



Abteilung: Gesellschaft und Religion
Sendereihe: Lebenswelten
Sendung: 09.10.2022

Redaktion: Tilmann Kleinjung
Autor/-in: Nikolaus Nützel
Sendezeit: 9.03-9.30 Uhr/rbbkultur

Eine Produktion des Bayerischen Rundfunks 2022

Dieses Manuskript ist urheberrechtlich geschützt; eine Verwertung ohne Genehmigung des Autors ist nicht gestattet. Insbesondere darf das Manuskript weder ganz noch teilweise abgeschrieben oder in sonstiger Weise vervielfältigt werden. Eine Verbreitung im Rundfunk oder Fernsehen bedarf der Zustimmung des RBB (Rundfunk Berlin-Brandenburg).

Lebenswelten

Wird Zuteilungs-Medizin unausweichlich?

Knappe Mittel und Personalmangel bringen die Medizin an ihre Grenzen

Sprecher: Hemma Michel und Carsten Fabian

Sound-Design: Hans Wiedemann

1. O-Ton Zumpfe

Also, ökonomisch gesehen, dürfte man mich nicht an eine Beatmungs-Maschine hängen, weil ich ja alleine täglich die Krankenkassen so viel Geld koste. Also die müssen ja meine Medikamente zahlen, meine Untersuchungen, und die sind ja nun nicht wenig. Also, wenn wir nur übers Geld reden, darf ein Transplantiertes überhaupt nicht weiter versorgt werden.

2.O-Ton Belka

Was wir hier in Deutschland über Jahre machen: Wir wollen für alles Geld haben, aber den Effekt des Ganzen wollen wir nie beziffern. Und damit hauen wir Massen an Geld für irgendwas raus, und diese Diskussion ist eine Diskussion, die hier nie geführt werden darf, weil dann sofort das Totschlagargument kommt: Du willst Lebenszeit begrenzen.

Titelsprecherin:

Wird Zuteilungs-Medizin unausweichlich?

Knappe Mittel und Personalmangel bringen die Medizin an ihre Grenzen

Eine Sendung von Nikolaus Nützel

3.O-Ton Zumpfe

Also, mein Name ist Sandra Zumpfe. Ich bin 43 Jahre alt und in den Genuss oder in die glückliche Lage gekommen, eine Herztransplantation und eine Nierentransplantation zu bekommen.

Sprecherin:

Neun Jahre ist es her, dass Sandra Zumpfe wegen einer schweren Herzkrankheit ein neues Herz brauchte. Aber auch ihre Nieren waren nach den jahrelangen Herzproblemen so geschädigt, dass sie dialysepflichtig wurde. Ihr Mann, mit dem sie in einem Vorort von München lebt, hat deshalb angeboten, ihr eine seiner Nieren zu spenden, damit Sandra Zumpfe nicht mehr an die Blutwäsche muss. Sie hat sein Angebot angenommen, auch wenn es ihr schwerfiel. Dass nicht alles sofort verfügbar ist, was Schwerkranke brauchen, hat die gelernte Erzieherin am eigenen Leib erfahren, als sie auf der Warteliste für ein Spenderorgan stand. Nach Ausbruch der Corona-Pandemie musste sie sich mit einem neuen Begriff auseinandersetzen: Triage. Davon sprechen Mediziner, wenn in einer akuten Notsituation, etwa auf einem Schlachtfeld im Krieg, Patienten in eine bestimmte Reihenfolge gebracht werden - je nachdem, wie groß die Überlebenschance ist. Im Fall von Sandra Zumpfe wäre es darum gegangen, ob sie bei einer schweren Corona-Infektion einen Platz an einem Beatmungsgerät bekommen hätte.

4. O-Ton Zumpfe

Also ich könnte jetzt nicht sagen, dass ich da die bei einer Triage die allererste wäre, die drankommt. Also eher im Gegenteil. Weil man eben vorerkrankt ist, weil man sowieso nicht so eine hohe Lebenserwartung hat. Also man sagt heute, so ein transplantiertes Herz ist 15 Jahre lang gut, und dann könnte auch schon ein neues anstehen. Und natürlich ist man dann in der Lebenserwartung also schlechter bewertet als ein ganz gesunder Mensch. Und wenn so eine richtige Triage, wie ich sie verstehe, hätte natürlich der gesunde Mensch drankommen müssen. Also nach dem, wie ich Triage verstehe.

