



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2015

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Walter Krämer

Gesundheit um jeden Preis? Oder: die Fortschrittsfalle der modernen Medizin

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2015 (Seite 182–195)

BARMER GEK

Walter Krämer

GESUNDHEIT UM JEDEN PREIS? ODER: DIE FORTSCHRITTSFALLE DER MODERNEN MEDIZIN

Das menschliche Streben nach Gesundheit konkurriert mit anderen Bedürfnissen, die ebenfalls nach Befriedigung verlangen. Und genauso wie auf der individuellen Ebene die Menschen einen Teil ihrer Gesundheit gegen andere Bedürfnisse tauschen, muss auch auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene zwischen den Ansprüchen an das Gesundheitssystem und sonstigen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben ein Ausgleich gefunden werden. So sind die Gesamtausgaben für Gesundheit in Deutschland von (umgerechnet) 158 Milliarden Euro im Jahr 1992 auf 315 Milliarden Euro im Jahr 2013 angestiegen. Der medizinische Fortschritt bietet neue und zum Teil sehr kostenaufwendige Möglichkeiten. Sowohl die steigenden Gesundheitskosten als auch die Finanzierbarkeit stehen hierbei im Kontrast zueinander. Der Beitrag fragt danach, wo in der Gesundheitsversorgung Kosten-Nutzen-Analysen angebracht sind und unter welchen Umständen eine teure Behandlung zu genehmigen ist und unter welchen Umständen dies nicht der Fall ist. Es werden Möglichkeiten aufgezeigt, dem Dilemma des theoretisch Machbaren und praktisch Finanzierbaren in der modernen Medizin auf humane Weise zu begegnen.

Gesundheit = höchstes Gut?

Gesundheit ist das höchste Gut. Zumindest in den Augen vieler Menschen heutzutage. Nach einer repräsentativen Umfrage von Hinz et al. (2010) ist insbesondere den meisten Deutschen die Gesundheit das Wichtigste im Leben, gefolgt von den Bereichen Einkommen/finanzielle Sicherheit, Familie/Kinder, Wohnsituation, Freunde/Bekannte, Beruf/Arbeit, Partnerschaft/Sexualität und Freizeit/Hobbies.

Auf der anderen Seite gehen die gleichen Menschen mit ihrer Gesundheit nicht gerade pfleglich um. Nach einer aktuellen Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (Breda et al. 2015) sind 62 Prozent aller erwachsenen deutschen Männer zu dick (Body-Mass-Index größer als 25), auch das Rauchen ist immer noch sehr verbreitet (laut der letzten Mikrozensus-Zusatzerhebung des Statistischen Bundesamtes greifen immer noch rund 20 Millionen Bundesbürger regelmäßig zur Zigarette; siehe auch Drogenbeauftragte 2014), genauso wie das Rasen auf der

Autobahn, um nur einige der gefährlichsten Attacken auf unsere Gesundheit und unser Leben zu erwähnen.

Und auch durch unser sonstiges Verhalten in Beruf und Freizeit geben wir implizit, aber deutlich zu verstehen, dass es neben der Maximierung der Gesundheit auch noch andere Ziele in unserem Leben gibt. Kein Mensch zwingt uns zum Extrembergsteigen oder nötigt Jugendlichen eine Karriere als Automobilrennfahrer auf, und allen Hautkrebswarnungen zum Trotz nehmen die Menschenmengen an den sommerlichen Mittelmeerstränden eher zu.

