

Priorisierung im Gesundheitswesen

Geht das die psychisch Kranken an?

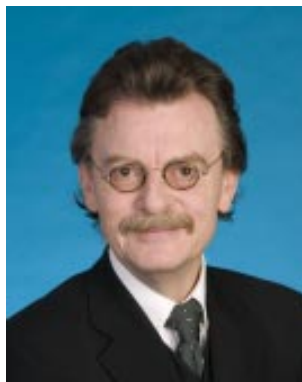
Prof. Dr. Jürgen Fritze

Die auf dem 112. Deutschen Ärztetag initiierte Debatte über Priorisierung im Gesundheitswesen, die mit Begriffen wie „ethisch nicht verantwortbar“ bis hin zu „ziemlich menschenverachtend“ quittiert wurde, ist nicht neu.¹ Sie ist längst überfällig und gehört in anderen Staaten (z. B. Skandinavien) zur Normalität. Sie wird in Deutschland traditionell ängstlich vermieden, obwohl Repräsentativbefragungen ergeben, dass die Bürger überwiegend – subjektiv – Einschränkungen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erleben und für die Zukunft erwarten, gleichzeitig aber auch mehrheitlich (67 %) ablehnen.

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist unbegrenzt, weil das Leben in der Regel mit einem Tod, dem Krankheit vorausgeht, endet. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat die Leistungsansprüche 1996 für Versicherte der privaten Krankenversicherung (PKV) konkretisiert: „... jedenfalls bei schweren, lebensbedrohenden oder lebenszerstörenden Erkrankungen“ sei „nicht zu fordern, dass der Behandlungserfolg näher liegt als sein Ausbleiben ...“.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat dies 2005 in seinem „Nikolausurteil“ für Versicherte der GKV grundsätzlich nachvollzogen. Die Nachfrage ist unbegrenzt, weil sich im Rahmen eines allgemeinen Wertewandels das allgemeine und wissenschaftliche Verständnis, was eine behandlungsbedürftige Krankheit sei und was eine hinzunehmende Veränderung des Gesundheitszustandes, wandelt; weil der medizinische Fortschritt immer neue Behandlungsmöglichkeiten erschließt; weil dank allgemeiner Wohlfahrt und medizinischen Fortschritts die Prävalenz chronischer, d. h. dauerhaft behandlungsbedürftiger Krankheiten zunimmt.

Grundsätzlich unbegrenzte Nachfrage kann nicht mit unbegrenzten Ressourcen befriedigt werden, soweit die Leistungen im Umlageverfahren der GKV finanziert und nicht der individuellen Zahlungsbereitschaft überlassen werden sollen. Seit Jahren wird die Grenze durch gesetzliche Varianten einer Budgetierung (derzeit z. B. Regelleistungsvolumina, Arzneimittel-



Prof. Dr. med. Jürgen Fritze (Jahrg. 1951), Arzt für Neurologie und Psychiatrie, außerplanmäßiger Professor für Psychiatrie, 2002 Geschäftsführer des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus. 1996 bis 2000 Mitglied der Zulassungskommission des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), seit 2006 Mitglied der Expertenkommission

Off-Label-Use des BfArM, seit 2007 Mitglied des wissenschaftlichen Beirates des BfArM. Seit 1997 Leitender Arzt des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV).

richtgrößen, Zielvereinbarungen mit Generika-Mindestquoten und Mee-too-Höchstquoten usw.) gezogen.

Derartige Budgetierung ist ethisch nicht nur vertretbar, sondern geboten: Sie erfüllt den kollektiv-ethischen Anspruch, vor finanziellem Ruin zu bewahren und den Kunden gegenüber das Leistungsversprechen einzulösen.

Die Bevölkerungsmehrheit befürwortet die umlagefinanzierte Krankenversicherung, d. h. Leistungsansprüche unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge mit vertikaler und horizontaler Umverteilung. Sie befürwortet damit implizit auch eine Begrenzung der Ausgaben für Leistungen der Krankenbehandlung. Diese Mehrheit repräsentiert allerdings die Mehrheit der gesunden Versicherten und nicht die schlussendlich von der Entscheidung Betroffenen, die Kranken. Erst seit Einführung des Gesundheitsfonds wird über die Budgetgrenzen explizit abgestimmt.

