffert werden kann. Der andere Ansatz beruht auf indirekten Methoden, die Zahlungsbereitschaft wird aus beobachtetem Verhalten abgeleitet. Die Ökonomen untersuchen beispielsweise, um wie viel höher der Arbeitslohn ausfallen muss, damit Menschen eine riskantere Beschäftigung annehmen.

Kopf. Somit liefere die Untersuchung Hinweise darauf, dass die derzeit in vielen Ländern verwendeten Richtgrößen für den VSLY deutlich zu niedrig angesetzt sind. Schlander betont: „Unsere Ergebnisse könnten als Richtwerte dabei helfen, die Kosteneffektivität von medizinischen Leistungen zu beurteilen.“ •

„Deutschland braucht Versorgungsziele“

• Berlin (pag) – Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung macht sich auf seinem jüngsten Forum dafür stark, Versorgungsziele für das hiesige Gesundheitssystem zu definieren. „Nur wer Ziele hat, kann erfolgreich sein“, sagt Prof. Reinhard Busse von der TU Berlin. Internationale Einblicke vermittelt ein Priorisierungsexperte aus Schweden.

Dort habe man in den 1990er Jahre erkannt, dass Priorisierung notwendig sei, um das übergeordnete gesundheitspolitische Ziel „Good Health on equal Terms“ zu erreichen, berichtet Prof. Lars Sandmann, Universität Linköping. Als Richtschnur dienten die drei Prinzipien human-dignity, needs-solidarity sowie cost-effectiveness principle, wobei letzteres den ersten beiden untergeordnet sei. Je schwerer die Erkrankungen, desto weniger streng sei der Anspruch auf Kosteneffektivität. Diese eher abstrakten Prinzipien seien später operatio-nalisiert worden, berücksichtigt werden etwa severity of condition (Schwere des Krankheitsbildes), benefit of treatment (Nutzen der Behandlung), evidence (Evidenz), rarity (Seltenheit von Krankheiten). Wichtig sei im schwedischen Gesundheitssystem der Anspruch, explizit und transparent zu priorisieren, führt Sandman aus. Angesichts der dezentralen Struktur gebe es seit einigen Jahren nationale Harmonisierungsbestrebungen, zum Beispiel in Form einer Wissensmanagement-Organisation und eines New Therapies Council. Sandman gehört dem Rat an, der Empfehlungen zu neuen, im Krankenhaus verabreichten Medikamenten herausgibt, die insbesondere in finanzieller Hinsicht eine Herausforderung sein können: Should use, can use oder should not use, kann das Urteil der Experten lauten. Negativempfehlungen hätten in letzter Zeit vor allem Orphan Drugs getroffen, was Sandmann mit den als zu hoch empfundenen Preisen der Präparate begründet.

Wie bestimmt man „smarte Ziele“?

In Deutschland tut man sich mit expliziter Priorisierung deutlich schwerer. Ob die kürzlich gestarteten „Klug Entscheiden“-Initiativen von medizinischen Fachgesellschaften daran etwas ändern werden, ist noch nicht absehbar. Die Weltgesundheitsorganisation hat bereits 1980 sogenannte Health Targets formuliert („Health for All by the Year 2000“). Busse betont auf dem Forum, dass die Definition von Versorgungszielen ein mehrstufiger Prozess sei. Wichtige Fragen lauten etwa: Wo stehen wir? Was ist uns wichtig? Der TU-Professor wirbt außerdem dafür, das sogenannte SMART-Schema anzuwenden. Demnach müssen Versorgungsziele specific (spezifisch), measurable (messbar), achievable, (erreichbar), realistic (realistisch) und time-bound (an Zeitpläne gebunden) sein. Die bereits seit Jahren bestehende Initiative gesundheitsziele.de habe dies nicht berücksichtigt. Busse sagt daher: „Wir wollen smarte Versorgungsziele daneben setzen.“ Ihm ist auch die Anschlussfähigkeit der Versorgungsziele wichtig: Er nennt Leitlinien, den Nationalen Krebsplan und die Nationale Diabetes Surveillance. Prof. Edmund Neugebauer, Medizinische Hochschule Brandenburg, ergänzt auf der Konferenz folgenden Aspekt: „Wie soll der Innovationsfonds evaluiert werden, wenn niemand festgelegt hat, welche Ziele bei welchen Erkrankungen erreicht werden sollen?“ •