Sprecherin:

Die Triage-Diskussionen während der Corona-Pandemie haben Sandra Zumpfe Angst gemacht. Eine andere Angst als damals, als sie auf der Warteliste für ein neues Herz stand. Die Angst jetzt hatte mit der Frage zu tun, ob Deutschland genug Intensivbetten, genug Beatmungsgeräte und genug Personal bereitstellt, um Schwerkranke zu versorgen. Solche Fragen werden schon seit langem kontrovers diskutiert, etwa bei Ärztetagen.

Musik A: Nationalhymne Ärztetag 1999

Sprecherin 1:

Die Jahrestreffen der Bundesärztekammer haben viele Rituale, so singen die Delegierten am Ende der Eröffnungsveranstaltung stets die Nationalhymne. Mittags gibt es Pressekonferenzen. Beim Deutschen Ärztetag in Cottbus im Jahr 1999 nutzte der zu dieser Zeit amtierende Ärztepräsident Karsten Vilmar die Gelegenheit, um seine Meinung über die Gesundheitspolitik der damaligen Bundesregierung zu sagen. Die Koalition von SPD und Grünen wollte die Ausgaben im Gesundheitswesen über Budgets steuern. Dann sei aber eines unabwendbar, sagte der Chirurg Vilmar:

5.O-Ton Vilmar

Dass letzten Endes eine Budgetierung auf Dauer eine vernünftige Patientenversorgung nicht sichern kann. Wer das annimmt, der muss sich fragen lassen, ob er eventuell auch an eine Lebenszeit-Budgetierung auf Dauer denkt oder aber das sozialverträgliche Frühableben fördern will, oder wie er sich das alles vorstellt.

Sprecherin 1:

„Sozialverträgliches Frühableben“. Vilmar wollte mit seiner ironisch bis sarkastisch gemeinten Formulierung gegen Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen argumentieren. Nach Ansicht der Jury, die jedes Jahr ein „Unwort des Jahres“

bekanntgibt, ging der Ärztepräsident damit aber deutlich zu weit. Das „sozialverträgliche Frühableben“ erhielt den Titel „Unwort des Jahres“.

Musik B: Eröffnung Bremen Divertimento

Sprecherin:

Mai 2022. Deutscher Ärztetag in Bremen. Diesmal wird ein Divertimento von Wolfgang Amadeus Mozart zu Gehör gebracht. Wieder spricht der amtierende Ärztepräsident bei der Eröffnungs-Pressekonferenz über den Umgang mit begrenzten Mitteln, so wie es Karsten Vilmar vor 23 Jahren schon getan hat. Der Hausarzt Klaus Reinhardt ist aber vorsichtig in seiner Wortwahl. Das Begriffspaar „sozialverträgliches Frühableben“ kommt ihm nicht über die Lippen. Doch eine Debatte darüber, was die Krankenversicherung zahlt und was nicht, sei unabwendbar, sagt er den Journalisten:

6. O-Ton Reinhardt

Sie wird von Politikern nicht geführt, denn das ist kein Gewinnerthema, das ist völlig klar. Hilft aber nichts, es gilt die normative Kraft des Faktischen. Es wird kommen, das ist ganz einfach. Es wird kommen. Der erste ist das Defizit der GKV im nächsten Jahr. Und dann ist die Debatte im Raum, ob man will oder nicht.

Sprecherin:

Außerhalb der Pressekonferenz erläutert der Ärztepräsident im Gespräch seine Forderung: Reinhardt will eine Debatte darüber führen, wie mit den begrenzten Mitteln im Gesundheitswesen umgegangen werden soll.

