



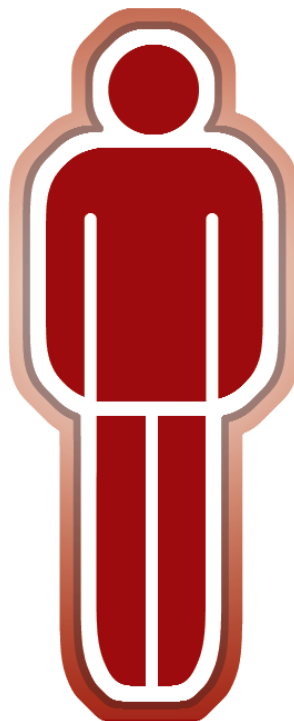
Selbstverantwortung als Kriterium kaum operationalisierbar

Selbst verschuldete Erkrankungen sind nur schwer nachweisbar, sodass der ökonomische Effekt einer Ausweitung der Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten sehr begrenzt wäre.

Kathrin Alber, Hartmut Kliemt, Eckhard Nagel

Unabhängig von Problemen der Ressourcenknappheit ist es in der medizinischen Versorgung sinnvoll, zwischen indizierten, optionalen und unnötigen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten zu unterscheiden. Beispielsweise diente die Entwicklung von Prioritätenlisten für kardiale Erkrankungen in Schweden (DÄ, Heft 21/2009: Vom schwedischen Vorbild lernen) zunächst dem Zweck der Qualitätssicherung und Transparenz der medizinischen Versorgung. Neben der qualitätssichernden Funktion wird Priorisierungskriterien häufig auch eine Rationierungsfunktion zugewiesen. Sobald bestimmte medizinische Ressourcen zu knapp sind, um alle Patienten in dem von ihnen oder von ihren Ärzten gewünschten Umfang zu versorgen, muss entschieden werden, wer zunächst und wer mit geringerer Priorität zum Zuge kommt. Für diese Entscheidungen möchte öffentlich aus nachvollziehbaren Gründen niemand verantwortlich sein. Daher liegt der Gedanke nahe, diese Entscheidungen auf die quasi „unsichtbare“ Mikroebene der Arzt-Patienten-Beziehung zu verlagern (als verdeckte oder implizite Rationierung) oder zumindest einen Teil dieser Verantwortung an die Betroffenen im Sinne einer Selbstverantwortung der Patienten zurückgeben zu wollen. Den Möglichkeiten und Grenzen eines Priorisierungskriteriums „Selbstverantwortung“ geht dieser Beitrag exemplarisch nach.

Gesellschaftlicher Konsens besteht im Wesentlichen darüber, dass die „rule of rescue“ (1), die Verpflichtung der Gemeinschaft, unmittelbar lebensbedrohliche Zustän-



DÄ-ARTIKELSERIE

Die Artikelserie im DÄ befasst sich mit verschiedenen Aspekten zum Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“. Bisher erschienen:

- „Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint?“ (DÄ, Heft 12/2009)
- „Öffentlicher Diskurs erforderlich“ (DÄ, Heft 14/2009)
- „Individuelle Rangfolgen – Kosten einsparen oder Qualität verbessern?“ (DÄ, Heft 17/2009)
- „Vom schwedischen Vorbild lernen“ (DÄ, Heft 21/2009)

Zusätzlich ist ein Diskussionsforum auf www.aerzteblatt.de/foren eingerichtet.

de abzuwenden zu versuchen, durch Selbstverantwortung nicht eingeschränkt werden darf. Die öffentliche Hand muss den Zugang zur Gesundheitsversorgung insbesondere in lebensbedrohlichen Not-situationen garantieren. Solche Versorgungsgarantien schließen aber nicht notwendig die Garantie der Kostenübernahme mit ein. Man kann die Nutznießer von Leistungen im Nachhinein für Kosten, die von diesen selbst zu verantworten sind, haftbar machen.

