

Empfehlung des

Ethik-Komitees der
Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH

Ethische Orientierungshilfe



zum Thema
„Priorisierung“



KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT
DORTMUND gGmbH

Kranken- und Pflegeeinrichtungen

Inhaltsübersicht

	Seite
Vorwort	3
1. Ausgangslage	4
2. Rahmenbedingungen	5
3. Erläuterung und Abgrenzung einiger Begriffe	7
- Rationalisierung	7
- Rationierung	7
- Priorisierung	9
4. Wie gehen andere Länder mit diesem Thema um?	10
- Prinzip der Menschenwürde	11
- Prinzip von Bedarf und Solidarität	11
- Prinzip der Kosteneffizienz	11
5. Die Situation in Deutschland	12
6. Stellungnahme des Ethik-Komitees	13
7. Solidarität braucht Verantwortung	17
Autoren	19

**Empfehlung des Ethik-Komitees
der Kath. St. - Johannes - Gesellschaft Dortmund gGmbH
zum Thema „Priorisierung“**

Vorwort

Liebe Patientinnen und Patienten,
liebe Angehörige,
liebe Mitarbeiterinnen, liebe Mitarbeiter,

Gesundheit ist ein Gut, das in unserer Gesellschaft einen besonderen existentiellen Stellenwert hat.

Die vorliegende Broschüre soll zunächst als Diskussionsgrundlage verstanden werden, gerade zum jetzigen Zeitpunkt mit aktuellen Fragestellungen zu Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. Wir erleben, dass diese Begriffe eher Unsicherheit auslösen, deshalb möchte das Ethik-Komitee hier mit Erklärungen zum Verständnis beitragen.

Zweifelsohne handelt es sich um eine „hochsensible“ Thematik. Aber ein Nachdenken auch über Priorisierung im Versorgungssystem ist nicht trotz, sondern gerade wegen der sozialen Gerechtigkeit geboten und kann sich in einem kirchlich geführten Haus auf die Position der Katholischen Kirche beziehen.

Dr. Horst Luckhaupt
Vorsitzender Ethikkomitee

1. Ausgangslage

Viele Menschen haben heute Sorge um ihre zukünftige medizinische Behandlung.

Moderne Therapieverfahren eröffnen neue Möglichkeiten, zugleich steigen aber auch die Kosten für eine fortschrittliche Gesundheitsversorgung und damit auch die Beiträge der Krankenkassen. Ökonomen warnen vor einem geringeren Anteil von Beitragszahlern, die in Zukunft die Leistungen für eine zunehmend ältere Bevölkerung finanzieren müssen. Meldungen in der Presse führen zu Verunsicherung: Im Ausland werden bestimmte Behandlungen (Hüft-Prothesen, Dialyse) ab einem bestimmten Lebensalter nicht mehr von den Krankenkassen übernommen.

Werde ich mir eine gute Therapie in Zukunft überhaupt noch leisten können? Gibt es die „Gesundheit für alle“ auch noch, wenn ich einmal älter bin? Sparen die Ärzte schon jetzt bei mir und an meiner Behandlung?

Ein Beispiel:

Ein Patient wendet sich wegen starker Rückenschmerzen an seinen Hausarzt und bittet ihn um ein Rezept für Fango und Massagen, die ihm schon vor fünf Jahren bei diesen Beschwerden geholfen haben.

Vom Hausarzt erfährt er, dass er ihm das Rezept nicht ausstellen könne, da die Kosten für die Behandlung seiner Patienten in den letzten Monaten auch von der Krankenkasse kontrolliert werden und er seine Behandlung wahrscheinlich aus seiner eigenen Tasche bezahlen müsse. Stattdessen bietet er ihm ein Rezept über Schmerztabletten an.

Der Patient hat Bedenken wegen der Nebenwirkungen der Tabletten und reagiert empört. Er wechselt den Arzt, da er sein Verhalten für geizig hält.

Dieses Beispiel zeigt schon die grundsätzlichen Schwierigkeiten: Ein Patient ¹⁾ ist in Not und nicht in der Lage, sich an vielen Stellen zu informieren, da er schnell Hilfe benötigt. Der Hausarzt befindet sich gegenüber einem Schmerzpatienten und unter der Kontrolle der Kostenträger in einem Spannungsfeld und ist ebenfalls nicht „frei“ in seinen Entscheidungen. Soll er dem Wunsch seines Patienten nachgeben und sich stattdessen vornehmen, beim nächsten Patienten zu sparen? Wie kann dieser

¹⁾ Wir bitten um Verständnis, dass wir zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes ausschließlich die männlichen Bezeichnungen verwenden.

