

## Wer über den Wert entscheidet

Wenn knappe Ressourcen im Gesundheitswesen Leistungseinschränkungen erzwingen

Die gute Nachricht zuerst: Wir werden immer älter und die Medizin wird immer besser. Doch der Preis des medizinischen Fortschritts steigt zunehmend ins Unerschwingliche. Die große Herausforderung der nächsten Jahre wird sein, die vorhandenen Ressourcen sinnvoll und gerecht zu verteilen. Doch zunächst muss jeder für sich selbst entscheiden, was ihm die medizinische Versorgung wert ist.

„Wer sagt, die umfassende Gesundheitsversorgung ist sicher, sagt schlicht und einfach nicht die Wahrheit. Schon jetzt ist eine heimliche Rationierung in der

medizinischen Versorgung zu spüren“, betonte unlängst der Präsident der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe. Mit seiner Forderung nach einer offenen Debatte über die Priorisierung im Gesundheitswesen

**Ärztepräsident bricht Tabu: fordert offene Priorisierung**

auf dem 112. Deutschen Ärztetag im Mai dieses Jahres in Mainz brach er erstmals ein Tabu. In der gesellschaftlichen Diskussion ist die Notwendigkeit einer offenen Beschränkung medizinischer Leistungen aus Kostengründen (explizite Rationierung) durchaus umstrit-

ten. Reicht es nicht, zunächst die vorhandenen Effizienzreserven zu heben, fragen sich viele Menschen? Die Gesundheitspolitik scheute bislang die Diskussion, ist es doch nicht populär, Leistungsansprüche einschränken zu wollen.

Während Hoppe nach einem Gesundheitsrat à la Ethikrat ruft, in dem etwa Ärzte, Ethiker und Juristen über Fragen der Priorisierung von Leistungen debattieren, laufen an den Hochschulen bereits zwei interdisziplinäre Forschungsvorhaben: 2006 startete ein durch das Bundesforschungsministerium (BMBF) gefördertes Projekt „Ethische, ökonomische und rechtliche Aspekte der Allokation



kostspieliger biomedizinischer Innovationen“ (s. Info). Dieses setzt sich quasi fort in einem zweiten seit 2007 durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten weit umfassenderem Projekt, an dem insgesamt dreizehn Hochschulen über die Forschergruppe „Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ beteiligt sind (s. Info).

„Zunächst ist eine Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Situation im Gesundheitswesen unerlässlich“, so Prof. Dr. Stefan Huster, Institut für Sozialrecht an der Juristischen Fakultät der Ruhr-Universi-

tät, der an beiden Projektgruppen beteiligt ist. Unter seiner Leitung untersucht Christian Held innerhalb des BMBF-Projekts die „Explizite und implizite Rationierung am Beispiel der interventionellen Kardiologie und der Intensivmedizin“, während sich André Bohmeier einem Teilprojekt der DFG-Forschergruppe „Priorisierung in der Medizin“ widmet. „Über die Befragung von Krankenhausärzten (BMBF-Projekt) wollen wir klären, ob es schon jetzt erhebliche Probleme mit der Mittelknappheit gibt. Wenn wir feststellen, dass bereits in großem Umfang verdeckt (implizit) rationiert wird – und stark verkürzte Liegezeiten in den Kliniken sowie Terminvergabe ins nächste Quartal oder Einweisung ins Krankenhaus bei erschöpftem Budget niedergelassener Ärzte könnten Anzeichen dafür sein –, dann wären das starke Argumente, über offene (explizite) Leistungsbeschränkungen nachzudenken“, betont Prof. Huster (s. Abb. 1). Zumindest stehen bereits dreiviertel der befragten

Krankenhausärzte Leistungseinschränkungen etwa über sog.

kostensensible Leitlinien nicht mehr ablehnend gegenüber, wengleich sie nur begrenzt bereit sind, Behandlungsvorgaben, die ihre Thera-

piefreiheit einschränken, zu akzeptieren (s. Abb. 2). Die Mediziner, deren Ethos ganz auf die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung konzentriert ist, zeigten sich in der Befragung unentschlossen, wie das Versorgungssystem auf die Mittelknappheit reagieren soll (Abb. 3).