Nach § 1 SGB V sind die Versicherten für ihre Gesundheit mitverantwortlich, das heißt, von ihnen wird eine gesundheitsbewusste Lebensführung, frühzeitige Vorsorge und die aktive Mitwirkung an ihrer Krankenbehandlung und ihren Rehabilitationsmaßnahmen erwartet. § 52 SGB V sieht explizit vor, dass sich Versicherte an den Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen beteiligen müssen, wenn sie sich eine Krankheit vorsätzlich oder zum Beispiel auch durch medizinisch nicht indizierte ästhetische Operationen, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben.

Die von dem bisher eng gefassten Kriterium der Selbstverantwortung zu erwartenden Einsparungen sind gering. Will man den Anwendungsbereich für das Kriterium der Selbstverantwortung ausdehnen, so muss man unterscheiden zwischen solchen Zuständen, die ein Patient nicht beeinflussen konnte (brute luck), wie eine angeborene Erkrankung (zum Beispiel Spina bifida aperta), und solchen individuellen Verhaltensweisen, für die der Patient eine Wahlmöglichkeit besaß (option luck), zum Beispiel eine Wirbelsäu-

Dipl.-Sozialwirtin Alber,
Prof. Dr. med. Dr. phil.
Nagel, Institut für
Medizinmanagement und
Gesundheitswissen-
schaften der Universität
Bayreuth

Prof. Dr. phil. Kliemt,
Professor für Philosophie
und Ökonomik,
Frankfurt School of
Finance & Management

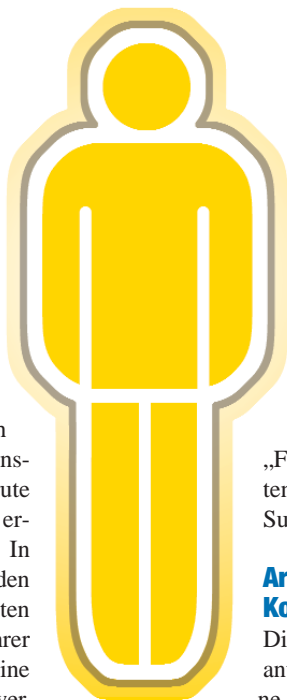
lenfraktur nach einem Skiunfall auf ungesicherter Piste (2).

Beide Erkrankungen können zu schwerwiegenden körperlichen Beeinträchtigungen bis hin zur Querschnittslähmung führen. Aus der Perspektive individueller Selbstverantwortlichkeit wäre es im Extremfall aber vertretbar, wenn die solidarisch finanzierte Krankenversicherung ausschließlich für Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen, die infolge „brute luck“ (wie Spina bifida aperta) erforderlich würden, aufkäme. In Deutschland, einem wohlhabenden Rechts- und Sozialstaat, müssten dann weiterhin etwa auch Skifahrer nach einem schweren Skiunfall eine Garantie haben, behandelt zu werden. Nach erfolgter Behandlung würden sie aber für die Kosten infolge freiwillig eingegangener Risiken unter Umständen bis zur Sozialhilfegrenze ihres Einkommens haften. Das würde einen Anreiz bieten, vorsichtiger Ski zu fahren und optionale private Zusatzversicherungen für solche Risiken freiwillig einzugehen, sodass deren Kostenabsicherung nicht mehr auf die Allgemeinheit verlagert wird.

Selbst schuld – schwierige Entscheidung

Ob die Zuschreibung von Verantwortung für das eigene gesundheitsgefährdende Handeln fair ist, ist traditionell strittig. So kann beispielsweise eine Veränderung der biologischen Basis der Handlungssteuerung bei suchtkranken Patienten eintreten, die zu veränderten Prozessen im Belohnungssystem des Gehirns führt (3). Gegner der These von der Fairness der Verantwortungszuschreibung kritisieren, dass bestimmten Patienten manchmal zu leichtfertig eine Schuld an ihrer Erkrankung zugewiesen wird („blaming victims“) (4). Vulnerable Bevölkerungsgruppen, die über geringe Ressourcen (etwa Geld, Bildung, Zeit) für einen gesundheitsbewussten Lebensstil verfügen, könnten für ihre sozialen Verhältnisse damit gleichsam „doppelt bestraft“ werden.