Weiterführender Link zu den Vorträgen:
http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/index.php?page=6-dnvf-forum-versorgungsforschung

Krankenhäuser zwischen Zuwendung und Wirtschaftlichkeit

• Berlin (pag) – Das Spannungsfeld zwischen Zuwendung und Wirtschaftlichkeit lotet die Jahrestagung der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD) aus. Beide Prinzipien will Christoph Radbruch, Vorsitzender des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes, ausdrücklich nicht als Widerspruch sehen. Es sei Alltagsgeschäft der christlichen Häuser, Zuwendung wirtschaftlich zu gestalten.

Das Problem bestehe allerdings darin, dass es keine Kennzahlen für Zuwendung gebe. „Beziehung messbar zu machen, ist ein schwieriges Unterfangen.“ Daher begreift es Radbruch als Herausforderung, zwischen den beiden Denksystemen, Wirtschaftlichkeit und Zuwendung, hin und her zu übersetzen.
Theo Paul, Vorsitzender des Katholischen Krankenhausverbandes, ergänzt, dass die Zuwendung mit Leib und Seele zu den Menschen einen „großen Teil positiver Heilungsprozesse in unseren Krankenhäusern“ ausmache. Er mahnt aber auch Reformen bei den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Kliniken an. Ein Stichwort, das er nennt, sind beispielweise die nicht ausreichenden Investitionen der Länder. Auch müsse das DRG-System dringend überholt werden. Als nicht zielführend betrachtet es Paul jedoch, einzelne Teilbereiche wie die Pflegepersonalkosten in neue Finanzierungssysteme zu überführen. Die Schieflage müsse in ihrer Gesamtheit betrachtet werden, fordert der Generalvikar, alles andere sei lediglich ein „Herumdoktern“ an den Symptomen.

Die Regeln einer neuen Gesundheitsversorgung

Eine Gesundheitsversorgung, die neuen Regeln folgt, umreißt auf der Tagung Prof. Adelheid Kuhlmey. Ein immer Mehr vom immer Gleichen werde nicht die Lösung sein, sagt sie, „wenn wir den ethischen Maßstab Patientenwohl auf unsere Fahnen schreiben“.

Prof. Adelheid Kuhlmey © pag, Fiolka

Die Regeln einer neuen Gesundheitsversorgung könnten der Direktorin des Charité-Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft zufolge wie folgt aussehen:

- hin zu kontinuierlichen Beziehungen von Patienten, die mehrheitlich chronische Erkrankungen haben, weg mit den Schnittstellen und der Visitenversorgung
- hin zu einer Versorgung, die sich an individuellen Bedürfnissen und Patientenpfaden orientiert
- die Wissen- und Informationsteilung muss – bei aller Ernsthaftigkeit von Datenschutz – zum Credo werden
- wir müssen uns bemühen, Bedarfe zu antizipieren und nicht nur zu reagieren
- wir müssen Verschwendung kontinuierlich reduzieren, indem wir immer wieder hinterfragen, ob eine bestimmte Behandlung sein muss
- wir müssen kooperativ zusammenarbeiten

Bereits im April 2016 hat der Deutsche Ethikrat, dem Kuhlmey angehört, eine Stellungnahme zum Patientenwohl als ethischer Maßstab im Krankenhaus veröffentlicht. Manche Probleme in den Kliniken mögen sich seitdem gebessert haben, viele Schwierigkeiten dürften aber mindestens noch ebenso intensiv fortbestehen. Vielleicht hält deshalb Christoph Radbruch „neue Verabredungen“ zwischen den Vertretern der Politik, den Krankenkassen, den Krankenhäusern und zivilgesellschaftlichen Gruppen für notwendig. „Mit der Einberufung eines zweijährigen Krankenhaus-Dialogs, an dem interessierte Kreise beteiligt sind, könnte das gelingen“, glaubt er. •

