https://gen-ethisches-netzwerk.de/node/765

Gen-ethischer Informationsdienst

“Man darf niemanden zwingen“

Was bedeuten genetische Tests für die Zukunft des Solidarprinzips?

AutorIn
Bernhard Egger

Der GID sprach mit Bernhard Egger über die Zukunft von prognostischen und prädiktiven Gentests in der öffentlichen Gesundheitsversorgung, über das Solidarprinzip im gesetzlichen Krankenversicherungssystem und über dessen Ambivalenzen.

Interview mit Bernhard Egger

Welche die Genetik betreffenden Technologien und Verfahren gehören derzeit zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?

Da sind zum einen gentechnisch hergestellte Medikamente, zum anderen ist es die Labordiagnostik. Die entsprechenden genetischen Untersuchungen gehören pauschal zum Leistungskatalog, eine Eingrenzung der humangenetischen Untersuchungen auf ganz bestimmte Anwendungsgebiete und Indikationen oder auf bestimmte erbliche Erkrankungen oder Risiken nimmt der Leistungskatalog nicht vor. Hinzu kommen humangenetische Beratungsleistungen bei familiären Risiken, in der Familienplanung oder auch bei der künstlichen Befruchtung. Das ist eins der Gebiete, wo die Ausgaben relativ hoch sind, weil Paare mit Kinderwunsch vor einer IVF oder ICSI oft eine entsprechende Abklärung machen lassen.

Werden genetische Tests in Medizin und Gesundheitsversorgung zunehmen?

Eine große Zukunft sehe ich für genetische Untersuchungen, wenn sie zu einer treffsichereren Therapie führen können. Ein Beispiel ist ja jetzt die HER2/neu Rezeptorbestimmung bei Brustkrebs, die mittlerweile im Disease-Management-Programm Brustkrebs der AOK verankert ist.

Hieße es nicht, dass einzelnen Individuen auf der Basis von Wahrscheinlichkeitsberechnungen Therapien vorenthalten werden, falls in Zukunft eine Vielzahl solcher Tests für Diagnose und Prognose verwendet werden können?

Dass man bei bestimmten Gruppen von Patienten eine bestimmte Therapie macht und bei anderen eine Alternative zum Einsatz kommt – das ist im Prinzip nichts Neues. Die Indikationsstellung und die Auswahl – etwa eines konkreten chemotherapeutischen Regimes – findet auch jetzt schon statt. Grundlage sind klinische

Kriterien wie etwa der Allgemeinzustand des Patienten oder der Ausbrei¬tungsgrad der Krebserkrankung. Wenn nun ergänzend genetische Untersuchungen zur individuellen Wirksamkeit einer Therapie in die Entscheidung einfließen, dann nimmt man niemandem etwas weg, solange die Vorhersage stimmt: Bei den Patienten, denen man eine bestimmte Therapie nicht gibt, würde sie ja nicht wirken. Bei den neuen Biomarkertests ist daher eher die Frage, ob sie zu einer Verbesserung oder Verschlechterung der Versorgung führen. Es geht um Gerechtigkeit und Chancengleichheit, um den gleichen Zugang zu wirksamen Behandlungsverfahren. Wenn die Aussagegenauigkeit der Biomarkertests gut ist, sehe ich da kein Problem.

Zu den prädiktiven genetischen Tests bei multifaktoriellen Erkrankungen. Welchen Stellenwert messen die gesetzlichen Krankenkassen ihnen zu?

Prädiktive genetische Tests können ihren Stellenwert vor allem dann in der Gesundheitsversorgung haben, wenn sich daraus konkrete und wirksame therapeutische oder präventive Maßnahmen ableiten lassen. Es profitiert dann derjenige, der sich untersuchen lässt. Ein Beispiel wäre der genetisch determinierte Brustkrebs. Uns ist in diesem Zusammenhang aber am wichtigsten, dass die AOK für ein solidarisches Versicherungssystem steht. Das Prinzip, dass die Gesunden für die Kranken und die sozial Starken für die sozial Schwachen aufkommen, muss auch für die genetische Ausstattung gelten. Es kann nicht sein, dass in Zukunft Menschen auf der Basis ihrer genetischen Disposition Nachteile haben und diskriminiert werden - weder in gesellschaftlicher noch in medizinischer Hinsicht.

Aber wie realistisch ist das? Schon jetzt gibt es gesetzliche Kassen mit vielen chronisch kranken Versicherten und Kassen mit wenigen. Wird das Solidarprinzip nicht weiter erodieren, wenn mit prädiktiven Gentests eine Technologie hinzukommt, die exaktere Möglichkeiten der Risikoberechnung und –erfassung zu bieten scheint?

