

Die Rechte älterer Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung



Die Befürchtung, ältere Patienten würden bei der medizinischen Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung benachteiligt, wird gerade in Zeiten knapper Ressourcen häufig kolportiert. Ein Blick auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen schafft Klarheit.

Demographische Erhebungen zeigen anschaulich, dass der Anteil älterer Menschen in Deutschland kontinuierlich zunimmt. Damit steigt auch insbesondere die Anzahl von älteren Krebspatienten, die ohnehin bei der Behandlung besonderer klinischer Erfahrung bedürfen. Neben der veränderten Alterspyramide ist auch der medizinische Fortschritt und damit die Möglichkeit besserer und auch kostenträchtiger Therapien auf dem Vormarsch. Der Patient wie auch der Arzt erhoffen sich im Einzelfall stets die Freiheit, die Therapie möglichst frei gestalten zu können, gehen jedoch oftmals im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von Restriktionen insbesondere für ältere Menschen aus. Es besteht allerdings hier die Fehlvorstellung, dass ältere schwerkranke Patienten keine medizinischen Leistungen mehr erhalten dürften, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert und somit von der Solidargemeinschaft getragen werden. Der folgende Beitrag soll zeigen, dass auch die Behandlung älterer Patienten im ambulanten Bereich von den rechtlichen Rahmenbedingungen her keinesfalls benachteiligt ist.

DER HEILAUFRAG DES ARZTES

Die Debatte, ob der ältere multimorbide Patient auch teure Behandlungen beanspruchen kann, hat zunächst einmal eine ethische Dimension. Ist es vertretbar, das Alter eines Patienten für die Frage heranzuziehen, ob ihm lebensverlängernde bzw. lebenserhaltende Maßnahmen zustehen? Kommt dem Arzt hier letztlich die Befugnis zu, über Leben oder Tod des Patienten zu entscheiden?

Mit der Übernahme der Behandlung verpflichtet sich der Arzt, den Patienten nach dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaften, der ärztlichen Erfahrung und der anerkannten medizinischen Praxis zu behandeln. Dieses Gebot wird für gesetzlich krankenversicherte Patienten in § 76 Abs. 4 SGB V nochmals betont, indem sich der Vertragsarzt dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet. Die im § 28 Abs. 1 S. 1 SGB V als Maßstab der ärztlichen Behandlung genannten Regeln der ärztlichen Kunst stellen die anerkannten Grundsätze und Methoden der Medizin sowie die berufsethischen Grundsätze dar. Die ärztliche Behandlung muss daher stets auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, generell wirksam sein (dies ist bei den im EBM enthaltenen Leistungen der Fall) und dem gebotenen Qualitätsstandard entsprechen. Innerhalb dieser Grenzen hat der Arzt Therapiefreiheit. Die Standesethik steht dabei nicht isoliert neben dem Recht, sondern wirkt in die rechtliche Beziehung zum Patienten mit hinein.

Nach der Berufsordnung ist hier die medizinische Behandlung gebunden durch die Achtung der Persönlichkeit, des Willens, der Rechte und der Selbstbestimmung des Patienten. Im Rahmen der Werteordnung des Grundgesetzes kann jeder Patient aufgrund seiner Menschenwürde und seines Persönlichkeitsrechtes über seinen Körper und mögliche ärztliche Maßnahmen bestimmen. Grundsätzlich bedarf daher jede ärztliche Tätigkeit der Einwilligung des zuvor aufgeklärten Patienten. Zwar ist es vornehmstes Recht und wesentlichste Pflicht des Arztes, den kranken Menschen nach Möglichkeit von seinem Leiden zu befreien, jedoch ist die Grenze das Selbstbestimmungsrecht des Patienten (so exemplarisch BGH, U. v. 13.09.1994, BGHSt 11, 111, 113 f.).