7.O-Ton Reinhardt

Und dann müssen wir uns vielleicht auch fragen, wollen wir für medizinischen Fortschritt einen größeren Anteil unseres zur Verfügung stehenden Einkommens ausgeben als bisher, oder einen deutlich größeren Anteil, zulasten unter Umständen von Konsumgütern, ja, oder anderen Dingen.

Sprecherin:

Reinhardt weiß, dass höhere Beiträge für die Krankenversicherung unpopulär sind. Auch Verbände der Arbeitgeber, die ja die Hälfte der Kassenbeiträge zahlen, protestieren regelmäßig, wenn die Sozialversicherung teurer wird. Deswegen müsse auch eine andere Debatte geführt werden, sagt Reinhardt - die Debatte darüber, was wegfallen kann in der Gesundheitsversorgung:

8.Ton Reinhardt

Dass auch zunehmend wir darüber nachdenken müssen: Was können wir noch finanzieren? Was wollen wir finanzieren? Und gibt es dann auch Dinge, die man unter Umständen aus der allgemeinen Finanzierung wieder rausnimmt.

Sprecherin:

Seit vielen Jahren ist es so, dass die Krankenkassen von Jahr zu Jahr mehr zahlen. Denn die Preise für viele Leistungen steigen. Und die meisten neu entwickelten Medikamente oder Behandlungsmethoden werden von den Krankenversicherern umgehend erstattet, sobald sie auf den Markt kommen. Es ist fast 20 Jahre her, dass die Politik die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen das letzte Mal deutlich gekürzt hat. Im Jahr 2003 konnte man im Radio Berichte wie diesen hören:

9.O-Ton

Für rezeptfreie Medikamente muss der Patient künftig komplett selbst aufkommen, Ausnahmen soll es für Kindern und bestimmte Arzneimittel geben. Auf Änderungen müssen sich die Patienten auch beim Zahnersatz anstellen, hier sollen die Kassen künftig nicht mehr einen prozentualen, sondern nur mehr einen Fest-Zuschuss leisten. Wenn nur eine leichte Sehstörungen hat, muss sich seine Brille selber kaufen, und auch bei den Fahrtkosten zum Arzt will Rot-Grün kräftig sparen.

Sprecherin:

Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen gelten oft als unethisch. Schließlich wird, wenn man so will, kranken Menschen eine Leistung weggenommen. Oder die Patienten müssen selbst dafür zahlen - etwa für Zahnersatz. Wer übers Sparen im Gesundheitswesen redet, sollte aber eines immer im Kopf haben, findet Eckhard Nagel, er ist Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth.

10.O-Ton Nagel

Dass jeder Euro, den ich ausgabe für meinen Patienten, dass dieser Euro ethisch begründet sein muss, um nicht verschwendet zu werden. Oder gar anderen, die auch wichtige Anliegen haben, nicht mehr zur Verfügung zu stehen.

Sprecherin:

Nagel ist eine der vielseitigsten Begabungen im deutschen Medizinbetrieb. Der Universitätsprofessor hat auch einen Dokortitel in Philosophie und eine Ehrendoktorwürde in Theologie. Als er noch direkt mit Patienten arbeitete, war sein Spezialgebiet die Transplantationsmedizin. Es war für ihn Alltag, damit umzugehen, dass für seine Patienten, die auf ein Herz, eine Niere oder eine Leber warteten,

nicht genug Spenderorgane zur Verfügung standen. Er will den bewussten Umgang mit Knappheit auch auf andere Bereiche des Gesundheitswesens übertragen - aus ethischen Gründen, sagt er.

11.O-Ton Nagel

Und ich bin einige Jahrzehnte, also die letzten beiden bis hin zur Pandemie, nicht selten dafür kritisiert worden, dass ich aus dieser Sondersituation, die in der Transplantationsmedizin vorliegt, ein allgemeines Prinzip machen wollte. Im Sinne dessen, dass man sagt: Ressourcen sind immer endlich, und deshalb müssen wir uns auch bei einer sich weiterentwickelnden Medizin, bei einer älter werdenden Gesellschaft, einer Vergrößerung der Möglichkeiten, letztendlich auch gegen Krankheit etwas zu tun, darüber Gedanken machen: Was ist wichtig? Und was ist unter Umständen weniger wichtig?

