

Patientenverfügungen als IGeL-Leistung oder als Teil Hausärztlicher Versorgung?

Advance Directives: Private Non-Covered Health Service or Part of Primary Health Care?

Günther Egidi¹, Heinz-Harald Abholz², Jürgen in der Schmitt²

Zusammenfassung: Gespräche über Patientenverfügungen spielen im hausärztlichen Alltag eine zunehmend wichtige Rolle. Da sie weder zu den unmittelbar kurativen noch (im engeren Sinn) zu präventiven Leistungen zählen, sind sie in der ärztlichen Gebührenordnung (EBM) nicht abgebildet. Es wird eine Diskussion aus dem allgemeinmedizinischen Listserver zur Frage dokumentiert, ob solche Gespräche dennoch als Teil der von den Krankenkassen honorierten hausärztlichen Tätigkeit anzusehen sind – oder ob eine Abrechnung als Selbstzahler-Leistung berechtigt ist. In einem anschließenden Kommentar wird aus berufspolitischer Perspektive empfohlen, Verhandlungen besser über die Höhe der hausärztlichen Pauschale als über die Anzahl der darin enthaltenen Leistungen zu führen. In einem zweiten Kommentar wird die These vertreten, dass angesichts unterentwickelter Verbreitung, Relevanz, Validität und Beachtung von Patientenverfügungen die gesamte Diskussion das Thema verfehlen würde.

Schlüsselwörter: Patientenverfügungen; IGeL-Leistungen; Selbstzahler-Leistungen; Ärztliche Gebührenordnung

Summary: Conversations about medical advance directives are of increasing importance in the daily routine of family physicians. Since these conversations are neither curative nor preventive in the strict sense of the word, they are not explicitly listed in the performance catalogue for family practitioners of the German statutory health insurance (quarterly lump sum per patient). Should these conversations nevertheless be viewed as part of the statutory health insurance's performance package, or is it legitimate to charge patients privately for this service? This article documents a discussion of this question, led in the German family physician web panel "Listserver" in autumn 2011. A subsequent commentary recommends from a political point of view to focus on the sum of family physicians' lump payments than to the question whether a single performance is covered by it or not. A second commentary argues that the entire discussion misses the point considering the underdevelopment of distribution, relevance, validity and recognition of patient advance directives in Germany.

Keywords: Advance directives; Advance Care Planning; Family Physician; Reimbursement Strategies; Pay for Performance

Hintergrund

Nicht zuletzt seit der im Jahr 2009 verabschiedeten Gesetzgebung zur Patientenverfügung [1, 2] werden Hausärzte – anekdotischen Erfahrungsberichten zufolge – von ihren Patienten zunehmend um eine Beratung bei der Erstellung von Patientenverfügungen gebeten. Die Vergütung solcher Beratungen ist nicht einheitlich geregelt und wird von manchen

Hausärzten im Rahmen der Kostenpauschale der GKV, von anderen als Privatleistung abgerechnet.

Im allgemeinmedizinischen Listserver [3], einem deutschlandweiten E-Mail-Diskussionsforum kritischer HausärztInnen, finden regelmäßig intensive Diskussionen zu allgemeinmedizinischen Themen statt. Im Herbst 2011 kreiste die Diskussion um Bezahl-Leistungen in der Hausarztpraxis (IGeL) [4]

und berührte in diesem Zusammenhang auch die Vergütung von Patientenverfügungen. Angestoßen wurde diese Diskussion durch die Frage eines Hausarztes, wer Gespräche über Patientenverfügungen als IGeL abrechne – und wenn ja, in welcher Höhe. Es meldeten sich 13 Diskussions-Teilnehmer. Zehn Beiträge werden hier in chronologischer Reihenfolge ihres Erscheinens wiedergegeben; drei Beiträge wurden für diese Veröffent-

¹ Hausarzt in Bremen, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin Universitätsmedizin Göttingen, Vorsitzender der Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen

² Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Peer reviewed article eingereicht: 26.10.2011, akzeptiert: 05.01.2012

DOI 10.3238/fa.2012.0087-0093

lichung nicht berücksichtigt: zwei, weil sie stark emotionalisierten und einer, weil er zu den übrigen redundant war. Alle Autoren stimmten der Veröffentlichung ihrer Texte in der ZFA zu. Die AutorInnen der drei nicht berücksichtigten Beiträge waren damit einverstanden, dass diese nicht mitveröffentlicht wurden.

Innerhalb des Listservers fand im Zeitraum vom 27.9. bis 3.10.2011 eine Online-Umfrage statt, die erhob, ob die Beratung zum Abfassen einer Patientenverfügung auch als IGeL abgerechnet wird. Dabei gaben – bei einer Gesamtzahl von 53 Umfrageteilnehmern – 54,7% an, die Beratung als IGeL abzurechnen, 37,7% erbringen sie im Rahmen ihrer kassenärztlichen Tätigkeit und 7,5% äußerten keine Meinung zum Thema.

