

Rationierung in der Medizin?

Wo ein Angebot ist, entsteht Nachfrage. So auch im Gesundheitswesen, wo der medizinische Fortschritt eine Nachfrage nach Gesundheitsleistungen schafft, die es vor einigen Jahren oder Jahrzehnten noch nicht gegeben hat. Nicht nur die Politik spricht publikumswirksam davon, dass in Deutschland allen Menschen eine optimale medizinische Versorgung zur Verfügung stehe. Gleichzeitig findet jedoch eine immer lauter werdende Debatte über begrenzte finanzielle Ressourcen und längst begonnene Verteilungskämpfe innerhalb unseres Gesundheitssystems statt. Während in Deutschland der Begriff „Rationierung“ noch meist verschämt vermieden wird, wird im Ausland bereits heftig über die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen gestritten. Aber auch in Deutschland stellt sich die Frage, ob und wie in der Medizin rationiert werden muss. Inhaltlich eng verknüpft ist die Frage nach dem Nutzen: Was nützt den Erkrankten wirklich? Wofür geben wir unsere knappen Mittel aus? Ist eine individuelle Therapiegestaltung in Zukunft überhaupt noch möglich?

Anstoß zu gesellschaftlicher Debatte

Diese und andere Fragen wurden im Rahmen der DAMiD-Veranstaltung „Individuelle Therapiegestaltung und Rationierung – Nutzenbewertung in der individuellen medizinischen Versorgung“ diskutiert. Die Veranstaltung fand im Rahmen des „Hauptstadtkongresses 2007 – Medizin und Gesundheit“ (20. bis 22. Juni 2007) in Berlin statt, den jährlich rund 6.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer besuchen. Auf dem Kongress war der DAMiD außerdem mit einem eigenen Stand vertreten, um rund um die Anthroposophische Medizin zu informieren und gleichzeitig auf wichtige übergreifende Belange der Komplementärmedizin aufmerksam zu machen. Vor dem Hintergrund der einsetzenden Debatte um Rationierungen von medizinischen Leistungen ist es gerade für die Komplementärmedizin wichtig, sich dieses Themas kritisch-konstruktiv anzunehmen, da die Komplementärmedizin häufig noch als reines Zusatzangebot verstanden wird, das eben auch zusätzlich finanziert werden muss.

Problem am Überfluss, nicht am Mangel

Zum Auftakt der Veranstaltung wies Professor Walter Krämer (Universität Dortmund, Institut für Wirtschafts- und Sozialstatistik) auf die Unbezahlbarkeit der modernen Medizin hin: „Je größer der medizinische Fortschritt, desto größer ist die Zahl derer, die trotz ihrer Krankheit überleben können. Die Zahl der Kranken nimmt also zu und nicht ab.“ Viele der neu entwickelten Gesundheitsleistungen ersetzen nicht zwangsläufig andere Verfahren, um eine veraltete oder teure Diagnose- oder Therapiemöglichkeit abzulösen, sondern werden additiv eingesetzt: „Die moderne Medizin leidet nicht am Mangel, sondern am Überfluss.“ Nach Krämer ist daher eine Rationierung unabwendbar. Allerdings könne diese Rationierung durchaus human und sozialverträglich ausfallen: „Die Lösung dieses ethischen Dilemmas könnte sein, sich künftig am Wert eines 'statistischen Menschenlebens' zu orientieren. Denn bei der Bewertung des individuellen Menschenlebens darf es keine Kosten-Nutzen-Rechnung geben.“ Im konkreten Arzt-Patienten-Verhältnis dürfe nicht über Rationierungen verhandelt werden – auf der abstrakten Planungsebene aber durchaus: „Die Rationierung muss weg von der Mikro-

ebene und hin zur Planungsebene, wo es um statistische Wahrscheinlichkeiten geht.“ In diesem Zusammenhang bewertete Krämer auch Gremien oder Institute wie IQWiG oder Gemeinsamer Bundesausschuss ungewohnt positiv: „Für Ärzte sind diese Einrichtungen ein Segen, da ihnen bestimmte Entscheidungen zur Rationierung von medizinischen Leistungen abgenommen werden.“

Individueller vs. kollektiver Nutzen?