Konflikt zufriedenstellend geregelt werden? Welches sind die Instrumente, um für Gerechtigkeit zu sorgen und dafür, dass auch in Zukunft möglichst alle Bürger eines Landes Anteil an einer guten Versorgung haben?

Was sagen die Verantwortlichen aus der Politik?

Gesundheitsminister unterschiedlicher Parteien haben in den vergangenen Jahren stets auf das Grundgesetz verwiesen, wenn über eine Rangfolge in der Behandlung von Krankheiten diskutiert wurde. („Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.“; Art 3, Abs. 1 GG)

Ministerin Ulla Schmidt (SPD) bezeichnete im Jahr 2009 schon Überlegungen über eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen als „mensenverachtend“ und versprach „Spitzenmedizin für alle“.

Ihr Nachfolger Philipp Rösler (FDP) hielt 2010 bereits eine Diskussion über das Thema für „unethisch“.

Der aktuelle Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) möchte die Finanzierung des Gesundheitssystems so stabil gestalten, dass eine Debatte über Priorisierung „unnötig“ wird.

Das Ethik-Komitee hat sich zu folgender Empfehlung entschlossen, um Fragen zu diesem Thema zu beantworten und Begriffe zu erläutern. Wir möchten damit auf Befürchtungen reagieren und schliesslich Stellung beziehen, wie in Einrichtungen eines katholischen Krankenhausträgers damit umgegangen werden kann.

2. Rahmenbedingungen

Ein wesentlicher Faktor für den deutlich steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen ist der demographische Wandel: Infolge der Alterung der Bevölkerung ist mit einer zunehmenden Häufigkeit von Krankheiten („Morbidität“) zu rechnen, da ältere (wie auch jüngere) Menschen – mitbedingt durch ihre vom Lebensstil beeinflussten Risikofaktoren wie Übergewicht, ungesunde Ernährung und Bewegungsarmut – vermehrt an chronischen Erkrankungen leiden. Verbreitet ist zudem das gleichzeitige

Vorliegen mehrerer Erkrankungen („Multimorbidität“). Die durchschnittliche Diagnosenzahl pro Patient nimmt mit dem Alter deutlich zu. Hinzu kommt ein zunehmender Hilfe- und Pflegebedarf durch die steigende Anzahl chronisch-degenerativer Erkrankungen vor allem des Nervensystems (z.B. Demenzerkrankungen).

Gleichzeitig eröffnet der (grundsätzlich zu begrüßende) medizinisch-technische Fortschritt immer neue, nicht selten kostspieligere Diagnose- und Therapieverfahren. Sie treiben Bedarf und Nachfrage nach medizinischen Leistungen und damit die Gesundheitsausgaben weiter in die Höhe.

Aber moderne Verfahren sind oft schwierig zu beurteilen: sind sie erfolgversprechend, helfen sie nur einer bestimmten Gruppe von Patienten - und wie lange? Wer kann das zuverlässig beurteilen? Forschung und Entwicklung von Innovationen sind häufig auch durch Anbieter gesteuert und orientieren sich nicht immer am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Kostensteigernde Angebote (z.B. neue Medikamente oder Diagnoseverfahren) überwiegen gegenüber Einsparungen, die möglicherweise durch organisatorische Verbesserungen erreicht werden können. Bei manchen neuen Produkten handelt es sich um „imitative Innovationen“, etwa Medikamente, die keinen nachgewiesenen Zusatznutzen bieten. Da viele medizinische Innovationen insbesondere älteren Menschen und chronisch Kranken zugute kommen, trägt die Entwicklung hin zu einer älteren (und kränkeren) Gesellschaft wesentlich zur Zunahme der Ausgaben im Gesundheitswesen bei.

Der Kostendruck im Gesundheitswesen wächst weiterhin durch stagnierende oder sogar sinkende Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen. Ursächlich für die Entwicklung sind insbesondere Einnahmeverluste durch hohe Arbeitslosenzahlen und die Abnahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse. Die Lohnquote, die den Anteil der Löhne und Gehälter am gesamten Volkseinkommen widerspiegelt, sinkt in Deutschland ebenfalls seit Jahren kontinuierlich. Zu einer Verschlechterung der Finanzsituation trägt weiterhin der steigende Altenquotient bei. Immer weniger Erwerbstätige müssen die Beitragsdefizite der wachsenden Zahl der Rentner ausgleichen: es wird bereits vorhergesagt, dass 2050 nur noch ein Beitragszahler eine Person, die nicht mehr arbeitet, finanzieren muss.

