

Offen, demokratisch und rechtsstaatlich

Rechtliche Vorgaben einer Priorisierung medizinischer Leistungen

| CHRISTIAN KATZENMEIER | **In die Überlegungen zur Priorisierung in der Medizin müssen rechtliche Vorgaben mit einbezogen werden. Welche Grenzen setzt die Verfassung? Inwieweit können Grundrechte betroffen sein? Welchen Gestaltungsspielraum hat der Gesetzgeber? Ein Blick auf die Rechtslage.**

Das Gesundheitswesen ist angesichts des medizinisch-technischen Fortschritts einerseits, des demographischen und epidemiologischen Wandels andererseits, zunehmend geprägt von einer Knappheit der Ressourcen bei gleichzeitig stetig ansteigenden Kosten. Zur Bewältigung dieser Schere wird in jüngerer Zeit eine Priorisierung medizinischer Leistungen erwogen. Sie wird als Möglichkeit gesehen, die knappen Mittel auf der Grundlage eines offenen Diskurses gerecht zu verteilen, und soll an die Stelle einer impliziten Rationierung treten, die die Verteilungsentscheidung am Ende dem behandelnden Arzt aufbürdet. Alle dahingehenden Überlegungen sind in erster Linie an ethischen Maßstäben zu messen, darüber hinaus sind rechtliche Maßgaben zu beachten. Die gewichtigsten Vorgaben des Rechts für ein priorisierendes Verteilungssystem werden von der Verfassung aufgestellt. Ihr kommt eine doppelt rechtssichernde Funktion zu, indem sie zum einen Mindestanforderungen an ein Priorisierungsverfahren statuiert, zum anderen den Einklang anzuwendender Kriterien mit den Grundrechten gebietet.

Gewährleistungsverantwortung des Gesetzgebers

Das Recht steht einer Priorisierung nicht grundsätzlich im Wege. Den Gesetzgeber trifft im Sozialstaat die Gewährleistungsverantwortung, eine funktionsfähige und allgemein zugängliche Gesundheitsversorgung bereitzustellen. Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung hat er einen weiten Gestaltungsspielraum. Ein verfassungsrechtlicher Individualanspruch auf eine „Mindestversorgung“ des einzelnen gesetzlich Versicherten wurde bislang nur für bestimmte Einzelfälle bejaht und selbst eine solche „Untergrenze“ ist nicht starr. Soweit sich aus Grundrechten Teilhaberechte ableiten lassen, stehen diese stets unter dem Vorbehalt des Möglichen. Der Gesetzgeber hat entsprechend auch die Befugnis, die Grenzen zu markieren, die der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Belastbarkeit der Beitragszahler und die Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft gezogen sind. Wenn weiter steigende Gesundheitsausgaben die Stabilität des Systems gefährden, dann ist ein Einschreiten des Gesetzgebers nicht nur erlaubt, sondern geboten, auch und gerade in Form von Leistungskürzungen.

Legitimation durch Verfahren

Bei der Ermittlung und Festsetzung von Prioritäten sind Transparenz, Partizipationsoffenheit, Begründungsrechtfertigung, Einbeziehung von Interessenskonflikten in die Entscheidungsfindung und Wissenschaftlichkeit durch Evidenzbasierung medizinischer Erwägungen essentiell. Erst ein offenes, demokratisches und rechtsstaatliches Verfahren ermöglicht die Konsensbildung, erzeugt Einsicht in die Korrektheit der gefundenen Lösungen und führt so zur Akzeptanz in der Bevölkerung. Dabei sind wesentliche Entscheidungen, insbesondere im grundrechtsrelevanten Bereich, durch das Parlament selbst zu treffen.

Priorisierungskriterien

Für eine Allokation medizinischer Leistungen enthält das Grundgesetz keine konkreten Anweisungen, es gibt vielmehr einen Rahmen vor, in dem der Gesetzgeber agieren kann. Die verschiedenen in Betracht kommenden Priorisierungskriterien sind in ihrer Auswahl, Ausgestaltung und Anwendung am Maßstab der Grundrechte zu prüfen.

Das Kriterium der Dringlichkeit medizinischer Versorgung etwa ist als Ausdruck individueller Bedürftigkeit verfassungsrechtlich unbedenklich, ja es wird geradezu gefordert. Der Gleichheitssatz des Art. 3 GG gebietet es, dass der Zugang zu medizinischen Maßnahmen entsprechend der individuellen Schutzbedürftigkeit für jeden in gleichem Maße gewährleistet ist, dass also für jeden die gleiche Chance auf Teilhabe am System im Bedarfsfall besteht. Insoweit sind Eintrittswahrscheinlichkeit und Intensität drohender Gesundheits- und Folgeschäden im Falle des Ausbleibens medizinischer Versorgung wesentlich.