Der provozierende Satz: „**Wer die Beratung zu Patientenverfügungen als IGeL-Leistung anbietet, hat seinen hausärztlichen Beruf verfehlt**“ rief eine lebhaft und kontroverse Diskussion hervor. Ziel dieser die Diskussion wiedergebenden Publikation ist es, den Stellenwert von Gesprächen über Patientenverfügungen im hausärztlichen Arbeitsalltag zu reflektieren sowie auch die Bedeutung, die eine direkte Bezahlung hausärztlicher Einzelleistungen für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient haben kann. Die Listserver-Diskussion wird ihrerseits in zwei Gastkommentaren kritisch reflektiert.

Beitrag 1: Wer kassiert, gibt den Beruf auf (Günther Egidi)

Ich bin der Auffassung, dass, wer Gespräche über Patientenverfügungen als Bezahl-Leistung verkauft, seinen/ihren hausärztlichen Beruf verfehlt hat. Ich verweise auf die Fachdefinition Allgemeinmedizin der DEGAM [5], hier insbesondere auf die folgende Passage:

„Der *Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin beinhaltet:*

- *Die haus- und familienärztliche Funktion, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld (Hausbesuch)*
- *Die Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für den Einzelnen wie auch in der Gemeinde“*

Die Arbeit als Hausarzt/ärztin setzt Vertrauen voraus. Patienten, die zu uns kommen, müssen sich darauf verlassen können, dass sie ihre Sorgen bei uns lassen können, ohne dass wir dabei an Geld denken. Eine Fernreise oder eine Tauchleidenschaft gehören in den allermeisten Fällen nicht zu solchen Sorgen. Die Gedanken aber: „Was wird aus mir, wenn ich nicht mehr selbst für mich sorgen und nicht mehr selbst entscheiden kann?“ berühren ganz elementar die Persönlichkeit und damit die individuelle Gesundheit. Sicherlich kosten Gespräche hierüber viel Zeit.

Aber Gespräche über eine neu diagnostizierte Demenz, Krebserkrankung oder ein Vorhofflimmern kosten ebenfalls viel Zeit. Stellen Sie sich vor, ein(e) Arzt/Ärztin würde hierfür Geld verlangen. Dass ein solcher Gedanke im Zusammenhang mit Patientenverfügungen überhaupt aufkommen mag, liegt sicherlich wesentlich an der Analogie zu den beim Rechtsanwalt beglaubigten Verfügungen. Die Anwälte haben dafür eine Berufsgebührenordnung. Wir aber sind keine Anwälte – zumindest nicht im engeren berufsrechtlichen Sinn. In einem übertragenen Sinn sind wir es nach unserer Berufsdefinition natürlich, und in einem solchen Sinne schreibe ich auch diese Zeilen.

Wenn ich zu einem Anwalt gehe, erwarte ich von ihm, dass, wenn ich ihn bezahle, er mich vertritt. Bei einem Arzt erwarte ich, dass, nachdem ich einen nicht geringen Teil meines Einkommens an die gesetzliche Krankenversicherung bezahlt habe, er in erster Linie einfach da ist, zuhört, meine Sorgen versucht zu begreifen, mir hilft, meine Gedanken zu sortieren – und mich für das am besten zu mir Passende zu entscheiden. Interessant finde ich, dass auf meine inhaltlichen Argumente häufig nur formal berufsrechtlich geantwortet wird. Und wo sind hier die Grenzen? Ist nicht die Sorge um die eigene Zukunft im Alter konstitutiv für Gesundheit? Wofür machen wir ein geriatrisches Assessment? Warum fragen wir die Patienten nach ihren Vorstellungen von gutem und schlechtem Leben? Sollen wir mit unseren Patienten nur über ihre Sorge vor einem Krebs „auf Kasse“ sprechen, wenn dies wie beim Darmkrebs mit einer EBM-Ziffer vergütet wird? Anders herum gefragt: Wenn heute als IGeL Verkaufte früher streng genommen illegal zu Lasten der

Kasse im Einzelleistungssystem abgerechnet wurde, wo blieb seinerzeit das berufsrechtliche Argument? Wenn jetzt Pauschal-Vergütungen dominieren und zuvor zu Lasten der GKV erbrachte Leistungen von den Patienten bezahlt werden müssen, wäre es interessant zu wissen, ob sich die ÄrztInnen wirklich an das Berufsrecht halten und die Krankenkassenkarte bei solchen Anlässen nicht einlesen.

Beitrag 2: Absoluter Widerspruch gegen die provozierende These! (Til Uebel)

Ein Patient ist krank. Er gehört behandelt. Hat ein Mensch realistische oder unrealistische Ängste, dann ist er auch Patient. Wenn jedoch ein vernünftig denkender Mensch Entscheidungen zu nur potenziell auf ihn zukommenden Erkrankungen überdenkt und sich dabei – vollkommen ohne Not – beraten lässt, dann ist das keine Krankheit und hat mit GKV-Leistungen nichts zu tun. Trotzdem kann das Ansinnen vernünftig sein und unterstützt werden. Wenn ich den Vordruck des Justizministeriums, den ich zunächst den Patienten gebe, dann einzeln durchgehe, berechne ich dafür 50 Euro.