Da der ärztliche Heileingriff bzw. die Behandlung also stets eine wirksame Aufklärung und darauf gründende Einwilligung des Patienten voraussetzt, muss hier insbesondere bei älteren Patienten darauf geachtet werden, dass der Wille des Patienten als Ausdruck seines Selbstbestimmungsrechtes auch noch Beachtung findet. Voraussetzung ist dabei, dass der Patient die nötige Einwilligungsfähigkeit besitzt, also Art, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen Maßnahme erfassen und seinen Willen hier nach bestimmen kann. Volle Geschäftsfähigkeit ist dafür nicht erforderlich. Ist der Wille des Patienten nicht mehr feststellbar, ist stets sein mutmaßlicher Wille maßgeblich,

der durch Befragung der nahe stehenden Personen und Angehörigen sowie unter Beachtung von existierenden Patientenverfügungen vom Arzt gewissenhaft zu ermitteln ist. Unabhängig vom Alter des Kranken hat der Arzt somit seinen Heilaufrag auszuführen, immer ausgerichtet am erklärten oder mutmaßlichen Wohl und Willen des Patienten.

BEHANDLUNGSANSPRUCH DES PATIENTEN IN DER GKV

Die Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung basieren auf dem Solidaritätsprinzip und sind grundsätzlich für alle Versicherten gleich. Es gibt in der GKV keine unterschiedlichen Leistungskataloge, unter denen der Versicherte – z. B. bei Zahlung höherer Tarife – wählen könnte. Dennoch sind die Reformbemühungen des Gesetzgebers in der letzten Jahren stets darauf ausgerichtet gewesen, die Finanzierung der GKV zu sichern, indem die Einnahmen maximiert und die Ausgaben minimiert werden sollten, beispielsweise durch die Herausnahme bestimmter Versicherungsleistungen oder deren erhöhte Zuzahlungspflichtigkeit (z. B. Sehhilfen, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, Zahnersatz). Aufgrund der beschränkten finanziellen Mittel kann nicht jeder Versicherte jede Leistung erhalten, die der medizinische Fortschritt anbietet und die zur Wiederherstellung seiner Gesundheit an sich notwendig wäre. Dieses führt zur Diskussion darüber, welche Leistungen eine krankenversicherungsrechtliche Grundversorgung umfassen muss.

Nach § 11 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V hat der Versicherte in der GKV einen Anspruch auf Leistungen zur Krankenbehandlung. Er kann gem. § 27 Abs. 1 SGB V jede Krankenbehandlung beanspruchen, die notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Ausweislich des das Krankenversicherungsrecht beherrschenden Wirtschaftlichkeitsprinzips des § 12 Abs. 1 SGB V müssen die Leistungen der GKV stets ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Die Vorgaben, die das Gesetz hier macht, sind allerdings wenig konkret und gewähren dem Patienten lediglich ein Rahmenrecht, welches erst durch den Vertragsarzt mit seiner Verordnungsentscheidung ausgefüllt wird. Ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender und dadurch mit der erforderlichen Rechtsmacht beliehener Arzt stellt das Vorliegen einer Krankheit fest und verordnet eine medizinisch nach Zweck oder Art bestimmte Dienst- oder Sachleistung, so dass der Krankenversicherungsträger rechtlich an die medizinischen Erkenntnisse des ordnungsgemäß handelnden Vertragsarztes gebunden ist (vgl. BSG U. v. 16.12.1993, Az: 4 RK 5/92, BSG E 73, 271 ff.). Dabei muss der Vertragsarzt sich an die Vorgaben des § 2 Abs. 1 SGB V halten, wonach einerseits das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V beachtet werden

muss, andererseits die qualifizierte Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen haben und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen müssen (vgl. § 70 SGB V).

