„Wer Leistungen rationieren oder priorisieren will oder muss, sollte zuerst die unnötigen identifizieren und unterlassen“

Prof. Dr. med. Lothar Weißbach
E-Mail: weissbach@stiftung-maennergesundheit.de

Weniger ist mehr

Das Schreckgespenst der Rationierung geht um. Verdeckt oder offen – die Angst vor Leistungsbegrenzung wächst in der sog. Solidargemeinschaft und bei den Leistungsanbietern. Im Kleinen ist sie längst Fakt und im Großen löst sie zumindest in der Männerwelt Betroffenheit aus: Das PSA-Screening zum Beispiel zeigt ähnliche (erwünschte wie unerwünschte) Wirkungen wie die protegierte Mammographie, ist aber keine GKV-Leistung. Diese Logik erschließt sich höchstens Gesundheitspolitikern, Gynäkologen und weiblichen Selbsthilfegruppen.

Priorisierung oder Rationierung sind Versuche, der wachsenden Mittelknappheit im Gesundheitssystem zu begegnen. Wenn alles für alle nicht mehr bezahlt werden kann (oder soll), muss man darüber reden, wie der sog. Mangel zu verwalten ist. Die überzogene Anspruchshaltung vieler Versicherter an das System ist eine der Ursachen, die Giovanni Maio in diesem Heft mit Recht kritisiert. Sie wird von Volksvertretern, die sich um die Wiederwahl sorgen, gern gefördert – ganz aktuell und in bester Ulla-Tradition vom neuen Gesundheitsminister. Dem Anspruchsdenken aber kann mit einem klar begrenzten, öffentlich diskutierten Leistungskatalog (und nichts anderes meint Rationierung) begegnet werden. Dieser gesellschaftliche Diskurs muss unter Führung der verantwortlichen Ärzteschaft zur Pflicht werden. Wären sich dann in unserer Gesellschaft alle einig, dass die Mittel knapp und nach Dringlichkeit zu verteilen sind, dann wäre auch allen geholfen: Die Debatte um verdeckte Rationierung untergräbt langfristig das Vertrauen, das Arzt und Patient einander schenken müssen.

Doch bevor über die Einschränkung notwendiger Leistungen diskutiert wird, gehören diese selbst auf den Prüfstand: Sind sie wirklich notwendig? In unserer zunehmend ökonomisierten Medizin sollen sich ärztliche Maßnahmen rechnen; das sind betriebs- und privatwirtschaftliche Forderungen. Auch deshalb sind die Leistungsausgaben der PKV von 1997 bis 2008 um 49% gestiegen (in der GKV um 37%). Im Zweifelsfall kann das auch schon mal heißen, dass dem Patienten die Leistung nicht vorenthalten wird – im Gegenteil, sie wird ihm hinterhergeworfen.

Die aktuelle S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom räumt den defensiven Strategien bei der Behandlung des lokal begrenzten Tumors einen hohen Stellenwert ein. Hintergrund ist die Erkenntnis, dass nicht jeder Tumor einer Behandlung bedarf. Fritz Schröder geht gegenwärtig von 54% Überdiagnosen durch PSA-Screening aus. Nach den Empfehlungen der Leitlinie, könnten betroffene Männer zunächst nur überwacht werden. Die Literatur liefert die Evidenz, dass diese Strategie bei der in der Leitlinie festgelegten Patientengruppe genau so erfolgreich ist, wie eine primär kurative. Doch die Praxis sieht anders aus: Die Zahl der Operationen steigt stetig; weniger als 10% der Männer werden überwacht. Und offenbar wird auch bei den lokal fortgeschrittenen Tumoren die Indikation ausgedehnt (um lokale Komplikationen zu vermeiden, ein hoher Preis!). Bevor andere Leistungen rationiert werden, sollten erst einmal die unnötigen identifiziert und unterlassen werden. Ähnliches gilt für die Indikation zur Chemotherapie beim Prostatakarzinom: Nicht jeder alte, multimorbide Mann profitiert davon. Gerade bei fragilen Patienten sollte der Nutzen besonders sorgsam gegen die Risiken abgewogen werden. In der Realität wird stattdessen darüber diskutiert, die Chemotherapie schon bei asymptomatischen Patienten einzusetzen – zu welchem Preis und für welchen Überlebensvorteil? Wer schafft diesen Bedarf, der unsere Gemeinschaft teuer zu stehen kommt? Es ist die politisch induzierte Mitnahmementalität des einzelnen Versicherten und die gewinnoptimierende Indikation; es sind die angeblich Qualität sichernden Mindestmengen der Selbstverwaltung und der Community (einschließlich Onkologievereinbarung).

Wer Rationierung oder Priorisierung ablehnt, tut dies nur glaubwürdig, wenn er andererseits Indikationen sehr sorgfältig stellt. Weniger Übertherapie ist mehr – mehr Lebensqualität für Betroffene, mehr Glaubwürdigkeit für Ärzte, mehr Mittel für die Solidargemeinschaft!

Ihr