AUTOR

Professor Dr. **Christian Katzenmeier** ist Gründungsdirektor des Instituts für Medizinrecht der Universität zu Köln und Mitglied der DFG-Forscherguppe „Priorisierung in der Medizin“.



Daneben ist eine Konzentration der knappen Ressourcen auf diejenigen Patienten denkbar, denen der Ressourceneinsatz am nachhaltigsten und sichersten zugute kommt, also eine Priorisierung entsprechend der Erfolgsaussicht. Probleme bereiten kann die Gegenläufigkeit der beiden Kriterien: Mit steigender Dringlichkeit nehmen die Erfolgsaussichten der Behandlung meist ab. In einem weiteren Priorisierungskontext können die Kriterien zu einer systematischen Benachteiligung alter, behinderter und chronisch kranker Menschen führen.

Umstritten ist auch das chronologische Lebensalter als Priorisierungskriterium. Verfassungsrechtlich ist es keineswegs a priori ausgeschlossen. Es verstößt insbesondere nicht gegen Art. 3 GG, ist es doch zustandsbezogen und knüpft nicht an eine personengebundene Eigenschaft. Ein bestimmtes Lebensalter ist allen Menschen im Laufe ihres Lebens gleich, nur zu verschiedenen Zeitpunkten. Die Bedenken fußen weniger auf rechtlichen als auf ethischen und gesellschaftlichen Aspekten. Das Kriterium wird unter dem Stichwort „Altersdiskriminierung“ hierzulande äußerst kritisch gesehen.

Viel diskutiert sind des Weiteren Ansätze, freiwillig eingegangene Gesundheitsrisiken von der solidarischen Absicherung von „risks and chances“ auszuschließen. Es mag am ehesten einsichtig sein, dass solche Patienten nachrangig versorgt werden, die ihre Gesundheitschancen durch autonome Entscheidung verschlechtert haben und erst aus diesem Grund behandlungsbedürftig wurden. Insoweit bestehen Einwände vornehmlich praktischer Natur: Die erforderliche Zurechnung des Verursachungsbeitrags zu Lasten des Patienten dürfte angesichts der komplexen und bis heute nicht abschließend erforschten Entstehungsmechanismen der meisten Erkrankungen allenfalls auf statistischer Ebene feststellbar sein.

Besonders vielschichtig und schwierig zu beurteilen sind ökonomische Kriterien wie die Heranziehung der medizinischen Wirksamkeit einer Maßnahme im Vergleich zu den hierfür aufzuwendenden Kosten. Meist wird dabei zur Messung des Nutzens nicht nur an die verbleibende Lebenserwartung angeknüpft, sondern im Rahmen von „Quality Adjusted Life Years“ (QALYs) auch die Lebensqualität einbezogen.

Aus anderen Gesundheitssystemen ist sogar eine Festlegung finanzieller Grenzwerte („thresholds“) für einen bestimmten medizinischen oder QALY-Nutzen bekannt. In Deutschland hingegen wird eine utilitaristische Betrachtung

»Das Recht steht einer Priorisierung nicht grundsätzlich entgegen.«

und auch die starre Normierung eines „Höchstwerts“ für einen Nutzen überwiegend verworfen als eine mit dem Grundgesetz nicht vereinbare ökonomische Bewertung menschlichen Lebens. Indessen sind Kosten-Nutzen-Analysen etwa zur Effektivitätsermittlung verschiedener zur Verfügung stehender Behandlungsmethoden verfassungsrechtlich nicht undenkbar.

Diskussions- und Entscheidungsprozess

Ressourcenknappheit und Kostenanstieg im Gesundheitswesen erfordern eine Ermittlung der vorrangig zu bedienenden

medizinischen Belange. Wird die Entscheidung über finanzielle Steuerungsmechanismen dem Arzt im Einzelfall überlassen, muss er als „Funktionär austeilender Gerechtigkeit“ die knappen Mittel zuteilen und manchen seiner Patienten vorenthalten. Eine solche moralische Entscheidungslast widerspricht der ärztlichen Tätigkeit und in ihrer Implizität auch dem Patienteninteresse an Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung. Stattdessen muss offen, rational und transparent darüber diskutiert und festgelegt werden, welche Leistungen besonders wichtig sind und an welcher Stelle Posteriorisierungen als am wenigsten einschneidend empfunden werden. Welches Verteilungsschema und welche Kriterien letztlich gewählt werden, hängt nicht nur von Gerechtigkeitsabwägungen, sondern auch von Wertpräferenzen ab, von den Vorstellungen von einem guten und gelungenen Leben. Dieser Diskussions- und Entscheidungsprozess ist eine Herausforderung für die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik.

Anzeige

Kennen Sie schon ...



www.thedahlemcube.de