Sprecherin

Eckhard Nagel war Mitglied in einer Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer, die im Jahr 2012 gegründet wurde, um Konzepte für eine sogenannte Priorisierung zu entwickeln.

Sprecher 2:

Von Priorisierung reden Gesundheitsökonom, wenn es darum geht, medizinische Angebote in eine bestimmte Reihenfolge zu bringen - je nachdem, wie wichtig und dringlich sie für Patienten sind.

Sprecherin:

Damit soll Rationierung vermieden werden: Das heißt, dass Patienten Leistungen ganz vorenthalten werden, die sie eigentlich brauchen.

Sprecher 2:

Von Triage spricht man, wenn Menschen möglicherweise sterben, weil ihnen eine Behandlung vorenthalten wird - zugunsten anderer Patienten, die bessere Überlebenschancen haben.

Sprecherin:

Die Arbeitsgruppe löste sich allerdings nach drei Jahren auf, ohne dass sie ein greifbares Ergebnis gebracht hätte. Eine neue Debatte sei deshalb unausweichlich, findet der Transplantationsmediziner und Gesundheitsökonom Eckhard Nagel.

12. O-Ton

Das heißt, wir müssen uns an der Stelle meines Erachtens unbedingt ehrlich machen und über Priorisierung diskutieren. Und das so transparent, dass es eben keine heimliche Prioritätensetzung gibt, dass es keine heimliche Rationierung gibt, so wie das ja auch lange offensichtlich praktiziert worden ist: Nicht darüber reden, aber durch Vorenthaltung am Ende des Tages das Budget irgendwie einhalten.

Sprecherin:

Priorisieren heißt nicht unbedingt, Patienten etwas wegzunehmen, sagt Nagel.

Priorisieren könne zum Beispiel auch heißen, erst einmal eine kostengünstige Untersuchung vorzunehmen, und zu prüfen, ob man mit der alles Wichtige herausfindet. Erst dann, wenn die kostengünstige Untersuchung nicht genug Erkenntnisse liefert, kommt dann eine teurere Untersuchung in Frage. Als Beispiel nennt er Schweden. Für eine Studie hat sich Nagel in die Besonderheiten der Gesundheitsversorgung des skandinavischen Landes vertieft. Dabei ging es um die Frage, wie oft beim Verdacht auf einen Herzinfarkt eine relativ aufwendige Herzkatheter-Untersuchung vorgenommen wird.

13. O-Ton Nagel

In Deutschland, das konnten wir schon damals feststellen, ist die Herzkatheter-Untersuchung zahlenmäßig ungefähr doppelt so hoch wie in Schweden bei einer gleichen Häufigkeit von Herzinfarkten. Also haben wir keine Priorisierung, sondern wir versuchen, das Bestmögliche gleich am Anfang zu tun. Was man erhoffen könnte, ist, dass dadurch mehr Todesfälle verhindert werden. Das ist aber leider auch nicht so. Wir haben die gleiche Sterblichkeit an Herzinfarkten wie in Schweden. Das heißt, man kann sehr wohl überlegen, ob dieses eher defensive oder sich schrittweise aufbauende Versorgungssystem nicht ebenso erfolgreich und am Ende noch einmal deutlich weniger aufwendig und kostengünstiger ist als das, was wir machen.

Sprecherin:

Unter den Ländern, die Mitglied in der Industriestaaten-Organisation OECD sind, hat Deutschland - gemessen an der Wirtschaftsleistung - die dritthöchsten Gesundheitsausgaben. 11,7 Prozent des deutschen Bruttoinlandsproduktes fließen in die Gesundheitsversorgung, also fast jeder achte Euro, der bei uns erwirtschaftet wird. Höher ist der Anteil nur in den USA und in der Schweiz. Deutschland liegt mit seinen Aufwendungen für die Gesundheit etwa um ein Viertel über dem Durchschnitt aller OECD-Staaten.