In Fällen, in denen die Patienten Sorgen haben, werden diese in den Mittelpunkt gestellt, und es findet keine ausführliche Informationsberatung über andere Eventualitäten statt, denn dies wäre unter Umständen kontraproduktiv. Genauso wenig führe ich in der Regel halbstündige Beratungsgespräche (die ja auch im Terminkalender geplant sein wollen) zum Thema Patientenverfügung, wenn ein Angehöriger gerade etwas Schreckliches erlebt hat. Wenn ich mich mit den Patienten geplant hinsetze, arbeite ich mich durch die BMJ-Vorlage (Muster-Patientenverfügung des Bundesjustizministeriums), Zeitaufwand in der Regel 30–40 Minuten. Da erkläre ich z.B., dass die Situation kommen kann, dass ein Mensch, der zu dement ist, eine eigene Meinung zu haben, eine schwere Pneumonie bekommen kann. Während ich dem klar denkenden Menschen, wie er gerade vor mir sitzt, vorschlage, ihn ins Krankenhaus einzuweisen oder antibiotisch zu behandeln, habe ich als Hausarzt dann die Situation einer ebenfalls lebensbedrohlichen Situation vor mir,

bin mir aber nicht mehr sicher, was der Patient wünscht. *Als Hausarzt habe ich dann die Möglichkeit, nichts zu tun – was mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit dann zum Tode führt.* Im Anschluss bitte ich den Patienten sich zu überlegen, was – aus heutiger Sicht – dann wohl sein persönlicher Wunsch wäre, wenn es ihn so träfe. Vergleichbares wird dann zu Transfusion, Dialyse, Beatmung, Reanimation wiederholt. Die Wiederholung der Situationen führt aus meiner Sicht schon zur tieferen Einsicht, dass das vordergründige „so will ich mal nicht enden“ sehr genau überdacht wird und ein gewisses Verständnis für ärztliche Entscheidungen gefunden wird, zu denen der Patient dann dezidiert Stellung nehmen kann, wodurch tatsächlich ein Bild seiner persönlichen Einstellung entsteht. Da kommen sehr unterschiedliche Ansichten zutage. Juristisch interessant wird das Ganze erst, wenn es zum Ernstfall kommt – da mögen sich dann andere drum streiten, ich aber weiß, was der Patient zumindest Jahre zuvor wollte und kann das beherzigen.

Beitrag 3: Die ärztliche Berufsordnung verbietet, Leistungen kostenfrei anzubieten (Klaus Meyer)

Zu Beginn meiner Niederlassung waren bestimmte Leistungen wie Tauglichkeitsuntersuchungen, Kindergarten-Einganguntersuchungen etc. von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen. Es gab damals noch die Einzelleistungsvergütung. Es war unter den Kollegen allerdings einheitliche Praxis, von diesen gesunden Kunden einen Krankenschein anzunehmen und in betrügerischer Weise diese damals noch nicht IGeL genannten Leistungen über die Krankenkassen abzurechnen. Dass wir diese Untersuchungen inzwischen privat liquidieren, ist selbstverständlich. Die Gebührenordnung enthält inzwischen überwiegend Pauschalierungen, die aber aufbauend auf das bisherige System definierte Leistungen abbilden. Siehe hierzu den Katalog, der die in die Pauschalen eingeflossenen Einzelleistungen auflistet.

(Eine Gebührenordnung ist nach meinem Verständnis im Übrigen kein Instrument, Leistung nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen [Ausbildungs-

grad, Lohnkosten, Nebenkosten etc. wie bei dem Handwerker] gerecht zu bezahlen, sondern es gibt Basispauschalen, förderwürdige Einzelleistungen [z.B. DMP], die allerdings dazu führen, dass das Basisgeschäft schlechter bezahlt wird, da kein neues Geld in das System kommt.)

Zu den Einzelleistungen, die in der Pauschale versenkt wurden, gehört auch das hausärztliche Gespräch, zu dem das Gespräch über Demenz, Krebserkrankung etc. und auch über eine Patientenverfügung gehört. Aber die Beratung zur Vorsorgevollmacht und die Hilfestellung beim Formulieren einer Patientenverfügung ist eben etwas anderes wie ein ärztliches Gespräch im Rahmen der GKV-Leistung.

Laut Berufsordnung ist es dem Arzt nicht gestattet, Leistungen kostenfrei anzubieten. Die Privat-GOÄ bietet hierzu einige Positionen, die dieses Angebot abbilden kann und nicht aus der Berufs-Gebührenordnung der Anwälte stammt. Sie bietet auch die Möglichkeit, je nach finanziellen Verhältnissen eine Staffellung des Steigerungsfaktors anzusetzen.

Beitrag 4: Wir haben einen kurativen Auftrag (Uwe Popert)

Wir haben einen primär kurativen Auftrag und einige definierte präventive Leistungen. Beides finde ich wichtig. Darüber hinaus gibt es im hausärztlichen Bereich Leistungen, die zwar sinnvoll sind, aber – zumindest in Deutschland – eindeutig nicht laut EBM vergütet werden: Reiseberatung, Paartherapie ... und eben auch Patientenverfügungen und/oder Organspenderausweise. Dann gelten die ärztliche Berufsordnung und die GOÄ [6].