Speziell im Hinblick auf Suchtverhalten entschied das Bundesso-



zialgericht bereits 1968, dass Alkoholsucht eine Krankheit sei, und begründete damit die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (und bedingt auch der gesetzlichen Rentenversicherung) (5). Auch die Weltgesundheitsorganisation definiert Suchtverhalten in der „International Classification of Diseases (ICD)“ (6) als Krankheit in der Gruppe „F10–F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“.

Arzt darf nicht gleichzeitig Kontrolleur sein

Die Zuschreibung von Selbstverantwortung würde in jedem Fall eine medizinisch und juristisch belastbare Darstellung einer direkten Kausalität zwischen Erkrankungsursache und Erkrankung (Auswirkung) voraussetzen. Das scheint sehr problematisch. Selbst wenn es gelingen sollte, in der Praxis anwendbare Ein- und Ausschlusskriterien für die finanzielle Selbsthaftung, zum Beispiel im Sinne einer „Positivistliste“, zu definieren, darf das Vertrauensverhältnis von Patient und behandelndem Arzt keinesfalls dadurch unterminiert werden, dass man dem behandelnden Arzt rollenfremde Kontrollaufgaben überträgt (7). Allerdings wäre es denkbar, dass nicht behandelnde Ärzte etwa gutachterlich – wie im Medizinischen Dienst der Krankenversicherung – an der Feststellung von verantwortungsrelevanten Tatbeständen teilnehmen.

Die vorerwähnten Fragen sind schon komplex genug. Sie sind noch schwieriger zu beantworten, wenn Selbstverantwortung nicht nur als Kriterium der Kostenbeteiligung in Erwägung gezogen wird, sondern auch als ein Kriterium der Priorisierung beim Leistungszugang selbst. Da die Transplantationsmedizin aufgrund des Transplantatmangels von tragischen Knappheiten gekennzeichnet ist, die eine Priorisierung beim Leistungszugang unabwendbar werden lassen, stellt sich hier die Frage nach der Selbstverantwortung als ein Priorisierungskriterium mit besonderer Schärfe.

Für die Vergabe von Spenderorganen liegen explizite, von ärztlichen Expertengremien, wie der Ständigen Kommission Organtransplantation bei der Bundesärztekammer, entwickelte Vergabekriterien vor (8). Das Kriterium der Selbstverantwortung wird in diesem Kontext nicht direkt im Sinne einer ursächlich selbst verschuldeten Erkrankung verwendet, sondern als Compliance nach der Diagnosestellung operationalisiert. So ist eine Aufnahme von Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose auf die Warteliste für eine Lebertransplantation prinzipiell möglich, aber erst dann, wenn der Patient eine völlige Alkoholabstinenz von mindestens sechs Monaten eingehalten hat. Das Gleiche gilt bei der thorakalen Organtransplantation: Patienten mit einem schweren Nikotin-, Alkohol- oder sonstigem Drogenabusus werden nicht in die Warteliste aufgenommen, wenn dieser Abusus weiterhin besteht.

Man kann unterschiedlicher Meinung darüber sein, welche Rolle die Selbstverantwortung im Rahmen der Priorisierung des Zugangs zu Spenderorganen spielen sollte. Zweifellos ist dies aber eine Frage, die weder durch ärztlichen Sachverstand noch durch ärztliche Ethik allein beantwortet werden kann. Um eine angemessene normative Antwort zu finden, ist es daher von großem Interesse, Informationen über die Werteinstellungen verschiedener im weitesten Sinne „Betroffener“ zu gewinnen.

