

Frau Prof. Buyx, wir haben in Deutschland ein fast einmaliges solidarischer Gesundheitssystem, auf das wir zu Recht ziemlich stolz sind. Gleichzeitig steigt der Druck durch Fachkräftemangel, teure Hightechmedizin, zunehmend alte, pflegebedürftige Patienten. Können wir unter diesen Voraussetzungen an der Solidarität festhalten?

Unser Gesundheitssystem gehört zur Weltspitze und ist tatsächlich eines, in dem noch immer jeder Patient bei der Behandlung den Goldstandard bekommt, auch die neuesten und besten Entwicklungen im Bereich der Medizin, ohne dass er dafür selbst privat und direkt bezahlen muss. Diese Leistungen werden solidarisch aus der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Natürlich gibt es auch durchaus zunehmende Dysfunktionen in diesem System. Aber unter dem Strich ist das etwas zutiefst Bewahrenswertes.

Das betont auch der Ethikrat, dessen Vorsitzende Sie sind.

Genau, das haben wir über die Jahre immer wieder getan. Wir alle sind als Menschen insofern verletzlich, als dass jeder von uns von heute auf morgen krank werden kann. Ein Gesundheitssystem zu haben, das uns dann mit niedrigschwelligem Zugang auffängt, ist extrem wichtig – auch für das Funktionieren einer Gesellschaft. Man nennt Gesundheit deshalb auch ein konditionales Gut, also eine der notwendigen Bedingungen aller Lebenspläne, wie der Philosoph Stefan Gosepath das treffend ausdrückt. Man merkt erst, wenn es weg ist, wie wichtig es ist.

Viele haben aber zunehmend das Gefühl, dass sie im Gesundheitssystem nicht mehr aufgefangen werden.

Bei allem Lob für unsere Gesundheitsversorgung, insbesondere auch für die Menschen, die darin arbeiten, gerät das System zunehmend unter Druck, schon seit Jahren. Das stimmt. Vereinfacht gesagt, beruht es ja auf einem Generationenvertrag – gleichzeitig haben wir viele großartige, aber auch teure Innovationen, immer mehr Alterung und immer weniger Menschen, die das System tragen. Deshalb sollten wir besprechen, was wir ändern und verbessern können.

Sie stellen also doch zur Debatte, dass wir an der Solidarität nicht mehr festhalten können?

Nein, so sollte das keinesfalls verstanden werden. Das solidarische Fundament ist essenziell und steht ja auch so im Gesetz. Es ist im Sozialgesetzbuch rechtlich niedergelegt, und das Bundesverfassungsgericht hat das immer wieder bestätigt. Ein solidarischer Gesundheitssystem ist volkswirtschaftlich eine gute Sache, es ist sozial eine gute Sache, es ist in jeder Hinsicht eine gute Sache. Die Frage wird sein: Wie können wir im solidarischen System das hohe Niveau der Versorgung bei steigenden Kosten halten?

Und wie können wir das?

Nun ja, im Gesundheitswesen gibt es eine Spanne von einer recht einfachen Versorgung bis hin zu der neuesten Hightechmedizin. Letztere kostet zum Teil sehr viel Geld. Darüber hinaus fehlt es überall an Personal, es gibt viele strukturelle Probleme wie die alternde Gesellschaft, die man nicht mal so eben ausschalten kann. Auf der anderen Seite erleben wir herausragende Fortschritte in der Forschung, wir können immer mehr Menschen immer besser helfen. Hinzu kommt, wenn Sie sich die Realität in den Kliniken und in den Praxen angucken, dann sind diejenigen, die da arbeiten, unter einem ganz enormen Druck, und diejenigen, die behandelt werden, sind auch nicht wirklich glücklich. Das ist die Quadratur des Kreises.

Also lautet die Antwort, wir können das Versorgungsniveau nicht halten.

Es gibt viele, die sagen, dass man es sogar deutlich verbessern kann, aber dafür müsste man das System wohl weiterentwickeln und auch harte Fragen diskutieren. In der Medizinethik spricht man von genuinen Verteilungsgerechtigkeitsfragen. Es gibt Berechnungen von Gesundheitsökonominnen, dass wir 60 Prozent unseres Bruttoinlandsproduktes für sinnvolle medizinische Leistungen ausgeben könnten – das geht natürlich nicht. Gesundheit ist ein essenzielles Gut neben anderen, wir brauchen auch Schulen, Renten, Sicherheit. 1990 war der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt um die zehn Prozent, jetzt sind es 13, das ist eine knackige Steigerung. Also sollten wir fragen: Wer soll wie viel von welchem Fortschritt haben? Wie wichtig soll uns Grundversorgung sein? Wie wichtig ist Prävention? Wenn Sie nicht genug haben, aber allen alles geben wollen, kommen Sie in den Bereich der Verteilungsgerechtigkeit. Lange waren diese Fragen in Deutschland nicht so bedrückend wie anderswo. Es gab natürlich viele Sparmaßnahmen, starke Arbeitsverdichtung für die Mitarbeitenden, und es wurden auch Sachen gestrichen, man musste als Patient mehr dazubehalten. Aber im

„Dürfen wir das Leben bepreisen?“

Das Gesundheitssystem ist unter Druck. Die gewohnte Spitzenversorgung können wir uns bald nicht mehr leisten. Doch am Solidargedanken soll nicht gerüttelt werden, meint die Medizinethikerin Alena Buyx.