Laut GOÄ kann bei Familienangehörigen und bei „sozialer Bedürftigkeit“ auf das Honorar verzichtet werden. Ich persönlich löse dieses Problem bei den Patientenverfügungen, indem ich auf die Vordrucke des Bundesjustizministeriums (www.bmj.de) für Vorsorgevollmacht und die Betreuungsverfügung verweise. Eine Patientenverfügung dagegen macht viel Arbeit, kann nie perfekt sein, erfordert erheblichen Aktualisierungsaufwand und wird in der Regel weniger ernst genommen als die Entscheidung eines Bevollmächtigten. Insofern habe ich weniger Zeitaufwand und finde meine Arbeit trotzdem effektiver.

Beitrag 5: Es handelt sich ja nicht um Krankenbehandlung (Stefan Bilger)

Die Krankenkasse deckt die Behandlung unserer Patienten ab, soweit sie krank sind. Gibt es keine Symptomatik und keine Diagnose (auch keinen Verdacht), handelt es sich nicht um eine Krankenbehandlung, und ich kann nichts zu Lasten der GKV abrechnen. Ich sehe absolut nicht ein, warum ich mit dem schmalen Kassenhonorar noch einen zusätzlichen Service für Gesunde subventionieren soll. Ratsuchende in Sachen Patientenverfügung sind zwar meist auch unsere Patienten. Den Zeitaufwand für eine differenzierte und qualifizierte Beratung kann ich aber nicht nebenher in der Sprechstunde leisten. Er gehört genauso bezahlt wie Reiseimpfberatung, Sporttauglichkeitsuntersuchungen, Führerscheinuntersuchungen u. Ähnliches. All das hat mit dem Aufschwätzen überflüssiger Früherkennungsuntersuchungen und zweifelhafter Behandlungen nichts zu tun. Die Baden-Württemberger LÄK hat zur Beratung über Patientenverfügung sogar einen Abrechnungsvorschlag nach GOÄ erstellt. Wir verkaufen nämlich unsere Leistung (unsere ärztliche Zeit) meist unter Wert. Patienten sehen das auch ein, zumal sie wissen, dass wir uns mit diesen Honoraren nicht bereichern wollen.

Beitrag 6: Wie lassen sich Patientenverfügungen konkretisieren? (Martin Erdmann)

Die Patientenverfügung ist eine besondere Problemstellung. Wie lassen sich die Bedingungen für das „Scharfstellen“ einer Verfügung definieren? Es gibt zu diesem Problem viele Erfahrungen. Ich glaube, dass hier auch die Lebensanschauungen des individuellen Patienten eingehen. Und da kommen wir vielleicht doch in einen strittigen Bereich: Ist das in der hausärztlichen Pauschale enthalten oder nicht? Denn das erfasst Dimensionen nicht nur juristischer Art. Und auf medizinischem Gebiet verbieten sich eben Simplifizierungen, die Endstadien oder vermeintliche Endstadien skandalisieren („ich will nicht an Schläuchen hängen“ usw.). Man muss dann über Ängste, über Hoffnungen, über Sinn und Moti-

vation, über das Leben als Ganzes sprechen, vor einem in Zeiten der Einzelleistungen nie dagewesenen Machbarkeitshorizont, vor dem Hintergrund von therapeutischen Möglichkeiten und Verantwortung für das Leben – und für das „natürliche“, nicht manipulierte Sterben. Wann also fängt dieses natürliche Sterben an? Das ist nur durch die individuelle Positionierung auszumachen, und dazu braucht der Patient die medizinische Beratung. Im Ergebnis halte ich deswegen eine zeitgebundene Vergütung für sehr begründet. Sie könnte sich an den Ziffern der psychosomatischen Grundversorgung orientieren.

Beitrag 7: Eine Patientenverfügung ist eine juristische Leistung (Martin Hermann)

Mir fehlt ein entscheidender Aspekt in der Diskussion über IGeL mit der Patientenverfügung: Eine Patientenverfügung ist eine juristische Leistung von Medizinern (die medizinische Bereiche mit berührt). Wir sollten uns entweder juristisch fortbilden und haftpflichtversichern und sie dann entsprechend nach juristischen Gebührenordnungen bewerten – oder sie so bewerten, wie die medizinische Leistung eines Juristen.

Patientenverfügungen regeln etwas, das früher dem Arzt und dem Pfarrer vorbehalten war

Beitrag 8: Eine Aufgabe des Arztes und des Pfarrers (Guido Pascha)

Dieses Statement macht mich traurig. Es zeigt, wie tief unsere Gesellschaft im juristischen Sumpf versackt ist. Das Mittel der Patientenverfügung (PV) und Vollmacht mag juristischen Ursprungs sein, im Grunde regelt es aber etwas, das in früheren Zeiten der Familie, dem Arzt und dem Pfarrer vorbehalten war. Wir können es zu einem juristischen Akt werden lassen, wenn wir dieses Gebiet auch noch räumen. Ich sehe mich nicht juristisch überfordert, wenn ich eine Patientenverfügung erstelle, die Vollmacht den Patienten zur Verfügung stelle und die Sachlage darstelle.

