

Bundesarbeitsgemeinschaft



der Freien
Wohlfahrtspflege

05.09.2006

Ethische Kriterien der Allokation von Gesundheitsleistungen

Diskussionsbeitrag der BAGFW zum Bericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, „Über den Stand der Arbeit“ (Bundestags-Drs. 15/5980) und zum Gutachten „Wertimplikationen von Allokationsregeln, -verfahren und -entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen“

Diskussionsbeitrag der BAGFW

zum Bericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin,

„Über den Stand der Arbeit“ (Bundestags-Drs. 15/5980) und

zum Gutachten „Wertimplikationen von Allokationsregeln, -verfahren und -entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen“

Bei der Allokationsproblematik geht es um die gerechte Verteilung und

Zuteilung der verfügbaren, begrenzten Ressourcen in unserem solidarisch verfassten und finanzierten Gesundheitswesen. Die zu finanzierenden Gesundheitsleistungen, sowohl der Bedarf der Mitglieder der Solidargemeinschaft als auch ihre rechtlichen Ansprüche im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), übersteigen die verfügbaren Mittel in zunehmendem Maße.

1. Allokation und Wertimplikationen

Die Allokation von Gesundheitsleistungen ist eine Herausforderung, die nur im interdisziplinären Diskurs zwischen Medizin und Pflege, Ökonomie, Recht und Ethik gestaltet werden kann. Hinter der Verteilung von (knappen) Gütern stehen immer Wertentscheidungen, aus denen Prioritäten folgen. Priorisierung ist die Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Priorisierung ist nicht mit Rationierung von Leistungen, dem faktischen Vorenthalten gleichzusetzen. Als ethisch, rechtlich und fachlich reflektierte Entscheidung schafft eine solche Priorisierung eine wesentliche Voraussetzung, um knapper werdende Mittel möglichst transparent und effizient einzusetzen und vor einer undifferenzierten Rationierung zu schützen. Weil Gesundheit ein existentielles Gut ist, müssen die Mittel fair verteilt werden.

Für die Frage der Wertentscheidungen, die die medizinische und gesundheitliche Allokation aufwirft, ist eine Vergewisserung über die Ziele des Gesundheitswesens von zentraler Bedeutung. Gesundheit ist ein

wichtiges Element von Lebensqualität und eine wesentliche Voraussetzung für möglichst uneingeschränkte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Zu unterscheiden sind verschiedene Allokationsebenen, auf denen derzeit gesteuert wird und die unzureichend miteinander verbunden sind:

- Auf der Makro-Ebene wird entschieden, welcher Anteil gesellschaftlicher Mittel für das gesamte Gesundheitswesen zur Verfügung steht. Entscheidungen über Ressourcen und Schwerpunkte der medizinischen Ausbildung und Forschung gehören auf diese Ebene.
- Auf der Meso-Ebene erfolgt die Steuerung zwischen den Bereichen im Gesundheitswesen (zwischen Spitzenmedizin und Breitenmedizin, zwischen Präventivmedizin und Kurativmedizin, zwischen ambulant und stationär erbrachten medizinischen Leistungen, zwischen Intensivmedizin und Palliativmedizin).
- Auf der Mikro-Ebene im ambulanten und stationären Bereich fallen die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen des behandelnden Arztes hinsichtlich konkreter Patienten (Methodenwahl, Therapieziel, Therapieumfang). Der Arzt innerhalb von Einrichtungen ist dabei auch von Allokationsentscheidungen auf der Organisationsebene betroffen. Der Arzt im ambulanten Bereich muss Vorgaben der Krankenkassen berücksichtigen.