Auch auf der gesellschaftlichen Makroebene ist klar, dass die Sorge um die Gesundheit mit anderen Sorgen konkurriert. Zwar sind die Gesamtausgaben für Gesundheit in Deutschland von (umgerechnet) 158 Milliarden Euro im Jahr 1992 auf 315 Milliarden Euro im Jahr 2013 angestiegen, entsprechend einem Wachstum von nominal 99 Prozent und real 69 Prozent (Statistisches Bundesamt 2015a, 2015b), aber es mehren sich die Stimmen, dass immer noch viele für die Gesundheit wichtige Dinge unterbleiben. Am augenfälligsten sind die langen Warteschlangen in der Transplantationschirurgie. Hier fehlt es an Spenderorganen und weniger an Geld. Eindeutig eine Folge des Mangels an Finanzen sind aber die Arzneimittelbudgets der niedergelassenen Ärzte oder Sparmaßnahmen im Krankenhaus: „Die Betten auf der Intensivstation sind rar, das Budget setzt Grenzen für teure Medikamente – entgegen den Behauptungen von Krankenkassen und Politik bekommt nicht jeder Patient alles“ (Sonnett 2010). Auf die Frage: „Wie häufig haben sie in den letzten sechs Monaten eine für den Patienten nützliche Maßnahme aus Kostengründen nicht durchgeführt oder durch eine preiswertere, aber weniger effiziente Leistung ersetzt?“ antworteten nur 23 Prozent einer repräsentativen Stichprobe von Klinikärzten mit „Nie“ (Sonnett 2010); je nach Klinikträger und Krankenhausstation kommt das „sogar häufig“ vor. Und in der reichen Schweiz wurde kürzlich sogar die Abgabe eines neuen, hochwirksamen und sehr teuren (60.000 Schweizer Franken für eine Zwölfwochen-therapie) Hepatitis-C-Medikaments ganz offen rationiert (Straumann 2015).

Einer von vielen aktuellen Streitpunkten in Deutschland ist der Ausschluss der hochwirksamen, aber sehr teuren Protonentherapie aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen

Krankenkassen (AOK Bayern 2015). Bei Lebermetastasen oder Mammakarzinomen etwa lehnen diese die Bezahlung einer Protonentherapie trotz einer von manchen Strahlentherapeuten reklamierten besseren Heilungschance ab.

Die zentrale These dieses Beitrags ist nun, dass dergleichen Mängel auch bei noch so vielen weiteren Milliarden für das Gesundheitswesen nie verschwinden, ja dass diese Überhänge des theoretisch sinnvoll Machbaren über das praktisch Finanzierbare in der Medizin in Zukunft wohl noch größer werden.

Opfer des eigenen Erfolges

Als Erstes ist hier dem Mythos zu begegnen, dass die oben quantifizierte Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen eine Konsequenz gestiegener Preise sei (mit dem impliziten Umkehrschluss, dass diese Ausgabenexplosion dann durch einen Preisstopp leicht zu bremsen wäre). In Wahrheit ist das Gegenteil der Fall. Wie die nächste Tabelle zeigt, steigen die Preise vieler Gesundheitsgüter nicht schneller, sondern langsamer als andere Preise an, viele sind in den letzten Jahrzehnten sogar gefallen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Ausgewählte Preise von Gesundheits- und sonstigen Gütern im Vergleich (Euro)

	1975	2015	Wachstumsrate
Calciparin (zehn Ampullen)	42,17	14,91	- 64 %
Zahn ziehen (einwurzelig)	4,95	3,94	- 20 %
Adalat (10 mg, 50 Stück)	16,60	15,24	- 8 %
Yxin Augentropfen (10 ml)	2,47	3,29	+ 33 %
einfache Beratung (Arzt)	2,31	4,66	+ 103 %
Mischbrot (dunkel 1 kg)	1,04	2,40	+ 131 %
Standardbrief (Inland)	0,26	0,62	+ 138 %
eine Stunde Tennisunterricht	11,38	33,00	+ 190 %
Superbenzin (1 l, bleifrei)	0,46	1,45	+ 215 %
Kotflügel lackieren	55,61	180,00	+ 224 %
Frisör Damen (Haare färben)	8,03	43,00	+ 435 %

Quelle: eigene Auswahl und Statistisches Bundesamt

Dass dennoch die gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen so stark steigen, liegt weniger an den Preisen als vielmehr an den Mengen. Und das vor allem an den Mengen solcher Gesundheitsgüter, die es früher überhaupt nicht gab. Etwa weil die dazu nötigen Geräte noch nicht erfunden waren. Die nächste Tabelle zeigt dies beispielhaft für ausgewählte medizintechnische Großgeräte.

Tabelle 2: Medizinisch-technische Großgeräte in Deutschland

	1951	1971	1991	2011
CT-Geräte	0	0	707	1.465
Kernspintomografen	0	0	159	858
LHK-Messgeräte	0	0	228	432
Lithotripter	0	0	89	321
PET-Geräte	0	0	6	119
„normale“ Strahlentherapiegeräte	0	146	327	382
Protonenstrahler	0	0	0	2

Quelle: Statistisches Bundesamt (Zahlen für 2011 nur Krankenhäuser)

Die vorläufig letzte und bislang teuerste Innovation sind die sogenannten Protonenstrahler, von denen es bislang drei in Deutschland gibt. Das letzte Zentrum wurde dieser Tage in Essen eröffnet (Koruhn 2015), weitere sind geplant. Die Protonentherapie vernichtet Krebszellen, die mit herkömmlicher Röntgenstrahlung nicht erreichbar sind, mit Kosten pro Behandlung von derzeit rund 20.000 Euro. Das ist rund dreimal so viel wie bei einer Behandlung mit konventionellen Strahlentherapiegeräten.

