

# Heikle Festlegungen

## Patientenverfügung soll in Heimen wohl Standard werden

**Klaus-Peter Görlitzer  
(Hamburg), Journalist,  
verantwortlich für  
BIOSKOP**

### Ausweitung erwünscht?

Die neue »Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«, die Krankenkassen in Heimen bezahlen müssen, soll perspektivisch allen BürgerInnen nahegebracht werden – dafür plädiert jedenfalls die Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Bei ihrem jüngsten Treffen am 20. und 21. Juni in Düsseldorf haben die GesundheitsministerInnen der Bundesländer die Bundesregierung per Beschluss aufgefordert, »zu prüfen, ob und inwieweit das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung für Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen gemäß § 132g SGB V auf alle betroffenen Versicherten auch außerhalb von Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ausgeweitet werden kann«. Die seit 2018 von den Krankenkassen zu bezahlende »Versorgungsplanung« steht zwar noch ganz am Anfang. Doch wird sie von der GMK im Beschluss bereits als »wichtiges und entscheidendes Instrument« bewertet, zu dem »jede Versicherte und jeder Versicherte Zugang haben« sollte. Außerdem halten die GesundheitsministerInnen »eine vertiefte Wertediskussion der ethischen Fragestellungen bei der medizinischen Behandlung lebenslimitierender Erkrankungen sowie der Behandlung am Lebensende für unabdingbar«.

**Speziell ausgebildete BeraterInnen sollen Menschen in Pflege- und Behinderteneinrichtungen motivieren, eine Patientenverfügung zu verfassen. Darauf zielt die »Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«, ermöglicht mit dem Hospiz- und Palliativgesetz. Einige Heime sind mittlerweile dabei, das »Vorsorge«-Instrument, das BIOSKOP wiederholt kritisch beleuchtet hat, zu etablieren. Eine breite öffentliche Diskussion, auch über Alternativen, steht noch aus.**

Das Angebot ist im Prinzip freiwillig: Stationäre Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe können die Versorgungsplanung gemäß Paragraph 132g SGB V anbieten, sie sind aber nicht dazu verpflichtet. Und auch die HeimbewohnerInnen und ihre rechtlichen VertreterInnen entscheiden formal selbst, ob sie sich auf das von den Krankenkassen zu bezahlende Angebot einlassen oder nicht.

Vorgaben für die Inhalte und Anforderungen der Beratungs- und Planungspraxis hat der GKV-Spitzenverband im Dezember 2017 mit den Verbänden der Heimträger vereinbart. Ziel des neuen Instruments ist es, Therapieentscheidungen für einen hypothetischen Notfall im Voraus mit den BewohnerInnen zu besprechen und das denkbare medizinische Handeln vorab im Detail festzulegen. Diese »Planung« – vereinbart weit weg von der konkreten Behandlungssituation – gilt ausdrücklich auch für den Verzicht auf Therapien, die Leben retten könnten.

Die nach der Beratung erklärten Festlegungen müssen schriftlich dokumentiert werden und jederzeit verfügbar sein; im Notfall sollen sie für alle Beteiligten rechtsverbindlich sein – für den betroffenen Bewohner ebenso wie für Heime, MedizinerInnen, Rettungsdienste, Krankenhäuser. Möchte der oder die Beratene keine schriftlichen Willensäußerungen treffen, ist auch »dies in der Dokumentation festzuhalten«, besagt die Vereinbarung.

Die Krankenkassen erfahren zwar, welche ihrer Versicherten beraten wurden, sie dürfen aber keinen Einblick in die Inhalte der Dokumentationen nehmen. Wie lange ein abrechnungsfähiges Gespräch dauern soll oder darf, ist nicht definiert; die Vereinbarung benennt aber vier Varianten pro Gespräch: 30, 60, 90, 120 Minuten. Mehrere Gespräche sind grundsätzlich möglich in einem »Beratungsprozess«, der grundsätzlich mit der Dokumentation der Ergebnisse abgeschlossen ist.