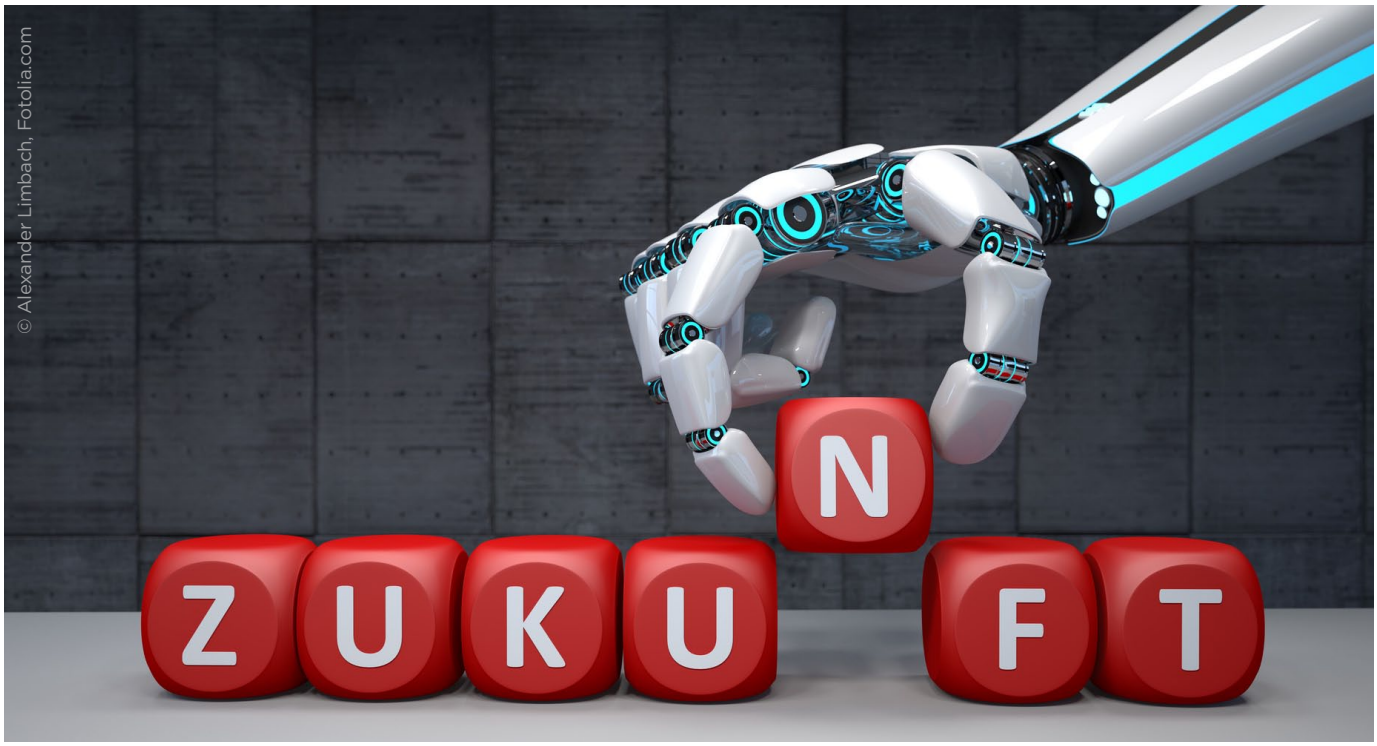
Zukunftsthesen zu Innovationen

• Berlin (pag) – Im Jahr 2030 entstehen Innovationen in der Medizin auch jenseits von Forschungs- und Entwicklungsabteilungen. Studenten, Patienten, Bürger werden in deren Entwicklung einbezogen. Die Prozesse sind außerdem durchgängig digitalisiert, prophezeit ein Impulspapier des neu gegründeten Fraunhofer-Verbunds Innovationsforschung.