Allokationsentscheidungen erfolgen auf Grundlage unterschiedlicher Wertvorstellungen. Von der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ wird unterstrichen, dass Menschenwürde, Gerechtigkeit, Solidarität, Subsidiarität und Selbstbestimmung trotz

theoretischer Differenzen zustimmungsfähige Prinzipien sind. Für die Umsetzung dieser allgemeinen Prinzipien werden darüber hinaus Kriterien wie die Verträglichkeit mit grundlegenden rechtlichen Anforderungen und Pflichten, dem Gemeinwohl, der Begrenztheit der Ressourcen und einer Staffelung nach Gewichtigkeit und Dringlichkeit genannt.[1]

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege stimmen den genannten sozialemischen Prinzipien sowie den Kriterien der Verträglichkeit zu. Sie unterstreichen aber, dass die Verpflichtung zur Achtung der Menschenwürde ihre Konkretion in der Achtung der Würde des einzelnen Menschen erfährt, der von einer konkreten Allokationsentscheidung betroffen ist.

2. Allokation von Gesundheitsleistungen als Schlüsselproblem

Die Enquete-Kommission hat sich ausführlich mit dem Themenbereich Allokation beschäftigt und die entscheidenden Problematiken und Fragen identifiziert. Schon 2000 wurden im Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Verschwendung und falscher Mitteleinsatz kritisiert.[2] Die Benennung und Formulierung der Probleme bedeutet einen erheblichen Erkenntnis- und Transparenzgewinn und verdeutlicht die Komplexität der Thematik. Zugleich treten die Dilemmata ins Bewusstsein, die sich aus den notwendigen Allokationsentscheidungen und ethischen Abwägungen unausweichlich

aufzun. Es geht darum, angesichts widerstreitender gesellschaftlicher wie individueller Normen, Werte und Rechte, Kriterien und Regeln zu formulieren, nach denen auf den unterschiedlichen Ebenen Allokationsentscheidungen getroffen werden können, bzw. aufzuzeigen, wie man zu solchen gelangen kann.

Die Enquete-Kommission konstatiert, dass faktisch bereits eine Vielzahl entsprechender Kriterien bzw. Regeln implizit und explizit angewandt werden, in Geltung stehen oder induziert werden. Es fehlt aber nicht nur an Transparenz hinsichtlich der bestehenden und aktuell wirksamen Kriterien und Regeln. Es fehlt vielmehr an einem ethisch und rechtlich reflektierten Konzept und Begründungszusammenhang für ihre sachliche und formale Ausgestaltung, ihren systematischen Zusammenhang, ihre praktische Anwendung und ihre gesellschaftliche bzw. rechtliche Implementierung.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die deutliche Sprache und Beschreibung der Situation, um die notwendigen Veränderungsprozesse in allen betroffenen gesellschaftlichen Gruppen auf allen Ebenen nachhaltig anzustoßen.

3. Ende einer Illusion: die verdeckte bestehende Rationierung wird

aufgedeckt

Die Enquete-Kommission stellt fest, dass Rationierung unausweichlich ist. Das geht aus der Analyse der konkreten politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen unseres Gesundheitswesens hervor und gilt trotz der notwendigen Diskussion um die Fragen einer gerechten Verteilung von Ressourcen. Das ist in dieser Eindeutigkeit für eine so gewichtige Verlautbarung eines parlamentarischen Gremiums durchaus neu, wenn auch unbedingt notwendig, und verdient Anerkennung.

Die Allokationsproblematik signalisiert einen notwendigen Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen. Die Enquete-Kommission unterstreicht, dass die Steuerung der Ausgaben der GKV allein durch das „medizinisch Notwendige“ an eine Grenze kommt und angesichts der begrenzten Ressourcen der GKV durch das Kriterium des ökonomisch Leistbaren ergänzt werden muss. Dass der weiterhin notwendige Diskurs über das „medizinisch Notwendige“ mit Bewertungs- und Begründungsmustern im Gesundheitswesen verbunden werden muss, stellt eine ethische Herausforderung dar.