Alena Buyx ist Professorin für Ethik der Medizin und Gesundheitstechnologien an der TU München. Im April scheidet sie aus dem Deutschen Ethikrat aus, dem sie seit 2016 angehört und dessen Vorsitzende sie aktuell ist.

Foto Steffen Roth

Prinzip gab es für jeden mehr oder weniger alles. Jetzt scheint der Druck zunehmend ein anderer zu werden.

Das klingt jetzt doch beunruhigend.

Es wird eine Zeit auf uns zukommen, in der wir uns gesellschaftlich wirklich werden fragen müssen: Was ist wichtig? Was sind unsere Prioritäten? Es gibt Länder, die haben ihre Gesundheitsversorgung durchpriorisiert.

An welche denken Sie?

Schweden zum Beispiel, die haben in den Neunzigerjahren eine staatliche Initiative zur Priorisierung im Gesundheitswesen begonnen und ein Forschungszentrum gegründet, das zugleich auch breit zivilgesellschaftlich aufgestellt war. Es wurden ethische Grundsätze entwickelt; es gab sehr viel Mitarbeit von Fachgesellschaften und ganz vielen anderen Beteiligten. Interdisziplinäre Kommissionen haben dann gestützt auf einen Kriterienkatalog für viele medizinische Versorgungsbereiche die Leistungen in eine Rangfolge der Wichtigkeit, also eine Priorisierung, gebracht. Praktisch sieht das ungefähr so aus: Dinge aus den Priorisierungsgruppen eins bis vier darf ein Arzt immer verschreiben, für die Gruppe fünf bis sieben braucht er eine Begründung, und von neun und

zehn wird außer in Ausnahmen abgesehen. Das ist ein Prozess gewesen, der hat bis zur ersten klinischen Leitlinie über zehn Jahre gedauert. Schweden hat das inzwischen für die meisten Fachbereiche gemacht. Die Vorgaben haben Empfehlungscharakter und sind meines Wissens nicht im harten Sinne rechtlich verbindlich. Aber sie strukturieren durchaus, wie in Schweden klinisch gearbeitet wird. Das ist ein erhellendes Beispiel.

Muss man bei so viel Knappheit nicht auch an die Eigenverantwortung appellieren – sowohl was das Gesundheitsverhalten angeht als auch das Anlegen eines finanziellen Polsters?

Gesundheitsversorgung ist wirklich teuer. Man kann doch nicht sagen, wir müssen alle Rücklagen anlegen, damit wir unsere Chemotherapien selbst bezahlen können. Das könnten auch wirklich wohlhabende Menschen im Land nicht stemmen. Aber Sie haben natürlich trotzdem recht. Ich arbeite schon sehr lange zum Thema Eigenverantwortung, und da sind zwei Dinge besonders dringlich.

Welche?

Das eine ist tatsächlich die Vorsorge, gesundheitlich wie finanziell. Sogar im fünften Sozialgesetzbuch steht, dass

Menschen mitverantwortlich sind für ihre Gesundheit, über Lebensführung und Teilnahme an Prävention und so weiter. Und finanzielle Vorsorge könnte wohl zukünftig auch wichtiger werden, jedenfalls für diejenigen, die sich das leisten können. Die Eigenbeiträge sind ja schon über die Jahre gestiegen, das geht in die Richtung. Manche Zusatzleistungen werden privat bezahlt. Sag niemals nie, aber die Frage finanzieller Polster ist kompliziert, ich warne davor, sich das zu einfach vorzustellen.

Und der zweite Punkt?

Die Pflege. Das wird ein Riesensproblem. Da geht es ja nicht nur um die akute Pflege in der Klinik, sondern um Langzeit- und Altenpflege, um die häusliche Pflege. Die wird insgesamt immer teurer werden und kann uns wirklich um die Ohren fliegen. Viele von uns werden pflegebedürftig werden, aber wir sollten alle gemeinsam darauf achten, dass es möglichst spät dazu kommt. Das ist auch eine persönliche Verantwortung. Verstehen Sie mich nicht falsch: Niemand erwartet, dass wir alle perfekt gesundheitsbewusst durch die Gegend laufen. Aber der Trend, dass wir kollektiv immer träger, dicker und einsamer werden – und den sehen wir in den Morbiditätszahlen –, der ist nicht gut. Das sind große Krankheits- und Mortalitätsfaktoren. Da müssen wir wirklich alle ran. Jeder Einzelne muss sich fragen: Was kann ich vorbeugend tun, damit ich möglichst lange nicht pflegebedürftig werde?