Die Perspektive der individuellen Therapiegestaltung wurde vom zweiten Referenten Dr. med. Matthias Girke (Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe) vorgestellt. Anders als Krämer sah Matthias Girke aber nicht nur eine „Explosion an medizinischen Möglichkeiten“, sondern ebenso eine Explosion an – chronischen – Krankheitsbildern. Gerade die chronischen Erkrankungen seien es, die die heutige Medizin kaum heilen könne – anders als im Akutbereich, wo die moderne Medizin große Erfolge verzeichnen kann. In der Diskussion wurde auch deutlich, dass es immer wieder zu hinterfragen gilt, wofür die knappen Ressourcen ausgegeben werden sollen. Als belastend und ethisch hoch problematisch schilderte Girke die Situation zwischen Arzt und Patient, wenn ein bestimmtes Krankheitsbild eben nicht der vorgesehenen Standardisierung entspricht. Dann muss der Arzt dem Patienten sagen: „Ich weiß etwas für dich, aber du bekommst es nicht, weil es nicht bestimmten Standards entspricht.“

In der Abwägung, ob ein medizinisches Verfahren eingesetzt wird oder nicht, spielt die Nutzenbewertung eine große Rolle – und damit natürlich auch der Patient mit seinem individuellen Erwartungshorizont. Der subjektive Bewertungsmaßstab eines Patienten muss nicht immer dem objektiven Bewertungsmaßstab zur Wirksamkeit entsprechen. In diesem Spannungsfeld von kollektiver Nutzenbewertung und individueller Therapieentscheidung entwickelt sich die medizinische Versorgung. Matthias Girke plädierte dafür, den Patienten dabei stärker mit einzubeziehen: Manchmal brauche es auch Mut, den Patienten gerade bei einer lebensbedrohlichen Krankheit zu fragen: Was willst du? Was nützt dir? Je besser es gelingt, den Patienten einzubinden und auch körpereigene Ressourcen im Sinne der Salutogenese zu aktivieren, desto mehr können die Erkrankten zu ihrer Gesundheit beitragen.

Nutzenbewertung und Forschungsergebnisse

Professor Stefan N. Willich (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité Berlin) setzte sich in seinem Statement mit folgenden Fragen auseinander: Nützt eine medizinische Innovation den Patientinnen und Patienten wirklich? Wie ist die Korrelation zwischen Wirksamkeit (Efficacy), Wirkung (Effectiveness) und Kosten-Nutzen-Bewertung einzuschätzen? Diese Fragen können im Einzelfall durchaus unterschiedlich beantwortet werden. Heute herrsche in der Medizin jedoch eine eher „uniforme“, also standardisierte Vorgehensweise, so dass individuellere Zugänge zu Dosierung oder Therapiemethode kaum noch möglich seien: „In unserem System sind die Patientinnen und Patienten unmündig“. Dabei kann es bei verschiedenen Patientinnen oder Patienten ganz unterschiedliche methodische Ansätze geben, um einem bestimmten Krankheitsbild zu begegnen.

Gerade heute, da wir eine Zunahme der chronischen Erkrankungen beobachten, wird es sinnvoll sein, auch individualisierbare medizinische Vorgehensweisen zuzulassen und keine Möglichkeiten vorzeitig auszuschließen. Vor allem aber gehe es darum, die bishe-

rigen Grabenkriege zwischen Schul- und Komplementärmedizin endgültig zu beenden und zu einer stärkeren Kooperation zu finden. Auch in diesem Zusammenhang wurde abschließend der Wirksamkeitsnachweis diskutiert: Um diesen Nachweis für die Komplementärmedizin erbringen zu können, müsse allen medizinischen Richtungen gleichermaßen eine echte Evidenz-basierte Medizin zugrunde gelegt werden, die externe und interne Evidenz miteinander verknüpfe und gleichzeitig auch die Patientenpräferenz berücksichtige: „Erst wenn wir diese drei Perspektiven miteinander kombinieren, wird auch der Patient mitarbeiten und langfristig körpereigene Kräfte mobilisieren können“, so Matthias Girke in seinem Schlusswort.