In diesem Rahmen ist nachvollziehbar und begründet, warum die Enquete-Kommission sich nicht mit der Einnahmenseite der GKV beschäftigt hat. So unbestritten notwendig deren Sicherung und Stärkung ist, lassen sich die hier in Frage stehenden Probleme dadurch weder vermeiden noch lösen, sondern verlieren lediglich kurzfristig an Schärfe oder treten verzögert ein. Die Enquete-Kommission fordert, konkret zu untersuchen, wie sich die unterschiedlichen Kostendämpfungsmaßnahmen, Neuregelungen und Umstrukturierungen unter dem Gesichtspunkt von

Allokation und Rationierung auswirken. Zweck der Auflistung und Beschreibung der offenen Fragen ist es unter anderem, „eine breite öffentliche Diskussion um eine offene und methodische Prioritätensetzung im Gesundheitswesen in Deutschland in Gang zu setzen“.[3]

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unterstützen diese Zielsetzung und werden sich engagiert an deren Umsetzung beteiligen. Mehrfach haben sie eine solche Debatte gefordert, die ein wichtiger Schritt zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens unter Wahrung seines solidarischen Charakters ist. Es ist zu begrüßen, dass nach den diesen Priorisierungen zu Grunde liegenden rechtlichen und ethischen Kriterien gefragt wird. Es geht darum, den Primat des „medizinisch Notwendigen“ vor dem ökonomisch Leistbaren aufrecht zu erhalten. Zu unterstützen ist die Forderung, demokratische und transparente Bewertungs- und Entscheidungsverfahren als Grundlage für gerechte und allgemein akzeptierte Priorisierungen zu entwickeln. Allokationsentscheidungen müssen nachvollziehbar entschieden und transparent gemacht werden. Dazu gehört insbesondere, die Mitwirkungsrechte und -möglichkeiten von Patienten bzw. patientenvertretenden Organisationen weiter zu entwickeln.

4. Klarheit und Entlastung für den

behandelnden Arzt

Die Situation des behandelnden Arztes, der im Wissen um das begrenzte, ihm oder seinem Krankenhaus zur Verfügung stehende Budget seine kostenträchtige Behandlungsentscheidung zu treffen hat, wurde bislang unzureichend berücksichtigt.

Hier sehen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ein schwerwiegendes Defizit. Erforderlich sind transparente Regelungen und Strukturen, damit der behandelnde Arzt in der unmittelbaren Begegnung mit dem Patienten nicht allein von Priorisierungsentscheidungen bestimmt wird. Anderenfalls würde der Arzt sich in der medizinischen Behandlung dem Verdacht aussetzen, von für den Patienten nicht transparenten ökonomischen Gesichtspunkten bestimmt zu werden.

5. Wachsende Differenz zwischen den medizinisch notwendigen und den von der GKV finanzierten Leistungen

Durch Zuzahlungen und Leistungsausschlüsse wurde ein wachsender Unterschied zwischen den medizinisch notwendigen und den von der GKV finanzierten Leistungen eingeführt. Auch im Blick auf die so genannten

„Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) besteht die Gefahr, dass hier eine weitere Verschiebung zwischen solidarischer und individueller Finanzierung erfolgt. Das Sozialmonitoring der Wohlfahrtsverbände im Jahr 2004 hat gezeigt, dass verschiedene Personengruppen am Gesundheitssystem immer weniger partizipieren.

Entscheidend für die Bewertung aller Formen von Leistungsausschlüssen und Selbstbeteiligungen ist ihre Wirkung auf die Erkrankten.

6. Finanzierungsinstrumente von Gesundheitsleistungen und Allokation

Wenn die Finanzierung von Gesundheitsleistungen mit wirtschaftlichen Anreizen verbunden ist, entfaltet sie allokativen Wirkungen und löst implizite Priorisierungen aus. Dabei wird die Steuerung, die dem medizinisch Notwendigen entsprechen soll, jedoch durch ökonomische und bürokratische Faktoren überformt. Zur Gestaltung des Gesundheitswesens muss es gehören, dass die eingeführten ökonomischen Instrumente nicht nur hinsichtlich erhoffter positiver ökonomischer Effekte, sondern auch hinsichtlich des Umfangs und der Qualität der Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen bewertet

werden. Weiterhin muss unterschieden werden, ob z. B.