Das deutsche Gesundheitswesen orientiert sich am Gedanken der Solidarität und der Eigenverantwortung („Subsidiaritätsprinzip“). Bisher galt, dass die Errungenschaften der modernen Medizin allen Kranken in

gleicher Weise und in ausreichendem Maß zur Verfügung gestellt werden sollten. Aufgrund der oben beschriebenen Rahmenbedingungen wird dieser Anspruch bei der Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten zukünftig nicht mehr aufrecht zu erhalten sein. Bereits heute gibt es in der medizinischen Praxis Beispiele dafür, dass Verteilungsentscheidungen im Gesundheitssystem nicht ausschließlich dem Primat der medizinischen Notwendigkeit folgen.

3. Erläuterung und Abgrenzung einiger Begriffe

• Rationalisierung

„Rationalisierung“ wird in der Regel als Erstes genannt, wenn es um den Umgang mit begrenzten Ressourcen geht. Rationalisierungsmaßnahmen sollen Effizienz und Produktivitätssteigerungen im Rahmen einer Leistungserstellung ermöglichen, ohne dass das Niveau der Leistungen sinkt.

Dies kann etwa dadurch geschehen, dass Prozesse und Abläufe identifiziert und nicht mehr durchgeführt werden, die unwirksam, weniger wirksam als alternative Maßnahmen mit den gleichen Kosten oder nicht wirksamer als kostengünstigere Mittel sind. Beispiele sind unnötige Doppeluntersuchungen, der Ersatz einer teuren Diagnostik durch ein gleichwertiges (aber günstigeres) Verfahren oder die Verordnung eines preiswerten Medikamentes mit demselben Wirkstoff. Auch durch Leitlinien und Qualitätssicherungsmaßnahmen kann sinnvoll mit einer Mittelknappheit umgegangen werden. Somit können mithilfe der Rationalisierung Einsparungen vorgenommen werden, ohne dass den Patienten Notwendiges oder Nützliches vorenthalten werden muss.

Allgemein wird dieses Verfahren für richtig gehalten, denn sonst käme es zur Verschwendung von Mitteln, die an anderen Stellen dem Gesundheitswesen fehlen.

• Rationierung

Als „Rationierung“ bezeichnet man die Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen. Dies kann geschehen, indem z.B. eine Maßnahme überhaupt nicht angeboten oder nicht mehr angeboten wird, weil ein finanzielles Budget ausgeschöpft ist.

Ein Rationierungsproblem aus dem Jahr 2009:

„Morbus Gaucher“ ist eine seltene und erbliche Stoffwechselkrankheit, bei der den Patienten ein Enzym für den Abbau roter Blutkörperchen fehlt. Schon Säuglinge können schwerst betroffen sein, wenn die Diagnose nicht rechtzeitig gestellt wird. Die Krankheit kann zum frühen Tod oder zu geistiger Behinderung führen, eine mildere Variante hat nur Konzentrationsschwäche und Müdigkeit zur Folge, aber auch Entzündungen an Leber, Lunge oder Knochenbrüche und Krebserkrankungen können entstehen.

Seit 1994 ist die Krankheit gut behandelbar mit einem Medikament, das gentechnisch hergestellt wird. Allerdings ist die Therapie extrem teuer: für die Behandlung eines Erwachsenen sind jährlich bis zu € 250.000 erforderlich - und das ein Leben lang. Deshalb befasste sich 2004 in Deutschland sogar der „Gemeinsame Bundesausschuss“ mit der Frage, wie eine ausreichend niedrige Dosis gefunden werden kann, um diese Patienten wirtschaftlich und doch effektiv zu behandeln. In anderen europäischen Ländern müssen die Kranken vor einer Kommission ihre Beschwerden schildern; dann wird über die Dosis entschieden.

Für das Medikament gibt es weltweit nur einen Anbieter, die Firma Genzyme in den USA. Im Jahr 2009 kam es nun zu einem zeitweisen Lieferstopp, da ein Infekt die Viren schädigte, die zur Herstellung des Medikamentes nötig waren. Von einem Tag auf den anderen kündigte Genzyme an, es werde nur noch die Hälfte der weltweit benötigten Menge liefern können. Die Situation dauerte am Ende mehrere Monate.

Die Zentren in Deutschland, in denen fast alle der bekannten Patienten behandelt wurden, erstellten daraufhin Listen, aus denen eine Rangfolge hervorging: Kinder sollten bevorzugt behandelt werden (ausserdem benötigen sie nur geringe Dosen), dann sollten Patienten folgen, die bereits lebensbedrohliche Organschäden aufwiesen oder an Krebs erkrankt waren. Jedoch gab es auch viele Patienten, die über Monate nur eine geringere Dosis oder gar keine Infusionen erhielten.

Kann daraus eine allgemeine Regel abgeleitet werden: Zunächst schützen wir die Schwächsten, dann werden leichter Erkrankte behandelt? Die Patienten wussten nicht immer, ob sie Nachteile zu erwarten hatten, wenn sie länger nicht behandelt wurden - dennoch blieben die meisten trotz der ungewissen Situation solidarisch.

