



RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

# Kann Rationierung gerecht sein? Lösungen für eine faire Begrenzung von Gesundheitsleistungen

Spreestadt-Forum, 22. Juni 2015

Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie  
Prof. Dr. Stefan Huster

## **Gliederung**

**I. Ausgangsproblem**

**II. Rationalisierung, Priorisierung, Rationierung**

**III. „Rationalisierung vor Rationierung“**

**IV. Das Problem der impliziten Rationierung**

**V. Wer soll Priorisierungsentscheidungen treffen?**

**VI. Nach welchen Kriterien sollen wir Priorisierungsentscheidungen treffen?**

**VII. Leistungsbegrenzungen und soziale Differenzierung der Versorgung**

## **I. Ausgangsproblem**

1. Gesundheit als existentielles und transzendentes/konditionales Gut

-> Verantwortung des Sozialstaats für ein funktionsfähiges und allgemein zugängliches Gesundheitssystem

2. aber: demographische Entwicklung und medizinisch-technischer Fortschritt setzen die GKV zumindest langfristig unter Druck

3. insbesondere: zunehmende Opportunitätskosten des Versorgungssystems für Gesundheit und Gesundheitsgerechtigkeit

-> zunehmende „Knappheit“

-> Notwendigkeit der Diskussion über Leistungsseite des Versorgungssystems

## **II. Rationalisierung, Priorisierung, Rationierung**

**1. Rationalisierung:** Effizienzverbesserung ohne Verlust an Versorgungsqualität

- auch: Streichung von Maßnahmen ohne (erwiesenen?) (Zusatz-)Nutzen

**2. Priorisierung:** (vertikale oder horizontale) Reihung von medizinischen Maßnahmen nach Kriterien

- Unterschiede zur Rationierung:

(1) kann auch zur Feststellung von Unterversorgung und damit zu Leistungserweiterungen führen

(2) Inwieweit Liste abgearbeitet werden kann, ist politische Entscheidung.

**3. Rationierung:** Leistungsbeschränkung aus Kostengründen

### **III. „Rationalisierung vor Rationierung“**

Grundsätzlich berechtigt, aber:

1. Wie groß sind die **Effizienzreserven**?
2. Welche unerwünschten **Nebenwirkungen** haben Steuerungsinstrumente?
  - Wettbewerb: Ökonomisierung? Qualitätssicherung: Bürokratisierung?
3. **Grenzen** zwischen Rationalisierung und (impliziter) Rationierung sind fließend
  - Beispiel Nutzenbewertung nach Maßstäben der EbM:  
nicht erwiesener (Zusatz-)Nutzen vs. Beweis, dass kein (Zusatz-)Nutzen besteht
4. **Komplexität** der GKV/Gesundheitspolitik
5. Rationalisierung und Priorisierung/Rationierung **schließen sich nicht aus!**

## **IV. Das Problem der impliziten Rationierung**

### 1. Rationierungsarten

- explizit: regelgeleitet und auf höherer Ebene - **Standardisierung**
- implizit: ad hoc und „am Krankenbett“ – **Budgetierung** (= Mittelbegrenzung ohne Verteilungsentscheidung)

### 2. Nachteile der impliziten Rationierung: **Intransparenz**

#### a) **Vertrauensverhältnis** Arzt – Patient/Versicherter

- Arzt als „Doppelagent“. Aber: ärztliche Aufgabe der Mittelallokation auch unter Kostengesichtspunkten?

#### b) willkürfrei? **gleichmäßig**? Rechtsschutz?

#### c) sozial **differenzierend**?

## **IV. Das Problem der impliziten Rationierung**

### 3. Alternative: **explizite** Priorisierung

Wissenschaftliche und gesundheitspolitische Diskussion

- ZEKO 2007, „Ulmer Papier“, AG „Priorisierung im Gesundheitswesen“
- DFG FOR 655: „Priorisierung in der Medizin“
- Ethikrat 2011: „Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen“

Priorisierung als Vorstufe potentieller Rationierung!

Gemeinwesen muss drei unangenehme Fragen klären:

- Entscheidungskompetenzen und –verfahren?
- Entscheidungsmaßstäbe?
- Verhinderung sozialer Spaltung der Versorgung

## **V. Wer soll Priorisierungsentscheidungen treffen?**

1. Leistungsausschlüsse durch **Gesetz**: verfassungsrechtlich unproblematisch, aber politisch unbequem und auf Beratung angewiesen
2. Leistungsausschlüsse durch die Gemeinsame **Selbstverwaltung**?
  - das Wirtschaftlichkeitsgebot als Rechtsgrundlage?
  - Legitimation des GBA?
3. Entscheidungs- oder Beratungsfunktion sachverständiger **Kommissionen**?
  - „Gesundheitsrat“?



## **VI. Nach welchen Kriterien sollen wir Priorisierungsentscheidungen treffen?**

### 1. Arten von Rationierungs-/Priorisierungskriterien

#### a) „**ordnungspolitische**“ Kriterien

- Selbstverschulden/Eigenverantwortung
- (chronologisches) Alter

#### b) „**medizinnahe**“ Kriterien (ZEKO 2007):

- medizinische Bedürftigkeit/Dringlichkeit
- Nutzen
- Kosten-Nutzen-Verhältnis = Kosteneffektivität

Verhältnis der Kriterien zueinander?