Atmo Strahlentherapie, darüber

14.0-Ton Belka

Das ist letztendlich ein Bestrahlungsgerät der High-End-Generation. Das ist ein Gerät, an dem alles dran ist, was man dran haben kann. Auch hier gilt, man kann die Grundversion kaufen, man kann aber auch sozusagen die Deluxe-Version kaufen. Ich sage immer, Sie können den 7er-BMW kaufen mit dem kleinsten Motor, und ohne das gesamte Gedöns, und das ist der 7er oder 8er, ich kenne mich da nicht so aus, mit allem, was geht.

Sprecherin:

Professor Claus Belka ist Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Radio-Onkologie der Münchner Ludwig-Maximilians-Universität. Das Bestrahlungsgerät, das er hier mit einigem Stolz zeigt, hat auch einen stolzen Preis.

15. 0-Ton Belka

Wenn Sie im Katalog nachgucken, stehen hier dreieinhalb bis vier Millionen. Am Ende wird sicher ein bisschen weniger bezahlt, aber es sind schon relevante Investitionen.

Sprecherin:

Mehrere Millionen Euro für ein wirklich gutes Bestrahlungsgerät auszugeben, ist durchaus angemessen, findet Belka. Schließlich geht es darum, Krebserkrankungen so effizient wie möglich zu behandeln. Allerdings kommt der Krebs-Spezialist im Gespräch schnell auf ein Thema, das ihn umtreibt: Niemand wisse auch nur halbwegs genau, was die weit mehr als 400 Milliarden Euro, die jedes Jahr ins deutsche Gesundheitswesen fließen, eigentlich für einen Nutzen stiften. Als Beispiel nennt er die häufigste Krebserkrankung bei Männern.

16.0-Ton Belka

Wenn Sie jetzt wissen wollen, wie viel Prostatakarzinome wir in Deutschland haben, wie die behandelt werden, und wie die Überlebendenzahlen sind, Sie werden es nicht rauskriegen.

Sprecherin:

Es gibt keine genauen Daten darüber, wie viele Prostatakrebs-Patienten mit welchen Methoden behandelt werden, welche Ergebnisse die Behandlung bringt, und was welche Behandlung kostet, sagt Belka und schüttelt den Kopf. Niemand weiß also, wie viel Geld für besonders erfolgreiche Behandlungen ausgegeben wird, und wie viel für nicht so erfolgreiche Methoden. Ein Grund dafür liegt nach Ansicht des Krebs-Spezialisten darin, wie Medizin in Deutschland bezahlt wird. In den allermeisten Fällen bekommt ein Krankenhaus oder eine Praxis Geld dafür, dass

eine bestimmte Leistung erbracht wird. Je mehr dieser Leistungen abgerechnet werden, desto mehr Geld fließt.

Die Folgen dieses Vergütungssystems sind oft fatal, sagt Claus Belka und erzählt von einem Beispiel aus seinem Bereich. In der Strahlentherapie gibt es die Möglichkeit, Patienten über einen längeren Zeitraum immer wieder zu bestrahlen, oder auch über einen kürzeren Zeitraum. Belka war Chef einer internationalen Studiengruppe, die untersucht hat, welche Herangehensweise für die Patienten die besten Erfolge bringt. Das Ergebnis: Sehr lange Bestrahlungs-Serien sind nicht sinnvoll, kürzere Serien sind besser.

17. O-Ton Belka

In vielen europäischen Nachbarländern ist das umgesetzt, da ist mittlerweile eigentlich der Standard diese mittellange Bestrahlung, also etwas verkürzte Serien oder zum Teil auch die ganz kurzen Serien. So, und Deutschland ist mittlerweile auf europäischer Ebene, ich will nicht sagen die Lachnummer, aber die Kollegen in diesem europäischen Leitlinien-Komitee, das ich sehr lange Jahre geleitet habe, sagen mir immer, ja: You Germans, you don't like it, because your refunding is problematic.