Nach § 92 Abs. 1 SGB V hat gleichwohl der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe, Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu erlassen, und zwar für nahezu alle Bereiche der GKV (z. B. Arzneimittelrichtlinien, Richtlinie über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der GKV). Diese Richtlinien sind nicht nur für den Vertragsarzt bei seiner Leistungsentscheidung maßgeblich, sie entfalten auch Verbindlichkeit gegenüber dem Versicherten und wirken sich auf seinen Leistungsanspruch gegen seine Krankenkasse aus (vgl. BSG, U.v. 20.03.1996, Az. B 6 RKa 62/94, BSGE 78, 70ff). Dabei hat der G-BA hingegen nicht das Recht, den grundsätzlichen Leistungsanspruch des Patienten, den ihm das SGB V zugesteht, abzuändern oder gar umzugestalten. In den Richtlinien finden sich indes keinerlei grundsätzliche Einschränkungen, die auf das Alter des Patienten abheben. Die Leistungen in der GKV sind lediglich anhand der allgemeinen, oben genannten Kriterien von den Leistungserbringern zu bewirken. Eine Benachteiligung geriatrischer, multimorbider Patienten findet sich im Gesetz und den untergesetzlichen Richtlinien nicht. Bei der bei schwerkranken Patienten oftmals vorliegenden palliativen Behandlungssituation ist die verbesserte Lebensqualität ein wichtiges Therapieziel und deshalb als Teil der gemäß § 2 SGBV vorgeschriebenen „zweckmäßigen Versorgung“ anzusehen, auf die der Patient einen Anspruch hat. Jede Leistung, die für den geriatrischen Patienten zweckmäßig und angemessen ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet, darf und muss sogar vom Arzt bewirkt und von den Krankenkassen getragen werden.

Insbesondere im Hinblick auf die Behandlung älterer Menschen darf hierbei nicht die relativ neue Regelung des § 2 a SGB V vergessen werden: Danach ist den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Diese übergreifende Zielsetzung des SGB IX gilt nunmehr auch ausdrücklich für alle Leistungen der Krankenbehandlung inklusive medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der GKV. Die dem SGB V sonst grundsätzlich fremde thematisierte Individualisierung findet ihren Zweck in den Grundrechten, insbesondere dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit des Art. 2 GG, und dem Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 GG, wonach letztlich die Leistungen stets an den Erfordernissen des Einzelfalls ausgerichtet sein müssen. In diesem Zusammenhang darf auch die Vorgabe des § 70 Abs. 2 SGB V nicht unerwähnt bleiben, wonach Krankenkassen und Leistungserbringer verpflichtet sind, durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

FAZIT

Letztlich kann festgestellt werden, dass die Therapie-situation des älteren Patienten in der GKV keinesfalls benachteiligt, sondern eher privilegiert ist. Es finden sich keinerlei Anhaltspunkte im Gesetz, wonach älteren Patienten eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nicht mehr zuteil werden dürfte. Eine allgemeine Rationierung der medizinischen Leistungen, also das bewusste Vorenthalten einer notwendigen medizinischen Versorgung aus ökonomischen Gründen findet im Gesetz keine Basis. Lediglich eine Rationalisierung (z. B. Verzicht auf eine perfekte Diagnostik mit nur minimalem therapeutischem Nutzen) findet ihre Grundlage in den allgemeinen Leistungsgrundsätzen der §§ 2, 12 und 70 SGBV, wonach auf die Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie Humanität der Behandlung abgehoben wird und der Vertragsarzt verpflichtet ist, auf eine angemessene medizinische Versorgung auch der älteren Versicherten zu achten. Auch in Zeiten der Ressourcenknappheit entscheidet allein die Medizin über den angemessenen Standard. Der geriatrische Patient hat ebenso einen grundsätzlichen Anspruch auf das volle Leistungsspektrum der ärztlichen Behandlung in der GKV. Insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 (Az: 1 BvR 347/98) muss der Grundrechtsschutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit bei der Frage der Kostentragungspflicht durch die GKV stets hoch angesiedelt werden, speziell bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig zum Tode führenden Erkrankungen.



BIBIANE BOSSE – RECHTSANWÄLTIN

Anwaltskanzlei Sträter
Kronprinzenstraße 20
D-53173 Bonn
Tel.: +49 228 93454-0
Fax: +49 228 93454-54
E-Mail: bosse@kanzleistraeter.de