



## Wie viel Wahl und wie viel Steuerung?

*Im Mittelpunkt der gesundheitlichen Versorgung soll das Wohl des Patienten stehen. Zugleich steht die Solidargesellschaft immer vor der Frage, ob alles, was machbar ist, auch finanziert werden kann und soll?*

von Bülent Erdogan

„Der Druck nimmt zu: Zeit für mutige Veränderungen!“, lautete der provokative Wahlspruch des diesjährigen Gesundheitskongress des Westens, der Ende März in Köln stattfand. Gesundheitspolitische Schwerpunkte wie NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, Josef Hecken (Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses) und auch der nordrhein-westfälische Wirtschaftsminister Professor Dr. Andreas Pinkwart wählten die große Bühne von „Kölns guter Stube“, um ihre Positionen zu den von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn angestoßenen Reformen zu verdeutlichen.

### Verbindung auf Gegenseitigkeit

Ein Kreuzknoten verbindet zwei gleichartige Seil- oder Fadenenden. In unserem Bild symbolisiert das blaue Seil die Freiheit des Patienten, den behandelnden Arzt oder die Klinik, in der er operiert werden möchte, selbst auszuwählen.

Mit dieser Wahlfreiheit eng verwoben ist die Therapiefreiheit des Arztes. Das rote Seil steht für grundlegende Entscheidungen der Gesellschaft zur Allokation solidarisch finanzierter, begrenzter Ressourcen unter der Bedingung der Verteilungsgerechtigkeit. Nicht wenige sehen in der Steuerung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ein geeignetes Modell zur möglichst effizienten Verwendung der bereitgestellten Mittel. Doch, Achtung: Bei falscher Belastung löst sich der Kreuzknoten. Unser kleines Bild zeigt (v.l.n.r.): Jens Richter (Nettdoktor.de), Professor Heinz Lohmann (Unternehmer und Moderator der Runde), Professor Dr. Christiane Woopen (CERES), Stephen Brenzek (AXA Krankenversicherung).

Großes Bild: peterschreiber.media/Fotolia  
Kleines Bild: WISO/Schmidt-Dominé





Mit Wahl-Entscheidungen grundlegender Art beschäftigte sich Professor Dr. Christiane Woopen, Ärztin und Direktorin des Cologne Center for Ethics, Rights, Economics and Social Sciences of Health (CERES) der Universität zu Köln in ihrem Vortrag „Patienten im Vordergrund: Wie viel Wahlfreiheit, wie viel Steuerung?“ 2017 haben sich die Bundesbürger ihre gesundheitliche Versorgung zum ersten Mal mehr als eine Milliarde Euro täglich kosten lassen – Tendenz weiter steigend. Was ist dem Patienten aber unabdingbar an Therapie und Zuwendung zur Verfügung zu stellen, wie viel kollektiv verantwortete Allokation endlicher Ressourcen darf stattfinden?

Normatives Leitprinzip im Gesundheitswesen müsse die Orientierung am Patientenwohl bleiben, sagte Woopen, von 2012 bis 2016 Vorsitzende des Deutschen Ethikrates und seit 2017 Vorsitzende des Europäischen Ethikrates. Damit beginne aber schon die Aufgabe der

seitige Anerkennung, Respekt, Achtsamkeit). Sie stehen oft in einem Spannungsverhältnis.“

Um diese Grundannahmen „operationalisieren zu können“ (Woopen), stellte der Ethikrat 2016 drei Kriterien auf: die selbstbestimmungsermöglichende Sorge, die Gewährleistung guter Behandlungsqualität und die Beachtung von Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit. So sei der Arzt aufgerufen, die Selbstbestimmung des Patienten im Verlauf einer Behandlung zu stärken, sagte Woopen: „Und zwar nicht nur, indem der Arzt seinen Patienten wieder ‚gesundmacht‘, sondern indem er ihn im gesamten Prozess der Behandlung und angesichts einer faktischen Imbalance hinsichtlich der medizinischen Expertise tatsächlich ermächtigt und ihm selbstbestimmte Entscheidungen ermöglicht.“ Hierzu gehöre auch, die Präferenzen des Patienten zu achten. Die Behandlungsqualität müsse dabei immer dem Stand medizinischer Erkenntnisse entsprechen.

Woopen zufolge haben bestimmte Patientengruppen große Probleme, adäquaten Zugang zur Versorgung zu finden. „Dazu gehören multimorbide alte Patienten, Patienten mit demenziellen Erkrankungen, Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus, die nicht von einer vertrauten Person begleitet und versorgt werden können oder und bei denen die Zeit nicht ausreicht, um zum Beispiel auf Menschen mit geistigen Behinderungen in angemessener Weise einzugehen.“ Auch Kinder würden nicht mehr ausreichend versorgt, sagte Woopen, ohne näher hierauf einzugehen. Problematisch sei in dem Zusammenhang, dass die Gesellschaft weiterhin scheue, Antworten auf die Frage nach einer sinnvollen Verteilung begrenzter Ressourcen zu geben.