Zuzahlungsregelungen die Nachfrage und Inanspruchnahme von

Leistungen durch die Versicherten beeinflussen, oder ob

Vergütungssysteme wie das DRG-System oder der 2005 eingeführte EBM

2000plus die Auswahl von Behandlungsoptionen durch den Arzt bzw. die

Vorhaltung und das Angebot von Leistungen z. B. durch ein Krankenhaus

beeinflussen.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die mit den

entsprechenden Finanzierungsinstrumenten verbundene Zielsetzung, die

finanzielle Stabilität der GKV zu stärken und die Nachfrage wie die

Erbringung nicht notwendiger Leistungen möglichst zu vermeiden. Bei den

gewählten Instrumenten muss allerdings der Möglichkeit ihres

Missbrauchs und unerwünschter Nebenwirkungen durch flankierende

Maßnahmen begegnet werden. Dass z. B. Versicherte aufgrund stärkerer

Selbstbeteiligungen auf notwendige Leistungen verzichten, ist nicht

auszuschließen. Ein Grundproblem der Selbstbeteiligungen und

Leistungsausschlüsse besteht darin, dass sie im Unterschied zu den

Krankenkassenbeiträgen nicht sozial gestaffelt bzw. nach persönlicher

Leistungsfähigkeit differenziert sind. Nach Auffassung der Verbände der

Freien Wohlfahrtspflege müssen eine sozial gerechte Gesellschaft für

Rahmenbedingungen Sorge tragen, die es auch ihren wirtschaftlich

schwächeren Mitgliedern ermöglichen oder gegebenenfalls erleichtern,

notwendige Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen.

7. Nichtmonetäre Ressourcen im Gesundheitswesen

Nicht nur die monetären und organisatorischen Rahmenbedingungen sind für eine bedarfsgerechte Erbringung notwendiger Gesundheitsleistungen von Bedeutung. Von der Enquete-Kommission wird unterstrichen, dass auch die Versicherten für ihre Gesundheit mitverantwortlich sind (§ 1 Satz 2 SGB V). Neben einer bewussten Lebensführung und Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen trägt die aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation zur Überwindung von Krankheit und ihren Folgen bei. Auch die Lebenslage und die soziale Infrastruktur beeinflussen die gesundheitsfördernden Ressourcen.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unterstreichen, dass eine systematische Förderung der nichtmonetären Ressourcen eine Aufgabe des Staates und der gesellschaftlichen Institutionen ist. Da nicht nur das Gesundheitswesen Einfluss auf gesundheitsfördernde Lebensbedingungen hat, sind darüber hinaus gehende Anstrengungen und Begleitung im Lebenskontext notwendig. Hierzu gehört eine gezieltere Einbeziehung des sozialen Umfeldes und der sozialen Infrastruktur in den Kontext der Leistungen des Gesundheitssystems. Zu diskutieren ist, inwieweit Leistungszusagen mit fördernden Bedingungen verbunden werden können. Asymmetrien und Benachteiligungen hinsichtlich des Zugangs zu Gesundheitsleistungen