Beitrag 9: Eine Patientenverfügung ist eine medizinische Leistung (Jürgen Herbers)

Zwar hat die PV juristische Konsequenzen wie jede andere Willensäußerung unserer Patienten auch, doch berate ich ihn nicht juristisch, sondern lediglich medizinisch: „Antibiotikum ja oder nein am Lebensende“ ist eine medizinische, nicht juristische Fragestellung. Die Patienten benötigen Hilfestellung und Erklärung bei „den Kreuzen“, also ob Ja oder Nein bei bestimmten Maßnahmen. Hier erwarten sie medizinische Beratung, nicht juristische; es fehlt den Patienten an Kenntnissen, welche gesundheitlichen Folgen aus ihrer Entscheidung resultieren. Die Patientenverfügung stellt ja nichts anderes dar als die in die Gegenwart verlagerte Entscheidung späterer Fragestellungen. Anders sieht dies aus bei der Betreuungsverfügung oder gar der umfassenden Vorsorgevollmacht (früher: Generalvollmacht). Hier berate ich aber auch nicht. Schlimmer finde ich, wenn der Notar die Patientenverfügung verfasst; dann sieht man nämlich, dass dieser die medizinischen Fallstricke nicht kennt.

Beitrag 10: Rechnung schreiben oder sich als Gutmensch fühlen? (Peter Engeser)

Warum haben wir hier eigentlich eine solch wertende Diskussion über die Beratung zur Patientenverfügung? Warum haben wir den guten Hausarzt und den nicht guten? Weil hier bewusst polarisiert wird. In der Palliativmedizin gibt es viel zu viele „Gutmenschen“. Diese diskreditieren meistens die Hausärzte. Die Beratung über die Patientenverfügung ist in der GKV nicht geregelt und auch nicht in der PKV. Die Beratung ist nicht kurativ und rein präventiv. Die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht sind aus dem hausärztlichen Alltag nicht mehr wegzudenken. Welche Entlohnung ist denn dann angemessen? Ich denke, dass das am Aufwand gemessen werden muss. Für eine gute Beratung benötigt man sicher auch im Sinne des Patienten mit Abfassung 30 Minuten. Natürlich bekommt man es auch in 5 Minuten hin. Je nach Aufwand ist dann auch eine Entlohnung sicher berechtigt. Wenn wir die Patienten befragen, dann sehen die das auch so. Ich habe nicht

den Eindruck, dass unsere Patienten immer von uns erwarten, dass wir unsere Kenntnisse einfach so zur Verfügung stellen sollen. Ich habe eher den Eindruck, dass die Patienten fair sind und auch für eine gute Information bezahlen wollen. Wir sind ja normalerweise nicht der Verkäufer einer IGeL-Leistung sondern der Berater bei einem Beratungswunsch bei Unsicherheit der Patienten. Meines Wissens sagt auch die DEGAM-Definition nichts aus über die Erstattung unserer Tätigkeit. Ich denke nicht, dass wir diese als Begründung für die Bezahlung heranziehen sollten. Zusammengefasst glaube ich, dass eine angemessene Entlohnung für eine ärztliche Leistung, die weder in der GKV noch in der PKV enthalten ist, durchaus ihre Berechtigung hat. Wer keine Rechnung stellt, kann ja dann als „Gutmensch“ in den Spiegel schauen.

Kommentare

So weit die Beiträge – und nun zu den Kommentaren, die die Diskussion unter zwei Fragen betrachten: Was, in diesem Zusammenhang, ist gute Berufspolitik? Und: Ist unsere Beratungsleistung für Patientenverfügungen überhaupt in einem Stadium, das eine Vergütungsdebatte rechtfertigt?

Kommentar 1: Eine gute Berufspolitik schaut nicht primär auf's Geld (Heinz-Harald Abholz)

Ein Teil der Diskutanten geht davon aus, dass wir unsere Glaubwürdigkeit dem Patienten gegenüber verlieren, wenn wir anfangen, für längere Gespräche Geld zu verlangen – zumal es hier um sehr existenzielle Gespräche für den Patienten geht. Der andere Teil hat nicht dies reklamiert, sondern faktisch nur, dass eine neue Leistung auch zusätzlich bezahlt werden muss.

Das Argument, dass diese Leistung nicht der Krankenversorgung diene, gar nur juristisch sei, möchte ich beiseite lassen, weil eine solche Grenzziehung bei sehr vielen Leistungen, die wir erbringen, ähnlich unscharf ist. Zudem haben wir ja in der DEGAM-Definition des Faches vieles, das über die „reine Medizin“ hinausgeht, sogar zum Inhalt unserer Allgemeinmedizin definiert (z.B. Sozialanwalt des Patienten).

Dennoch bleibt: Wenn mehr gearbeitet wird, weil etwas zum Thema der Gesellschaft und somit zum „Bedürfnis“ der Menschen wird, dann muss man über eine Ausweitung der Honorierung nachdenken, sie auch fordern. Das ist übliche und auch berechnete Berufspolitik. Nur ist es längerfristig klug?

Der Ärztestand gerät – nicht zuletzt durch die „Schwarzen Schafe“ – immer mehr ins schlechte Licht. Wir erfahren von vielen unserer Patienten, dass sie zum Teil erheblich empört sind, was ihnen alles nur noch als IGeL angeboten wird. Dabei habe ich nie Beschwerden über Rechnungen für Reiseimpfungen oder Tauchbescheinigungen gehört. Rechnungen über nicht selten aufgedrängte Messungen des Augendrucks, Cervix-Carcinom-Früherkennung, Entfernung von als malignomverdächtig erklärten Stellen der Haut etc. dagegen stießen Vielen auf. Und es taucht dann die Frage auf, was macht denn der Gynäkologe, Dermatologe etc. überhaupt noch außer solchen Bezahl-Leistungen?