Ähnlich stellt sich die Lage bei Organtransplantationen dar (Tabelle 3). Auch hier beginnen die meisten Reihen in nicht allzu langer Vergangenheit mit einer Null, um heute in bemerkenswerte Größenordnungen vorzustoßen. Das Wachstum ist zwar in den letzten Jahren etwas abgebrochen (aus Gründen, die hier nicht interessieren sollen), aber die Zahlen als solche sind weiter im Vergleich zu den Kanzlerjahren Konrad Adenauers groß genug.

Tabelle 3: Organtransplantationen in Deutschland

	1965	1975	1985	1995	2005	2013
Niere	3	165	1.274	2.128	2.189	2.272
Herz	0	1	66	498	396	304
Leber	0	0	52	595	804	1.561
Lunge	0	0	10	84	262	358
Bauchspeicheldrüse	0	0	11	63	172	120

Quelle: Statistisches Bundesamt; Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)

Und auch bei den Arzneimitteln sind es vor allem die Innovationen, nicht etablierte Medikamente, die die Ausgaben aufblähen: „Das erste Gentherapie-Medikament zur Behandlung eines seltenen Erbgutdefekts wird in Deutschland voraussichtlich für einen Rekordpreis von mehr als einer Million Euro auf den Markt kommen“ (Handelsblatt 2014). „Zwar gibt es nur wenige Patienten, die an der schweren Stoffwechselstörung Lipoproteinlipase-Defizienz (LPLD) leiden. Doch die rund 1,1 Millionen Euro, die die Behandlung eines typischen Patienten mit dem Präparat Glybera kosten soll, könnte die Diskussion um Arzneimittelpreise bei den Kassen weiter anfachen.“

Die Botschaft dieser Zahlen ist klar: Anders als in vielen anderen Lebensbereichen, etwa in der EDV, wo der Fortschritt vor allem sogenannte Ersatztechnologien produziert, die eine gegebene Leistung wie die Addition von Eins und Eins effizienter und damit preisgünstiger herzustellen erlauben, manifestiert sich der Fortschritt in der modernen Medizin, so wie in den obigen Tabellen beispielhaft gezeigt, vor allem in sogenannten Zusatztechnologien. Das sind Verfahren, die etwas zuvor Unmögliches auf einmal möglich machen. Aber Zusatztechnologien wie etwa Operationen am offenen Herzen oder künstliche Hüftgelenke und all die anderen geradezu unglaublichen Manifestationen der modernen „bionic revolution“ (Devlin 2014) erzeugen erst einen Bedarf, der bis dato allenfalls latent vorhanden war, und weiten damit auch den Bedarf an zusätzlichen Finanzierungsmitteln in immer höhere Größenordnungen aus. Als es noch keine Herzschrittmarker, künstlichen Arme oder Zahn-Implantate gab, bestand in diesem Sinn auch kein Bedarf danach. Natürlich hätten auch schon unsere Großeltern gerne darauf verzichtet, ihre künstlichen Zähne nachts ins Glas zu legen, aber Zahn-Implantate gab

es bis vor 30 Jahren nicht. Also musste auch keine Krankenkasse dafür zahlen. Und genauso wenig hatten die Kostenträger mit Klagen von enttäuschten Patienten umzugehen, dass ihnen eine im Prinzip mögliche Behandlung vorenthalten worden sei.

Und dann gibt es noch einen weiteren Grund, der diesen Überhang des theoretisch Möglichen über das praktisch Finanzierbare noch zusätzlich verstärkt. Denn diese Ausweitung des Angebots, diese Explosion des medizinisch sinnvoll Machbaren auf der einen Seite wird noch verstärkt und angetrieben durch eine weit überproportionale Ausweitung der Nachfrage auf der anderen Seite. „Überproportional“ soll dabei heißen: Durch dieses Angebot wird die Nachfrage noch größer, als sie vorher war. Denn gerade durch ihre Erfolge macht die moderne Medizin die Menschen im Durchschnitt nicht gesünder, sondern – im Durchschnitt der Überlebenden – eher kränker.