Dass der Patient rechtlich und faktisch überhaupt eine Auswahl habe, so Woopen, sei immanent für den Aspekt der Wahlfreiheit: „Kann ich zwischen Ärzten aussuchen, zwischen Krankenhäusern, zwischen Behandlungen und Therapien?“ Dazu benötige es eine ganze Menge an Informationen, „denn ich brauche Kriterien für meine Auswahl. Es braucht also Transparenz darüber, wie gut die Ärzte sind, wie gut die Krankenhäuser. An diesem Punkt spielt also auch die Qualitätsberichterstattung eine große Rolle.“

Hat der Patient die Freiheit auszuwählen und stehen ihm die notwendigen Informationen theoretisch bereit, dann muss er nach den Worten Woopens so kompetent wie möglich sein, diese Ressourcen für die eigene Gesundheit oder das eigene Wohlbefinden zu nutzen. Im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz haben Experten 15 Empfehlungen zu vier Handlungsfeldern erarbeitet. So hätten Patienten durchaus unterschiedliche Prämissen mit Blick auf das Gesundheitsverständnis oder Erkenntnisinteressen, je nachdem, ob sie zum Beispiel eine psychische, neurologische, kardiologische oder onkologische Erkrankung haben. Verkompliziert wird diese Situation noch dadurch, so Woopen, wenn diese individuelle Kompetenz auf ein Gesundheitssystem trifft, in welchem es nicht ohne Weiteres möglich ist, die persönlichen Schlussfolgerungen über das eigene Wohlbefinden in Selbstbestimmung zur Geltung zu bringen.



Professor Dr. Christiane Woopen, Ärztin und Direktorin des Cologne Center for Ethics, Rights, Economics and Social Sciences of Health (CERES) der Universität zu Köln, war von 2012 bis 2016 Vorsitzende des Deutschen Ethikrates. Seit 2017 ist sie Vorsitzende des Europäischen Ethikrates, der die Europäische Kommission in wissenschaftlichen Fragen und zu Aspekten neuer Technologien berät. Seit 2018 ist sie Co-Sprecherin der Datenethikkommission der Bundesregierung.

Foto: Reiner Zensen

Interpretation und der Abwägung unterschiedlicher Interessen. Bereits der Begriff des Patientenwohls sei nicht eindeutig definiert, wie auch der Deutsche Ethikrat im Jahr 2016 festgestellt habe. In der Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“, deren grundlegenden Aussagen zum Wohlergehen und der Autonomie des Patienten laut Woopen auf das Gesundheitssystem sui generis angewendet werden können, kamen die Experten damals zu folgenden Grundannahmen: „Das Patientenwohl umfasst objektivierbare (medizinische Parameter, Zugänglichkeit der Leistung), subjektive (Behandlungszufriedenheit, Berücksichtigung subjektiver Präferenzen) und intersubjektive Dimensionen (wechsel-

Rechtstaatlich geboten ist für die Kölner Ethikerin, dass Akteure wie der Staat oder die Krankenkassen oder der Gemeinsame Bundesausschuss Entscheidungen, die auf eine Steuerung abzielen, immer rechtfertigen können müssen und Transparenz über die Zielsetzung herrschen muss: „Ist das ein wirtschaftliches Interesse eines Unternehmens, ein politisches Interesse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder des Gemeinsamen Bundesausschusses? Oder ist es das Interesse des Patienten?“ Der Bürger müsse zum Beispiel auf dem Gebiet der Prävention weiterhin selbstbestimmt agieren können. Woopen warnte davor, Konzepte wie das Nudging (engl.: Stupsen/Schubsen) oder die Möglichkeiten der Digitalisierung einzusetzen, um Menschen zu beeinflussen, ohne dass ihnen das bewusst ist und sie sich anders entscheiden können.

„*Es ist nicht verwerflich, sondern sogar geboten, mit knappen Mitteln möglichst effizient umzugehen.*“

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens stellt die Akteure nach Ansicht Woopens weiterhin vor große ethische Herausforderungen. „Es ist nicht verwerflich, sondern sogar geboten, mit knappen Mitteln möglichst effizient umzugehen“, sagte Woopen. Dazu gehöre auch, Erkenntnisse aus dem Behandlungsgeschehen auszuwerten und künftigen Patienten zur Verfügung zu stellen. „Wenn ich aber meine Angehörige in ein Krankenhaus bringe und der Zettel mit dem Entlassdatum schon im Zimmer am Bett klebt, noch ehe der Arzt in der Ambulanz sich die Patientin gründlich angeschaut hat, dann halte ich das nicht mehr für patientenzentriert. Dann hat man auch nicht mehr den Eindruck, dass man sich um den Patienten kümmert, sondern dann wird er einfach nur noch administriert.“