(Quelle: Frankfurter Allg. Sonntagszeitung Nr. 42, 24.10.2010)

Eine Rationierung kann „offen“ erfolgen, z.B. in einer Notlage (ein Medikament kann nicht mehr hergestellt werden), dann wird eventuell eine zentrale Stelle eine Verteilung vornehmen nach Dringlichkeit und Bedarf. Auch ein gesetzlich festgelegter Leistungskatalog ist eine Möglichkeit zur offenen Rationierung.

Auf der anderen Seite ist es möglich, dass eine Rationierung „verdeckt“ erfolgt, indem die finanziellen Mittel durch den Staat und die Entscheidungsträger eingeschränkt werden (Budgetbegrenzung, fehlende Finanzierung von Personal) und die Verantwortung über die Verteilung der Mittel auf die Leistungserbringer (Krankenhaussträger, Ärzte) übertragen wird. Sie haben dann zu entscheiden, ob eine medizinische Maßnahme angeboten wird und müssen dies gegenüber dem Patienten verantworten. Die Politik bestreitet immer noch, dass dies in Deutschland stattfindet - in Wirklichkeit ist es Alltag.

Politisch ist eine Rationierung z.Zt. nicht erwünscht und sicher auch schwierig durchzusetzen. Problematisch ist außerdem die Erarbeitung von akzeptierten Standards oder Richtlinien.

Auch eine offene Rationierung ist schmerzhaft für diejenigen, denen eine Leistung vorenthalten wird, allerdings erfolgt sie transparent und für alle nachvollziehbar. Damit kann sie eher akzeptiert werden.

Besonders problematisch bei der sog. verdeckten Rationierung: hier erkennt ein Patient weder, dass ihm Leistungen vorenthalten werden, noch wird ihm eine Begründung hierfür gegeben. Ausserdem wird in diesen Fällen die Entscheidung meist auf den Arzt verlagert. Erfährt ein Patient erst später von dieser Einschränkung, steht das Vertrauen in ein gerechtes Gesundheitssystem auf dem Spiel.

• **Priorisierung**

Es ist zu vermuten, dass trotz sparsamen Umgangs mit den finanziellen Mitteln aufgrund der Veränderung in der Bevölkerungsstruktur nicht allen Patienten sämtliche Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung angeboten werden können. „Priorisierung“ beschäftigt sich mit der Frage, aufgrund welcher Verfahren und Kriterien in einer Solidargemeinschaft bei Knappheit einer medizinischen Ressource die Verteilung dieser Güter erfolgen soll. Das kann und soll nicht dem einzelnen Arzt überlassen werden. Es geht um die Festlegung der Rangfolge bestimmter Indikation-

Das Budget-Problem

Eine Patientin kommt zum wiederholten Mal wegen einer Blasenentzündung in die Praxis ihres Hausarztes. Mehrfach hatte sie in den vergangenen Monaten schon Antibiotika deswegen erhalten. Die Therapie wirkte entweder nicht oder nicht anhaltend. Aus fachlicher Sicht sinnvoll wäre nun eine Untersuchung des Urins auf Bakterien mit einer Labor-Untersuchung und die Verordnung eines wirksameren (und teureren) Antibiotikums. Der Arzt verzichtet jedoch auf die externe mikrobiologische Untersuchung und verschreibt der Patientin ein günstigeres Antibiotikum aus einer anderen Wirkstoff-Gruppe. Durch die mehrfachen Besuche in seiner Praxis hat sie das Budget in diesem Quartal bereits sehr belastet. Bei einer kostenintensiven Behandlung befürchtet er Rückzahlungsforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung, die die Abrechnung mit der Krankenkasse vornimmt.

Mit der Patientin selbst wird dieses Vorgehen nicht abgestimmt oder diskutiert.

nen (d.h. die in einem konkreten Fall „angezeigte“ Maßnahme), Patientengruppen oder Verfahren vor anderen.

In skandinavischen Ländern und einigen Staaten der USA hat die Diskussion darüber bereits vor 20 Jahren begonnen und dazu geführt, dass Fachleute Listen erstellt haben. Aufgrund der langjährigen Vorbereitung und Auseinandersetzung darüber werden diese Listen von der Bevölkerung auch weitgehend akzeptiert. In jedem Fall scheint es sinnvoller, eine solche Entwicklung vorausschauend zu begleiten, als im späteren Verlauf durch finanzielle Einschränkungen zum Handeln gezwungen zu werden.