Sprecherin:

Die deutschen Kliniken und Praxen mögen kürzere Bestrahlungs-Serien nicht, weil die Bezahlung hierzulande problematisch ist. Das hört Belka, wenn er mit seinen internationalen Kollegen diskutiert. Denn für längere Bestrahlungs-Serien gibt es mehr Geld von der Krankenversicherung. Und wer mehrere Millionen Euro in ein Bestrahlungsgerät investiert, und dann Geld dafür erhält, dass er den Apparat möglichst oft zum Einsatz bringt, dem sind lange Bestrahlungs-Serien lieber als kurze - aus betriebswirtschaftlichen Gründen:

18. O-Ton Belka

Dann habe ich natürlich keine Lust, das Ding zusammenzustreichen, weil das bringt mir die Kalkulationsbasis ins Schwimmen.

Sprecherin:

Das heißt nichts anderes als: Der finanzielle Nutzen hat immer wieder größeres Gewicht als der medizinische Nutzen. In der Medizin ist von Evidenz die Rede, wenn es darum geht, zu überprüfen, wie wirksam eine Behandlung ist.

19.0-Ton Belka

Und das zeigt eigentlich das grundsätzliche Problem: Hier geht es ja nicht um Geld sparen, sondern hier geht es um eine Evidenz, die sagt, wir können mit weniger Geldausgabe dasselbe Ziel erreichen. Punkt. Wie kriegen wir das umgesetzt? Und Sie sehen: In einem Gesundheitssystem wie wir es haben, kriegen Sie es nicht hin.

Musik B: Eröffnung Bremen

Sprecherin:

Beim diesjährigen Ärztetag in Bremen begleitete das Kammerorchester „Konsonanz“ die Eröffnungsveranstaltung musikalisch. Im Publikum saß auch Wolf-Dieter Ludwig. Der Medizinprofessor ist Krebspezialist, und er leitet die Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer. Seit vielen Jahren kritisiert er, dass Krebs-Medikamente - in der Fachsprache heißen sie Onkologika - immer teurer werden.

20.0-Ton Ludwig

Wir haben sicherlich ein ethisches Problem, weil wenn ich sehr viel Geld ausbe, Milliarden Euro, für Onkologika, von denen ich nicht weiß, ob sie wirklich einen für den Patienten sinnvollen Fortschritt bedeuten, dann wird mir dieses Geld irgendwann in anderen Bereichen des Gesundheitssystems fehlen. Von daher ist es auch eine ethische Aufgabe, faire Preise für wirklich innovative, gute Arzneimittel zu finden, aber nicht jeden Preis der pharmazeutischen Industrie zu akzeptieren.

Sprecherin:

Wenn ein Medikament auf den Markt kommt, muss seine Wirkung zwar an Patienten getestet sein. An diesen Studien sind aber nicht sehr viele Patienten beteiligt. Was ein Medikament in der Breite der Versorgung wirklich bringt, ist beim Markt-Eintritt noch nicht belegt.

21. 0-Ton Ludwig

Und dort sehen wir, dass doch ein Großteil dieser Onkologika zum Zeitpunkt ihrer Zulassung hinsichtlich ihres Nutzens gar nicht beurteilt werden kann. Das heißt, dass wir sehr viel Geld ausgeben für Arzneimittel, deren Nutzen möglicherweise sogar nur marginal ist.

Sprecherin:

Deutschland hat in den vergangenen Jahrzehnten einiges unternommen, um die Ausgaben im Gesundheitswesen im Griff zu behalten.

Sprecher 2:

Es gibt zwei Institute mit den Abkürzungen IQWiG und IQTiG, die die Qualität und auch die Kosten von Arzneien und Therapien bewerten sollen.

Sprecherin:

Ein Entscheidungsgremium namens Gemeinsamer Bundesausschuss, in dem Krankenkassen sowie Verbände von Ärzten und Krankenhäusern vertreten sind, legt Rahmenbedingungen fest, wofür die Krankenkassen Geld ausgeben dürfen.

Sprecher 2:

Die knapp hundert gesetzlichen Kassen verhandeln mit den verschiedenen Pharmakonzernen über Rabatte.

Sprecherin:

Das Ganze geschieht auf der Grundlage von Gesetzen, die Namen tragen wie Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz.

22. O-Ton Anselm

Je mehr man sich da rein vertieft, umso erstaunter ist man eigentlich, dass das System überhaupt funktioniert.

Sprecherin:

Reiner Anselm ist kein Mediziner, trotzdem ist es ein Schwerpunkt seiner Arbeit, sich Gedanken über das Gesundheitswesen zu machen. Anselm ist Theologe, er hat eine Professur mit Schwerpunkt Ethik an der Münchner Ludwig-Maximilians-Universität und er ist Mitglied im Bayerischen Ethikrat. Wenn man mit ihm darüber spricht, was getan werden müsste, damit die begrenzten Mittel, die ins Gesundheitswesen fließen, am besten eingesetzt werden, dann richtet er den Blick auch auf jeden einzelnen. Jeder Arzt und jede Ärztin müsse regelmäßig überlegen, ob der Aufwand einer Behandlung in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen steht. Das sei letztlich eine ethische Frage:

23. O-Ton Anselm

Das muss man trainieren, das hat man nicht einfach so. Ethik ist, könnte man vielleicht etwas plakativ sagen, ein Muskel. Wenn der nicht trainiert und betätigt wird, dann verkümmert der auch. Und es ist eben auch nichts, was man einmal gelernt hat und dann kann man das. Sondern man muss es immer wieder betätigen, immer wieder überlegen. Und dabei werden sich auch Positionen immer wieder verändern.

Sprecherin:

Der Theologe weiß, dass Appelle an die ethische Eigenverantwortung aller Beteiligten nicht genügen, um die 440 Milliarden Euro zu steuern, die im deutschen Gesundheitswesen pro Jahr bewegt werden. Aber den Blick aufs Individuum zu richten, also auf die Ansprüche und die Bedürfnisse jedes einzelnen, sei eine lange Tradition in der deutschen Gesundheitsversorgung. Auch in Deutschland ist zwar gesetzlich festgelegt, dass es wirtschaftlich und angemessen sein soll, was die gesetzliche Krankenversicherung aufwendet. Doch wie man berechnet, was wirtschaftlich und angemessen ist, und was nicht, dafür gibt es keine Verfahren.

Sprecher 2:

Anders ist die Tradition etwa in Großbritannien. Im dortigen staatlichen Gesundheitswesen wird etwa für Arzneien eine Kosteneffektivität berechnet. Dazu wird überprüft, um wie viel länger Patienten leben, wenn sie beispielweise ein bestimmtes Krebsmedikament erhalten. Dabei wird auch die Lebensqualität mit einberechnet.

Sprecherin:

Ein zusätzliches Lebensjahr, während dessen die Patienten schwere Nebenwirkungen erleiden, wird nicht mit dem Wert 1 gerechnet, sondern beispielsweise nur mit dem Wert 0,5.

Sprecher 2:

Diese sogenannten Qualitätskorrigierten Lebensjahre - im Englischen lautet die Abkürzung QALYs - sind in Großbritannien ein gängiges Instrument, um Kosten zu steuern.

Sprecherin:

Mit der deutschen Idee vom Gemeinwohl ist diese Herangehensweise aber schwer zu vereinbaren, meint der Medizinethiker Reiner Anselm.

24. O-Ton Anselm

Und dieses Gemeinwohl lässt sich ganz schwer quantifizieren. In dem Augenblick, in dem ich anfangen zu sagen, das Gemeinwohl besteht eben in diesen QALYs, das müssen so und so viele Jahre sein, das muss ich soundsoviel berechnen, dann wird es total schwierig. Weil zu einem Gemeinwohl gehört eben auch eine Gesellschaft, die tolerant ist gegenüber dem Abweichenden, gegenüber dem besonders

Verletzlichen. Die auch bereit ist, an der einen Stelle, auch wenn es vielleicht unter harten Egalitätskriterien nicht dasselbe ist, mal mehr aufzuwenden.

Sprecherin:

In Großbritannien oder auch in Skandinavien läuft die Diskussion darüber, wie viel das Gesundheitswesen wofür ausgeben soll, auch deswegen anders, weil es dort keine Diktaturen gab, die Menschen mit bestimmten Krankheiten oder Behinderungen als „lebensunwertes Leben“ abstempelten. Auf mehr als 200 000 wird die Zahl der Menschen geschätzt, die während der Nazi-Diktatur Opfer des sogenannten Euthanasie-Programms wurden. Ein Argument der Nazis dafür, Kranke zu ermorden, war auch stets das Geld, das für ihre Versorgung ausgegeben werden muss.

Heute gilt es in Deutschland als selbstverständlich, dass ein Leben niemals als „unwert“ gelten darf. Und es wird nicht offen darüber diskutiert, ob man den Wert eines Lebens in Euro und Cent beziffern kann. Sicher ist aber auch in Deutschland: Kranke Menschen zu versorgen, kostet Geld. Manchmal sehr viel Geld.

25. O-Ton Zumpfe

Auf jeden Fall. Mit mir hat die Krankenkasse keinen Spaß. Es ist leider so. (Lacht).

Sprecherin:

Sandra Zumpfe, die seit neun Jahren mit einem Spenderherz und seit fünf Jahren mit einer transplantierten Niere lebt, kann nicht genau beziffern, was die Medikamente und regelmäßigen Untersuchungen kosten, die sie braucht - aber deutlich über 10 000 Euro im Jahr könnten da schon zusammenkommen, sagt sie. Und sie ist stolz auf ihr Heimatland Deutschland, weil hier nie in Frage gestellt wird, dass die Beitragszahler der Krankenversicherung und die Steuerzahler dieses Geld solidarisch aufbringen.

26. O-Ton Zumpfe

Ich würde niemals auswandern, niemals. Genau wegen diesem Grund. Ich bin so dankbar darüber, dass sich hier in Deutschland geboren wurde und das alles so bezahlt bekomme. Ganz ehrlich.

Musik Schluss 01

Sprecherin:

Und dieses solidarische System stabil zu halten, das sei eine Aufgabe, für die zu kämpfen sich lohnt, findet sie. Vollzeit zu arbeiten, ist mit einem Spenderherz und

einer Spenderniere für die 43-Jährige zwar nicht möglich - aber sie möchte gerne tun, was sie kann, sagt sie.

27. O-Ton Zumpfe

Natürlich ist mir das bewusst, dass das Geld auch irgendwo herkommen muss. Also ich wäre immer bereit, auch meinen Beitrag so wie ich ihn leisten kann, zu leisten. Ja also, in dem ich auch weiterhin noch einen Minijob habe, um ein bisschen was beizutragen. Aber ich finde, dass wir das schon nutzen müssen, dass wir da die Verantwortung einfach auch haben, Menschenleben zu retten. Und dass wir alles daran setzen sollten, das auch in die Versorgung zu kriegen und dann lieber an anderer Stelle zu sparen.

Sprecherin:

Wo die Stellen sind, an denen gespart werden kann, das muss in der Gesellschaft immer wieder ausdiskutiert werden, findet Sandra Zumpfe. Für die Frau, die nach zwei Organtransplantationen ein halbwegs normales Leben führt, ist aber eines klar:

28. O-Ton Zumpfe

Ich finde, an der Gesundheit darf man nicht sparen. Das ist meine feste Überzeugung, weil ich selber sehe, wie es mir ja geht. Dadurch, dass nicht gespart wurde.

Titelsprecherin:

Wird Zuteilungs-Medizin unausweichlich?

Knappe Mittel und Personalmangel bringen die Medizin an ihre Grenzen

Sie hörten eine Sendung von Nikolaus Nützel

Es sprachen: Hemma Michel und Carsten Fabian

Sounddesign: Hans Wiedemann

Redaktion: Tilmann Kleinjung

Eine Produktion des Bayerischen Rundfunks

Das Manuskript der Sendung finden Sie im Internet bei rbbkultur. Die fünfteilige Reihe der ARD-Religionsredaktionen: „Grenzwertig - Ethik zwischen Leben und Tod“ gibt es in der ARD-Audiothek.