



Klaus -W. West

Fortschritt nachhaltig gestalten

Perspektiven einer Politik medizinischer Innovationen
in Deutschland, Frankreich und Großbritannien

- Europa hält einen großen Trumpf in seiner Hand: Es hat einen »Gesundheitsvorsprung« gegenüber den USA. Die Menschen in Europa sind durchschnittlich gesünder und dennoch sind ihre Erwartungen an ihre Gesundheit nicht erfüllt.
- Neben Sicherheit, Wohlstand und der Zukunft der Familie ist Gesundheit das Ziel, nach dem die Menschen streben. Umfragen in Europa zeigen, dass sie Gesundheit mit Lebensqualität verbinden. Gesundheit symbolisiert für die Menschen die Freiheit, ihren Lebensstil wählen zu können.
- Medizinische Innovationen sind aber auch ein wichtiger Faktor für das wirtschaftliche Wachstum. Deshalb ist die Relevanz medizinischer Innovationen kaum zu überschätzen. Sie können zu einem integralen Bestandteil des gesellschaftlichen Fortschritts werden.
- Im Hamburger Programm der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands nimmt der nachhaltige Fortschritt einen zentralen Platz ein. Die Möglichkeiten des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts sollen in den Dienst der Menschen gestellt werden.

JULI 2008

Zentrale Fragen und Herausforderungen des nachhaltigen Fortschritts lassen sich an prekären medizinischen Innovationen diskutieren. Prekär sind etwa Arzneimittel, die wie die Cholesterin-Senker eine unbedachte Lebensführung korrigieren sollen und die schwere Krankheiten wie Alzheimer kurieren sollen. Sie stellen nicht nur Gesundheit in Aussicht, sondern bergen Risiken in Form von nicht intendierten Nebenwirkungen in sich. Prekär in einem anderen Sinne ist die Medizin der Zukunft, die so genannte prädiktive Medizin. Sie wird in zunehmendem Maße zukünftige Krankheiten vorhersagen können, aber zugleich Eigenverantwortung, Mitarbeit und Entscheidungen von Patienten verlangen und einen politischen Kommunikationsprozess von neuer Qualität erfordern.

Wie kann eine Politik medizinischer Innovationen mit solchen heiklen Gesundheits- und Heilungsverprechen umgehen? Was können wir von einer Gesundheitspolitik erwarten, die in europäischen Staaten wie Deutschland, Frankreich oder Großbritannien bis in die Gegenwart von Fragen des Geldes und des Einflusses bestimmt wird? Und was kann man von einer Gesundheitspolitik erwarten, die sich der Frage stellen muss, wie sie die Kostenentwicklung in den Griff bekommen kann? Der Kampf der Interessen wird nicht verschwinden. Aber eine Gesundheitspolitik, die Innovationen fördert, könnte andere Akzente setzen.

Der Skandal des Cholesterin-Senkers »Lipobay«, durch das im Jahr 2001 weltweit 52 Menschen starben, zeigte eines: Angeblich traf niemanden die Schuld, weder die Industrie noch die Ärzte und auch nicht die Konsumenten dieses Medikaments. Die Verantwortlichkeiten in der Gesundheitspolitik waren nicht klar. Und die Implikationen medizinischer Innovationen wurden nicht ausreichend thematisiert. Um diesen Missstand zu ändern, ist es hilfreich, auf einige Erfahrungen aus Frankreich und Großbritannien zurückzugreifen.

Im Gegensatz zu Deutschland kennen Frankreich und Großbritannien keine Koordinierung gesellschaftlicher Interessen wie in der »konzertierten Aktion im Gesundheitswesen«. Aber es finden sich interessante Hinweise auf ganzheitliche Ansätze. Als es in Frankreich darum ging, wirksame Maßnahmen im Kampf gegen AIDS zu ergreifen, führte das französische Gesundheitsministerium eine aus drei Elementen bestehende Versorgungskette – das sogenannte »Tryptichon« – ein. Es fügte die Glieder »Prävention«, »Solidarität« und »Zugang zur Pflege« zu einer Versorgungskette zusammen und hob die Trennung zwischen präventiver und kurativer Medizin, zwischen Kollektiv und Individuum und zwischen Stadt und Krankenhaus auf. Gleichzeitig ging durch das französische Gesundheitswesen ein »choc thérapeutique«,

weil die Gesellschaft plötzlich verstand, dass die Ungleichheiten im Gesundheitssystem nicht hinzunehmen waren. An diesem Beispiel der gezielten Hilfe für die AIDS-Kranken lässt sich auch die Effektivität der »Planification« im französischen Gesundheitssystem erkennen. Der 6. und 7. Plan bezogen seit 1971 ausdrücklich die »fonction santé« ein und erlaubten, das Handeln der wichtigsten Akteure abzustimmen und die nötigen Ressourcen und Dienstleistungen zu ermitteln, um die Planungsziele wie die Humanisierung der Krankenhäuser und eine bessere Ausbildung des Personals erreichbar zu machen.