Versorgungsmanagement nach Kassenlage gebe es bei seiner Kasse nicht, sagte Klaus Overdiek, Leiter der Landesvertretung NRW der DAK-Gesundheit, auch wenn der Blick schon einmal in die Kasse gehe, schließlich herrsche Wettbewerb. Richtig sei in jedem Fall, so Overdiek: „Versorgungsmanagement ist Steuerung.“ Es sei nicht verwerflich, mit knappen Ressourcen wirtschaftlich umzugehen. Es sei auch nicht verwerflich, Versicherte und Patienten durch den „Dschungel Gesundheitssystem“ zu leiten. Overdiek: „Das ist unsere Aufgabe.“ Der Gesetzgeber habe die Krankenkassen gar aufgefordert, ein Versorgungsmanagement anzubieten. Ziel müsse sein, in einer gemeinsamen Diskussion mit dem Versicherten „gute, passgenaue Lösungen“ zu finden anstatt ein „Füllhorn“ über diesem auszuschütten.

Stephen Brenzek, Leiter Gesundheitsmanagement der AXA Krankenversicherung, sieht die Digitalisierung als Schlüssel für eine bessere Betreuung des Patienten. Der Versicherer hat ein Gesundheitsportal namens „Meine Gesundheit“ aufgebaut und bietet das Unterstützungsprogramm „gesundheitservice360°“ für Kunden mit chronischen und schweren Erkrankungen wie Krebs an. „Wahlfreiheit bei der Patienten-

begleitung bedeutet für uns, dass der Kunde jederzeit auch sagen kann: ‚Nein, ich möchte die Serviceangebote meiner Krankenversicherung nicht nutzen.‘ Dies akzeptieren wir und erstatten selbstverständlich dennoch gemäß Tarif die Rechnungen. Anhand eingereicherter Rechnungen sehen wir aber zum Beispiel, ob ein Patient nach einem Herzinfarkt die üblichen Nachsorgeuntersuchungen in Anspruch nimmt. Falls dies nicht der Fall ist, können wir den Kunden darauf hinweisen. Wir können damit Leben retten und unterstützen.“ Digitalisierung sei kein Ersatz für den Arztbesuch, sondern stelle weitere Instrumente zur Begleitung des Versicherten zur Verfügung. So könne insbesondere Unterversorgung vermieden werden.

Immerhin zehn Prozent der User, die die Website Netdoktor.de besuchten, seien älter als 65 Jahre, sagte Jens Richter, Chief Medical Officer des in München ansässigen Gesundheitsportals. Es gebe ein großes Bedürfnis nach Information und viele Patienten seien bereits online unterwegs. Wahr sei aber auch, dass ältere, multimorbide Patienten im Umgang mit ihren Erkrankungen in diesem Gesundheitssystem häufig überfordert seien und mehr Führung benötigten.

Richter bemängelte, dass Debatten um Wahlfreiheit eine wichtige Voraussetzung für eben diese oft ausblendeten: „Vor der Wahl, vor dem Vergleich muss die Information stehen. Ich glaube, dass sich die Leistungserbringer in diesem Punkt sehr lange zurückgehalten haben ihren Beitrag zu leisten, was die evidenzbasierte Information und die Qualität der Information betrifft.“ Die User suchten immer intensiver nach qualitativ hochwertigen Informationen, die entsprechenden Trendanalysen und Statistiken zeigten dies. Dies setze inzwischen auch die Anbieter von Suchmaschinen dahingehend unter Druck, für den Anwender zu verdeutlichen, wer mit welchen Intentionen welche Inhalte ins Netz gestellt habe. **RA**

### Die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates

#### „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“, 2016

„Auch wenn die Orientierung am Patientenwohl als normativem Leitprinzip der Gesundheitsversorgung intuitiv plausibel erscheint, ist der Begriff des Patientenwohls nicht eindeutig definiert. Das Patientenwohl umfasst objektivierbare (medizinische Parameter, Zugänglichkeit der Leistung), subjektive (Behandlungszufriedenheit, Berücksichtigung subjektiver Präferenzen) und intersubjektive Dimensionen (wechselseitige An-

erkennung, Respekt, Achtsamkeit). Sie stehen oft in einem Spannungsverhältnis“, heißt es in der Stellungnahme (Seite 37f). Der Ethikrat sieht drei Kriterien, anhand derer man eruieren kann, ob eine Orientierung am Patientenwohl erfolgt: „Es handelt sich dabei um die selbstbestimmungsermöglichende Sorge, die Gewährleistung guter Behandlungsqualität und die Beachtung von Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit.“ [www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org)