Anhand konkreter Beispiele aus der interventionellen Kardiologie und der Intensivmedizin haben die Bochumer Juristen gemeinsam mit Kollegen aus der Medizinethik und der Gesundheitsökonomie zwei Behandlungsleitlinien entwickelt, die nun erstmals Kostenaspekte berücksichtigen. Diese sog. kostensensiblen Leitlinien betreffen den Einsatz von Koronarstents, die Medikamente freisetzen, die einer erneuten Verengung der Arterien entgegenwirken, sowie die Implantation von Defi-

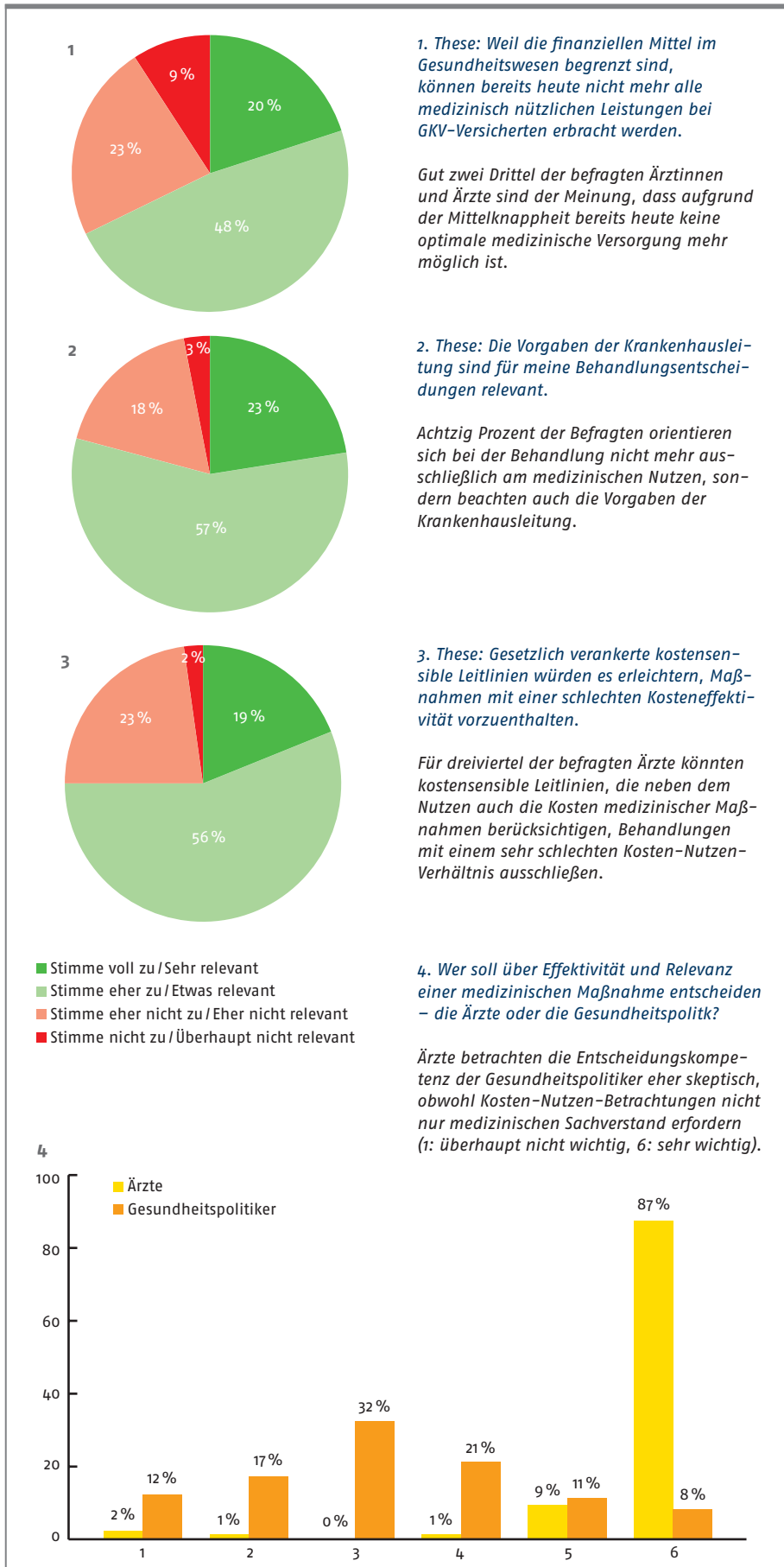
#### Kostensensible Leitlinien am Beispiel von Kardiologie und Intensivmedizin