Das klingt zunächst paradox, ist es beim zweiten Hinsehen aber nicht. Zwar schützt uns die Medizin heute anders als früher durch ein großes Arsenal von Abwehrwaffen vor einem frühen Tod, aber diese Abwehrwaffen sind zu einem großen Teil, wie die Amerikaner sagen, nur „halfway-technologies“: Sie halten uns zwar am Leben, machen uns aber nicht komplett gesund. Das ist zwar kein hundertprozentiger, aber trotzdem ein Erfolg, um das ganz klarzustellen, aber trotzdem haben wir damit ein Paradox. Denn ohne die moderne Medizin wären viele der heute 80 Millionen Bundesbürger schon lange tot, aber die Überlebenden dafür im Durchschnitt – die Betonung liegt auf Durchschnitt – eher gesünder, als sie es heute sind.

Das Beispiel Nierenversagen

Bekanntlich hat Deutschland mit die höchsten Raten an Nierenkranken in der ganzen Welt. Aber doch nicht, weil die deutsche Medizin so schlecht ist, sondern weil sie so gut ist. Hätten wir nicht die weltweit vorbildlichen Möglichkeiten der künstlichen Blutwäsche für alle, die sie brauchen, gäbe es heute in Deutschland sehr viele Nierenkranke weniger. Die Tabelle 4 gibt die Zahl der dialysepflichtigen Nierenkranken pro eine Million Einwohner für verschiedene Länder dieser Erde an. Sie zeigt, dass im Allgemeinen die Zahl der Dialysepatienten mit dem ökonomischen Wohlstand und damit wohl auch mit der Qualität der medizinischen Versorgung nicht fällt, sondern steigt (oder will irgendjemand

behaupten, das Rekordtief von vier Dialysepatienten pro zehn Millionen Einwohner im Kongo sei ein Erfolg des dortigen Gesundheitssystems? Die Zahl ist deshalb so gering, weil dort die meisten Nierenkranken sehr früh nach Ausbruch der Krankheit sterben).

Tabelle 4: Dialysepatienten pro eine Million Einwohner

Land	Anzahl
Deutschland	768
Frankreich	530
Österreich	450
Großbritannien	332
Bulgarien	300
Algerien	240
Mexiko	197
Peru	150
Bolivien	101
Südafrika	51
Pakistan	34
Madagaskar	5
Ghana	4
Kongo	0,4

Quelle: Jain et al. (2012)

Das Beispiel Diabetes

Oder man nehme das Beispiel Diabetes. Heute gibt es rund 5 bis 10 Millionen Zuckerkrankte in der Bundesrepublik Deutschland, je nachdem, wie man sie zählt, das Fünffache wie zu Kaiser Wilhelms Zeiten (Heidemann et al. 2013). Aber das liegt doch nicht an der Unfähigkeit der Medizin, sondern daran, dass vor 80 Jahren das Insulin erfunden wurde. Auch hier das gleiche Resultat: Ohne medizinischen Fortschritt wäre der Durchschnitt der Überlebenden heute gesünder.

Der moderne Arzt ist also weniger ein weißer Engel, der seinen Patienten die Tür zum ewigen Leben aufschließt, als vielmehr ein neuer Sisyphus, dessen Mühen und Sorgen mit jedem Erfolg nur immer größer werden. Es ist daher auch eine absolute Illusion zu

glauben, dass ein medizinisch effizienteres Gesundheitswesen eine Gesellschaft als Ganzes kollektiv gesünder macht. Den einzelnen Patienten ja, aber den Durchschnitt der Überlebenden nein. Die große Gleichung „mehr Geld = mehr Gesundheit“ ist ganz eindeutig falsch. Genauso könnte man versuchen, einen Brand zu löschen, indem man Benzin hineinschüttet. Je mehr die Medizin sich anstrengt, desto kränker werden wir, die moderne Medizin sitzt in einer großen Fortschrittsfalle fest.

