

Langzeittherapie des Nierenversagens

Ethische, juristische, medizinische und organisatorische Aspekte

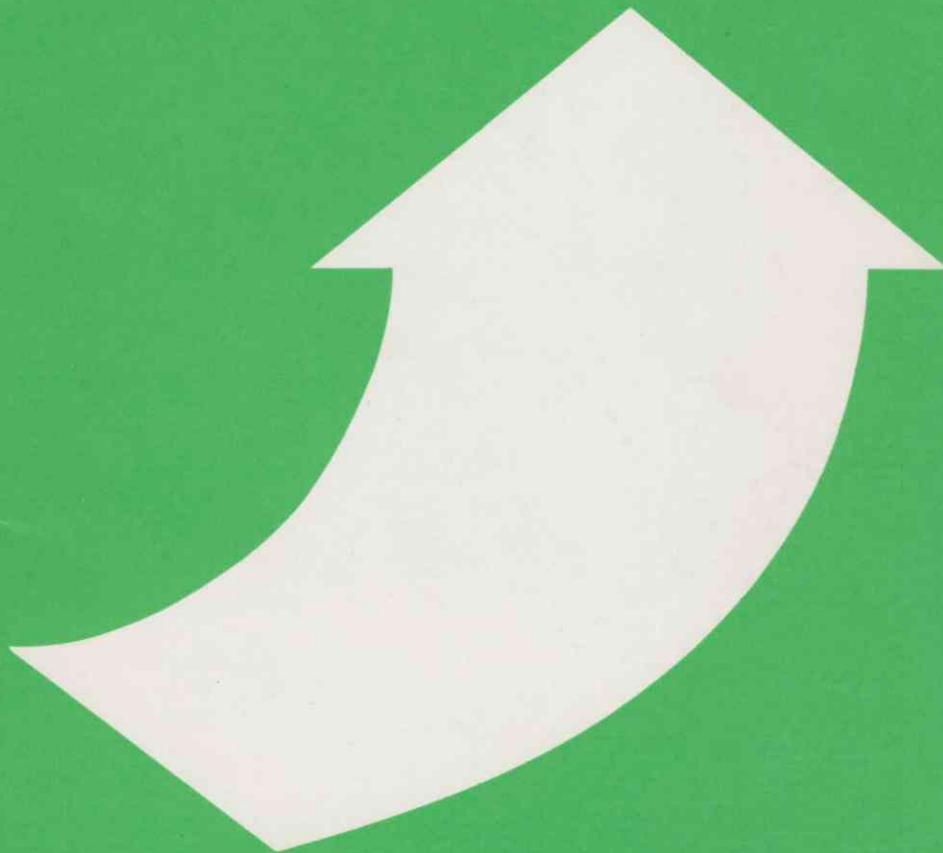
Beiträge anlässlich der Eröffnung des Heimdialysezentrums Würzburg

F. BÖCKLE
M. KESSEL

W. DÄUBLER
K. KETZLER

A. HEIDLAND
A. MEYER

W. HEIZER
W. SCHOEPPE



Der Anlaß, weshalb wir uns hier versammelt haben, verdient es eigentlich nicht, mit irgendwelchen kritischen Randbemerkungen versehen zu werden. Der sichtbar gewordene medizinische Fortschritt, die Möglichkeit, zahlreichen Menschen über viele Jahre hinweg trotz schwerer Krankheit das Leben zu erhalten und sie nicht zum sozialen Außenseiter werden zu lassen, erfüllt uns alle mit Genugtuung. Daß dieser große Schritt nach vorn, der hier getan wurde, kein Einzelfall ist, weist die Statistik aus: So ist, wie wir hörten, die Zahl der Dialysepatienten auf der ganzen Welt von 360 im Jahre 1965 auf 36 000 im Jahre 1974 angestiegen. — Diese Verhundertfachung in knapp zehn Jahren ist im wesentlichen der Entwicklung innerhalb der industrialisierten Länder geschuldet. In armen Entwicklungsländern haben solche Formen medizinischer Fürsorge für 99,5% der Bevölkerung absolut utopischen Charakter.