4. Wie gehen andere Länder mit diesem Thema um?

Am Beispiel Schweden wird deutlich, wie eine solche gesellschaftspolitische Diskussion zu weitgehend akzeptierten Ergebnissen kommen kann: nachdem zunächst das Parlament per Gesetz (schon 1992!) beschlossen hatte, dass die Priorisierung medizinischer Maßnahmen notwendig werde, beriet eine Arbeitsgruppe mit Vertretern aller Parteien über das Problem. Ergebnis waren zunächst drei ethische Grundprinzipien, gegen die nicht verstoßen werden darf.

- **Prinzip der Menschenwürde**

Persönlicher Lebensstil, sozialer Status, aber auch das Alter sollen keine Rolle spielen.

- **Prinzip von Bedarf und Solidarität**

Vordringlich soll die Behandlung objektiv schwererkrankter Patienten sein.

- **Prinzip der Kosteneffizienz**

Innerhalb einer medizinischen Disziplin soll ein angemessenes Verhältnis von Kosten zu Nutzen entscheiden.

Auch nach Festlegung dieser Prinzipien diskutierte die Öffentlichkeit weiter, Mitarbeiter des Gesundheitswesens wurden auf das Thema vorbereitet. Die Debatte mündete schließlich in ein neues Gesundheitsgesetz (mit diesen Prinzipien in der Präambel) und in die Gründung eines nationalen wissenschaftlichen Zentrums, das Leitlinien erarbeitete. Man entschied sich, den Spezialisten eines Fachgebietes die Aufgabe zu übertragen, innerhalb einer Krankheitsgruppe eine Rangliste für die Leistungen zu erstellen („vertikale Priorisierung“), also schwere Erkrankungen mit der Gefahr einer dauerhaften Schädigung innerhalb der Priorisierungsliste höher einzuordnen als vorübergehende und leichtere Krankheitsfälle (Beispiel: durchgebrochenes Magengeschwür vor Magenschleimhaut-Entzündung). Zunächst wurde dies bei der Versorgung Herzkranker eingeführt. Wichtig ist, dass auch nach der Erarbeitung der Leitlinien immer wieder wissenschaftlich überprüft wurde, welche Verfahren mit wie viel Erfolg verbunden sind. Die Anzahl von Erkrankungen in einem bestimmten Zeitraum war dabei unwichtig - es gab also kein „Budget“ für Herzinfarkte.

Von der Politik wurde erwartet, eine „horizontale Priorisierung“ vorzunehmen, also über eine Rangfolge zwischen Erkrankungen oder Fachgebieten zu entscheiden (Beispiel: mehr finanzielle Mittel für Kreislauferkrankungen als für psychische Krankheiten?). Ein Ergebnis dieser Regelung sind auch Wartelisten, z.B. für Herz-Operationen. Das wird in Schweden weitgehend akzeptiert.

Offen angesprochen werden muss jedoch auch, dass eine Diskussion über „Priorisierung“ (also Vorrangigkeit) zu einer Einigung führen muss, welche Erkrankungen nachrangig behandelt werden sollten („Posteriorisierung“). Seit 2004 stehen in Schweden u.a. folgende Erkrankungen auf einer sog. „Stoppliste“, für die das öffentliche Gesundheitssystem die Kosten nicht mehr übernimmt: z.B. chronische Rückenschmerzen, zweites Hörgerät, Krampfadern als kosmetisches Problem, Sterilisation des Mannes, Kniegelenks-Spiegelung bei älteren Patienten, Atembeschwerden aufgrund verkrümmter Nasenscheidewand, Kopfläuse, Kaiserschnitt ohne offenbare psychische oder medizinische Indikation.

5. Die Situation in Deutschland

Vor allem im Vergleich mit skandinavischen Ländern ist bei uns eine Debatte bislang kaum in Gang gekommen. Von Fachleuten wird das Thema als Problem wissenschaftlich begleitet, auch die Krankenkassen beschäftigen sich damit, aber in der Öffentlichkeit (d.h. Zeitschriften, Talkshows) werden eher Skandale in der Gesundheitsversorgung diskutiert. So arbeitet die Gruppe „FOR655“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft an Verfahren, die die Wünsche und Interessen der Bürger und Mediziner berücksichtigt und kümmert sich um Begründungen, die rechtskonform und akzeptabel sind. Auch die „Zentrale Ethikkommission“ bei der Bundesärztekammer sieht Finanzierungsprobleme auf die Krankenkassen zukommen und regt bereits seit dem Jahr 2000 eine Diskussion an, indem Stellungnahmen und konkrete Empfehlungen veröffentlicht werden.

Wird das Problem vermieden, weil in einer modernen Industriegesellschaft die vollständige Gesundheitsversorgung als selbstverständlich vorausgesetzt wird? Kann man Bürgern das Thema nicht verständlich machen, wenn sie keine Fachleute sind? Müssen Politiker um ihre Wählerstimmen fürchten?