Risikoselektion im Krankenversicherungssystem lehnt die AOK strikt ab. Doch der Wettbewerb der Krankenkassen in den letzten Jahren hat nicht dazu geführt, dass sich die Risikostruktur in den Versichertenpopulationen annähert, sondern sie geht immer weiter auseinander. Junge, Gesunde, gut Verdienende wechseln die Krankenkasse; Ältere, vor allem chronisch Kranke, kaum. Wenn man das in die Zukunft projiziert, würde sich ohne Gegensteuerung das Problem weiter verschärfen. Und der zweite Punkt ist unsere Abgrenzung zur privaten Krankenversicherung (PKV). Schon jetzt nehmen private Versicherer zu einem bezahlbaren Preis nur Gesunde auf. Deshalb ist das für junge Menschen oft günstiger als die gesetzliche Krankenversicherung. Mit dem Einsatz prädiktiver Gentests in privaten Krankenversicherungen würde sich dieses Problem massiv verschärfen, weil dann ja auch junge Gesunde mit einer ungünstigen genetischen Ausstattung nicht mehr oder nur noch über Risikozuschläge in die PKV kämen. Das gilt übrigens analog auch für die Familienanamnese hinsichtlich typischer familiärer Erkrankungen und für bestimmte biochemische Untersuchungen, die zu einer genetischen Diskriminierung führen können. Das widerspricht dem Solidarprinzip in der GKV grundlegend.

Lässt sich aber gerade unter dem hohen Kostendruck aus dem Solidargedanken nicht auch eine Pflicht ableiten, die eigenen Anlagen zu kennen, um dann präventiv zu leben? Könnte also ein Zwang entstehen – immer unter der Voraussetzung ihrer Aussagefähigkeit – prädiktive Tests durchzuführen?

Die AOK lehnt Zwang oder die finanzielle Bestrafung von Versicherten mit bestimmten Risiken oder einem ungünstigen Gesundheitsverhalten ab. Es gab im Rahmen der letzten Gesundheitsreform mit dem Versuch der Einführung einer Teilnahmepflicht an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen einen ersten Vorstoß der Politik, so etwas zu etablieren. Die Umsetzung der Regelung in der ursprünglich geplanten Form haben wir verhindert. Wir setzen auf Aufklärung, Beratung und Information der Versicherten in Sachen Gesundheitsbewusstsein und – in maßvollem Umfang – auf positive Anreize wie etwa Bonus-Programme. Aber auch das darf nicht überzogen werden, sodass sich am Ende nur noch Leute eine Krankenversicherung leisten können, die die Kriterien eines so genannten „gesundheitsbewussten Verhaltens“ erfüllen. Das wäre

dann ja faktisch auch Zwang. Und das ist ein Grundprinzip: Man darf niemand zwingen eine bestimmte Untersuchung an sich vornehmen zu lassen. Gerade bei prädiktiven Gentests, wo die Konsequenzen gravierend sein können: Man hat dann ein gesamtes Leben vor sich und weiß, dass man ein bestimmtes Risiko mit sich trägt – vielleicht auch ohne daran irgend etwas ändern zu können. Das verändert ein Leben. Allerdings glaube ich, dass sich die Diskussion um das Solidarprinzip und die Risikoselektion verschärfen wird, falls es künftig in größerem Umfang aussagekräftige prädiktive Gentests geben sollte. Die politische Debatte etwa um therapiegerechtes Verhalten oder um eine Teilnahmepflicht an Vorsorgeuntersuchungen zeigt, dass die Bereitschaft vorhanden ist, nach vermeintlich Schuldigen für die Krankheitslast und die finanziellen Schwierigkeiten zu suchen. Diese Diskussion in der Gesundheitspolitik könnte verstärkt aufbrechen, wenn aussagekräftige prädiktive Tests zur Verfügung stehen.

Gerade mit dem Solidarprinzip werden doch aber auch Einschränkungen individueller Autonomie zugunsten eines Gemeinwohls in manchen Argumentationen der Public Health-Genetik begründet...

Das Grundprinzip, dass der Kranke an seiner Gesundung mitarbeiten soll, ist sehr alt. Schon in der ersten, Bismarck'schen Regelung waren Leute, die Krankengeld bekamen, dazu verpflichtet zu kooperieren und mitzuhelfen, dass sie wieder gesund werden. Schwierig wird es, wenn so ein Prinzip im Zusammenhang mit dem generellen Lebensstil konkretisiert werden soll. Es gibt ja auch immer wieder die Debatte um die Raucher, die höhere Krankenkassenbeiträge zahlen sollten. Das Gegenargument lautet dann immer, dass sie konsequenterweise auch niedrigere Rentenbeiträge zahlen müssten. Ich meine: Wenn man auf dieser Ebene ernsthaft einsteigen wollte, würde man am Ende im Überwachungsstaat landen. Allein der für die Prüfung des Gesundheitsverhaltens aller Versicherten notwendige Aufwand! Das würde eine Vielzahl von Kontrollmechanismen erfordern und so etwas ist ja keine wünschenswerte gesellschaftliche Zukunftsperspektive. Diesen Fragen - wie lange habe ich zu leben? Wie gesund bin ich? Wann werde ich krank? – denen liegt von Natur aus eine zutiefst „ungerechte" Verteilung zugrunde. Sehr viele Dinge in Sachen Gesundheit sind ja doch schicksalhaft und unbeeinflussbar. Da ein wie auch immer geartetes Schuldprinzip einzuführen ist inhuman.

Das Gespräch führte Uta Wagenmann

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 184 vom Oktober 2007
Seite 17 - 18