Die unleugbaren Fortschritte können nicht darüber hinwegtäuschen, daß auch in der Bundesrepublik noch nicht jeder Nierenkranke die an sich mögliche Rettung durch die künstliche Niere erfährt. Genaue Zahlen sind verständlicherweise nicht verfügbar, wird man einem an sich behandlungsfähigen Patienten doch kaum je in aller Brutalität mitteilen, sein Leben müsse der Knappheit der Dialyseplätze zum Opfer fallen. Hochrechnungen gehen dahin, daß pro Million Einwohner jährlich ca. 60 Personen an chronischer Niereninsuffizienz erkranken, von denen mindestens 30 für eine Dialysebehandlung geeignet wären. Für die Bundesrepublik bedeutet dies einen Anfall von ca. 2000 Patienten pro Jahr. Stellt man dem die Tatsache gegenüber, daß sich die Gesamtzahl der Dialysepatienten heute auf ca. 3500 beläuft, so wird die Kluft zwischen medizinisch Möglichem und praktisch Durchführbarem deutlich: Unterstellt man eine durchschnittliche Lebensdauer der Dialysepatienten von 7 Jahren, so müßte sich die Gesamtzahl der gegenwärtig behandelten auf etwa 14 000, also auf rund das Vierfache der tatsächlichen Zahl belaufen. Indirekt bestätigt wird dies durch die Erörterungen über die Auswahlkriterien, die heute zwar erheblich großzügiger als vor 5 oder 10 Jahren gehandhabt werden, aufgrund deren jedoch immer noch ältere Personen oder Patienten mit Zweitkrankheiten gegenüber anderen benachteiligt sind. Auch innerhalb der Bundesrepublik ist die durchschnittliche Versorgung sehr unterschiedlich; bei einem Durchschnitt von 53 Patienten pro Million Einwohner liegt etwa Rheinland-Pfalz mit 27,4 Personen um 48,3% unter diesem Limit, während Bayern und Hessen mit je 50,4% nur um 5% unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Die Spitze halten neben dem 17,7% über Bundesdurchschnitt liegenden Baden-Württemberg die Stadtstaaten Bremen und Hamburg, die um 25,8% bzw. 93,4% über dem allgemeinen Niveau der Bundesrepublik liegen. Da keine Anhaltspunkte dafür bestehen, daß Nierenerkrankungen ungleichmäßig über das Bundesgebiet verteilt sind und da weiter nicht davon ausgegangen werden kann, daß in nennenswertem Umfang Einrichtungen eines anderen Bundeslandes in

Anspruch genommen werden, bleibt auch hier nur der Schluß, daß im einen Land stirbt, wer im anderen gerettet wird.

Dieser faktische Zustand wirft grundsätzliche rechtliche Probleme auf. Als Jurist muß man sich die Frage stellen, ob dieser Zustand des Nicht-behandelt- und Nicht-gerettet-Werdens mit unserer grundgesetzlichen Wertordnung zu vereinbaren ist, spricht doch Art. 1 GG von der Unantastbarkeit der Menschenwürde und garantiert Art. 2 Abs. 2 GG ausdrücklich ein Recht auf Leben. Kann es denn einen Unterschied machen, ob der Staat durch aktives Tun in das Leben seiner Bürger eingreift, indem er etwa die Todesstrafe wieder einführt, oder ob er dem einzelnen die zur Aufrechterhaltung seiner physischen Existenz notwendige ärztliche Versorgung verweigert?

Scheint es nicht unverständlich, ja geradezu grotesk, wenn derselbe Staat jeden Selbstmordversuch als Polizeiwidrigkeit wertet, die zu vorübergehendem polizeilichen Gewahrsam führt und gar denjenigen bestraft, der einen Selbstmörder nicht von seinem Tun abbringt? Wird hier nicht auf der einen Seite das Leben als höchstes Gut vielleicht mehr als notwendig geschützt, während es auf der anderen Seite achtlos einem „Engpaß“ geopfert wird?

Vom Grundsätzlichen her unterliegt die Rechtslage keinem Zweifel. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem viel diskutierten und kritisierten Urteil zur Reform des § 218 StGB einige Ausführungen gemacht, die auch für unser Problem von unmittelbarer Bedeutung sind. Nachdem zunächst festgestellt wird, daß in Zweifelsfällen diejenige Grundrechtsauslegung zu wählen ist, welche die juristische Wirkungskraft der Grundrechtsnorm am stärksten entfaltet, führt das Gericht aus: „Die Pflicht des Staates, jedes menschliche Leben zu schützen, läßt sich bereits unmittelbar aus Art. 2 Abs. 2 GG ableiten. Sie ergibt sich darüber hinaus auch aus der ausdrücklichen Vorschrift des Art. 1 Abs. 1 Satz 2 GG; denn das sich entwickelnde Leben nimmt auch an dem Schutz teil, den Art. 1 Abs. 1 GG der Menschenwürde gewährt. Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu; es ist nicht entscheidend, ob der Träger sich dieser Würde bewußt ist und sie selbst zu wahren weiß. Die von Anfang an im menschlichen Sein angelegten potentiellen Fähigkeiten genügen, um die Menschenwürde zu begründen.“

Zwei Seiten weiter wird die Aufgabe des Staates weiter konkretisiert: „Die Schutzpflicht des Staates ist umfassend. Sie verbietet nicht nur — selbstverständlich — unmittelbare staatliche Eingriffe in das sich entwickelnde Leben, sondern gebietet dem Staat auch, sich

schützend und fördernd vor dieses Leben zu stellen, d.h. vor allem, es auch vor rechtswidrigen Eingriffen von Seiten anderer zu bewahren... Die Schutzverpflichtung des Staates muß um so ernster genommen werden, je höher der Rang des in Frage stehenden Rechtsgutes innerhalb der Wertordnung des Grundgesetzes anzusetzen ist. Das menschliche Leben stellt, wie nicht näher begründet werden muß, innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung einen Höchstwert dar; es ist die vitale Basis der Menschenwürde und die Voraussetzung aller anderen Grundrechte.“

Diese für den Bereich des werdenden Lebens aufgestellten Grundsätze weisen unzweifelhaft dasselbe Maß an Verbindlichkeit auf, wenn es um den Schutz des schon geborenen Lebens geht. Auch hier muß der Staat dafür Sorge tragen, daß die physische und geistige Existenz des einzelnen als elementare Voraussetzung jeder Trägerschaft von Grundrechten erhalten bleibt. Das Grundrecht auf Leben nach Art. 2 Abs. 2 GG ist daher ein Leistungsgrundrecht, das den Staat zur Bereitstellung aller Vorkehrungen verpflichtet, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft zur Erhaltung des Lebens notwendig sind. Dem einzelnen steht somit ein Recht auf einen Platz im Krankenhaus oder eine vergleichbare medizinische Versorgung zu. Wer an terminaler Niereninsuffizienz leidet, hat nach dem Grundgesetz einen Anspruch auf Behandlung mit der künstlichen Niere.

Bedenken gegen diese Auffassung könnten aus zweierlei Richtungen kommen: Zum einen könnte man argumentieren, die Annahme von Leistungsgrundrechten engen den Spielraum des Parlaments ein und mache dieses faktisch zu einem Vollzugsorgan gegenüber der rechtsprechenden Gewalt, insbesondere gegenüber dem Bundesverfassungsgericht, das über die Auslegung der Grundrechte in letzter Instanz das Ausmaß staatlicher Leistungen bestimmen müßte. Vom Grundsatz her wird man diesem Einwand ein beträchtliches Maß an Berechtigung nicht absprechen können, doch darf man dabei nicht vergessen, daß es beim Grundrecht auf Leben um ein so hohes Rechtsgut geht, daß seine Wahrung nicht allein der politisch, d.h. im Parlament zu treffenden Entscheidung über haushaltsrechtliche Prioritäten überlassen werden darf. Soweit es um diesen konkreten Bereich geht, muß sich der Gesetzgeber eine Kontrolle gefallen lassen; seine Prioritätensetzungen wären von vorneherein fehlerhaft, wollte er das Leben einzelner Mitbürger im Ergebnis aufopfern, um dafür irgendwelche anderen — und sei es noch so billigenwerten — Staatsaufgaben zu erfüllen.

Mit diesem Punkt hängt der zweite mögliche Einwand zusammen. Wie ist das Grundrecht auf Leben zu begrenzen? Ist es denn nicht eine utopische Forderung, vom Staat

einen absoluten Schutz des Lebens zu fordern, sind doch nun mal mit der modernen technischen und wissenschaftlichen Entwicklung Gefahren auch für die Existenz des einzelnen verbunden, platt gesprochen: Müßte man nicht, um das Leben von 15 000 Verkehrstoten pro Jahr zu erhalten, den Straßenverkehr generell verbieten oder auf ein absolut unabdingbares Minimum beschränken? Zur Bestimmung des Schutzzumfangs können wir uns des Polizeirechts bedienen. Nach heute anerkannter Auffassung hat der Bürger einen Anspruch auf Einschreiten der Polizei, wenn seine Gesundheit oder sein Leben *unmittelbar* gefährdet sind. Das bedeutet, daß bei nur entfernter, mittelbarer Gefahr, die das Rechtsgut nicht schon im nächsten Moment verletzen kann, kein klagbarer Anspruch auf staatliches Tätigwerden besteht. Bei der unmittelbaren Gefahr aber existiert der Anspruch ohne Rücksicht darauf, ob die Gemeinde oder das Land eine ausreichende Anzahl von Polizisten besitzt. Im Gegenteil: Man nimmt zu Recht eine Schadensersatzpflicht an, wenn eine Gemeinde ihre Streupflicht dadurch verletzt, daß sie schon gar keinen Streudienst einrichtet und ihr Geld für andere Dinge ausgibt. Was — man verzeihe das etwas banale Beispiel — für eine entferntere Lebens- und Gesundheitsgefährdung durch unterbliebenes Streuen bei Glatteis angenommen wurde, sollte erst recht gelten, wenn es um lebenserhaltende medizinische Versorgung geht. Die Abgrenzbarkeit des Tatbestands der unmittelbaren Lebensgefährdung verhindert überdies, daß die Gerichte nach eigenen Vorstellungen Wirtschaftspolitik betreiben. Dennoch ist zuzugeben, daß die Anerkennung des Rechts auf einen Platz im Krankenhaus trotz geplanter gesetzgeberischer Maßnahmen eine gewisse Prioritätsverschiebung bewirken kann, weil sie den Staat — pauschal gesprochen — zu mehr Investitionen auf dem medizinischen Sektor zwingt.

Kein juristisch relevantes Argument ist die Kostenbelastung als solche; man kann menschliches Leben nicht in ökonomischen Kategorien ausdrücken und einen Grenzwert bestimmen, oberhalb dessen man menschliches Leben preisgibt. Eine These, man könne zwar 5000, 10 000 oder 20 000 DM für ein menschliches Leben aufwenden, nicht aber 25 000 DM, erniedrigt dieses zur Rechengröße und mißachtet den absoluten verfassungsrechtlichen Vorrang des Lebens. Eine davon völlig unterschiedene Frage ist die, auf welche Art und Weise man zu dem als solchem nicht in Zweifel zu ziehenden Erfolg der Lebenserhaltung kommt. Daß hierbei schon nach allgemeinen Grundsätzen des Staatshaushaltsrechts möglichst wenig kostenintensive Mittel angewandt werden sollen, versteht sich von selbst. Dies an dieser Stelle zu betonen fällt schon deshalb leicht, weil Einrichtungen wie die Heimdialyse und die limited care-Dialyse nicht nur vom medizinischen Standpunkt effektiver, sondern auch mit weniger Personalkosten und sonstigen Aufwendungen verbunden ist als eine normale in der Klinik durchgeführte Dialyse.

K. Kunkel

Die Durchsetzung des Rechts auf einen Platz im Krankenhaus ist nicht ohne Schwierigkeiten möglich. Natürlich ist ein Gericht überfordert, wenn es über künftige Ausbildungskapazitäten als Voraussetzung für mehr Ärzte oder gar über eine Trennung von allgemeiner und Herzchirurgie entscheiden sollte, um durch stärkere Spezialisierung eine höhere Effizienz zu bewirken. Was allein möglich erscheint, ist ein Urteil, das den Staat, d.h. das zuständige Land zur Einrichtung neuer Plätze verurteilt und fühlbare finanzielle Sanktionen für den Fall der Nichtausführung androht. Diese könnten in einem Zwangsgeld bestehen; möglich und wichtig ist daneben ein Schadensersatzanspruch zugunsten des abgewiesenen Patienten, der diesen in die Lage versetzt, die Kosten einer Behandlung im Ausland zu tragen. Stirbt der Patient, weil auch diese Mittel versagen oder weil er von ihnen keine Kenntnis hatte, so steht seinen Hinterbliebenen ein Schadensersatzanspruch gemäß §§ 839, 844 Abs. 2, 845 BGB iVm Art. 34 GG zu, wenn ein individuelles Verschulden nachweisbar ist. Andernfalls sind sie auf einen Aufopferungsanspruch beschränkt, der hier ausnahmsweise die Höhe des vollen Schadensersatzes erreichen sollte.

Es besteht Grund zu der Annahme, daß derartige Urteile über den Einzelfall hinaus das Verhalten von Exekutive und Parlament beeinflussen würden. Ein Beispiel hierfür bietet das Urteil des Sozialgerichts Berlin, das die gesetzliche Krankenversicherung zur Tragung der Kosten der Heimdialyse verurteilte. Mit Recht hat dabei das Sozialgericht ausgeführt, das Gesetz — im konkreten Fall § 182 RVO — müsse so ausgelegt werden, wie dies der derzeitige Stand der Medizin verlange. Die Dialyse sei der Sache nach nichts anderes als ein Surrogat der ärztlichen Tätigkeit; gäbe es keine künstlichen Nieren, so müßte theoretisch der Arzt im Operationssaal einen Blutaustausch vornehmen. Dies rechtfertige es, sie der Krankenpflege zuzurechnen, die eben nicht nur ärztliche Behandlung im klassischen Sinne und Versorgung mit Arznei und kleineren Heilmitteln umfasse, sondern über die Aufzählung des § 182 RVO hinaus neue, durch die Fortschritte der Medizin ermöglichte Behandlungsmethoden. Nicht nur der Arzt, auch der Jurist dürfe nicht auf dem Erkenntnisstand der RVO aus dem Jahre 1911 stehenbleiben. Der Versicherte habe daher einen Anspruch auf Bereitstellung und Unterhaltung eines Dialysegeräts.

Seit dem Zeitpunkt der Rechtskraft dieses Urteils wird von den gesetzlichen Krankenversicherungen durchweg entsprechend verfahren. Für die Vergrößerung der Kapazitäten klinischer Dialyse fehlt bislang eine entsprechende grundsätzliche Entscheidung — wahrscheinlich ist es für einen Richter psychologisch leichter, eine gesetzliche Krankenversicherung zur Zahlung eines bestimmten Betrags als den Staat zur Beschaffung von Geräten oder gar zur Einrichtung neuer Zentren zu verurteilen. Dennoch wäre eine

Berufung auf das Grundrecht auf Leben auch insoweit alles andere als aussichtslos — ein einziges rechtskräftiges Urteil, das den Staat zur Finanzierung einer aus Kapazitätsgründen im Inland nicht möglichen Behandlung im Ausland verpflichtet, ein einziges Urteil, das den Hinterbliebenen eines nicht mehr Behandelten Schadensersatz zuspräche, könnte Wunder wirken. Praktisch ließe sich dies in der Weise bewerkstelligen, daß ein Patient, dessen Behandlungsbedürftigkeit für die allernächste Zukunft feststeht, darauf hingewiesen wird, daß keine Kapazität vorhanden ist und daß gleichzeitig ein Prozeß große Aussicht auf Erfolg bieten würde. Die Gewährung der Mittel für eine Behandlung im Ausland, etwa in den USA, könnte kurzfristig mit Hilfe einer einstweiligen Verfügung durchgesetzt werden. Weiter dürfte es nicht in allen Fällen von vornherein ausscheiden, Hinterbliebene zur gerichtlichen Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen zu veranlassen. Unter den gegebenen Umständen dürfte feststehen, daß ein Gang zu den Gerichten nicht mit Sicherheit zu vermeiden ist, will man die Fortschritte der Medizin allen Bevölkerungsschichten zugänglich machen.

Dennoch ist nicht zu verkennen, daß es sich hier um eine ultima ratio, gewissermaßen den äußersten Notbehelf handelt, der dann eingreift, wenn andere Maßnahmen wie die öffentliche Diskussion dieser Fragen und ihre Behandlung im Parlament nicht zum Ziele führen. Die bisherige Entwicklung läßt Ansätze eines vorsichtigen Optimismus zu; dennoch liegt der größere Teil der Aufgabe noch vor uns. Dem Auftrag des Grundgesetzes, jedem sein Recht auf Leben zu sichern, ist erst dann Rechnung getragen, wenn niemand mehr abgewiesen werden muß, weil Kapazitäten nicht ausreichen. Der Einsatz hierfür sollte über die Grenzen der Parteien hinweg zur Selbstverständlichkeit werden; eine dem Grundgesetz verpflichtete humane und menschenwürdige Gesellschaft muß im Rahmen ihrer Möglichkeiten jedes menschliche Leben schützen.

Aufgaben und Ziele des Kuratoriums für Heimdialyse e.V. Frankfurt — Gemeinnützige Körperschaft für Dialyse und Nierentransplantation

K. Ketzler

Angesichts einer jährlichen Zuwachsrates von etwa 2400 Dialysepatienten allein in der Bundesrepublik war schon gegen Ende der 60er Jahre vorhersehbar, daß selbst die Errichtung und Erweiterung nephrologischer Abteilungen in immer mehr Kliniken den Versorgungsnotstand nur vorübergehend würde beseitigen können. Daß es uns erspart geblieben ist, wie etwa im Jahre 1961 in Seattle/USA, durch Schiedskommissionen entscheiden zu lassen, wer anstelle anderer Patienten einen Platz an der Künstlichen Niere erhalten, wer also leben soll, verdanken wir den Pionieren der Heimdialyse, denjenigen unserer Ärzte also, die das Problem der wachsenden Patientenpopulation rechtzeitig erkannt und trotz aller Widerstände mit bewunderungswürdigem Engagement die damals geltenden Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten durchbrochen haben. Das als Ergebnis eingehender Diskussionen, vor allem mit den Frankfurter Nephrologen, am 7. Oktober 1969 gegründete gemeinnützige Kuratorium für Heimdialyse hat die Aufgabe, organisatorisch und finanziell sicherzustellen, daß die Zahl der Behandlungsplätze, der Dialysegeräte und — nicht zuletzt — der entsprechend geschulten Ärzte und Pflegepersonen der ständig wachsenden Patientenpopulation angepaßt bleibt.

Dies bedeutet u.a.:

Für die Anschaffung von Heimdialysegeräten sind z.Zt. pro Monat ca. 1 Mio DM aufzuwenden.

Pro Jahr sind schon jetzt rund 2700 Tonnen an Dialysehilfsstoffen und -medikamenten zu beschaffen und zu verteilen, pro Patient und Jahr kommen 3 Tonnen hinzu.

Für die Betreuung von je 15 Patienten sind in der Regel 1 Dialysetechniker und 1 -schwester anzustellen und auszubilden.

Pro Patient und Jahr entstehen Behandlungskosten von etwa 50 000,— DM.

Das alles setzt zum einen die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Kostenträgern voraus, die ja die *laufenden* Kosten letztlich zu tragen haben und die deshalb ständig neu von der Effizienz und Wirtschaftlichkeit unserer Organisation überzeugt werden müssen.

Zum anderen aber ist uns die Erfüllung unserer Aufgaben und die Finanzierung der beträchtlichen Investitionen nur möglich, weil wir auch unsere Banken, die Bank für Gemeinwirtschaft und ein Konsortium unter der Führung der Landesbank Rheinland-