Es gibt Anzeichen, dass auch Bürger diese Prozesse mitgestalten möchten:

Die „Lübecker Bürgerkonferenz“

Im Jahr 2010 veranstaltete das Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck eine Konferenz zum Thema: Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung? Aus einer zufällig ausgewählten Stichprobe von 3000 befragten Bürgern wurden 40 Teilnehmer ausgewählt, 20-76 Jahre alt - keine Fachleute, sondern Laien. Sie diskutierten an vier Wochenenden miteinander, befragten Experten und bildeten sich eine Meinung, ob und nach welchen Kriterien eine Priorisierung sinnvoll wäre. Sie stellten die gleichen Grundwerte voran, die auch in Skandinavien erarbeitet worden waren: Menschenwürde, Gleichheit, Solidarität. Danach sollten Punkte wie Lebenserhaltung, Dringlichkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Wartezeit, Kosteneffizienz und Nachweis der Wirksamkeit entscheiden. Kontrovers diskutiert wurde, ob auch die Eigenverantwortung/Selbstverschulden eine Rolle spielen oder familiäre Verantwortung bei der Versorgung Angehöriger berücksichtigt werden sollte.

Grosse Einigkeit bestand jedoch, dass die Debatte geführt werden sollte. Ziel war es, eine breite Öffentlichkeit an der Diskussion zu beteiligen, die Ranglisten und Leitlinien sollten transparent und nachvollziehbar bleiben - und im zeitlichen Abstand weiterentwickelt und angepasst werden. „Prioritätenlisten sollten kein starres System sein. Im Einzelfall müssen begründete Ausnahmen möglich sein.“

(Quelle: Bürgervotum zur Prioritätensetzung in der medizinischen Versorgung, 05.07.2010)

6. Stellungnahme des Ethik-Komitees

Kann es in einem einzelnen Krankenhaus abhängig von allgemeinen politischen und ökonomischen Prozessen überhaupt gelingen, eine eigene Antwort zu finden auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen und so weitreichende strukturelle Veränderungen? Lenkt nicht andererseits das Nachdenken über Kosten und Nutzen einer Behandlung ab von der möglichst besten Versorgung der Patienten?

Das sind zwei der Fragen, die möglicherweise auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen verunsichern könnten. Gleichzeitig ist unwahrscheinlich, dass es angesichts weitreichender gesellschaftlicher Entwicklungen möglich ist, einzelne Bereiche davon auszunehmen, etwa Kultur, Kindererziehung oder Gesundheit.

Sinnvoll scheint es hier, diesen bereits in Gang gekommenen Prozeß auch offen und in einer gesamtgesellschaftlichen Auseinandersetzung zu begleiten. **Das bedeutet, dass seitens der Politik das Thema „Priorisierung“ von Entscheidungsträgern offen ausgesprochen statt (wie bisher) verschwiegen werden soll.** Bürger müssen wissen, wie in Zukunft mit ihren Versicherungsbeiträgen umgegangen wird. Nur dann kann am Ende der Diskussion eine Lösung stehen, die auch von möglichst vielen akzeptiert werden kann.

Zunächst erleben Patienten, die sich in stationäre oder ambulante Therapie begeben, ihre individuelle und ganz persönliche Behandlung. Hier sollte ein hohes Maß an professioneller Zuwendung erfahren werden. **Dazu gehört aus unserer Sicht ebenso, dass eine leitliniengerechte Behandlung auf der Basis gesicherter medizinischer Erkenntnisse erfolgt** (Stichwort „wissenschaftliche Evidenz“). Dies ist unter wirtschaftlicher Sichtweise bereits ein Beitrag zur Rationalisierung, der auch aus ethischer Sicht zu begrüßen ist, wie auch der Verzicht auf unnötige Doppeluntersuchungen. In letzter Konsequenz werden hierdurch Mittel frei, die anderen Patienten zur Verfügung stehen.

Die „Ökonomisierung“, also die Betrachtung und vielleicht auch Bewertung von Themen und Aufgaben vor allem unter Aspekten der Wirtschaftlichkeit oder des Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern **sollte gerade angesichts des einzelnen Patienten Grenzen haben.** So ist etwa die Ablehnung eines Patienten mit einer indizierten, möglicherweise kostenintensiven Therapie nicht akzeptabel. Voraussetzung für einen verantwortvollen Umgang aller mit einem derart sensiblen Thema ist jedoch, dass finanzielle Belange und mögliche Begrenzungen überhaupt ausgesprochen werden. Sonst setzen wir die Patienten der Gefahr aus, dass diese Mechanismen „verdeckt“ erfolgen und Verlust an Vertrauen die Folge ist.