Und diese Frage werden auch wir uns stellen lassen müssen, bzw. sie wird erst hinter unserem Rücken, dann in der Öffentlichkeit gestellt und beantwortet: Was berechtigt eigentlich noch den Allgemeinarzt mit seinem Anspruch einer umfassenden Betreuung aller Aspekte des Krankseins und der Gesundheit? Diese Frage wird sehr wichtig dabei sein, wenn es wieder einmal darum geht, ob nicht höher spezialisierte Ärzte eine adäquatere Versorgung bieten (Allgemeininternisten und Spezialinternisten). Bisher war es unsere Breite und unsere Zusatzfunktionen gerade über die „reine Medizin“ hinaus, die ein starkes Argument für uns darstellten.

Wenn wir in der Öffentlichkeit als Geschäftsleute da stehen, die selbst bei so existenziellen Themen wie einer Vorausverfügung Geld sehen wollen, dann fällt es leicht, auch öffentlich sichtbar gegen uns vorzugehen – wie ich meine, auch berechnete. Und unser Benehmen wird an drastischen Beispielen vorgestellt werden: „Harz IV-Empfänger wird Beratung zur gewünschten Vorausverfügung verweigert – er konnte nicht zahlen.“

Ich sehe es als weise Berufspolitik an, auf Ausweitungen der Arbeit verweisend, mehr Geld für die pauschalierte Honorierung einzufordern. Das ist berechnete und gut darstellbar. Es braucht

sicherlich Zeit, diese gut begründete Forderung umzusetzen. Wir aber bleiben in dieser Zeit unserem Patienten gegenüber und in der Öffentlichkeit der Anwalt unserer Patienten – also unserem Berufsbild treu – und damit weniger angreifbar.

Kommentar 2: Die Patientenverfügung hat anderes verdient als diese peinliche Stellvertreter-Debatte (Jürgen in der Schmitt)

Man stelle sich vor, vor 20 Jahren hätte eine Gruppe hochherziger Allgemeinärzte darüber gestritten, ob eine Palliativversorgung sterbenskranker Menschen im damaligen Leistungskatalog der GKV enthalten oder als Selbstzahlerleistung abzurechnen sei. Welche Antwort hätten sie wohl verdient? *Ihr Narren!* so hätten ihnen die Pioniere der Palliativmedizin wohl entgegengerufen. *Was zerteilt ihr das Fell eines putzmunteren Bären – tut endlich etwas, damit sich an der unerträglichen Misere etwas ändert! Und wer seid denn ihr 40 Apostel, ob nun Gutmenschen oder Abkassierer, gemessen an 40.000 Hausärzten in Deutschland?*

Die vorstehende Listserver-Diskussion über Patientenverfügungen muss eine ähnlich ungläubige und zornige Reaktion auslösen. Patientenverfügungen haben sich bis heute in Deutschland nicht etabliert, ungeachtet einer klaren Rechtslage bleiben die wenigen vorliegenden Verfügungen unbeachtet, und wir sehen tagtäglich invasive Eingriffe bei hochbetagten, multimorbiden Menschen, die sich nicht dagegen wehren können, die Eingriffe aber (mutmaßlich) nicht wollten. Wie kann man da über Vergütungsfragen diskutieren?

Seit rund 40 Jahren kreist die medizinethische Debatte um Patientenverfügungen – doch die Praxis kommt allenfalls millimeterweise voran. Ja, das Patientenverfügungsgesetz hat in vielen Punkten Klarheit geschaffen [7]. Doch was nutzt die gesetzliche Kodifizierung der Gültigkeit des im Voraus verfügten Patientenwillens in der Praxis? Fast gar nichts: Patientenverfügungen sind nur wenig verbreitet (10–20%) und, wenn erstellt, häufig nicht auffindbar, nicht aussagekräftig und (nach den noch unveröffentlichten Ergebnissen einer eigenen Studie [8]) in weniger als vier von fünf Fällen valide im Sinne eines *informed consent*, gemessen am Vorliegen einer

ärztlichen Unterschrift. (Ein konkurrierender Gesetzentwurf, der die ärztliche Beratung und Unterschrift zur Bedingung für die Gültigkeit einer – hierdurch als valide erkennbaren – Patientenverfügung gemacht hätte, ist im parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren leider unterlegen [9]).

Doch *können* Ärzte überhaupt kompetent beraten? Die wenigen empirischen Untersuchungen dazu stimmen skeptisch, eine unbekannte Anzahl Ärzte in Deutschland hält ungeachtet der eindeutigen Gesetzeslage an einer autonomieskeptischen Haltung fest [10], und auch diesbezüglich motivierte Ärzte äußern auf Fortbildungen, dass sie sich mit einer wirklich kompetenten Beratung zu Patientenverfügungen überfordert fühlen. Im Rahmen unserer o.g. Studie haben wir aus einer Altenheim-Akte eine hausärztlich-internistische (sic!) Anordnung mit folgendem Text kopiert: *„Reanimation nur im Notfall! Eine Krankenhauseinweisung sollte vermieden werden. Ambulante Maßnahmen stehen an erster Stelle.“* Solche verunglückten Notfall-Verfügungen sind kein Einzelfall und Ausdruck von Unsicherheit und Verwirrung auf Arztseite.