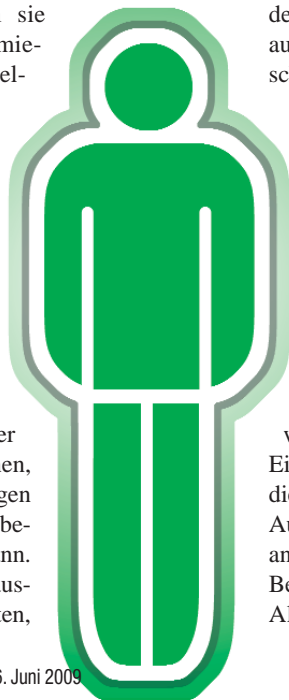
In einer qualitativen Interviewstudie zum Thema „Priorisierung in der Organallokation“ im Jahr 2008 fanden 41 semistrukturierte Interviews mit Personen unterschiedlicher Betroffenheitsgrade – Transplantationspatienten, deren Angehörigen, Transplantationsmedizinern, Pflegekräften sowie unbeteiligten Bürgern – statt (9). Die Befragten diskutierten dabei unter anderem das Kriterium der Selbstverantwortung. Manche befürworteten eine Benachteiligung (Posteriorisierung) solcher Patienten, die nach Meinung der Befragten zu ihrer Erkrankung selbst beigetragen hätten, zum Beispiel durch Alkohol- und Nikotinmissbrauch,

mangelnde Bewegung, ungesunde Ernährung. Entsprechend dieser Argumentation würden dann Personen, die „unverschuldet“ ein Spenderorgan benötigen, bei der Vergabe von Spenderorganen priorisiert: „(. . .) im Prinzip ist er selber schuld, dass er das Organ braucht. Es ist weitaus bekannt, dass zu viel Alkohol zu Leberversagen führt; derjenige, der eine erbliche Krankheit hat, der kann einfach nichts dafür. Also sollte dann die erbliche Krankheit bevorzugt werden.“ (Interviewzitat: Angehöriger eines lebertransplantierten Patienten)

Demgegenüber lehnten einige der befragten Personen eine grundsätzliche Posteriorisierung gesundheitsschädlicher Lebensstile ab, jedoch unter der Bedingung, dass sich diese Patienten nach der Diagnose entsprechend den Therapieanweisungen des Arztes „compliant“ verhalten würden: „Die Compliance, also die Mitarbeit des Patienten, wird in diesem Fall vorausgesetzt und geht in das Kriterium Transplantierbarkeit mit ein. Das heißt, wenn ein Patient weiter rauchen sollte, würden wir ihn nicht listen.“ (Interviewzitat: Transplantationschirurg, thorakale Transplantationen)

Selbstverantwortung kein Kriterium für Priorisierung

Die Befragten berichteten von Patienten, die nach einer Transplantation durch mangelnde Therapiecompliance auffielen, indem sie zum Beispiel immunsupprimierende Medikamente nicht regelmäßig einnahmen, Alkohol und Nikotin konsumierten oder Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen nicht einhielten. Deshalb wurde unter anderem auch auf die hohe Bedeutung der Evaluation von Wartelistenpatienten hinsichtlich ihrer Compliancefähigkeit und ihres Compliancewillens hingewiesen. Gleichzeitig wurde aber auch das Problem angesprochen, dass die Prognose der künftigen Patientencompliance nur von begrenzter Verlässlichkeit sein kann. „Und wenn man jemanden auswählt, muss man darauf achten,



wie sein soziales Umfeld ist. Ist er stabil genug, um nachher andere Gewohnheiten anzunehmen?“ (Interviewzitat: Patient auf der Warteliste für eine Herztransplantation)

Darüber hinaus zeigten einige Befragte auf einer abstrakten Ebene die ethischen Grenzen des Konzepts „Selbstverschuldung“ auf und sahen es als schwierig beziehungsweise unmöglich an, den Begriff „Schuld“ in diesem Kontext überhaupt zu definieren.