Das Gespräch mit dem einzelnen Patienten über eine höchst kostspielige Therapie kann auch aus ethischen Gründen sinnvoll und verantwortlich sein, wenn diese Behandlung ihm nur sehr unsichere Erfolgsaussichten bietet und möglicherweise mit belastenden Nebenwirkungen verbunden ist. Auch in der Situation einer gesundheitlichen Gefährdung hört die Eigenverantwortung des Menschen nicht grundsätzlich auf. Dass Entscheidungen dann meist aus einem subjektiven Blickwinkel getroffen

werden, ist jedoch nachvollziehbar. Das heißt, dass angesichts einer Entscheidung im Einzelfall für uns immer das Individuum zählt. Der Patient sollte ebenso die Möglichkeit haben, eine ärztliche Therapieempfehlung zu hinterfragen oder eine zweite Meinung einzuholen.

Wenn also ein Krankenhaus sich in einem Umfeld positioniert, in dem heute die ökonomischen Fragen bestimmend erscheinen, **dann stehen zukünftig alle Angestellten in der Verantwortung, wirtschaftlich zu handeln.** Dies gilt sowohl für Mitarbeiter, deren Aufgabe das wirtschaftliche Handeln darstellt (Einkauf, Rechnungswesen, Controlling) als auch für die unmittelbar an der Krankenversorgung Beteiligten: neben Pflegekräften und Ärzten auch z.B. Mitarbeiter des Service, Physiotherapeuten oder Sozialarbeiter. Gleichzeitig ist aber darauf zu achten, dass die tägliche Arbeit am Krankenbett so wenig wie möglich durch wirtschaftliche Zwänge unmittelbar beeinträchtigt wird.

Wie der erkrankte Mensch gesehen wird, wenn er sich in Behandlung begibt, ist beispielsweise in dem „Leitbild“ eines Krankenhausträgers veranschaulicht.

Im Leitbild der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund ist – neben der „Nächstenliebe“ – das Stichwort genannt:

„Verantwortung für alle Generationen“

Das lädt zu Interpretationen ein: über die Verantwortung für den einzelnen Patienten hinaus kann damit auch unsere Verantwortung der Gesellschaft gegenüber gemeint sein. Zumindest kann hierin **eine Balance** zum Ausdruck kommen **zwischen ethischem Selbstverständnis und ökonomischen Interessen von außen.** Diese Ausgewogenheit kann kaum allein durch die Mitarbeiter erreicht werden – hierfür bedarf es Strukturen innerhalb der Organisation, die Raum lassen, um auch Ziele dieser Qualität zu erreichen. Ein effizientes Arbeiten im Sinne der Patientenversorgung ist hier nicht zu verwechseln mit einer „Effizienz“ zur Optimierung des wirtschaftlichen Ertrages.

Vielleicht stellen Sie sich nach der Lektüre dieser Empfehlung die Frage, wie Sie sich entscheiden, wenn Ihnen die Möglichkeit der Ressourcenverteilung gegeben wird.

Sollten der gesamten Bevölkerung wirklich alle Möglichkeiten der medizinischen Versorgung ohne Einschränkungen zur Verfügung stehen oder sollte besser im Einzelfall individuell entschieden werden? Wenn ja: nach

welchen Kriterien? In welcher Form kann Ihrer Meinung nach eine gerechte Verteilung im Hinblick auf immer knapper werdende Ressourcen im Gesundheitswesen erfolgen?

Die katholische Kirche hat dazu bereits eine Haltung entwickelt. Als Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz formuliert der Freiburger Erzbischof Dr. Robert Zollitsch: „Wenn die Solidargemeinschaft angesichts knapper werdender Ressourcen individuell nicht tragbare Leistungen garantieren soll, sind Eingrenzungen unumgänglich“. ²⁾ Damit es „nicht zu einer bloß faktischen Rationierung“ komme, sei eine reflektierte Bestimmung des Leistungsspektrums und Leistungsumfangs notwendig.

²⁾ Zitat aus „Der Kassenarzt“, Ausgabe Juni 2010

7. Solidarität braucht Verantwortung

In der „Orientierung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“ haben sich die deutschen Bischöfe bereits im Mai 2003 mit dem Thema dieser Broschüre befasst. Bereits im Vorwort heißt es:

„Seit Jahren wird über eine Reform des Gesundheitssystems diskutiert. Worte vom „Abbau des Sozialstaates“ (und) von der „Zweiklassenmedizin“ verunsichern (...) mehr denn je die Patienten. Gleichzeitig kann über die Herausforderungen nicht länger hinweggesehen werden, vor denen das deutsche Gesundheitssystem steht. Die ökonomischen Zwänge machen seine Reform dringend erforderlich. Diese Reform muss sich an ethischen Kriterien ausrichten, damit auch in Zukunft allen Kranken eine gute, das Notwendige gewährende Versorgung zuteil werden kann und die finanziellen Lasten gerecht verteilt werden.“