Neue Produkte, Dienstleistungen und Geschäftsmodelle kämen 2030 als integrierte Lösungen auf den Markt. Wissen sei frei verfügbar. Europa werde sich bei Datenschutz und -souveränität eine weltweit führende Rolle erarbeiten, heißt es weiter in dem Thesenpapier „Wandel verstehen, Zukunft gestalten – Impulse für die Zukunft der Innovation“.
„Wir initiieren einen neuen Verbund Innovationsforschung, um soziotechnische und sozioökonomische Innovationen stärker in den Blick zu nehmen“, erläutert der Verbundvorsitzende Prof. Wilhelm Bauer. Innovationen nähmen sektorübergreifend deutlich zu, bei der Digitalisierung könne Deutschland besser sein – dazu wolle die Fraunhofer-Gesellschaft beitragen.
Übertragen auf den Medizinbereich bedeute die Digitalisierung des Innovationsprozesses, dass Daten von Patienten gesammelt und aus diesen über künstliche Intelligenz Lösungen gefunden werden – „zum Beispiel, dass man über ein Hilfssystem Ärzte unterstützt, die effizienteste Medizin auszuwählen“, sagt Dr. Sven Schimpf, Geschäftsführer des Fraunhofer-Verbunds. Andere Beispiele wären Gesundheitsapps einiger Krankenkassen und die elektronische Patientenakte.
Bislang von den großen Pharmaunternehmen vernachlässigte Krankheiten würden von Betroffenen in den Fokus gerückt. Patienten und InnovationsCommunities entwickelten mit ihren Kompetenzen Lösungen und kooperierten mit Unternehmen. „Innovationen werden künftig nicht mehr in der klassischen Forschungs- und Entwicklungsabteilung stattfinden, sondern durch die technologischen Möglichkeiten und das Wissen, das verfügbar ist, werden ganz andere Akteure, Start-ups und Bürger am Innovationsprozess beteiligt“, sagt Schimpf voraus. Neue Technologien wie der 3-D-Druck ermöglichten es, dass sich jedermann mit der Entwicklung neuer Lösungen beschäftigen und etwa eine Prothese herstellen könne.

Um diese Beteiligung zu fördern, bieten die Fraunhofer-Institute Workshops an, bringen Ideengeber mit Entwicklern aus kleinen und mittelständischen Unternehmen zusammen oder unterstützen Start-ups beim Markteintritt und Unternehmen bei der Erarbeitung verbesserter Lösungen. •

http://www.innovationsforschung.fraunhofer.de



© Alexander Limbach, Fotolia.com

„Höchste Zeit“: die HPV-Impfung für Jungen

• Berlin (pag) – Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt, ab Ende August auch Jungen im Alter zwischen neun und 14 Jahren gegen humane Papillomviren (HPV) zu impfen. Für überfällig halten viele Experten diesen Schritt. Warum hat es so lange gedauert?

„Das wurde auch höchste Zeit“, sagt Medizin-Nobelpreisträger Harald zur Hausen, einer der Wegbereiter der HPV-Impfung. Seit Langem gebe es zwingende Gründe, auch Jungen gegen HPV zu impfen. Männer seien wegen ihrer häufigeren Sexualkontakte die wichtigsten Verbreiter der Infektion. Eine Erstattung durch die Kassen hält zur Hausen für essenziell, um eine Herdenimmunität zu erreichen. Etwa 85 Prozent aller Jugendlichen müssten geimpft sein, um die Infektionskette zu durchbrechen, sagt er gegenüber dem Deutschen Krebsforschungszentrum.
Von diesem Ziel sei Deutschland allerdings meilenweit entfernt. „Ernüchternd“ nennt Prof. Catharina Maulbecker-Armstrong, TH Mittelhessen und Beirätin der Hessischen Krebsgesellschaft, die derzeitigen Impfraten. Obwohl die HPV-Impfung für Mädchen seit zehn Jahren von den Kassen bezahlt wird, sind laut Robert Koch-Institut nur 31 Prozent der 15-Jährigen und 43 Prozent der 17-Jährigen geimpft. In Australien liegt die Rate bei über 80 Prozent. Die Ursachen dafür sind vielfältig: Impfskepsis, Berichte über Nebenwirkungen und das Tabuthema Sexualität spielen eine Rolle. Auch das Manifest der 13 Wissenschaftler, die 2008 die Empfehlung für die Impfung wegen „Unsicherheiten in der Datenlage“ kritisierten, wabere immer noch durch die Presse, sagt Maulbecker-Armstrong auf dem Krebskongress. „Ich weiß nicht, ob diese Wissenschaftler die Position von damals noch vertreten würden“, die Studienlage habe sich wesentlich geändert.