brillatoren zur Steuerung von Herzfrequenz und Herzrhythmus. Der Vergleich von beschichteten mit herkömmlichen unbeschichteten Stents zeigt keine Vorteile hinsichtlich der Erkrankung selbst, allerdings senken beschichtete Stents das Risiko einer erneuten Verengung und damit eines wiederholten Eingriffs (Dilatation). Dagegen verringern Defibrillatoren deutlich das Risiko der Sterblichkeit bei Herzrhythmusstörungen (plötzlicher Herztod). Entsprechend der Leitlinie kämen beschichtete Stents bei Patienten mit speziellen Risikofaktoren (kleine Gefäße, lange Läsionen) zum Einsatz. Der Implantation eines Defibrillators wäre der Vorzug vor einer medikamentösen Therapie nur dann zu geben, wenn die Pumpfunktion des Herzens unter 30 Prozent fällt. Nur in diesem Fall würde der zusätzliche Nutzen die Kosten rechtfertigen.



Abb. 1: Eine umfassende Gesundheitsversorgung ist nicht mehr sicher – sagen die Ärzte.

Befragung von Krankenhausärztinnen und -ärzten



Beide Leitlinien sollen nun einer theoretischen interdisziplinären Diskussion mit Vertretern der Gesundheitspolitik, Ethik, Gesundheitsökonomie dienen und werden von Kardiologen und Intensivmedizinern bewertet. Eine weitere Befragung von Ärzten soll letztlich deren Akzeptanz gegenüber solchen kostensensiblen Leitlinien klären.

Wenn Leistungsbeschränkungen nicht zu vermeiden sind – wer soll nach welchen Kriterien darüber entscheiden? Die Gesundheitspolitik scheut bisher die Dis-

**Wo werden die Bürger Versorgungsprioritäten setzen?**

kussion. Die Entscheidungen den Gesetzlichen Krankenversicherungen, als demokratisch nur wenig legitimierten Organen der Selbstverwaltung, auf Dauer zu überlassen, ist juristisch äußerst umstritten.

Die Gesellschaft insgesamt muss klären, was ihr eine soviel bessere Medizin wert ist – jeder einzelne muss darüber nachdenken. Die Bochumer Juristen vermuten sogar, dass sich die Bürgerinnen und Bürger früher als die Politik diesen Fragen stellen werden. „Unsere große repräsentative Umfrage breiter Bevölkerungsgruppen (DFG-Projekt) wird dies zeigen, aber auch, wo die Bürger ihre Versorgungsprioritäten setzen. Sie könnte sogar Anstoß sein für die politische Debatte“, so Prof. Huster. In diesem Projekt geht es um eine umfassendere Betrachtung von Priorisierung. Leitlinien, die auf einer Kosten-Nutzen-Bewertung beruhen, sind dabei nur ein Mittel, man kann auch nach anderen Kriterien priorisieren, z.B. nach Lebensalter, Dringlichkeit oder Selbstverantwortung, und auch das Verhältnis der Kriterien untereinander muss diskutiert werden. Zum Beispiel bei der Verteilung von Organen: Wenn nur ein Organ zur Verfügung steht – bekommt es derjenige, der es am dringendsten braucht, um viel-

Abb. 2: Ärztliche Entscheidungen bei begrenzten finanziellen Ressourcen

leicht damit noch ein Jahr zu leben, oder derjenige, der aufgrund seines besseren Gesundheitszustandes noch dreißig Jahre etwas davon hat? Nach der Gerechtigkeit bekäme es der dringlichste Fall. Was aber sagt die Bevölkerung, was hier gerecht ist?