Wer zu viel trinkt, raucht und isst, trägt also Mitschuld. Sollten alle, die gesund leben, das mitfinanzieren?

Vorsicht. Das ist ja zunächst eine durchaus nachvollziehbare moralische Intuition. Aber: Erstens sind Kausalitäten nach dem Schuldprinzip sehr schwer nachzuweisen, weil viele Erkrankungen verschiedene Entstehungsursachen haben. Zweitens ist Gesundheitsverhalten auch strukturell geprägt, unter anderem von der Umgebung, Erziehung, Sozialisation. Aber vor allem drittens: Zeig mir den, der nicht einen Faktor hat. Der Topmanager, der zwar jeden Morgen laufen geht, hat dafür vielleicht aber so eine schlechte Art, mit Stress in seinem Job umzugehen, dass sich sein Bluthochdruck verschlechtert. Es gibt wirklich nur hier und da Beispiele, in denen Eigenverantwortung so klar zuschreibbar ist, dass es auch aus ethischer Perspektive gerechtfertigt wäre, sie bei der Versorgung zu berücksichtigen.

Welche?

Es gibt einen Unterschied, ob man verunfallt, weil man auf einer U-Bahn surft oder mit dem Heli auf den Berg fliegt, um dann im Tiefschnee runterzubrettern, oder ob mich als Fußgängerin auf dem Weg zur Arbeit ein Auto im Straßenverkehr niedermäht. Aber wir kommen in Teufels Küche, wenn wir beginnen, die Leute einzuteilen in diejenigen, die sich gut beziehungsweise schlecht verhalten. Mit einem Anreizsystem für mehr Prävention könnte ich mich anfreunden, aber retrospektiv wirkende Bestrafungsformen sollten wir im Gesundheitswesen sehr skeptisch sehen.

Kommt man auch in Teufels Küche, wenn man hinterfragt, ob es grundsätzlich positiv zu bewerten ist, dass es in der Medizin mittlerweile so hoch spezialisierte und sehr teure Therapien gibt, die manchen Patienten nur ein paar Wochen mehr Lebenszeit bringen?

Ich habe ganz zu Beginn meiner Karriere zum Konzept der marginalen Wirksamkeit gearbeitet. Da guckte man sich die Studienergebnisse bestimmter Chemotherapien an, und die mittlere Lebensverlängerung lag bei 13 Tagen – kostete aber die Welt! Da fällt man dann schon vom Stuhl. Das Gemeine ist: Sie wissen nicht, wie es ist, wenn Sie sich den individuellen Patienten angucken. Sie haben nämlich auch immer welche dabei, bei denen liegt die Lebensverlängerung bei einem Jahr. Da würden die meisten von uns sagen: Das macht einen Unterschied. Da stehen ganz schwierige ethische Fragen dahinter, vor allem diese: Dürfen wir Leben so bepreisen, und wenn ja, wie?

Wie tut man das?

Dafür gibt es Vorschläge, die Kosteneffektivität zum Beispiel, also wie viel zahle ich für einen bestimmten Effekt. Das wird in Deutschland viel kontroverser diskutiert als in anderen Ländern, da gehen wir etwas einen deutschen Sonderweg. Kostensensible Leitlinien gibt es in fast allen entwickelten Gesundheitswesen, in Deutschland aber nicht – bisher.

Und warum nicht?

In Deutschland werden etwa verfassungsrechtliche Gründe dafür herangezogen, dass wir keine gesundheitsökonomischen Metriken verwenden, mit denen man Leben bepreist. Da sagen durchaus einige, dass das etwas absurd ist, weil wir ansonsten natürlich Leben schon bepreisen. Fragen Sie mal Lebensversicherer. Aber im Gesundheitswesen sind wir da in Deutschland jeden-

falls bisher recht rigoros. Meine Erwartung ist, dass sich da auf Dauer rechtlich etwas tun könnte, denn es kann auch auf uns zukommen, dass wir uns eben nicht mehr alles werden leisten können.

Das ist doch jetzt schon der Fall. Teilweise bekommt man erschreckende Geschichten aus der Versorgung erzählt.