Interessanterweise treffen wir in Großbritannien mit »Connecting health« auf einen ähnlichen Lösungsansatz wie in Frankreich. Dort verwendete die New Labour Regierung seit Jahren erhebliche Ressourcen auf die Reform des Gesundheitswesens (National Health Service, NHS). Das britische Gesundheitsministerium arbeitet an einem modernen, effizienten, an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Gesundheitsdienst. »Connecting health« will eine Gesundheitsversorgung einführen, die das Pflegeangebot und die Wahlfreiheit der Patienten sowie ihre Kontrolle über die Gesundheitsdienstleistungen vergrößern soll. Der National Health Service folgt einem »holistischen«, d. h. ganzheitlichen Ansatz. Die Patienten werden in einer »Pflegekette« von der Krankheitsdiagnose bis zur Heilung begleitet. Diese Versorgungs- oder Angebotskette schneidet Gesundheitsdienstleistungen besser auf die Interessen der Patienten zu.

Wir können von unseren Nachbarn noch etwas anderes lernen als die Einführung solcher Ganzheitlichkeit herstellenden Prozessketten. Lehrreich ist der in Großbritannien vorhandene gesundheitspolitische Pragmatismus. Der Blick auf die Geschichte der Tuberkulosebehandlung in Großbritannien zeigt eine stärkere Berücksichtigung der Patientenwünsche als in Deutschland. Dort wurden Behandlung und Beratung nie voneinander getrennt. Anders in Deutschland, wo es einerseits sogenannte Fürsorgestellen für Tuberkulose-Erkrankte gab und andererseits stationäre Therapien in den Heilstätten. Die präventiven Pflicht-Röntgenuntersuchungen für die gesamte Bevölkerung, die es in Deutschland noch lange Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg gab, fanden in Großbritannien nie statt. Statt Persönlichkeitsrechte dem Allgemeinwohl unterzuordnen, wurde in Großbritannien verstärkt auf individuelle Krankheitsbilder eingegangen, um den Problemen der Patienten mit spezifischen Angeboten zu begegnen. Die Patientenwünsche wurden stärker berücksichtigt als in Deutschland, was auch eine schnellere Rückkehr in ihr normales Leben bedeutete.

Klaus-W. West,
Büroleiter des Vorsitzenden der IG BCE.
Der Text entstand im Zusammenhang eines Forschungsaufenthalts am Center for European Studies der Harvard University im Jahr 2007.

Großbritannien ist auch das Land mit einem pragmatischen Verständnis der Gentechnologie. Dort wiegt das Argument des medizinischen Fortschritts schwerer als das Argument der »Würde des ungeborenen Lebens«. Die Diskussion in Großbritannien über Gentechnologie wird weniger fundamental geführt. Britische Wissenschaftler dürfen zum Beispiel künftig zu Forschungszwecken Embryonen aus menschlichem Erbgut und Eizellen von Kühen schaffen. Die Behörde für menschliche Befruchtung und Embryologie (HFEA) hat im September 2007 das Verfahren für die Erzeugung solcher Mischzellen grundsätzlich zugelassen.¹ Eine von der HFEA in Auftrag gegebene Umfrage zeigte, dass die Öffentlichkeit in Großbritannien mit diesem Mischverfahren einverstanden war. Ausschlaggebend dafür war der Nutzen: Es wurden die Voraussetzungen für Therapien gegen Krankheiten wie Alzheimer geschaffen. Diese Umfrage förderte die Entscheidung der Labour-Regierung, ihre ursprüngliche Haltung, diese Technik zu bannen, zu revidieren. Kritiker wie die Pro-Life-Gruppe »Society for the Protection of Unborn Children« sagten, dass die Entscheidung der HFEA schwerwiegende moralische Einwände gegen diese Art der Forschung hervorrufen würde. Der Gebrauch von hybriden Embryos war nie akzeptabel und verletze die Würde von Mensch und Tier.² Aber die Kritik war nicht so machtvoll, dass sie die Regierung an der Revision ihrer Position hindern konnte.

In Deutschland dagegen kann von einem öffentlichen gentechnologischen Konsens keine Rede sein. Als die deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) im Mai 2001 Empfehlungen zur Forschung mit menschlichen Stammzellen veröffentlichte³, spaltete diese

1 Da hierbei ein Großteil der tierischen DNS in der Eizelle vor dem Einsetzen menschlichen Erbguts entfernt wird, entsteht ein weitgehend menschlicher Embryo, dem Stammzellen entnommen werden können. Mithilfe dieser Zellen, die sich zu verschiedenen Gewebearten entwickeln können, wollen die Forscher Therapien für Krankheiten wie Parkinson entwickeln, bei denen Zellen absterben.