Prof. Huster ist gespannt auf die Reaktionen der Bürger zu den Überlegungen der normativen Wissenschaften – der Medizinethik und Jurisprudenz – zu den inhaltlichen Kriterien: So werden in der verfassungsrechtlichen Diskussion „medizinnahe“, etwa auf die Dringlichkeit einer Maßnahme gerichtete Parameter weit hin akzeptiert, sie stimmen auch mit der Verfassungsrechtsprechung überein, die insbesondere der Lebenserhaltung einen hohen Stellenwert zumisst. Als weiterer Aspekt gilt die Erfolgsaussicht einer Behandlung, obwohl sie mit dem Kriterium der Dringlichkeit kollidiert und zugleich Gefahr laufen kann, alte und behinderte Menschen systematisch zu benachteiligen. Sehr viel größere juristische Vorbehalte bestehen gegen die Behandlungskosten als Entscheidungskriterium – insbesondere gegen die Festlegung von Kosten-Nutzen-Grenzwerten. Im Gegensatz zu anderen Gesundheitssystemen ist eine ökonomische Bewertung mensch-

#### **Juristische Vorbehalte: gegen Kosten-Nutzen-Grenzwerte**

lichen Lebens nach dem deutschen Verfassungsrecht mit der Menschenwürde und den Grundrechten nach verbreiteter Auffassung nicht vereinbar. Dass für derartige Kosten-Nutzen-Rechnungen häufig keine aussagekräftigen Daten zur Verfügung stehen, dürfte den juristischen Widerstand noch verstärken. Zudem ist eine zunehmende intradisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Zweige der Rechtswissenschaft geboten: Denn scheint sich das Krankenversicherungsrecht vorsichtig dem Thema Leistungsbeschränkungen zu nähern, werden im Arzthaf-tungs- und Medizinstrafrecht die Anforderungen eher erhöht. Demzufolge könnte der Arzt zivil- und strafrechtlich dazu verpflichtet werden, Leistungen zu erbringen, die die Gesetzliche Krankenversicherung nicht mehr bezahlt.



Abb. 3: Das Ethos der Mediziner ist ganz auf das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis ausgerichtet. Auch deshalb hat die Therapiefreiheit für sie einen hohen Wert.

## info

### **Zwei interdisziplinäre Projekte sollen der gerechten Leistungsverteilung im Gesundheitswesen dienen: Bestandsaufnahme und Akzeptanzprüfung**

#### **Projekt I**

Ethische, ökonomische und rechtliche Aspekte der Allokation kostspieliger biomedizinischer Innovationen: Exemplarische Untersuchungen zur expliziten und impliziten Rationierung in der interventionellen Kardiologie und der Intensivmedizin.

BMBF-Projekt

Förderung: 560.000 Euro

Laufzeit: 2006 bis 2009

Kooperation der Universitäten Tübingen, Duisburg-Essen und Bochum

#### **Projekt II**

Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung

DFG- Forschergruppe (FOR 655)

Förderung: 1,58 Mio. Euro zunächst für drei Jahre

Laufzeit: 2007 – 2010, zweite Phase bis 2013 beantragt

Kooperation der Universitäten Augsburg, Bayreuth, Bochum, Bremen, Duisburg-Essen, Halle-Wittenberg, Heidelberg, Hannover, Jena, Köln, Leipzig, Lübeck, Münster sowie des Zentrums für Gesundheitsethik, Hannover, und der Frankfurt School of Finance & Management

#### **Weitere Informationen**

Institut für Sozialrecht: [http://www.ruhr-uni-bochum.de/ifs/forschung\\_projekte.html](http://www.ruhr-uni-bochum.de/ifs/forschung_projekte.html)

DFG-Projekt: <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/>

BMBF-Projekt: <http://www.ieg.m.uni-tuebingen.de/allokation>