Gesundheitspolitische Konsequenzen

Die Explosion des Machbaren in der modernen Medizin und die dadurch induzierte Kluft zwischen Verheißung und Erfüllung sind zwei Seiten der selben Medaille. Insofern erscheint es weder rational noch zielführend, die eine Seite zu bejubeln und die andere zu verdammen. Warum sich nicht über die positive Seite freuen und die Folgen der negativen minimieren? Denn ein halb volles großes Glas ist doch immer noch gehaltvoller als ein ganz volles kleines (auch wenn es dann vermutlich keine Klagen über den Abstand zum Rand des Glases gäbe). Die große Herausforderung jeder künftigen Gesundheitspolitik wird also darin bestehen, die Grenzen des Finanzierbaren auf humane Weise zu bestimmen. Müssen Arme früher sterben? Verteilt man nach dem Prinzip „wer zuerst kommt, mahlt zuerst?“ Gibt es Wartelisten wie schon heute in der Transplantationsmedizin? Soll man den Menschen erlauben, ihre Organe zu verkaufen?

Diese Fragen verschwinden nicht dadurch, dass man sie ignoriert und so den Weg zu einer humanen Alternative nur unnötig erschwert. Denn solche humanen Alternativen sind vorhanden, eine Mittelbeschränkung im Gesundheitswesen ist auch ohne Rückgriff auf Methoden möglich, die ansonsten in der Veterinärmedizin zu Hause sind.

Die Maxime heißt: kein Sparen am individuellen Einzelfall. Für den konkreten Patienten ist – zumindest im Prinzip – auch in Zukunft alles im Einzelfall medizinisch sinnvoll Machbare ohne Ansicht der Kosten auch zu tun.

Auf den ersten Blick scheint diese Forderung im Widerspruch zu der soeben formulierten systemimmanenten Ressourcenknappheit zu stehen. Aber bei näherem Hinsehen kann dieser Anspruch auf optimale Betreuung des individuellen Patienten durchaus mit

der Forderung nach einer Begrenzung des Gesamtbudgets im Gesundheitswesen auch schon vor einer Sättigung des Gesamtbedarfs koexistieren. Angenommen etwa (um ein Beispiel aus einem anderen Lebensbereich zu nehmen, in dem ebenfalls Leben und Tod zur Debatte stehen), ein Schiff ist in Seenot. Keine Frage, dass zur Rettung der bedrohten Besatzung alles Menschenmögliche zu unternehmen ist. Zur Not mag dafür die gesamte deutsche Seenotrettungsflotte auslaufen. Bei einem individuellen, konkreten Menschenleben haben Kosten-Nutzen-Analysen keinen Platz. Ein konkretes Menschenleben ist kein ökonomisches Gut und hat daher auch keinen Preis.

Heißt das aber, dass in jedem deutschen Nordseehafen zehn Seenotrettungskreuzer zu stationieren sind? Natürlich nicht, und dieses Prinzip gilt auch im Gesundheitswesen. Auch hier sind zur Rettung konkreter Menschen keine Kosten und Mühen zu scheuen, Kostendämpfung hin oder her. Das heißt aber nicht, dass man nicht vor Eintreten des Eventualfalls die Kapazitäten beschränken dürfte. Denn diese Beschränkung trifft keine konkreten Patienten; nur die Wahrscheinlichkeit eines frühzeitigen Todesfalls nähme für alle Bundesbürger zu, und das ist ein großer und zentraler Unterschied.

Im amerikanischen New York zum Beispiel hat man in den 1980er Jahren den Bau einer Spezialklinik für Brandverletzungen mit der Begründung abgelehnt, für die dadurch pro Jahr geretteten zwölf Menschenleben wäre das Projekt zu teuer. Dennoch ist der damalige Oberbürgermeister Edmund Koch wohl kaum ein Massenmörder. Denn durch die eingesparte Brandklinik in New York wurden doch nicht zwölf Bürger jährlich zum Tode durch Verbrennungen verurteilt, auch wenn die Heilberufe das gerne so darstellen, sondern allein die Wahrscheinlichkeit, durch Brandverletzungen zu sterben, hat für jeden New Yorker um einen zehntausendstel Prozentpunkt zugenommen. Ob also durch ein verbessertes Radargerät eine Flugzeugkatastrophe verhindert oder durch ein neues herzchirurgisches Zentrum 100 Herzpatienten vor dem frühzeitigen Tod bewahrt werden, in jedem Fall ist bei der Entscheidung noch nicht klar, wer davon eines Tages den Nutzen haben und wer darunter leiden wird.