Unplausible Extrempositionen:

## **VI. Nach welchen Kriterien sollen wir Priorisierungsentscheidungen treffen?**

2. Bedürftigkeit/Dringlichkeit über alles? Die „**Nikolaus**“-Entscheidung des BVerfG

Fall: Duchenne'sche Muskeldystrophie. Schulmedizin kann nur lindern, nicht heilen. Behandlung mit Bioresonanztherapie und weiteren nicht anerkannten Methoden. Krankenkasse und Sozialgerichte lehnen Erstattung ab. Verfassungsbeschwerde.

BVerfG vom 6.12.2005: Leistungsanspruch aus Art. 2 I iVm. Sozialstaatsprinzip und 2 II GG, wenn

- lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung,
- eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht
- und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht

Verschärfung: unmittelbarer grundrechtlicher Anspruch auch möglich, wenn GBA bereits negativ entschieden hat; so jetzt auch § 2 Ia SGB V und VerfO GBA

## **VI. Nach welchen Kriterien sollen wir Priorisierungsentscheidungen treffen?**

Kritik:

- a) „individueller Wirksamkeitsnachweis“ schwächt Evidenzbasierung
- b) unmittelbarer verfassungsrechtlicher Anspruch an Bewertungsverfahren und –instanzen vorbei?
- c) Kosten?
- d) bei lebensbedrohlichen Krankheiten (Ausweitungstendenzen in Rspr. und Lit.!) Leistungseinschränkungen aufgrund ungesicherten oder marginalen Nutzens oder schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht mehr möglich?

## **VI. Nach welchen Kriterien sollen wir Priorisierungsentscheidungen treffen?**

3. aber auch Nutzen- und Kosten-Nutzen-Erwägungen sind **ergänzungsbedürftig**

a) Vgl. Diskussion über Kosten-Nutzen-Bewertung (KNB) durch GBA/IQWiG: QALYs?

Beispiel: niedrigere Bewertung der Behandlung von

- Menschen mit Behinderung?
- Menschen in hohem Alter?
- Menschen ohne Arbeit, Einkommen und Familie?

Konsequentialistische/aggregationistische Logik der gesundheitsökonomischen  
Bewertungsverfahren benachteiligt gerade vulnerable Patientengruppen

- „Bei strenger Anwendung der Maßstäbe für eine effiziente Allokation müssen arbeitende Personen umso mehr bevorzugt werden, je höher ihr Einkommen ist.“

## **VI. Nach welchen Kriterien sollen wir Priorisierungsentscheidungen treffen?**

### b) Deontologische Logik des Gesundheitsrechts

- Gleichheit des Versorgungsanspruchs: Dringlichkeit/Bedürftigkeit als maßgebliches Kriterium
  - insbesondere auch: gesundheitliche Ausgangsposition
- Öffentliches Versorgungssystem nicht als Maximierungsinstrument, sondern als Instrument der gesellschaftlichen Solidarität für Notleidende: Bevorzugung/Gleichstellung vulnerabler Patientengruppen
- Nutzenmaximierung/Effizienz hat nur abgeleiteten normativen Status, insoweit sie als in jedermanns Interesse liegend = verallgemeinerungsfähig ausgewiesen werden kann
- Möglichkeit der Rechtfertigung über Ex-ante-Zustimmungsfähigkeit: Priorisierung/Posteriorisierung von medizinischen Leistungen, nicht von Menschen

## **VII. Leistungsbegrenzungen und soziale Differenzierung der Versorgung**

### **1. Problem**

- Reine vs. soziale Versorgungsgerechtigkeit: In freiheitlichen Gesellschaften führt jede Rationierung wegen der Möglichkeit des Zukaufs zu sozialer Differenzierung.
- Medizinische Versorgung ist in einem Sozialstaat differenzierungsfeindlich („keine Zwei-Klassen-Medizin“).
- Kostenbegrenzungen durch Leistungsausschlüsse müssen trotzdem möglich sein.

## **VII. Leistungsbegrenzungen und soziale Differenzierung der Versorgung**

### **2. Lösungsansatz**

- Versorgungsansprüche können sich daher nicht am absoluten Bedarf/der medizin. Notwendigkeit orientieren, sondern müssen am üblichen Versorgungsniveau ausgerichtet werden.
- Der verfassungsrechtliche Anspruch kann sich daher grundsätzlich an der Absicherungsentscheidung eines Durchschnittsbürgers orientieren.
- Die kollektive Gesundheitsversorgung ist daher regelmäßig um diejenigen Leistungen aufzustocken, die der Durchschnittsbürger freiwillig zusätzlich versichert.

## **VII. Leistungsbegrenzungen und soziale Differenzierung der Versorgung**

### **3. Ergebnis**

Der Versorgungsanspruch wird damit system- und kulturrelativ.

Dies ist angesichts des Sicherungsziels der sozialen Inklusion auch angemessen.

Entscheidend ist nicht, dass alle alles bekommen, sondern dass niemand von der Normal-/Standardversorgung abgehängt wird.





RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

# Kann Rationierung gerecht sein? Lösungen für eine faire Begrenzung von Gesundheitsleistungen

Spreestadt-Forum, 22. Juni 2015

Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie  
Prof. Dr. Stefan Huster