Wenn die Ausgaben zwangsläufig zu begrenzen sind, so kann ein Mehrbedarf nur durch Umverteilung ge-

¹ Zum Beispiel: Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Deutsches Ärzteblatt 2000; Fritze: Psycho 26/12/2 (2000) 95-99.

deckt werden, sofern sie nicht – wie mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) angestrebt – an Änderungen der Morbidität angepasst werden. Die Umverteilung von Leistungsansprüchen zwischen Kranken – das ist Rationierung – überlässt der Gesetzgeber derzeit explizit der Arzt-Patient-Duade. Es liegt im Wesen der psychischen Krankheiten, dass die Fähigkeit psychisch Kranker, ihre Ansprüche durchzusetzen, im Vergleich zu somatisch Kranken eingeschränkt ist. Psychisch Kranke und ihre Ärzte sind also besonders betroffen und bedroht.

Vom Arzt wird erwartet, dass er seine mit dem Individualbudget verbundenen Zeitkontingente – nach letztlich subjektivem Ermessen – bei einigen Patienten zugunsten anderer nicht ausschöpft oder ggf. „kostenlos“ tätig wird; dies wird mit den neuen Regelleistungsvolumina und Abstufung, in wenn auch abgemilderter Form, fortgesetzt. Dass dabei die Forderung nach Bedarfsgerechtigkeit und Gleichmäßigkeit der Versorgung (§ 70 SGB V) nicht erfüllt wird, ergibt sich logisch schon daraus, dass der Versorgungsgrad mit Nervenärzten zwischen den Bundesländern mit einem Variationskoeffizienten von rund 35 % variiert.

Zeit ist aber gerade bei psychischen Krankheiten therapeutisches Agens, die Leistungen lassen sich hier kaum verdichten. Dies wurde jüngst durch – vorübergehende – Ausgliederung der Gesprächsleistungen anerkannt.

Das je Versicherten der GKV zur Verfügung gestellte Arzneimittelbudget sowie die Richtgrößen der einzelnen Fachgruppen variieren zwischen den Bundesländern ebenfalls erheblich. Darüber hinaus erzwingt der Gesetzgeber mit § 84 SGB V ausdrücklich Umverteilung zwischen den Kranken: Indem „für verordnungstarke Anwendungsgebiete Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit“ zu vereinbaren sind, hat zwar grundsätzlich jeder Versicherte eine Chance, das wirksamste und verträglichste – und damit wahrscheinlich teuerste – Arzneimittel zu erhalten, aber nur ein Teil kann es tatsächlich erhalten.

Dasselbe gilt für die Quotierungsregelungen für Generika sowie Analogpräparate („me-too-drugs“). Dabei wird das Gebot der Nutzenbewertung (§ 35 b SGB V) ausdrücklich außer Kraft gesetzt. Diese Regelungen stehen im Konflikt zum individuellen Anspruch auf Therapie gemäß Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 SGB V) und wegen regional variierender Vereinbarungen im Konflikt zum Gebot der

Humanität mit gleichmäßiger und bedarfsgerechter Versorgung (§ 70 SGB V).

Die verdeckte, „heimliche“ Rationierung in der Arzt-Patient-Duade ist bei psychischen Krankheiten Realität, erkennbar z. B. an Unterschieden der Verordnungsspektren von Psychopharmaka zwischen Versicherten der PKV und GKV (wozu allerdings auch Überversorgung von Versicherten der PKV beitragen kann).

Wenn die Kranken faktisch um die Ressourcen konkurrieren, dann ist es ethisch geboten, dass dieser Wettbewerb expliziten, transparenten, von gesamtgesellschaftlichem Konsens getragenen Regeln folgt. Die Ressourcen dürfen nicht zufällig oder bestenfalls Partikularinteressen folgend alloziert werden, sondern sind – wie das Gesetz fordert – entsprechend medizinischer Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V), Bedarfsgerechtigkeit und Gleichmäßigkeit (§ 70 SGB V) zu priorisieren. Um vor Willkür und Beliebigkeit zu schützen, müssen sich die Prioritäten aus wissenschaftlichen Befunden ableiten.

Damit ist die „Evidenz-basierte Medizin“ das Fundament der Priorisierung, wobei das Patientenwohl an erster Stelle steht, nicht die Ökonomie. Dabei muss Priorisierung auch aus heimlicher Rationierung resultierende, historisch gewachsene Verteilungsungerechtigkeiten korrigieren. Nur mit einer sauberen Priorisierungsmethodik lässt sich der letztlich unlösbare Konflikt zwischen dem berechtigten, kollektivethischen Anspruch der Gesunden auf Begrenzung der Ressourcen und dem ebenso berechtigten individualethischen Anspruch der Kranken auf solidarische Hilfe erträglich machen.

© gpk