Gerade die Notfall-Problematik im Zusammenhang mit Patientenverfügungen in Altenheimen (und anderswo) ist bisher weithin ungelöst. Die Beratung zu Patientenverfügungen – das müssen wir Ärzte erst noch lernen – darf sich nicht auf künftige hypothetische Szenarien beschränken, wie dies die meisten Formulare vorsehen, sondern muss auch den Notfall aus *aktuellem* Zustand heraus zum Thema haben. Logische Konsequenz ist ein ärztlich mitverantworteter, aber vom Patienten bzw. Vertreter legitimer Notfallbogen, der die notfallrelevanten Vereinbarungen kongruent mit dem Patientenwillen und unmittelbar einsichtig für den im Notfall behandelnden Arzt fixiert [11]. Doch wo wird das bisher praktiziert?

Die Patientenverfügung ist tot! In Deutschland kaum beachtet ist die traditionelle Patientenverfügung in einer fulminanten und in sich durchaus schlüssigen Polemik (auf dem Boden einer Metaanalyse zahlreicher empirischer Untersuchungen) zu Grabe getragen worden [12]. Vor diesem Hintergrund hat die eifrige Auseinandersetzung deutscher Allgemeinärzte über die Honorierung ihrer Beratung für traditio-

Dr. med. Günther Egidi ...



... Arzt für Allgemeinmedizin, seit 1999 in hausärztlicher Gemeinschaftspraxis in Bremen niedergelassen. Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) bei der Nationalen Versorgungsleitlinie Diabetes.

nelle Patientenverfügungen etwas Gespenstisches. Evidenzbasierte Wissenschaft beschränkt sich nicht auf Herzinsuffizienz und antidepressive Therapie, sondern ist auch für medizinethische Themen von Bedeutung; dies sollte im Listserver zur Kenntnis genommen werden.

Es lebe die Patientenverfügung! Seit den 1990er Jahren gewinnt – wiederum in Deutschland unbeachtet – ein neues Konzept international an Bedeutung, das die Patientenverfügung in einen sinnvollen Kontext stellt: *Advance Care Planning*, was mit „Gesundheitliche Vorausplanung in der Region“ übersetzt werden kann [13]. Wenn Wunsch und Wille nicht-einwilligungsfähiger Patienten künftig Beachtung finden sollen, so ist nach diesem Konzept eine Systemlösung gefragt, die auf zwei Säulen ruht:

- **einer aufsuchenden, obligaten qualifizierten Gesprächsbegleitung** (nicht „Beratung“!), welche gewährleistet, dass auch die medizinische Vorausentscheidung den Bedingungen eines *informed consent* entspricht. Dieser in der Regel *mehrzeitige und auch mehrstündige* Begleitungsprozess ermöglicht ein gründliches Sich-Eindenken des Betroffenen in die relevanten Szenarien und Entscheidungen und bezieht regelmäßig designierte Vertreter und ggf. andere Angehörige mit ein. Ergebnis ist eine schriftliche Patientenverfügung als ein regional in der Form einheitliches, im Inhalt individuelles Dokument, das grundsätzlich mit einem separaten Notfallbogen verbunden ist – jedenfalls dann, wenn im Notfall nicht mehr der Imperativ des Machbaren gelten soll.
- **einer regionalen Einführung und nachhaltigen Implementierung** einer solchen *Advance Care Planning*-Initiative an allen relevanten Schnittstellen des Systems: ins-

besondere den Altenheimen, bei den Hausärzten, im Rettungsdienst und den Krankenhäusern sowie vielen anderen Orten. *Advance Care Planning* schafft einen regionalen kulturellen Wandel, der die validen Voraussetzungen von Patienten zum selbstverständlichen Bestandteil jeglicher gesundheitlichen Betreuung werden lässt – so selbstverständlich, wie mittlerweile die aktuelle Einwilligung des Patienten im Sinne des *informed consent* für uns wohl geworden ist.

Wer jetzt ausruft, dies sei eine Utopie, der hat nicht ganz Unrecht – und sei an dieser Stelle dennoch herzlich eingeladen, sich näher damit zu befassen. Auch eine palliativmedizinisch kompetente hausärztliche Versorgung war wohl kaum etwas anderes als eine Utopie, als Cicely Saunders 1967 das St. Christopher's Hospiz in London gründete. *Advance Care Planning* ist eine Utopie, die zum einen ohne Alternative und zum anderen bereits Wirklichkeit geworden ist, wenn auch bisher nur in wenigen Regionen der Welt [14]. Die wissenschaftliche Allgemeinmedizin sollte ihre berechnete kritische Auseinandersetzung mit der unseligen VerIGeLung der ambulanten Medizin auf passende Schauplätze verlegen und daran mitwirken, dass *Advance Care Planning* bald an vielen Orten zur regionalen Realität wird – unter Mitwirkung kompetenter, nämlich dafür geschulter Hausärzte, denen dann sicherlich niemand eine adäquate Honorierung vorenthalten will, sei es nun im Rahmen der GKV oder der GOÄ.