HPV-Impfung: Derzeit sind die Impfraten „ernüchternd“, beklagen Experten. Ob das bei Jungen anders wird? © iStock.com, pinstock

Die Erklärung der STIKO

Einer der Mitinitiatoren des Manifestes ist Prof. Ansgar Gerhardus, Uni Bremen. Der Mediziner teilt gegenüber Gerechte Gesundheit mit, dass er sich in den letzten Jahren nicht intensiv genug mit der Impfung beschäftigt habe, um eine „ausreichend fundierte Einordnung der neuen Entwicklungen vornehmen zu können“. Prof. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und ebenfalls Mitunterzeichner des Manifestes, denkt heute, „dass die inzwischen vorliegenden Daten aus diversen Studien die Impfung bei jungen Mädchen rechtfertigen“. Allerdings werde man erst in einigen Jahren wissen, ob dadurch das Auftreten von Zervixkarzinomen deutlich gesenkt werden kann. Die Preise für die Impfstoffe seien weiterhin zu hoch. Über die Impfung für Jungen habe er sich noch keine abschließende Meinung gebildet.
Zu spekulieren ist, ob die Preise bzw. die Kosten dafür verantwortlich sind, dass die Kassen das Thema erst entdecken und für PR-Zwecke nutzen, als die Empfehlung ins Haus steht. Obwohl der HPV-Impfschutz für Jungen schon seit Jahren von Wissenschaftlern und auch von ärztlichen Gesellschaften wie etwa den Urologen gefordert wird, hat die STIKO jetzt erst die Immunisierung empfohlen. Die Erklärung: Die Ausweitung der Zulassung auf die Indikation Analkarzinom und entsprechende Krebsvorstufen sei 2014 bzw. 2016 erfolgt. Erst danach habe man sich mit der Empfehlung befassen können, die wegen Literaturrecherchen und mathematischer Modelle mehr als zwei Jahre gedauert habe. •

informativ, fundiert, ausgewogen

Bestellen Sie den kostenlosen Newsletter „Gerechte Gesundheit“. Im Fokus: die Debatte zu Verteilungsgerechtigkeit und Ressourcenallokation im Gesundheitswesen. Der vierteljährlich erscheinende Newsletter enthält Veranstaltungsberichte, Analysen und die Geschichten, die hinter der schnellen Nachricht stecken. Alle Abonnenten erhalten außerdem gratis das monatliche „Telegramm“, ein Update der neuen Inhalte auf gerechte-gesundheit.de.

Zur Newsletter-Bestellung:

www.gerechte-gesundheit.de/newsletter.html

Übrigens: Auf www.gerechte-gesundheit.de können Sie im Archiv die bisher erschienenen Ausgaben nachlesen.

Interessiert an aktuellen Nachrichten? Folgen Sie uns auf Twitter.

http://twitter.com/#!/GG_Portal

Impressum

Herausgeber und Redaktion

Presseagentur Gesundheit
Albrechtstraße 11
10117 Berlin
www.pa-gesundheit.de
030 - 318 649 - 0
V.i.S.d.P.: Lisa Braun

Mit Unterstützung von

AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Roche Pharma AG
Emil-Barell-Str. 1
79639 Grenzach-Wyhlen

Sanofi-Aventis
Deutschland GmbH
Potsdamer Straße 8
10785 Berlin