2 vgl. BBC-NEWS, 5. September 2007

3 Nach dem am 1. Juli 2002 in Kraft getretenen »Gesetz zur Sicherstellung des Embryonenschutzes im Zusammenhang mit Einfuhr und Verwendung menschlicher embryonaler Stammzellen (Stammzellgesetz)« sind Einfuhr und Verwendung menschlicher embryonaler Stammzellen für hochrangige Forschungsziele unter strengen Voraussetzungen erlaubt. Einfuhr und Verwendung werden dabei auf Stammzellen beschränkt, die vor dem 1. Januar 2002 gewonnen wurden. Das Embryonenschutzgesetz von 1990 hat in Deutschland strikte und weitgehende gesetzliche Schranken für die Arbeit an Embryonen festgelegt. Generell sollen Experimente an und mit Embryonen verhindert werden. Unter Strafe gestellt ist daher beispielsweise, wenn eine fremde Eizelle übertragen wird, eine Befruchtung zu einem ande-

Debatte Land, Parteien, Regierung und Kirchenmitglieder in Unterstützer und Widerständler. Die sozialdemokratische Bundesjustizministerin Brigitte Zypries sprach sich für eine Lockerung des Embryonenschutzgesetzes aus. Daraufhin klagte die Deutsche Bischofskonferenz die Justizministerin an, Zweifel an dem menschlichen Wert von Embryos zu säen. Das Problem dieser Einstellung ist, dass sich Forschung und Erwartungen jenseits der Politik weiterentwickeln. Heute ist die künstliche Befruchtung (In-Vitro-Fertilisation) selbst in traditionellen katholischen Kreisen akzeptiert. Das beweist, dass Dogmen wandelbar sind und unweigerlich mit der Zeit gehen. Die Politik muss also auch mit der Realität und dem Wandel der Zeit einhergehen. Hier könnte der Pragmatismus dem politischen Handeln seine Gestaltungskraft zurückgeben. Eine pragmatische Herangehensweise überwindet die verbreitete »anti-prometheische« Grundeinstellung zugunsten einer Haltung, die unvoreingenommen Chancen und Risiken prüft.

Wie die strategisch relevanten Akteure des Gesundheitswesens Innovationen gestalten können

Strategisch relevante Akteure (SRA) in Deutschland, d. h. der Staat, die pharmazeutische Industrie, Gewerkschaften, Ärzte und Verbraucherverbände – können von den Erfahrungen in Frankreich und Großbritannien profitieren und damit dem medizinischen Fortschritt Gestalt geben.

Dies gilt zunächst mit Blick auf die guten Erfahrungen mit ganzheitlichen Politikansätzen. Das »Tryplichon« aus Frankreich oder »Connecting health« aus Großbritannien sind Beispiele für Prozessketten, die es ermöglichen, die gesamte Kette von der Krankheitsanalyse über das Medikament bis zur Patientenberatung effizienter zu organisieren. Prozessketten erhöhen den »Gebrauchswert« der Gesundheitsdienstleistungen bzw. stellen ihn erst her. Eine der Erfolgsbedingungen der Innovationspolitik beruht auf einer vollständigen Produktionskette, die Forschung, Produktion und Qualifikationen, die Schaffung von Märkten und die Akzeptanz aufgrund abschätzbarer Risiken umfasst.⁴ In den Bereichen Pharma-, Bio- und

ren Zweck als zur Schwangerschaft vorgenommen wird, der Embryo vor dem Einsetzen in die Gebärmutter optisch oder genetisch überprüft wird, innerhalb eines Zyklus mehr als drei Embryonen übertragen werden und wenn eine künstliche Befruchtung nach dem Tode vorgenommen wird. Auch Klonen, Chimären- und Hybridbildung sind verboten.

4 Andere Beispiele für solche Prozessketten sind sog. »innovative Betreibermodelle«. Sie brechen die traditionellen

Gentechnologie ist diese Kette gleich an mehreren Stellen in Frage gestellt. SRA stehen vor der Herausforderung, eine Prozesskette aus »Medikamentenproduktion, Versicherern, Ärzten und Patientenberatung« zu organisieren. So lassen sich Pannen wie mit dem Medikament Lipobay verringern.

