

Medizin am Scheideweg



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze © SLÄK

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit Langlebigkeit und Multimorbidität in Deutschland, des rasanten medizin-technischen Fortschritts, der ökonomischen Steuerungsmechanismen und Fehlreize sowie einer zunehmenden Anspruchshaltung der Gesellschaft steigt der Kostendruck in den sozialen Sicherungssystemen. Es ist auch für das wohlhabende Deutschland unbestritten, dass zukünftig die Kostenentwicklung für die öffentliche Gesundheitsversorgung nicht ausufern darf, um die Leistungsfähigkeit des Sozialstaates und seine Daseinsversorgung zu erhalten. Wie also soll die hochentwickelte moderne Medizin mit der sich weiter öffnenden Schere zwischen steigendem Versorgungsbedarf bei abnehmenden finanziellen und personellen Ressourcen umgehen?

Alle Bevölkerungsprognosen sind sich für Deutschland einig in der generellen Aussage: „Wir werden weniger und wir werden Älter“! Die Trendprognose des Statistischen Bundesamtes (Prof. Beske 2016) lautet: Bis 2060 geht die Bevölkerungszahl um 4 Mio. und die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter um 15 Mio. zurück. Allein die Altersgruppe 67 Jahre und älter nimmt um 5 Mio. zu! Die ständig steigende Lebenserwartung hat weitreichende Auswirkungen auf das Krankheitsspektrum in höheren Altersgruppen mit zunehmendem Leistungsbedarf. Morbiditätsprognosen weisen drastische Zunahmen bei typischen Alterskrank-

heiten, wie zum Beispiel Demenz, Krebs, Schlaganfall, Herzinfarkt und Diabetes Mellitus aus. Die Baby-Boomer-Jahrgänge scheiden ab 2016 aus dem Erwerbsleben aus. Die Zuwanderung von Asylbewerbern wird langfristig diese Entwicklung nicht ändern. Die Ausgaben pro Versicherten steigen von 970 Euro im Alter von 1 bis 20 Jahren auf 5.343 Euro im Alter von 90 Jahren. Ohne gesundheitspolitische Gegenmaßnahmen stiege der Beitragssatz der GKV bis 2060 bis auf 52 % (!). Leistungseinschränkungen wären unvermeidlich.

Die gesellschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen es den Ärzten ermöglichen, ihre Expertise in den gesellschaftlichen Wandel einzubringen. Dabei unterliegt die moralisch-ethische Entscheidungslast ärztlichen Handelns heute zusätzlich einem ökonomisch-juristischen und disziplinarischen Druck. Krankenhäuser und Praxen sind auch wirtschaftliche Unternehmen, die die Tendenz zur Gewinnmaximierung verfolgen (müssen). Dieser Entwicklung muss immer wieder ein aus dem ärztlichen Ethos erwachsendes Wertebewusstsein entgegengesetzt werden, das auf Vertrauen und Verantwortung gegenüber unseren Patienten und der Gesellschaft beruht. Dringend notwendig ist das innerärztliche Gespräch zu den professionellen Pflichten, die sich unter anderem aus den stürmischen medizintechnischen Innovationen bei zunehmender Mittelknappheit ergeben. Dabei könnte die ärztlich unterstützte Methode der expliziten Priorisierung, wie sie seit Jahren von der Bundesärztekammer propagiert wird, für ein effektiveres und gerechteres Gesundheitssystem sorgen, das sich mehr nach sozialen Werten, Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit und weniger an rein ökonomischen Kriterien orientiert. Die Zentrale Ethikkommission versteht unter Priorisierung die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen. Am oberen Ende steht, was nach Datenlage und fachlichem wie öffentlichem Konsens als unverzichtbar, wichtig und dringlich erscheint,

am Ende das, was wirkungslos ist bzw. mehr schadet als nützt. Nicht nur Methoden und Krankheitsgruppen, sondern vor allem Indikationen können priorisiert werden. Der Schweregrad einer Erkrankung, der Nettonutzen und die Kosteneffektivität werden in Anlehnung an das schwedische Priorisierungsmodell um weitere formale Kriterien ergänzt: Transparenz, nachvollziehbare Begründung, Gleichheitsgebot, Rechtsschutz für Patienten und anderes.

Zurück zu der eingangs gestellten Frage: Ist nach weiterer Ausschöpfung von noch vorhandenen Rationalisierungsreserven jede nützliche Leistung für jeden Patienten auch zukünftig zur Verfügung zu stellen? Um diese Frage beantworten zu können, bedarf es baldmöglichst der Berufung eines Expertenrates, der bei der Bundesärztekammer angesiedelt sein könnte und der aus Mitteln des sogenannten Innovationsfonds finanziert werden könnte. Zur Operationalisierung der vielschichtigen Priorisierungsanliegen bedarf es mehr denn je eines mit Autorität und Legitimation ausgestatteten Gremiums, das diese notwendige ordnungs-ethische Aufgabe übertragen bekommt, um nicht in ein ungesteuertes Rationierungsdilemma infolge von Leistungseinschränkungen der GKV zu geraten.

Auch in Deutschland ist es Zeit für eine systematische Priorisierungsdiskussion, wie sie bereits seit vielen Jahren in mehreren entwickelten Ländern erfolgreich geleistet wird. Weit fortgeschritten ist das schwedische Priorisierungsmodell mit seinen konsentierten Priorisierungsleitlinien, die auf der Grundlage gesellschaftlich akzeptierter Werte einen steuernden Effekt auf die Gesundheitsversorgung bewirken.

Wir verkennen nicht, dass es sich bei dem Priorisierungsprojekt um eine anspruchsvolle, jedoch erforderliche Gegenwarts- und Zukunftsaufgabe handelt, die auf den Weg gebracht werden muss. Die Ärzteschaft sollte diesen dynamischen Prozess mit fachlich-medizinethischer Expertise begleiten.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Ehrenpräsident