Ausdrücklich thematisiert die Enquete-Kommission, inwieweit sich die Gesundheitsversorgung – im Sinne einer Option für die Benachteiligten – am Bedürfnis der Schwächsten bzw. Bedürftigsten in der Gesellschaft oder an der Maximierung des Durchschnitts- oder Gesamtnutzens orientieren soll. Diese Frage nach den normativen Grundlagen des Gesundheitswesens wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege mit besonderer Aufmerksamkeit und Sensibilität verfolgt. Die Enquete-Kommission bestätigt die Erfahrung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, dass gesellschaftlich ohnehin benachteiligte Menschen und gerade diejenigen, die der medizinischen Hilfe in besonderem Maße bedürfen, erhebliche Zugangsprobleme haben, wenn sie Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen wollen. Mit dem wachsenden Bereich der privat zu finanzierenden Versorgung vergrößert sich diese Problematik.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege stellen besorgt fest, dass zunehmend mehr Menschen über keinen bzw. keinen ausreichenden Krankenversicherungsschutz verfügen. Die Ursache liegt darin, dass das Solidarprinzip im Gesundheitswesen immer stärker zugunsten von Privatisierungstendenzen zurückgedrängt wurde. Viele haben auf Grund geänderter gesetzlicher Rahmenbedingungen den Schutz der GKV verloren, können aber die Mittel für eine eigene Krankenversicherung nicht aufbringen. Auch die strukturellen Benachteiligungen sozial schwacher Menschen, chronisch Kranker und Menschen mit Behinderung wurden zu wenig berücksichtigt.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz für alle. Die betroffenen Personen sind auf die Solidarität der Gesellschaft angewiesen. In einer solidarischen

Gesellschaft muss jeder Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen haben.

8. Nachteile für Menschen mit Behinderung

Von der Enquete-Kommission wurden Selektions- und Vermeidungsmechanismen zu Lasten bestimmter Gruppen von Versicherten ausgemacht, denen ein hohes Ausgabenrisiko zugeschrieben wird. Davon sind Personen mit chronischen Erkrankungen bzw. mit Behinderungen in besonderer Weise betroffen. Menschen mit Behinderung sind häufig auf medizinische und pflegerische Leistungen angewiesen. Ihre Versorgung ist in besonderer Weise mit berufsspezifischen Ethosformen verbunden. Ökonomische Steuerungen und Allokationsentscheidungen beeinflussen nicht nur den Rahmen der Leistungserbringung sondern auch diese Ethosformen.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern eine Bewertung ökonomischer Instrumente der Leistungssteuerung hinsichtlich der Personen mit einem besonderen medizinischen und pflegerischen Bedarf. Die Forderung der Enquete-Kommission, Selektions- und Vermeidungsstrategien im Wettbewerb stehender Kassen und Leistungserbringer und dadurch bedingte Nachteile für die Versorgung besonderer Personengruppen durch eine wissenschaftliche Analyse zu untersuchen, ist zu unterstreichen. Die Verbände der Freien

Wohlfahrtspflege fordern, dass die notwendige medizinische Versorgung chronisch kranker Menschen über die GKV gesichert sein muss.

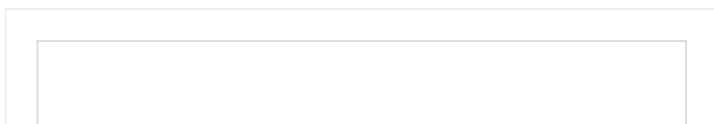
9. Ethische Kriterien der Allokation von Gesundheitsleistungen

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unterstreichen, dass Menschenwürde, Gerechtigkeit, Solidarität, Subsidiarität und Selbstbestimmung entscheidende Kriterien bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens sind. Allokation von Gesundheitsleistungen bedeutet, den notwendigen Bedarf und die vorhandenen Ressourcen so miteinander in Einklang zu bringen, dass diese Grundsätze bewahrt bleiben.

[1] „Über den Stand der Arbeit“, (Bundestags-Drs. 15/5980), S. 64ff.

[2] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, (Bundestags-Drs. 14/6871).

[3] „Über den Stand der Arbeit“, (Bundestags-Drs. 15/5980), S. 26.



Dateien

[_Ethische_Kriterien_der_Allokation_von_Gesundheitsleistungen.pdf](#)
74 KB

[Zum Seitenanfang](#)