Das für die gesetzliche Krankenversicherung konstituierende Prinzip solidarischer Versorgungsgarantien, die sich auf die Verbesserung, Wiederherstellung oder Erhaltung des Gesundheitszustands aller Patienten beziehen, lässt eine Posteriorisierung bei der Versorgung mit medizinisch indizierten Leistungen im Sinne einer Verweigerung des Leistungszugangs nicht zu. Die aktuelle Gesetzgebung sieht jedoch eine Beteiligung an Kosten vor, deren Selbstverursachung eindeutig zugeschrieben werden kann. Wenn es aber darum geht, Ein- oder Ausschlussregeln für die Organallokation zu definieren, hat man es mit dem grundlegenden Problem der Priorisierung zu tun, das über die Zuschreibung von Kostenverantwortung hinaus (Über-)Lebenschancen betrifft. Da der Rechtsstaat vor einer das Leben selbst betreffenden Zuschreibung von Verantwortung zurückschrecken muss, wird in der Transplantationsmedizin heute auch eine ursächliche Selbstverschuldung von zum Beispiel einer äthyltoxischen Leberzirrhose nicht als Ausschlusskriterium betrachtet. Die Patienten werden bei entsprechend nachweisbarer, selbstverantwortlicher Verhaltensänderung (Abstinenz) auf die Warteliste aufgenommen.

Angesichts der Schwierigkeit entsprechender Kausalitätsfeststellungen (klarer Nachweis der Selbstverschuldung des Eintritts einer Erkrankung) würde die ökonomische Bedeutung einer Ausweitung der Selbstbeteiligung an den Kosten einer medizinischen Behandlung recht begrenzt bleiben. Allgemeine Selbstbeteiligung an

Gesundheitskosten, etwa durch hohe Prämienrückzahlungen für eine Nichtbeanspruchung des Systems, dürfte hier aus ökonomischer Sicht bessere nachfragesteuernde Anreizwirkungen als die spezielle Haftung für selbst verschuldete Krankheiten haben.

Das potenzielle Priorisierungskriterium der Selbstverantwortung scheint nur schwer operationalisierbar, in der Umsetzung langwierig und wenig geeignet zu sein, den Prozess der Priorisierung in der Medizin auf der Makroebene wesentlich mitzugestalten.

■ Zitierweise dieses Beitrags:

Dtsch Arztebl 2009; 106(26): A 1361–3

LITERATUR

- McKie J, Richardson J: The Rule of Rescue. *Social Science & Medicine*, 2003; 56(12): 2407–19.
- Dworkin R: What is Equality? Part 2: Equality of Resources. *Philosophy and Public Affairs*, 1981; 10(4): 283–345.
- Köhler W, Drexler MS: Suchterkrankungen: Mit alten Vorstellungen aufräumen. *Dtsch Arztebl*, 2008; 105(50): A 2702–3.
- Martin MW: Responsibility for Health and Blaming Victims. *Journal of Medical Humanities*, (2001) 22(2): 95–114.
- Schreckling S, Roth-Sackenheim C, Bergmann F: Versorgungssysteme. In: Frieboes R-M, Zaudig M, Nosper M (Hrsg.): *Rehabilitation bei psychischen Störungen*. München: Urban & Fischer, 2005: 293–364.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): ICD-10-GM Version 2009. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, German Modification). URL: www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/html/gm2009/index.htm [Stand: 2. 1. 2009].
- Kliemt H: Wertewandel in der Medizin. *Arzt und Krankenhaus*, 2008; 12: 372–5.
- Bundesärztekammer: Richtlinien zur Organtransplantation. URL: www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.45.3263.3264 [Stand: 17. 9. 2007].
- Alber K: Kriterien und Betroffenenpräferenzen bei der Organallokation: Identifikation relevanter Stakeholder und Konzeption eines Interviewleitfadens. In: Wohlgemuth WA, Freitag MH (Hrsg.): *Priorisierung in der Medizin. Interdisziplinäre Forschungsansätze*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009; 54–88.

Anschrift für die Verfasser

Dipl.-Sozialwirtin Kathrin Alber
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
Universität Bayreuth
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth