

Der Gastkommentar

Die doppelte Facharztschiene – eine Quelle von Unwirtschaftlichkeit und Ungerechtigkeit

Eine der ineffizientesten strukturellen Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems und gleichzeitig eine der Bedingungen für die wachsende Zweiklassenmedizin ist die strenge Trennung des ambulanten und des stationären Bereiches für gesetzlich Versicherte. Die fachärztliche Versorgung wird in Deutschland quasi doppelt vorgehalten: Durch die niedergelassenen Fachärzte und die Krankenhausfachärzte. Das bedeutet nicht, dass wir doppelt so viele Fachärzte haben, wie wir brauchen. Aber es ist die Ursache dafür, dass wir eine der höchsten Facharztdichten im europäischen Vergleich haben.

Die doppelte Facharztschiene ist problematisch als Quelle von Unwirtschaftlichkeit und Ungerechtigkeit im deutschen Gesundheitssystem. Niemand kann bestreiten, dass es mehr Wettbewerb im deutschen Gesundheitssystem gäbe, wenn sich jeder Patient zwischen den niedergelassenen Fachärzten und den Krankenhausfachärzten für seine ambulante Versorgung entscheiden könnte. Für Privatversicherte ist dies schon lange möglich und es ist eine Art Diskriminierung gesetzlich Versicherter, dass sie nur

unter ganz besonderen Bedingungen einen Krankenhausfacharzt wählen dürfen. Mit welcher Begründung kann ein renommierter Krankenhausarzt von einem gesetzlich Versicherten nicht für seine ambulante Versorgung konsultiert werden? Die Krankenkassen sollten diese Versorgung bezahlen. Genau so ungerecht und ineffizient ist es natürlich, dass die gleiche medizinische Leistung bei Privatversicherten höher vergütet wird als bei gesetzlich Versicherten. Dies degradiert den gesetzlich Versicherten zum Patienten zweiter Klasse. Alle Fachärzte, niedergelassene und Krankenhausärzte, sollten für alle Patienten, gesetzlich und private Versicherte, für ambulante Versorgungen zur Verfügung stehen und für die gleichen medizinischen Leistungen auch gleich honoriert werden. Aus der Sicht der Patienten wäre dies das Beste. Damit sich gute Leistung für Ärzte auch lohnt, sollte bei der Vergütung der Leistungen die Qualität eine viel größere Rolle spielen. Eingriffe oder Verfahren, die komplex sind und ein hohes Fachwissen voraussetzen, müssten im Vergleich zu einfacheren Tätigkeiten deutlich besser vergütet werden. Die derzeitige Vergütungsstruktur und auch deren jetzt von der KBV vorge-

schlagene Weiterentwicklung setzt zu stark auf Zeitaufwand und Kosten, nicht auf die Qualität der Leistung. Das erinnert an REFA-Methoden, die heute im modernen Management bei der Vergütung keine Rolle mehr spielen. Exklusives Fachwissen muss gut bezahlt werden, aber für alle Patienten gleich. Nichts gegen bessere Wartezimmer oder Komfortleistungen für Privatversicherte, aber eine bessere medizinische Versorgung wegen höherer Arztvergütung kann aus ethischen Gründen nicht akzeptiert werden.

Um die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzten für Kassenpatienten zu verbessern, hat der Gesetzgeber den Kliniken 2003 erlaubt, die besonders schweren Fälle gesetzlich Versicherter auch ambulant zu behandeln. Dazu sah der § 116b SGB V vertragliche Lösungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vor. In den darauffolgenden Jahren hat sich jedoch gezeigt, dass solche Verträge nur in minimaler Zahl abgeschlossen wurden. Zum einen lag dies daran, dass die Krankenkassen, die Mehrausgaben gescheut haben, da sie



Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) ist seit 2005 Mitglied des Deutschen Bundestags.

nicht im Gegenzug die Vergütung der niedergelassenen Fachärzte kürzen durften. Zum anderen scheiterten die Vertragsmöglich-

keiten am Zögern vieler Chefärzte, die schwer kranke Kassenpatienten nicht versorgen wollten, wenn gleichzeitig leichte Privatfälle zu wesentlich höheren Preisen liquidiert werden konnten.

Die Neuregelung des § 116b SGB V mit dem GKV-WSG verbessert die Lage teilweise. Die Vertragslösung wird aufgegeben, stattdessen können die Krankenhäuser die Teilöffnung für die ambulante Versorgung bei der jeweiligen Planungsbehörde des Landes beantragen, die keine Bedarfsprüfung durchführt. D.h. die Wettbewerbssituation zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Fachärzten wird sich deutlich verbessern. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Leistungen direkt gemäß EBM dem Krankenhaus zu vergüten. Aufgrund der pauschalen Kürzung der DRGs durch das GKV-WSG, werden die Krankenhausleitungen ein verstärktes Interesse

daran haben, die dadurch entstehenden Mindererlöse durch eine Ausweitung der ambulanten Behandlungen zu kompensieren.

Trotzdem bleiben wichtige Probleme. Gleiche Honorare für gesetzlich und privat Versicherte konnten in dieser Reform noch nicht durchgesetzt werden, daran muss weiter politisch gearbeitet werden. Auch wird noch zu klären sein werden, wie notwendige Leistungen vergütet werden, die nicht im EBM abgebildet sind. Trotzdem überwiegen für die gesetzlich Versicherten die Vorteile der Neuregelung. Sie erhalten größere Wahlfreiheiten für die ambulante Versorgung im Falle einer schweren Erkrankung.

Prof. Dr. Karl Lauterbach

einzelnen DMP können allerdings noch keine Rückschlüsse gezogen werden, inwieweit die DMP dazu beitragen, langfristige Komplikationen und letztlich die Sterblichkeitsrate nachhaltig zu verringern.

Als erfreulich bezeichnete es Prüfer-Storcks, dass bei rund 95 % der Fälle eine Medikation vorgenommen wird, die den Vorgaben entspricht. Ebenso erfreulich sei es, dass das Auftreten von mehr als zwei schweren Stoffwechsel-Entgleisungen ein seltenes Ereignis darstellt. Nur bei ca. 10 % der Patienten, die im ersten Jahr ihrer DMP-Teilnahme stehen, sind Begleit- oder Folgeerkrankungen aufgetreten. Dieser Anteil steigt bei den im dritten DMP-Jahr stehenden Patienten jedoch auf 18 % an. Immerhin gelinge es den Ärzten, 40 % der Patienten, die bei Einschreibung einen zu hohen Blutdruck aufwiesen, auf Normwerte zu therapieren.

Wermutstropfen bereiten der AOK-Vertreterin aber die Ergebnisse im Bereich der Überweisungen vom koordinierenden Arzt zu Spezialisten. Liegen die Überweisungsraten zur jährlichen augenärztlichen Untersuchung mit ca. 85 % noch in einem akzeptablen Bereich, sehe dies bei den Überweisungen zum Fußspezialisten ganz anders aus. Diese gesche-

he nur bei einem Drittel aller angezeigten Fälle. Auch sei es noch nicht gelungen, die Häufigkeit diabetesbedingter Symptome, die bei der Einschreibung vorhanden waren, auf das angestrebte Niveau zu senken. Insgesamt meinte Prüfer-Storcks, dass die Einführung der DMP der richtige Weg zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen war. Daher werde die AOK diesen Weg konsequent weiter verfolgen.

● Inadäquate Anreizsysteme

Aus Sicht des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken haben die neuen Versorgungsformen ihre Potenziale bislang nicht entfalten können. Probleme bereiten vor allem inadäquate Anreizsysteme und Wettbewerbsbedingungen. Auf längere Sicht wird die Bedeutung der DMP abnehmen, denn durch den Morbi-RSA ab 2009 entfällt die gesonderte Berücksichtigung der in DMP eingeschriebenen Versicherten. Bei den Krankenkassen wird dann kein besonderes Interesse mehr an der Einschreibung in DMP mehr bestehen. Das ist die Chance für die flächendeckende Implementierung der Nationalen Versorgungsleitlinien in die Versorgung.

KS

EBM 2008 (Fortsetzung von Seite 1)

Ein weiteres Kapitel der endlosen Geschichte

● Jetzt wird alles besser!?

Alles soll jetzt besser werden, mit dem EBM 2008. Im Deutschen Ärzteblatt wurde der Vertragsarzt in einer Karikatur als Hürdenläufer dargestellt, der erwartungsfroh sich dem in der Ferne abgebildeten Ziel des neuen EBM nähert. Der BDI hat schon klargestellt, dass es sich bis jetzt um einen ungedeckten Scheck handelt, weil man per Gesetz erneut eine Ausgabenobergrenze für die ambulante Versorgung definieren will. Keine Angst, dies ist nichts Neues – alter Wein in neuen Schläuchen. Die Politik wird nicht müde, immer neue Begriffe für ein und denselben Tatbestand zu erfinden, nämlich für das Budget. Alles läuft weiter nach der Devise einnahmeorientierte Ausgabenpolitik, gleichgültig wie viel Leistungen notwendig sind.

Der neue EBM soll eine Vergütung in Euro und Cent für die einzelnen Leistungen ausweisen. Wie soll ein solches System funktionieren? Bis jetzt gab es immer nur eine feste Größe in der Berechnung der ärztlichen Vergütung, nämlich das Budget oder wie man es gerade neu benannt hat. Variabel waren die Punktwerte sowie das Regelleistungsvolumen mit einem abgestaffelten und nicht abgestaffelten Punktwert. Mit diesen Rechengrößen haben die Jongleure der Honorarverteilung erfolgreich gearbeitet. Beim EBM 2008 kommt jetzt eine neue feste Größe hinzu. Der Eurobetrag für die nicht abgestaffelte Leistung. Sonst dürfte aber alles beim Alten bleiben. Über die Leistungsmenge des Regelleistungsvolumens und den abgestaffelten Punktwert wird es sich schon richten las-

sen, dass nicht mehr Geld beim Vertragsarzt ankommt. Dieser hat nur einen Vorteil. Er kann im laufenden Quartal auf den Punkt genau erkennen, wann er nicht mehr kostendeckend arbeitet. Er kann sich sozusagen zeitnah ärgern, wenn er den Sicherstellungsauftrag ernst nimmt. Auch der KBV Vorsitzende Köhler scheint zu ahnen, dass wohl nicht sofort mit einem Ende der Finanzierungsmisere des Vertragsarztes zu rechnen ist. Vielleicht hätte man im Deutschen Ärzteblatt eine andere Karikatur veröffentlichen sollen. Da wandert der Vertragsarzt durch einen dunklen Tunnel und hofft, dass das Licht am Ende des Tunnels in Form des EBM 2008 nicht ein entgegenkommender Zug ist.

HFS

Die Kassenärztliche Vereinigung am Scheideweg

Was ist die Marschrichtung?

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, wird nicht müde, eine Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen zu fordern. Er möchte eine Dienstleistungsgesellschaft aus der Körperschaft des öffentlichen Rechtes machen. Man muss die Frage stellen, ob dies aufgrund der gesetzlichen Regelungen überhaupt denkbar ist.

Die Kassenärztliche Vereinigung wurde gegründet, um die flächendeckende Versorgung der Patienten in Deutschland sicherzustellen, weil dies vorher den Krankenkassen nicht gelungen war. Sie hat damit eine öffentlich-rechtliche Aufgabe wahrzunehmen, die der Gesetzgeber ihr übertragen hat. Die Vertragsärzte sind Zwangsmitglieder, damit die Kassenärztliche Vereinigung ihre Sicherstellungsaufgabe auch umsetzen kann. In der Anfangszeit – auch über viele Jahrzehnte – hat man die Janusköpfigkeit der Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung akzeptiert: Die KV war einerseits eine Interessensvertretung – auch über Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen – und nahm andererseits vor allem hoheitliche Aufgaben wahr. Wir haben zur Kenntnis nehmen müssen, dass die Interessensvertretung der Vertragsärzte fast zur Bedeutungslosigkeit verkommen ist. Honorarverhandlungen finden unter strikten Budgetbedingungen oder ähnlichen Vorgaben statt, die KV hat bürokratische

gesetzliche Vorgaben umzusetzen. Die Vertragsärzte empfinden die Körperschaft des öffentlichen Rechtes inzwischen oft mehr als Drangsalierungsbehörde als ihre Interessensvertretung.

● Die KV muss sich an die Spielregeln halten

Dies ist nicht Schuld der Kassenärztlichen Vereinigung. Der Gesetzgeber hat sie in diese Rolle gebracht. Er wird auch in Zukunft eine Kassenärztliche Vereinigung benötigen, um alle gesetzlichen Vorschriften und Vorgaben beim Vertragsarzt umzusetzen. Dass diese Körperschaft des öffentlichen Rechtes auch noch von ihren eigenen Mitgliedern finanziert werden muss, ist dabei besonders delikat.

Es ist verständlich, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrem althergebrachten Selbstverständnis von diesem vom Gesetzgeber bestimmten Weg unbedingt abweichen wollen. Sie möchten tatsächlich wieder ihre Mitglieder vertreten und

die Interessen über die Bereiche der Kassenärztlichen Vereinigung hinaus wahrnehmen. Dies wird aber nicht die freie Entscheidung der KV sein. Der Gesetzgeber bestimmt, was eine Kassenärztliche Vereinigung noch darf, und das ist in den letzten Jahren immer weniger geworden. Das Bundesgesundheitsministerium als Aufsichtsbehörde wird peinlichst darauf achten, dass die KV auch in Zukunft sich an die gesetzlichen Spielregeln hält. Es gibt aus der Vergangenheit bereits Beispiele, wie die Politik reagieren wird. Man braucht nur an die Reaktionen der Politik zu erinnern, sich als KV an Demonstrationen der freien Ärzteschaft zu beteiligen oder eine Umfrage über die eigene Akzeptanz zu starten.

● Der Hausärzteverband auf eigenen Wegen

Eine Kassenärztliche Vereinigung wird den Konflikt mit der Politik nur dann aushalten, wenn die Ärzteschaft geschlossen auftritt. Gerade die letzte Vertreterversammlung in Münster



Die KV macht mobil – wie mit dem Info-Bus, der seit 6. Juni wieder durch Deutschland tourt. Doch in welche Richtung es mit der KBV weiter geht, ist noch unklar.

Bild: KBV

belegt, dass aber der Spaltplatz zwischen Haus- und Fachärzten weiter wuchert. Alle Appelle des 1. Vorsitzenden Dr. Köhler werden den Hausärzteverband nicht daran hindern, einen eigenständigen Weg gegenüber der Politik und bei der Gebührenordnung zu gehen. Auch bei den Fachärzten rumort es. Sie fürchten, dass nach der Aufhebung der Budgetierung im Gesundheitswesen, die natürlich auch die Grenze Hausarzt/Facharzt betreffen wird, die Einführung des bundesweiten ein-

heitlichen Orientierungspunktwertes zu einem weiteren finanziellen Aderlass im fachärztlichen Bereich führen wird. Dann werden die Fachärzte endgültig in den wirtschaftlichen Ruin getrieben. Wie kann da noch eine einheitliche Marschrichtung festgelegt werden?

Die KV am Scheideweg: Das hehre Ziel der Dienstleistungsgesellschaft wird eine zerstrittene Körperschaft des öffentlichen Rechtes schwerlich erreichen können.

HFS

Anzeige Internistentag

Das geplante Gesetz zur Patientenverfügung (Fortsetzung von Seite 1)

Mehr Autonomie durch eine gesetzliche Regelung?

Wie verbindlich sind die Patientenverfügungen?

Obwohl nach inoffiziellen Schätzungen 2–8 Millionen Deutsche bereits eine solche Verfügung abgefasst haben, gibt es beim Umsetzen in der täglichen klinischen Praxis erhebliche Probleme. In der Realität stellt sich immer wieder die Frage: Wie verbindlich sind die, teils sehr diffusen, Formulierungen in den Verfügungen? Wann haben Betreuer, Bevollmächtigte und Vormundschaftsgerichte etwas zu sagen?

Die größte Unsicherheit betrifft die Reichweite der Verfügungen. Wie verbindlich sind in „guten Zeiten“ festgelegte Therapiewünsche, wenn es dann tatsächlich ernst wird? Schließlich kann ein Patient in einer Patientenverfügung auch eine Wiederbelebung in medizinisch durchaus sinnvollen Situationen untersagen. Ein Arzt, der diese Patientenfestlegung einfach umgeht, macht sich dann unter Umständen strafbar. Denn er handelt jetzt ohne Einwilligung des Patienten und das ist Körperverletzung. Aber nur, wenn die Verfügung Rechtskraft erlangt hat. Andererseits muss der Arzt aber als Garant

sicherstellen, dass alles medizinisch Sinnvolle erfolgt. In der Praxis wird das oft als Zwickmühle empfunden.

Patientenverfügungen als Ausdruck der Autonomie

Eine vertrackte Situation, die von der Rechtsprechung allerdings schon etwas entschärft wurde. In einem Grundsatzurteil hat der Bundesgerichtshof in 2003 festgelegt, dass Patientenverfügungen für den Arzt im Prinzip verbindlich sind. Sie sind Ausdruck seiner Autonomie. Allerdings nur unter bestimmten Bedingungen.

„Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor – etwa in Form einer sog. Patientenverfügung – geäußerten Willen entspricht“, so der Bundesgerichtshof (BGH).

Die Wirksamkeit von schwerwiegenden Patientenverfügungen wird also vom BGH auf den nahen Sterbeprozess, was immer das auch konkret sein mag, begrenzt. Im Falle von

scheinbar medizinisch unhaltbaren Festlegungen oder wenn zwischen Arzt und einem gesetzlich eingesetzten Betreuer Unstimmigkeiten über die Reichweite der Verfügung bestehen, ist das Vormundschaftsgericht zuständig. Komplizierter wird die Rechtslage, wenn das Sterben noch nicht eingesetzt hat und der Betreuer oder der Arzt sich auf den Patientenwillen beruft und das Beenden von lebenserhaltenden Maßnahmen durchsetzen will. Der typische Fall: Die Sondenernährung eines Apallikers soll beendet werden. Das höchste deutsche Strafgericht hat sich in solchen Fällen eindeutig festgelegt: Arzt und Betreuer dürfen eine solche Entscheidung nicht unabhängig von einem Vormundschaftsgericht treffen.

Neues Gesetzgebungsverfahren ohne Fraktionszwang

Diese Festlegungen des BGH werden aber in der Hospiz-Bewegung als unzureichend und kontraproduktiv kritisiert. „Der Beschluss ist so nicht haltbar, er schafft mehr Unsicherheit als vorher“, warnte der Kölner Verfassungsrechtler und Vorstandsmitglied

der Hospiz Stiftung, Prof. Dr. Wolfram Höfling, im Deutschen Ärzteblatt. Außerdem fehlt es an klaren Qualitätskriterien für solche Verfügungen. Es gibt immer noch keine Festlegungen, welche formalen Anforderungen gelten und wie diese überprüft werden können. All dies kann nur ein Gesetz regeln, an dessen Entstehung alle relevanten Gruppen mitwirken. Ein weiterer Kritikpunkt: Das Vormundschaftsgericht spielt in der jetzigen Situation eine zu dominante Rolle. Deshalb muss ein Gesetz her, das die Stellung der Patientenverfügung verbindlich regelt. Der § 1901 des Bürgerlichen Gesetzbuches, er regelt das Betreuungsrecht, muss präzisiert werden.

Das entsprechende Gesetzgebungsverfahren ist mittlerweile angelaufen. Im März 2003 fand die erste Aussprache statt. Doch das Thema ist heikel. Deshalb haben die Fraktionen im Bundestag beschlossen, in dieser Frage den Fraktionszwang aufzuheben. Zwei Gesetzesentwürfe liegen vor, die interfraktionell getragen werden. Das Parlament zeigt damit deutlich, dass es sich der Tragweite der Sache durchaus bewusst ist. Das sensible Thema soll nicht zwischen die politischen Mühlen geraten.

Der „Stünker-Entwurf“: Patientenverfügung ist jederzeit verbindlich

Der liberalste Entwurf stammt aus der SPD-Fraktion und wird nach dem Hauptinitiator „Stünker-Entwurf“

genannt. Er sieht vor, dass das Strafgesetzbuch, um einen Paragraphen 1901a ergänzt wird. Dieser schreibt die Patientenverfügung als verbindliche Willenserklärung fest und zwar prinzipiell. Sie gilt demnach ohne zeitliche und situative Einschränkung. Die einzige formale Anforderung: Die Verfügung muss in schriftlicher Form vorliegen. Es gibt keine Gültigkeitsfristen, keine Beratungspflicht und auch keine Verpflichtung zu einer regelmäßigen Aktualisierung. Es genügt die einfache Unterschrift. Zeugen sind nicht notwendig. Demnach wäre es also möglich, dass ein dreißigjähriger gesunder Mensch verbindlich festlegt, ob er im Alter etwa bei fortschreitender Demenz mit einer PEG-Sonde versorgt werden will.

Diese Verfügung wäre für den Arzt absolut verbindlich. Auch dann, wenn mittlerweile neue therapeutische Möglichkeiten bestehen, die bei der Abfassung der Verfügung noch nicht bekannt waren. Selbst scheinbar medizinisch unsinnige Verfügungen müssten akzeptiert werden, denn sie sind ja der Ausdruck von Patientenautonomie. Im Stünker-Entwurf wird auch die Zuständigkeit der Vormundschaftsgerichte erheblich eingeschränkt. Im Gegensatz zur heutigen Rechtsprechung, muss auch ein Therapieabbruch mit möglicher letaler Konsequenz nicht vor ein Gericht, wenn Arzt und Betreuer dies beide als eindeutigen Patientenwillen



Prof. Dr. Giovanni Maio ist Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Freiburg

Interview

mit Prof. Dr. Giovanni Maio

„... der Kampf auf dem falschen Schauplatz.“

BDI aktuell: Muss man den Menschen nicht das Recht zubilligen, über seine letzten Tage autonom entscheiden zu können?

Maio: So wie die Diskussion im Moment läuft, würde ich von einer gewissen Ideologie sprechen. Das Problem ist die Einstellung vieler Menschen, die sich sagen: Ich möchte leben, so autonom wie ich nur kann und nur solange ich autonom sein kann. Wenn ich dann krank und auf andere angewiesen bin, dann ist das Leben nichts mehr wert. Diese Vorstellung, dass das Leben nur lebenswert ist, wenn man es vollkommen im Griff hat, ist sehr problematisch. Das Menschsein, die Qualität des Lebens, alles fokussiert auf den gesunden, autonomen Menschen. Wer auf andere angewiesen ist, fühlt sich dann defizitär.

BDI aktuell: Ist die Patientenverfügung also eine Strategie, um die

drohenden Probleme des Alters und des Krankseins zu verdrängen?

Maio: Was zu dieser Diskussion führt, ist letztendlich die Unfähigkeit zu akzeptieren, dass es auch Situationen gibt, in denen man nicht mehr alles kontrollieren kann. Die Debatte suggeriert in fataler Weise eine Kontrollierbarkeit des Sterbens und sie nährt die Grundhaltung, sich als Mensch nur auf sich und nie auf andere verlassen zu brauchen. Dies ist jedoch nicht nur eine Illusion, sondern auch eine Unzulänglichkeit, weil ein gutes Sterben ohne das Vertrauen auf ein Gegenüber, das sich meiner annimmt, letztlich nicht möglich ist.

BDI aktuell: Bei der Patientenverfügung entscheidet der Patient selbst sehr weit reichend: Ändert das nicht das Bild vom Arzt?

Maio: Der Arzt wird in der gegenwärtigen Diskussion reduziert auf einen unparteiischen und sachlichen Voll-

strecker des Patientenwillens. Dies ist ein problematisches Arztbild, weil der Arzt hier auf eine Funktion reduziert wird, die der Identität der Medizin als Disziplin der Hilfe nicht gerecht wird. Die Aufgabe des Arztes besteht nicht darin, schematischer Willensvollstrecker zu sein, sondern er ist vor allem anderer ein Helfer. Als Helfer kann seine Aufgabe nie auf eine schematische Handlung reduziert werden. Vielmehr muss der Arzt sich mit dem Patienten als Menschen auseinandersetzen und muss als mitfühlender Mitmensch nachvollziehen können, was den Patienten bewegt. Gerade der Mensch, der durch das Krankwerden in eine existenzielle Notlage gerät, braucht nicht einen Willensvollstrecker, sondern einen Helfer. Er braucht jemanden, der sich auf ihn als Mitmensch einlässt. Es geht nicht darum, dass der Arzt für den Patienten entscheidet, sondern es geht darum, dass sich der Arzt mit dem Patienten oder den Angehörigen auseinandersetzt. Wenn man den Arzt reduziert auf den reinen Vollstrecker einer Patientenverfügung, dann hat man den Patienten eigentlich in seinen schweren Stunden im Stich gelassen.

BDI aktuell: Die Grundidee der Patientenverfügung ist ja, dass sich Gesunde festlegen, was später bei schwerer Krankheit mit einem geschehen soll. Geht das überhaupt?

Maio: Man geht fälschlich davon aus, dass man im vornherein weiß, in wel-

che Situation man später kommt. Das ist eine merkwürdige Vorstellung vom Leben. Man übersieht bei dieser Diskussion, dass ein Mensch wenn er schwer erkrankt, ein ganz anderer Mensch wird. Er bekommt einen ganz anderen Blick aufs Leben. Deshalb funktioniert die Verfügung schon vom Prinzip her nicht, außer der Patient ist schon in der Krankheitssituation und sorgt nun für die nächste Zukunft vor.

BDI aktuell: Aber die Verfügung ist doch keine Pflicht, das kann doch jeder selbst entscheiden.

Maio: Das Problem ist, dass jetzt in der Öffentlichkeit ein falscher Eindruck geweckt wird. Die Grundaussage ist doch: Wer keine Patientenverfügung hat, ist später schlechter dran. Schütze dich möglichst schon als junger Mensch mit einer Patientenverfügung davor, dass die Ärzte später nicht einfach machen, was sie wollen. Die Menschen werden durch die Art der gegenwärtigen Diskussion zu Unrecht verunsichert, weil ihnen ein verzerrtes Bild der Medizin vermittelt wird. Die Ärzte sollten viel stärker verdeutlichen, dass ein Mensch keine Patientenverfügung braucht, um im Krankenhaus gut zu sterben.

BDI aktuell: Sehen sie auch ein Missbrauchspotential in der Verfügung?

Maio: Ja und zwar mit ungeahnten Dimensionen. Es gibt viele Menschen, die von ihrem Charakter her nicht

gerne anderen zur Last fallen. Denen vermittelt man jetzt den Eindruck, sie könnten eine Patientenverfügung aufstellen, um anderen im Krankheitsfall keine Last zu werden. Nach dem Motto, wenn es bei mir schlimm wird, dann braucht Ihr euch nicht um mich zu kümmern. Mit der Patientenverfügung wird dem potenziell Kranken eine Bürde aufgeladen, die zu bedauern ist. Eine überzogene Betonung der Notwendigkeit von Patientenverfügungen kann in der Konsequenz zu einer Entsolidarisierung mit den Kranken führen. Statt über Patientenverfügungen zu diskutieren, müsste doch viel mehr darüber gesprochen werden, wie den Menschen die Angst vor dem Sterben genommen werden kann. Die Politik sollte besser eine Stimmung schaffen, die klarmacht: auch wenn man alt, krank und schwach ist, wird man nicht im Stich gelassen werden. Diese ganze Diskussion ist der Kampf auf dem falschen Schauplatz.

BDI aktuell: Eine Patientenverfügung aus Bescheidenheit – Ist das nicht etwas übertrieben?

Maio: Denken Sie an die zunehmende Mentalität in unseren Kliniken zu Reparaturanstalten zu werden. Jetzt gelten plötzlich Marktgesetze. Die Patienten müssen optimiert durchgeschleust werden. Kein Wunder wenn dann viele Menschen denken: „Wo komme ich denn da hin? Wenn es mir schlecht geht, störe ich doch da eher

erkennen. Arzt und Betreuer, beziehungsweise sein Bevollmächtigter, „haben in der konkreten Krankheits-situation des Patienten festzustellen, ob die in der Patientenverfügung niedergelegten Voraussetzungen für die Einwilligung in einen ärztlichen Eingriff... vorliegen, und nur bei... Dissens zwischen Arzt und Betreuern ist das Vormundschaftsgericht einzuschalten“, so der Abgeordnete Joachim Stünker in der Bundestagsdebatte in diesem Jahr. Der Arzt ist allerdings verpflichtet zu prüfen, ob die Verfügung ordnungsgemäß zustande gekommen ist. Verfügungen unter äußerem Zwang können natürlich nicht den freien Patientenwillen reflektieren. Wenn solche Zweifel bestehen, muss das Gericht ebenfalls prüfen. Nach dem Stünker-Entwurf wäre es aber ohne gerichtliche Prüfung möglich, dass die enterale Ernährung oder die Beatmung, etwa bei schweren zerebralen Schädigungen, abgebrochen wird, wenn der Patient das vorher festlegt. Damit wird die jetzige BGH-Regelung, nach der so etwas ohne Gericht nur in der Sterbephase möglich ist, ungültig. Patientenverfügungen sollen also, so das Stünker-Papier, ohne eine Einschränkung ihrer Reichweite gelten. Eine Missachtung ist dann prinzipiell eine Körperverletzung. Bei diesem Entwurf muss also der zukünftige Patient sehr verantwortungsvoll und informiert handeln. Ihm muss ein

sehr umfassendes und qualifiziertes Informationsangebot zur Verfügung stehen. Eine Beratungspflicht lehnen die Autoren allerdings ab. Dies würde eine zu hohe Hürde für Verfügungen darstellen. Die sollen ja, so ähnlich wie ein Testament, zu jeder Zeit und unter allen Lebensumständen unkompliziert verfasst werden können. Zudem besteht immer die Möglichkeit, dass der Patient in mündlicher oder in non-verbaler Form, seine Festlegungen in der Verfügung widerruft. All dies macht klar, worum es der Arbeitsgruppe geht: Auf keinen Fall darf die freie Willensäußerung eingeschränkt werden. „Das Selbstbestimmungsrecht wäre entwertet, wenn es Festlegungen für zukünftige Konfliktlagen, in denen der Patient aktuell nicht mehr entscheiden kann, nicht umfassen würde“, so Stünker in der Debatte.

● Der „Bosbach-Entwurf“: Patientenverfügung zeitlich und situativ beschränkt

Ganz das Gegenteil davon ist der Entwurf aus der CDU-Fraktion. Die Arbeitsgruppe um den Abgeordneten Wolfgang Bosbach sieht eine Regelung vor, die hinter die Vorgaben des BGH zurückgeht. Zwar wird auch hier der Patientenwille in Form einer schriftlichen Verfügung als verbindlich festgeschrieben, aber nur in bestimmten definierten Situationen. Diese Reichweitenbegrenzung ist ein Grundgedanke des Entwurfs. Man

kann, so Bosbach „den aktuellen Willen eines Patienten nicht gleichsetzen mit einer Verfügung, die er 15 Jahre zuvor einmal verfasst hat“. Mit der Zeit verliere eine Willensäußerung ihre Bedeutung. Aus diesem Grund kann, so die Arbeitsgruppe um Bosbach, der „vorweggenommene Wille nicht so behandelt werden wie der aktuelle Wille eines Patienten, der ganz konkret eine Krankheit hat und sich in Kenntnis aller Umstände für oder gegen eine Behandlung entscheidet. Es ist keine kühne Behauptung, es ist alltägliche Erfahrung, dass die aktuellen Wünsche eines Patienten vom früher geäußerten abweichen können“, so Wolfgang Bosbach im Bundestag.

Die Konsequenz hieraus ist die Beschränkung der Reichweite der Verfügung. Mit anderen Worten: der Patient kann vieles gar nicht verbindlich für die Zukunft regeln. Er kann in seiner Verfügung allerdings Vorgaben machen, die der Arzt dann im Lichte der konkreten Situation prüfen muss. Patientenverfügungen sind, „nicht verbindlich, wenn sie erkennbar in Unkenntnis der Möglichkeiten medizinischer Entwicklungen abgegeben wurde“, so die Bosbach-Variante des § 1901. Außerdem kann der Patient nicht durch Verfügung eine medizinisch und pflegerische Basisversorgung ausschließen. Was darunter zu verstehen ist, bleibt im Moment noch offen.

Der in einer Verfügung festgelegte Wunsch nach dem Abbruch von lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen ist nur dann möglich, wenn das Grundleiden „nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar einen tödlichen Verlauf angenommen hat“ oder ein bleibender Bewusstseinsverlust, zum Beispiel bei einem apallischen Syndrom oder einer Demenz, eingetreten ist. Damit zielt der Entwurf auf Patienten mit apallischem Syndrom und Patienten in der Nahen Sterbephase ab. Nur Therapien, die in diesen Situationen entgegen einer Verfügung stattfinden, würden automatisch zur Körperverletzung. In allen anderen Situationen sind Patientenverfügungen mit schwerwiegenden Vorgaben (z.B. „Ich will niemals reanimiert werden“) dann faktisch entwertet. Das gilt natürlich, sollte sich der Entwurf durchsetzen, auch für alle die bis heute verfassten Verfügungen. Auch der Bosbach-Entwurf setzt die formalen Hürden für die Verfügung sehr niedrig an. Nur die Schriftform ist verbindlich. Auch hier kann der Patient jederzeit mündlich seine Entscheidungen widerrufen. Weitergehende formale Anforderungen, wie etwa eine Beratungspflicht oder eine notarielle Beglaubigung, werden auch im Bosbach-Entwurf abgelehnt.

● **Prof. Borasio: Reichweitenbeschränkung ist Willkür**
Somit liegen zwei Entwürfe für eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung vor, die an Gegensätzlichkeit kaum zu übertreffen sind. Ent-

sprechend heftig ist die öffentliche Diskussion, die sich jetzt anschließt. Mit ihren gegensätzlichen Meinungen besonders exponiert haben sich der Präsident der Bundesärztekammer Dr. Jörg -Dietrich Hoppe und der Münchner Palliativmediziner Prof. Dr. Gian Domenico Borasio. Der Palliativmediziner hat sich für die Stünker-Variante entschieden. Nur hierin sieht er eine Möglichkeit, dem Verfassungsrecht der Selbstbestimmung Geltung zu verleihen. Sein Hauptargument: eine Reichweitenbeschränkung der Patientenverfügung führt zur Willkür. Sinn und Zweck der Verfügung ist es ja, Paternalismus, also eine vormundschaftliche Beziehung zwischen Arzt und Patient, zu verhindern. Der Patient soll autonom entscheiden können. „Die Reichweitenbeschränkung erweist sich somit als Ersatz des alten medizinischen Paternalismus durch einen neuen – und schlimmeren – ethischen Paternalismus. Das zentrale Prinzip des Lebensschutzes wird zum Dogma des Lebenszwangs umgedeutet und damit entwertet. Das hat in meinen Augen etwas Fundamentalistisches.“ Borasio glaubt, dass die Reichweitenbeschränkung, sollte sie denn eingeführt werden, nicht ohne Konsequenz bleibt. „So werden die Leute erst auf den Gedanken gebracht, maximal kontrollieren zu wollen, wer sie wann tötet. Man treibt damit die Menschen in die Arme der Euthanasiebefürworter.“

● BÄK-Präsident Hoppe: „Sterben ist nicht normierbar.“

Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe sieht in beiden Entwürfen entscheidende Mängel. Sie versuchen etwas zu regeln, was man überhaupt nicht regeln kann: „Wenn

ein Gesetz doch nur Klarheit schaffen könnte! Das glaube ich aber nicht. Die Situationen, in denen Ärztinnen, Ärzte und Pflegende Entscheidungen fällen müssen, sind dafür zu komplex und zu verschieden. Sterben ist nicht normierbar, da kann es keine absolute Rechtssicherheit geben.“ Außerdem ist, so Hoppe, die Patientenverfügung aufgrund der höchst-richterlichen Rechtsprechung auch heute schon verbindlich. Allerdings nur dann, wenn die schriftliche oder mündliche Patientenverfügung „tatsächlich auf die Situation passt und nichts konkretes dafür spricht, dass er seinen Willen geändert hat“, so Hoppe im Spiegelinterview. Das ist natürlich weit weniger, als jetzt durch die gesetzlichen Regelungen gefordert wird.

● Die Politik ist gefragt!