Im Moment wird häufig von impliziter Vorenthaltung von Leistungen berichtet. Klinikpatienten werden zum Beispiel nach Eingriffen sehr schnell entlassen. Das ist nicht immer eine transparente, gut begründete Entscheidung, sondern das passiert manchmal ein bisschen nach Bauchgefühl oder weil der Druck hoch ist oder weil Personal fehlt. Das ist implizit und aus ethischer Perspektive immer das Schlechteste, denn da wurschtelt man sich irgendwie durch – in der englischen Fachdebatte heißt das tatsächlich *muddling through*, das sollte bei uns keine Alternative sein. Die Ärzte würden am Krankenbett zu sogenannten Doppelagenten: auf der einen Seite für das Patientenwohl und auf der anderen Seite für die Verwaltung knapper Ressourcen. Das ist ein Interessenkonflikt, den wir doch nicht wollen! Dazu gibt's auch von der Bundesärztekammer ein gutes Papier zu „Indikation und Ökonomisierung“ von vor ein paar Jahren, das gesagt hat, in die Indikationsstellung von Ärzten sollten ökonomische Überlegungen gar nicht einfließen. Aber natürlich sind die in der Praxis längst drin.

Aber für die explizite Vorenthaltung von Leistungen bräuhete man neue Festlegungen.

Genau. Transparent und explizit würde bedeuten, man muss es rechtsfest hinkriegen, und das ist in Deutschland ein dickes Brett. Weil man natürlich denkt: Kein Preis auf das Leben, wir haben ein Recht auf Gesundheit und so weiter. Und das sind ja auch ganz wichtige Punkte. Trotzdem sollten wir wohl darüber nachdenken, ob auch in Deutschland Priorisierung sinnvoll wäre, um nicht Gefahr zu laufen, dass Verteilungskonflikte auf den Schultern der Ärzte, der Pflege und anderer medizinischer Berufe und eben der Patienten ausgetragen werden. Das wäre nicht gerecht. Und es gibt ja Erfahrungen aus anderen Ländern, dass man Gesundheitssysteme zielorientiert weiterentwickeln und wirklich Druck verringern kann, ohne das solidarische Fundament aufzugeben. Ich bin da eigentlich zuversichtlich.

Wer kann, erkaufte sich schon jetzt Leistung. Es gibt Krebspatienten, denen ein Medikament, das nicht für ihre Erkrankung zugelassen ist, Lebensqualität bringt. Weil das ein sogenannter Off-Label-Use ist, müssen sie es selbst bezahlen.

Das ist kompliziert, denn es gibt auch Off-Label-Use, der von Krankenkassen genehmigt und bezahlt werden kann – und es gibt Beispiele, in denen kann Evidenz vorliegt und es eher um eine Wollkuckucksiddee geht. Man muss sich jeden Fall sorgfältig angucken, kann aber die Eignung einer Behandlung auch nicht aus dem Einzelfall ableiten. Deshalb die komplexe Bewertung durch Gremien wie den Gemeinsamen Bundesausschuss. Off-Label-Use ist eine Schneise in den tatsächlichen Leistungskatalog, und den beliebig zu erweitern ist keine Option. Die Gerechtigkeitsüberlegung, dass es hier und da eine Art Zweiklassennutzung gibt, kann jedenfalls nicht dadurch gelöst werden, dass wir sagen: Wir geben alles in den Leistungskatalog. Denn dann wird das System für alle immer teurer. Es ist nicht unbegrenzt Geld da.

Das Geld, das da ist, wird teilweise einseitig eingesetzt. In Deutschland leidet vor allem die Kindermedizin.

Im Vergleich zu Erwachsenen gibt es weniger kranke Kinder, deshalb investiert die Forschung hier kaum Geld. Müsste die Politik den Druck auf Wissenschaft und pharmazeutische Unternehmen erhöhen?

Die Situation in der Kindermedizin ist komplex, es geht auch um die Patientenzahl, um die Abbildung im System der Fallpauschalen, um Bettenplanung. In der Medizinethik gilt das Fach aber als ein klassisches Beispiel dafür, dass mehr investiert werden sollte, vielleicht auch staatlich. Es ist schwer vorherzusagen, bei was kriegte ich eine gute Behandlung ausgeforscht? Wenn Sie sich etwa die Demenzen angucken, kann man den Pharmafirmen nicht vorwerfen, dass sie sich nicht bemüht hätten, aber es ist einfach kein Blockbuster rausgekommen.

Sie scheiden Ende April nach der zweiten Amtszeit turnusgemäß aus dem Ethikrat aus. Gut oder schlecht?

Es war manchmal hart, aber immer unglaublich inspirierend. Und ich durfte dieses besondere Ehrenamt in einer sehr außergewöhnlichen Zeit machen. Dafür werde ich immer dankbar sein.

Die Fragen stellten Eva Schläfer und Lucia Schmidt.