In der Sorge um eine Gefährdung der Menschenwürde durch die Einschränkungen der Krankheit stellen die Bischöfe Kriterien auf, wie sich die Gesellschaft als Solidargemeinschaft verhalten und organisieren soll, um ein Gleichgewicht zwischen Eigenverantwortung und Solidarität zu erreichen. Dabei werde es in einem „Wohlfahrtsmix“, der zwischen familiärer Hilfe, Selbsthilfegruppen und privaten sowie staatlichen Dienstleistern vermittelt, zunehmend „notwendig sein, Fragen einer bedürfnisgerechten Bedarfsbestimmung öffentlich zu thematisieren und sich auf Verfahren der Bestimmung des notwendigen Gesundheitsbedarfs öffentlich zu einigen.“

Die Kommission der Deutschen Bischofskonferenz erarbeitet im weiteren Text recht konkrete Positionen zu den Fragen der Bedeutung einer Gesundheitsförderung, zum Umgang mit chronischen Krankheiten, zur Finanzierung des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Leistungserbringung. Als besondere Aufgaben für die Christen und die Kirche gilt dabei aber die Solidarität „gerade gegenüber jenen, die nur wenig oder nichts zur Solidargemeinschaft beizutragen vermögen.“

Zum Abschluss ihres Textes formulieren die Bischöfe diese **Perspektiven**: „Es ist an der Zeit, eine dauerhafte Stabilisierung des Gesundheitssystems einzuleiten. Mit kurzfristigen Maßnahmen zur Bekämpfung einzelner Symptome kann das erkrankte System nicht gerettet werden. In Anbe-

tracht der zahlreichen Herausforderungen vor denen das Gesundheitssystem steht, reicht die Hoffnung auf eine Besserung der Großwetterlage nicht mehr aus.

Daher appellieren wir an alle Verantwortlichen in Politik und Interessenvertretungen sowie an die einzelnen Bürger, das Wissen um den Reformbedarf mit echtem Reformwillen und Reformbereitschaft zu verbinden.

Voraussetzung und ständiger Begleiter für die Neuordnung des Gesundheitssystems ist die Auseinandersetzung mit der Frage, was menschlich, sozial, ethisch verantwortungsvoll, gerecht und kostenbewusst ist. Gerade wegen des wachsenden technischen Fortschritts, beispielsweise durch Gentechnologie und Intensivmedizin, stellen sich für Arzt, Patient und Angehörige zunehmend ethische Grenzfragen. Ein langfristiges Konzept der Gesundheitssicherung muss sich auch mit diesen Grenzfragen und mit Krankheit und Tod angesichts des medizinisch-technisch Möglichen beschäftigen.

Die Reform des deutschen Gesundheitssystems kann nicht auf einen Schlag gelingen. Ein so komplexes System wird nur in der Fortentwicklung des Bestehenden zu reformieren sein. Doch muss bei allen Schritten die Zielrichtung klar sein. Sie wird geprägt sein müssen durch den Willen zu einer Sicherung der Solidarität durch mehr Eigenverantwortung.“

Die Deutschen Bischöfe – Kommission für gesellschaftliche Fragen

„Solidarität braucht Eigenverantwortung“ (Mai 2003)

www.dbk.de/fileadmin/redaktion/veroeffentlichungen/kommissionen/Ko_27.pdf

Mitglieder des Ethik-Komitees:

- **Sr. M. Magdalena Hartmann**
Seelsorge in der Krankenpflege
St.-Elisabeth-Krankenhaus Kurl
- **Susanne Heck**
Pflegedienst Operative Intensivstation
St.-Johannes-Hospital
- **Dr. Susanne Lindner**
Oberärztin Palliativstation
Klinik für Innere Medizin II
St.-Johannes-Hospital
- **Dr. med. Horst Luckhaupt**
Chefarzt HNO-Klinik
St.-Johannes-Hospital
Vorsitzender Ethik-Komitee
- **Bernd Mathias**
Stationsleitung P1/P2 Psychiatrie
Marien Hospital Hombruch
- **Pfarrer Thomas Müller**
Kath. Krankenhausesseelsorge
St.-Johannes-Hospital
- **Fred Oberhag**
Leiter Wirtschaftsabteilung
St.-Johannes-Hospital
- **Thomas Wirriger**
Oberarzt Intensivpflege-Einheit
Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie
St.-Johannes-Hospital

Stand: 01.07.2012



**KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT
DORTMUND gGmbH**

Kranken- und Pflegeeinrichtungen

Johannesstraße 9-17
44137 Dortmund
Telefon 0231-18 43-0
Telefax 0231-1843-2207
www.st-johannes.de