Zusammenfassung

Die dargestellte Diskussion aus dem allgemeinmedizinischen Listserver zeigt deutlich, dass sich hier ein hoch emotionalisiertes Thema eröffnet hat. Dabei

geht es um sehr verschiedene Diskussionsstränge:

1. Die in der Diskussion unbestrittene These, dass Gespräche über den vor einem liegenden Rest des Lebens und die Art und Weise des danach bevorstehenden Sterbens zentral zu den Inhalten hausärztlicher Arbeit gehören.
2. Die Problematisierung der zunehmenden hausärztlichen Privatabrechnung von Leistungen, die nach einvernehmlicher Auffassung zum spezifisch hausärztlichen Auftrag gehören, in der geltenden Vergütungsstruktur aber bisher keine Berücksichtigung finden. Die ebenfalls unbestrittene formal berufsrechtliche Information darüber, dass die kassenärztliche Honorierung in erster Linie für kurative und sehr eng umrissene präventive Beratungsanlässe vorgesehen ist.
3. Die Beobachtung, dass traditionelle Patientenverfügungen ungeachtet einer vierzigjährigen Diskussion darüber und auch ungeachtet der Gesetzgebung aus dem Jahr 2009 wenig verbreitet sind und, falls vorhanden, meist wirkungslos bleiben, ob nun mit hausärztlicher Beratung oder ohne – und dass es für eine wirkungsvolle Änderung dieser Situation möglicherweise eines neuen umfassenden Konzeptes bedarf, das international als *Advance Care Planning* zunehmende Bekanntheit erhält und in dem eine qualifizierte hausärztliche Beratung einen hohen Stellenwert erhalte.

Alle drei Diskussionsstränge stehen momentan weitgehend beziehungslos nebeneinander. Zukünftige berufstheoretische und berufspolitische Diskussionen werden erforderlich sein, um aus diesen drei Ansätzen ein konsistentes Konzept zu formen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Günther Egidi
Arzt für Allgemeinmedizin
Huchtinger Heerstraße 41
28259 Bremen
Tel.: 0421 5797675
E-Mail: familie-egidi@nord-com.net

Literatur

1. Borasio GD, Heßler HJ, Wiesing U Patientenverfügungsgesetz – Umsetzung in der klinischen Praxis. *Dsch Ärztebl* 2009; 40: 1952–57
2. http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2009/24808527_kw25_patientenverfuegung/namabst.html
3. http://degam.de/alt/cme/index_cm.htm
4. http://degam.de/fileadmin/user_upload/degam/Positionen/IGeL_DEGAM_Positionspapier_2007.pdf
5. <http://degam.de/index.php?id=303> – zuletzt besucht am 5.12.2011
6. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=106362> – zuletzt besucht am 5.12.2011 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel [...] § 12 MBO Honorar und Vergütungsabsprachen
(1) Die Honorarforderung muss angemessen sein. Für die Bemessung ist die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten. Ärztinnen und Ärzte dürfen die Sätze nach der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten. Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung haben Ärztinnen und Ärzte auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der oder des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.
7. Vetter P, Marckmann G. Gesetzliche Regelung der Patientenverfügung: Was ändert sich für die Praxis? *Ärztebl Baden Württ* 2009; 9: 370–374
8. in der Schmitt J, Rothärmel S, Melkert C, et al. A complex regional intervention to implement advance care planning in one town's nursing homes: Protocol of a controlled inter-regional study. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 14–23
9. Höfling W. Antizipative Selbstbestimmung – eine kritische Analyse der Entwürfe zu einem Patientenverfügungsgesetz. *GesR* 2009; 8: 181–188
10. Dörner K. „Der gute Arzt“ im Spannungsfeld zwischen Patientenwille und medizinischer Indikation. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg.). *Medizinische Indikation und Patientenwille*. Stuttgart: Schattauer, 2008: 1–6
11. in der Schmitt J, Rothärmel S, Mortisier A, Rixen S, Marckmann G. Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 2). Neue Perspektiven durch Advance Care Planning und die Hausärztliche Anordnung für den Notfall. *Notfall Rettungsmed* 2011; 14: 465–474
12. Fagerlin A, Schneider CE. Enough. The failure of the living will. *Hastings Cent Rep* 2004; 34: 30–42
13. in der Schmitt J, Marckmann G. Gesundheitliche Vorausplanung (Advance Care Planning): Was können wir aus internationalen Erfahrungen für die Umsetzung von Patientenverfügungen lernen? In: Meier C, Heßler H-J, Jox RJ, Borasio GD (Hrsg.). *Patientenverfügungen – was hat das Gesetz bewirkt?* Stuttgart: Kohlhammer (im Druck)
14. Hammes BJ, Rooney BL, Gundrum JD. A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 1249–1255



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen ab sofort frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als Kitteltaschenkarte. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können nun auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (<http://leitlinien.degam.de>) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Pressekontakt:

Dr. med. Isabelle Otterbach
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon: 069–6500–7245
Fax: 069–6301–6428
E-Mail: otterbach@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de
Homepage: www.degam.de