Oder man nehme Rettungshubschrauber. Seit ihrem ersten Einsatz in den frühen 1970er Jahren reduzieren diese erfolgreich die Verkehrsmortalität. Derzeit sind davon

mehrere Dutzend in Deutschland im Einsatz, aber viele meinen, das wäre noch lange nicht genug. So moniert etwa die Bayerische Staatszeitung (2010) „einen großen ‚weißen Fleck‘ im nördlichen Kreis Donau-Ries (Raum Nördlingen) und im angrenzenden südlichen Kreis Ansbach.“ Es wäre dort nicht garantiert, dass ein Schwerverletzter, ein Schlaganfall- oder Herzinfarkt-Patient spätestens nach 60 Minuten zur Behandlung in einer Klinik eintrifft. „Das können Hubschrauber aus Nürnberg, Ingolstadt oder Ulm in Nordschwaben nicht garantieren.“

Die Kosten eines Intensivtransporthubschraubers (der Hubschrauber selbst, Geräte, Personal und Infrastruktur) belaufen sich auf rund 5.000 Euro pro Einsatz. Ist die bayerische Staatsregierung moralisch verpflichtet, dieses „weiße Loch“ im nördlichen Kreis Donau-Ries zu schließen?

Der vorliegende Beitrag argumentiert, dass die dadurch zu rettenden Menschenleben für sich alleine betrachtet noch nicht als Argument ausreichen. Gesundheitsökonomien sprechen hier auch vom Unterschied zwischen statistischen und individuellen Menschenleben. Im Gegensatz zu individuellen haben dergleichen statistische Menschenleben durchaus einen Preis. Sonst hätte man schon längst Alkohol und Zigaretten verbieten müssen, genauso wie das Schnellfahren auf der Autobahn (oder das Autofahren überhaupt, eine der gefährlichsten Tätigkeiten, die es gibt).

Ein statistisches Menschenleben ist nichts als eine Summe von Wahrscheinlichkeiten, und über die Zu- oder Abnahme der Wahrscheinlichkeit, in einer bestimmten Zeitspanne zu sterben, lassen viele Menschen durchaus mit sich handeln.

Unterscheidet man aber konsequent zwischen statistischen und individuellen Menschenleben, kann der Medizinbetrieb nun nicht mehr wie gewohnt immer mehr Mittel allein mit dem Argument requirieren, dadurch würden soundsoviele Menschenleben gerettet. Sind das Menschenleben im statistischen Sinne, tritt er vielmehr in Konkurrenz zum Umweltschutz, zur Verkehrssicherheit, zur Feuerwehr oder zur Flugüberwachung, um nur einige Aktivitäten zu nennen, die genau wie die Medizin Menschenleben im statistischen Sinne betreffen. Und genau so, wie wir im Umweltschutz, bei der Verkehrssicherheit,

bei der Feuerwehr oder bei der Flugüberwachung aus Kostengründen sparen, dürfen wir auch in der Medizin aus Kostengründen sparen.

Manche Autoren nennen das auch indirekte (im Gegensatz zur direkten) Rationierung (Mechanic 1979), sprechen von konstitutiven (im Gegensatz zu operativen) Entscheidungen (Gäfgen 1985) oder unterscheiden zwischen verschiedenen Ebenen, auf denen über die Verwendung knapper Mittel entschieden wird (Stone 1981). Die oberste und am weitesten vom konkreten Patienten entfernte Ebene ist die, wo über die Finanzierung alternativer Forschungsprogramme, etwa die Entwicklung atomgetriebener Kunstherzen oder neuer Gentechnologien, entschieden wird. Hierher gehört auch die Frage, ob die Bundesrepublik Deutschland sich stärker in der Rheumaforschung engagieren oder besser ein nationales Bluthochdruckprogramm initiieren sollte. Solche Grundsatzentscheidungen haben weitreichende Folgen und berühren das Leben ungezählter Patienten, die aber oft zum Zeitpunkt der Entscheidung überhaupt noch nicht geboren sind. Auf der nächsten Ebene entscheiden Heilberufe und Finanzgeber, ob oder ob nicht bestimmte grundsätzlich mögliche Behandlungsmethoden wie etwa Herztransplantationen allgemein vorgehalten werden sollen. Eine weitere Ebene tiefer und schon sehr viel näher an Einzelfallentscheidungen legen Gesetzgeber oder Gesundheitsbürokratie den Leistungskatalog der Krankenversicherungen fest.