Damit werden aber auch die Anforderungen an »runde Tische« oder sonstige Verständigungsprozesse erhöht. Die SRA werden sich nicht mehr mit einer Politik des »positionellen Tauschs« begnügen können. Damit ist folgende Haltung gemeint: Eine Verhandlungspartei macht nur dann Zugeständnisse, wenn die andere Partei ebenfalls Zugeständnisse macht. Medizinische Innovationen verlangen hingegen einen »strategischen Tausch«: mehr das Ziel der Innovation als die augenblickliche Position im Auge; mehr Pragmatismus und ein neues Verständnis der Rollen, um den medizinischen Fortschritt zu ermöglichen als nur das Gesicht zu wahren.

Für einen pragmatischeren Umgang in Deutschland mit dem medizinischen Fortschritt gibt es gewisse Chancen. Schließlich eröffnet der Pragmatismus Perspektiven auf patientenfreundlichere Institutionen, auf eine gewissenhafte, aber auch auf eine unvoreingenommene Prüfung von Chancen und Risiken. Die SRA müssen ihre Rolle neu definieren. Sicherlich darf dies nicht an den Interessenlagen und Handlungsmöglichkeiten der Akteure vorbei geschehen. Zu den Herausforderungen gehört es, die pharmazeutische Industrie für eine innovative Politik zu gewinnen. Zu beantworten sind die typischen Fragen, die Unternehmen in »coordinated market economies«⁵ haben: Welchen Nutzen haben sie, Innovationen zu forcieren? Die Einrichtung einer »Task Force« in der pharmazeutischen Industrie im Jahr 2003 zeigt, dass dies grundsätzlich möglich ist. Dennoch geht kein Weg an der Beschreibung neuer Rollen und Aufgaben vorbei. Die Rolle der pharmazeutischen Industrie wäre es, ihre Innovationspotenziale besser auszuschöpfen und Risiken klar zu kommunizieren.

Die Konsumenten und Patienten der Gegenwart müssen sich zu intelligenteren Konsumenten und reflektierteren Patienten wandeln, um mit den Unwägbarkeiten des medizinischen Fortschritts zurecht zu kommen. Das kann gelingen, wenn Gesundheitsministerien und Krankenkassen bzw. Zusatzversicherer in Europa Informationsangebote kontinuierlich verbessern. Dies muss im Einvernehmen mit Ärzten

geschehen, die sich mehr als bisher als »Berater« verstehen müssen. Der Charakter der Beratung ändert sich. Ärzte werden sich von »Informations- zu Wissensmaklern« (Robert Reich) wandeln. Damit stehen die Erwartungen an den medizinischen Fortschritt in Zusammenhang. Eines ist klarzustellen: Der medizinische Fortschritt ist nicht eindeutig. Statt falsche Erwartungen über risikoreiche medizinische Innovationen zu wecken, muss Aufklärung über das Dilemma der medizinischen Innovationen betrieben werden, schon allein, weil die Bekämpfung einer komplexen Krankheit immer Risiken in sich birgt.

In diesem Prozess ergeben sich Handlungschancen für die Sozialdemokratie. Sie kann für einen realistischen Begriff von medizinischem Fortschritt werben: für ein gesünderes Leben, mit minimierten gesundheitlichen Risiken, aber nicht ohne Risikofreiheit. Sie kann Fortschritt nachhaltig gestalten, indem sie die Elemente einer Politik der medizinischen Innovationen nutzt. Dazu gehören reflektierende Patienten und Ärzte sowie die Aufklärung über die Qualität medizinischen Fortschritts und die Wahl eines Konzertierungsmodus, der berücksichtigt, dass medizinische Innovationen nicht mehr allein in den Händen der pharmazeutischen Unternehmen und des Staates liegen können. Dazu muss Politik ihre Fähigkeit zur Koordination und Kommunikation ausreizen.

Wertschöpfungsketten auf. Die Aufteilung von Geschäftsprozessen zwischen Zulieferern und abnehmenden Herstellern, ihre »Rollen«, werden neu definiert.

5 Peter Hall, David Soskice, *Varieties of Capitalism: the institutional foundations of comparative advantage*, Oxford, 2002



Impressum

Friedrich-Ebert-Stiftung
Internationale Politikanalyse
Abteilung Internationaler Dialog
D-10785 Berlin

www.fes.de/ipa
E-Mail: info.ipa@fes.de

ISBN 978-3-89892-902-8

Bestellungen

Friedrich-Ebert-Stiftung
Internationale Politikanalyse
z. Hd. Ursula Müller
D-53170 Bonn

E-Mail: info.ipa@fes.de
Fax: +49 (228) 883-625

Alle Texte sind online verfügbar:

www.fes.de/ipa

Die in dieser Publikation zum Ausdruck kommenden Meinungen sind die des Autors/der Autorin und spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung der Friedrich-Ebert-Stiftung wider.