

# Steckt die moderne Medizin in der Fortschrittsfalle?

Nach Ansicht des Dortmunder Ökonomen Walter Krämer führt an einer Rationierung medizinischer Leistungen in der GKV kein Weg vorbei. Der Transplantationsmediziner Eckhard Nagel plädiert dagegen für eine Priorisierung.

von **Bülent Erdogan-Griese**



Für den Dortmunder Ökonomen **Professor Dr. Walter Krämer** ist eine Rationierung im Gesundheitswesen unausweichlich. Foto: TU Dortmund

**W**alter Krämer ist ein Freund klarer Worte. Eigentlich, sagt der Dortmunder Statistikprofessor müssten die Manager der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jedem Raucher jährlich einen Bonus in die Hand drücken. Schließlich lebten sie kürzer und seien damit als Versicherte weniger teuer als Hochbetagte, die mit immer aufwändigeren Therapien behandelt würden, sagt er auf einem Symposium der Nordrhein-Westfälischen Akademie der Wissenschaft und Künste. „Die Fortschrittsfalle in der Medizin – wie viel Gesundheit können wir uns leisten?“, lautet das kontroverse Thema.

## Auf halber Strecke

Krämer ist ein prominenter Vertreter der These, dass sich die moderne Medizin finanziell selbst ins Aus manövriert. Schon 1989 schrieb er in der Unterzeile seines Buches „Die Krankheit des Gesundheitswesens“, dass sich die moderne Medizin in einer Fortschrittsfalle befinde. Kernthese des Wissenschaftlers: Zwar halten Ärzte, Kliniken, Pharmaindustrie und Gerätehersteller ein noch nie da gewesenes Arsenal von Therapien vor, doch sind diese zu einem großen Teil sogenannte Halfway-Technologies. Die moderne Medizin hält die Menschen zwar am Leben, macht sie aber nicht komplett gesund. Die Folge sind unaufhörlich steigende Kosten für die High-Tech-Medizin und für die Versorgung der immer älter werdenden Patienten.

„Wir steuern unausweichlich nicht nur auf eine Rationalisierung, sondern auch auf eine Rationierung von Gesundheits-

gütern zu“, ist Krämer überzeugt. „Dass rationiert werden muss, steht fest.“ Krämer schildert eine Geschichte, die sich in New York zugetragen hat. In den 1980er Jahren habe der damalige Bürgermeister Ed Koch den Bau einer Spezial-Brandklinik mit der Begründung abgelehnt, dass die Kosten in keinem Verhältnis stünden zu den zwölf Menschenleben, die man durch die Klinik jährlich zu retten erhoffte. Dennoch, so Krämer, sei Koch für ihn kein „jährlicher zwölfmänniger Massenmörder“. Die Wahrscheinlichkeit für jeden New Yorker, an einer Brandverletzung zu sterben, habe rechnerisch nämlich lediglich um einen Zehntausendstel-Prozentpunkt zugenommen.

Mit diesem Konzept des „statistischen versus individuellen Menschenlebens“ lasse sich eine soziale Rationierung verwirklichen, sagt Krämer. Die Entscheidung darüber, ob und wie viel Kapazitäten für Therapien vorgehalten werden, soll wie im Fall der Brandklinik auf einer politisch-administrativen Ebene fallen und nicht im individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis. „Bei einem individuellen Menschenleben“, so der Wissenschaftler, „haben Kosten-Nutzen-Analysen keinen Platz. Ein individuelles Menschenleben ist kein ökonomisches Gut und hat daher auch keinen Preis.“

Den Transplantationsmediziner und Philosophen Professor Dr. Eckhard Nagel überzeugen die Ausführungen seines Vorredners nicht. „Ganz so einfach, wie Sie es sich machen, ist es nicht“, sagt er zu Krämer. Das Konzept, Rationierungsentscheidungen vor dem Ernstfall auf der Makroebene zu fällen, lasse den behandelnden Arzt mit dem konkreten Patienten dennoch allein, sagt er.

Dass sich die Medizin in einer Fortschrittsfalle befindet, glaubt Nagel nicht. Wer Menschen vorhandene Behandlungsmöglichkeiten vorenthalten wolle, müsse dies ethisch begründen können, so der Ethiker. Zudem könne auch das Leben mit chronischen Krankheiten lebenswert sein. Schließlich könne man die Bürger nicht zunächst einer Versicherungspflicht in der GKV unterwerfen, um ihnen im Fall der Fälle mögliche Therapien einzig aus Kostengründen zu verweigern. Statt einer statistischen Rationierung sei vielmehr eine Priorisierung von Leistungen in der GKV nötig, zum Beispiel danach, wie wirksam Methoden sind oder wie schwer die Erkrankung ist.

Nach Ansicht des Historikers und Arztes Professor Dr. Klaus Bergdolt ist dies auch den verantwortlichen Politikern seit mehr als einem Jahrzehnt längst klar. Doch statt sich mit dem Thema auseinanderzusetzen, hätten diese ihr Heil in einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens nach dem Vorbild anderer Branchen gesucht. Kehrseite der Reformen der vergangenen Jahre sei eine „Reduzierung des Humanen“ und der nicht „einplanbaren Zuwendung“ von Ärzten für ihre Patienten.

## Zwischen Ethos und Ökonomie

Deutlich zeige sich das beispielsweise im ärztlichen Alltag an den Kliniken, so Bergdolt. Der „Triumphzug der Ökonomie“ habe zu einer umfassenden Unzufriedenheit unter den Klinikärzten geführt. „Und das ist fatal für die Krankenversorgung“, so Bergdolt. Für Gespräche zwischen Arzt und Patient würden zunehmend Richtgrößen vorgegeben. Das DRG-System führe dazu, dass Ärzte aus ökonomischen Gründen immer häufiger vor die Frage gestellt würden, welchem Patient der Vorzug gegeben werden solle. Handle der Arzt medizinisch-ethisch dauerhaft zugunsten von wirtschaftlich unattraktiven Patienten, riskiere er im schlimmsten Fall sogar sein Anstellungsverhältnis.

Um wieder mehr Raum für eine humane Medizin zu schaffen ist es für Bergdolt unabdingbar, Abläufe an den Kliniken wieder zu entschleunigen. Denn das Gesundheitswesen lässt sich nach seinen Worten nicht ohne Schaden für die Versorgung in ökonomische Schablonen pressen, wie sie die Beratungsgesellschaften für Branchen wie die Automobilindustrie entwickelt haben.