Wenn der Gesetzgeber jetzt tätig wird, dann sicher auch, weil ein so bedeutendes Thema einer klaren Regelung bedarf. Eine so wichtige Frage gehört in die Politik und nicht in die Justiz. Doch wenn die Gesetzgebung weiter zögert, werden die Gerichte die Definitionshoheit behalten. In Berlin haben gerade in drei Fällen Angehörige gegen die Ärzte einer Universitätsklinik Strafrechtsklage eingereicht. Der Vorwurf: Trotz schriftlich niedergelegter Patientenverfügung wurde eine nicht gewünschte intensiv-medizinische Therapie fortgeführt. War das Körperverletzung? Zum ersten Mal beschäftigen sich deutsche Strafgerichte mit dieser Frage. Es könnte sein, dass die Rechtsprechung den Gesetzgeber bei dieser Gelegenheit gleich wieder überholt und neue Regeln definiert.

Dr. med. Horst Gross

nur.“ Eine prozessoptimierte Klinik ist kein Platz, an dem man mit seinen Kümernissen stören will. Je standardisierter die Medizin wird, umso geringer die Chance in seinen letzten Stunden an einen verständnisvollen Arzt zu geraten, der nicht nur Zeit sondern auch echtes Verständnis für die existenziellen Nöte hat. Das ist die Grundlage der Angst vieler Menschen. Es erscheint vor diesem Hintergrund als folgerichtig, dass viele Menschen denken, dass sie lieber von sich aus auf weiterführende Maßnahmen verzichten sollten.

BDI aktuell: Aber die Menschen wollen doch die Patientenverfügung haben. Warum sich dagegen sträuben?

Maio: Die Patientenverfügung kann in bestimmten Situationen eine Hilfe sein. Aber sie ist keine Bedingung für ein gutes Sterben und sie trägt für sich genommen auch nicht zu einem besseren Sterben bei. Daher warne ich davor, sich zu viel von ihr zu versprechen. Wenn die Patientenverfügung dazu dienen soll, zu verhindern, dass Menschen mit infauster Prognose sinnlos weiterbehandelt werden, dann muss ich sagen, dass es hierfür keiner Verfügung bedarf. Jeder gute Arzt wird im Falle einer infausten Prognose auf eine sinnlose Behandlung verzichten, weil er weiß, dass er damit dem Kranken nur schadet. Für diese Fälle ist eine Patientenverfügung nichts anderes als eine Bekräftigung einer medizinischen Selbstverständlichkeit und daher kein

Fortschritt. Wenn es um spezifischere Vorstellungen geht, wie z.B. die Ablehnung einer Magensonde, dann kann die Patientenverfügung hilfreich sein, aber sie wird nur dann adäquat angewendet werden, wenn sie nicht losgelöst betrachtet wird, sondern wenn sie zum Anlass genommen wird, dass der Arzt sich mit dem Umfeld des Patienten auseinandersetzt. Die Patientenverfügung kann nur im Rahmen einer Beziehungsmedizin adäquat berücksichtigt werden.

BDI aktuell: Was sollte ihrer Meinung nach also geschehen?

Maio: Ich würde dem Gesetzgeber empfehlen, sich gar nicht auf ein Gesetz einzulassen. Ich sehe da keinen Handlungsbedarf. Der Stünker-Entwurf geht viel zu weit. Bei dem Bosbach-Papier ist die Grenzziehung zwischen heilbar und nicht mehr heilbar zu problematisch und vom Ansatz her möglicherweise paternalistisch. Was wir brauchen ist nicht ein Gesetz zur Patientenverfügung, sondern eine Medizin, der man wieder vertrauen kann. Doch diese lässt sich nicht per Gesetz verordnen, sondern muss mühsam in der alltäglichen ärztlichen Sorge um den Kranken immer wieder neu hergestellt werden.

Das Interview führte
Dr. med. Horst Gross

Kommentar

Autonomie des Patienten oder Regulierungswut des Gesetzgebers?

Werden Gesunde auf ihr Sterbeszenario angesprochen, heißt die fast stereotype Antwort: „Möglichst schnell und schmerzlos, wenn es schon sein soll.“ Die vielen Grautöne, die eine längere Krankheit in der Befindlichkeit und für die Psyche des Patienten bedeutet, werden bei dieser Antwort ausgeblendet. Kommt es zum Beispiel zu einer Tumorerkrankung, die für den Patienten einen längeren Leidensweg bedeuten wird, so ändern nahezu alle, bis auf wenige Ausnahmen, ihre Meinung schlagartig. Selbst in einer Siechensituation kann für einen Patienten der morgendliche Sonnenstrahl durch das Fenster auch ein solches Leben noch lebenswert erscheinen lassen, im Übrigen ein Szenario, das der betroffene Patient im gesunden Zustand weit von sich gewiesen hätte.

Es stellt sich deshalb die Frage, ob Patientenverfügungen, die von gesunden Menschen geschrieben werden, überhaupt einen Wert besitzen.

Ich erinnere mich an eine Podiumsdiskussion mit dem damaligen Gesundheitsminister Seehofer, der auf die Frage aus dem Laienpublikum nach gesetzlichen Regelungen für sein Ableben geantwortet hat, dass er so etwas nicht für effektiv und sinnvoll hielte. Man brauche in dieser Situation eben einen guten Arzt.

Mit der neuen Regelung sind alle Beteiligten überfordert, vor allem die Vormundschaftsgerichte, die von dem Betroffenen und seinem Leid am weitesten entfernt sind. Es besteht damit die Gefahr, dass die neue gesetzliche Regelung unser Sterben nicht menschlicher, sondern eher unmenschlicher machen wird, aber Hauptsache, es ist etwas geregelt.

HFS