Ein Beispiel ist die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. Oktober 2010, also des obersten Beschlussgremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, die Protonentherapie beim operablen nicht kleinzelligen Lungenkarzinom und beim inoperablen nicht kleinzelligen Lungenkarzinom des UICC-Stadiums IV (Union Internationale Contre le Cancer) aus dem GKV-Leistungskatalog auszuschließen (AOK Bayern 2015).

Durch die Maxime, so viele Entscheidungen wie möglich von der operativen auf die konstitutive Ebene des Gesundheitswesens zu verlagern, ist die tragische Komponente der Ressourcenallokation in der Medizin erheblich zu reduzieren. Auf der konstitutiven Ebene fällt das Entscheiden leichter, hier stehen nicht mehr individuelle, sondern nur statistische Menschenleben auf dem Spiel, und diese haben durchaus ihren Preis.

Fazit

Die unglaublichen Erfolge der modernen Medizin haben das Dilemma aufgetan, dass nicht mehr alles medizinisch sinnvoll Machbare praktisch finanzierbar ist. Auch bei einer Verdopplung oder Verdreifachung der Gesundheitsausgaben verschwände dieser Ressourcenmangel nicht komplett. Der vorliegende Beitrag zeigt, dass man diesem Ressourcenmangel auf humane Weise begegnen kann, ohne das Recht eines jeden Patienten auf optimale Behandlung zu verneinen. Dazu sind möglichst viele gesundheitspolitische Entscheidungen weg vom Patienten auf eine möglichst patientenferne Planungsebene zu verlagern, wo es nur um Überlebenswahrscheinlichkeiten und nicht um individuelle Menschenleben geht.

Literatur

- AOK Bayern (2015): Protonentherapie. www.aok-gesundheitspartner.de/by/krankenhaus/qualitaetssicherung/methodenbewertung/protonentherapie/index.html (Download am 20. Mai 2015).
- Bayerische Staatszeitung (2010): Streit um Rettungshubschrauber. Ausgabe vom 3. Oktober 2010.
- Breda, J., J. Jewell, L. Webber und G. Galea (2015): Nutrition, Physical Activity and Obesity Program. Vortrag vom 22. European Congress on Obesity. Prag, 9. Mai 2015.
- Devlin, H. (2014): Bionic revolution will keep us active well into old age. In: The Times. Ausgabe vom 7. April 2014.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014): Pressemitteilung Nr. 20 vom 5. November 2014.
- Gäfgen, G. (1985): Die ethische Problematik von Allokationsentscheidungen – am Beispiel des Ressourceneinsatzes im Gesundheitswesen. In: G. Enderle (Hrsg.): Ethik und Wirtschaftswissenschaft. Berlin. S. 249-261.
- Handelsblatt (2014): Medikament soll 1,1 Millionen Euro kosten. Ausgabe vom 28. November 2014.
- Heidemann, C., Y. Du, I. Schubert, W. Rathmann und C. Scheidt-Nave (2013): Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt (56) 5/6. S. 668-677.

- Hinz, A., U. Hübscher, E. Brähler und H. Berth (2010): Ist Gesundheit das höchste Gut? – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zur subjektiven Bedeutung von Gesundheit. In: Gesundheitswesen 72. S. 897-903.
- Jain, A. K., P. Blake, P. Cordy und A. X. Garg (2012): Global Trends in Rates of Peritoneal Dialysis. In: Journal of the American Society of Nephrology 23. S. 533-544.
- Koruhn, P. (2015): Therapiezentrum in Essen: Strahlen heilen krebskranke Kinder. In: Westdeutsche Allgemeine Zeitung (WAZ). Ausgabe vom 20. April 2015.
- Mechanic, D. (1979): Future Issues in Health Care: Social Policy and the Rationing of Medical Services. New York.
- Sonnett, C. (2010): Jeder kriegt, was er braucht. Von wegen! In: Frankfurter Allgemeine Zeitung. Ausgabe vom 2. Mai 2010.
- Statistisches Bundesamt (2015a): Pressemitteilung Nr. 132 vom 14. April 2015. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>
- Statistisches Bundesamt (2015b): Verbraucherpreisindizes für Deutschland – lange Reihen ab 1948.
- Stone, D. A. (1981): Leben oder Sterben lassen – welche Institutionen dürfen entscheiden? In: Medizin-Mensch-Gesellschaft 72. S. 37-45.
- Straumann, F. (2015): Der Preis der Rationierung. In: Tagesanzeiger. Ausgabe vom 12. März 2015.