Erklärt wird die Vereinbarung zum § 132g SGB V in einem Fragen-/Antworten-Katalog, den die GKV veröffentlicht hat. In diesem Papier (Stand: 29. Oktober 2018) liest man auch einiges zur »Qualifikation der Beraterinnen und Berater«. Sie müssen sich in 60 Unterrichtseinheiten in Theorie und Praxis weiterbilden und anschließend, binnen eines Jahres, »mindestens sieben Beratungsprozesse« absolvieren, »die alleinverantwortlich in der Praxis durchgeführt werden und vom Weiterbildungsanbieter begleitet werden«. Wer die Kurse erfolgreich abschließt, erhält ein Zertifikat, das wiederum Voraussetzung dafür ist, dass Heimbetreiber die Versorgungsplanung mit den Krankenkassen abrechnen können. Mit der verlangten Qualifizierung entsteht ein neuer, lukrativer Markt für Weiterbildungsanbieter, die – gemäß Anforderungen der Vereinbarung – eigenverantwortlich Lehrpläne entwerfen können.

### Auch stellvertretend verfügen?

Für die Verbreitung der neuen Versorgungsplanung wirbt insbesondere eine Vereinigung, die ihr Konzept, genannt »Behandlung im Voraus Planen« (BVP), quasi als den richtigen, vorbildlichen Standard propagiert. Schriftführer dieses Vereins ist Professor Jürgen in der Schmitt, der bereits das umstrittene Modellprojekt »beizeiten begleiten« geleitet hatte (→ Seite 9), im Vorstand dabei ist auch Kirsten Wolf vom Frankfurter »Würdezentrum« (→ Seite 11).

Unter der Überschrift »Bis zu Ende denken – Patientenverfügungen in Pflegeeinrichtungen« hat Allgemeinmediziner in der Schmitt im März 2018 im *Deutschen Ärzteblatt* (DÄB) seine Vorstellungen ausgebreitet, gemeinsam mit dem Medizinethiker Georg Marckmann und der Caritas-Ethikexpertin Sabine Petri. Die drei AutorInnen beschreiben, warum sie ihre BVP-Variante empfehlen und ihr Beratungskonzept »eine differenziertere Auswahl lebensverlängernder Maßnahmen« ermögliche.

Zudem erläutern in der Schmitt und MitarbeiterInnen im DÄB auch dies: »Ist der Bewohner nicht (mehr) einwilligungsfähig und auch eine unterstützte Entscheidungsfindung nicht (mehr) möglich, wird seinem Vertreter die Gesprächsbegleitung angeboten. Gemeinsam wird der (mutmaßliche) Wille des Patienten ermittelt und dokumentiert.«

Eine stellvertretende, verbindliche Vorabverfügung des Betreuers oder Bevollmächtigten, anzufertigen bereits kurz nach der Heimaufnahme ▶

## Auch gesundheitsökonomisch relevant

Die »Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«, international auch Advance Care Planning (ACP) genannt, orientiert sich offensichtlich an einem Modellprojekt mit dem markenrechtlich geschützten Namen »beizeiten begleiten«, durchgeführt von März 2008 bis Dezember 2011 unter Leitung des Allgemeinmediziners Jürgen in der Schmittens – und gefördert mit rund 500.000 Euro vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Einbezogen waren vier Altenheime und rund 20 Arztpraxen in Grevenbroich.

Dabei war die Studie keineswegs widerspruchsfrei verlaufen: Eine der vier Seniorenheimen sowie drei HausärztInnen stiegen im April 2010 aus dem Modellprojekt wieder aus, weil sie Zweifel an der Seriosität der Gesprächsführung der geschulten ACP-BeraterInnen hatten und die im Projekt auch eingesetzten »Vertreterverfügungen« für nicht rechtmäßig hielten (→ BIOSKOP Nr. 49+50).

2014 wurde der Abschlussbericht für das BMBF veröffentlicht. Das Dokument zählt 51 Seiten; die Lektüre ist aufschlussreich. Im Kapitel 7.2 geht in der Schmittens auf die »Gesundheitsökonomische Relevanz der Ergebnisse« ein. Der Allgemeinmediziner, mittlerweile Professor an der Universität Düsseldorf, stellt fest: »Vieles spricht dafür, dass auch in Deutschland eine entsprechende Überversorgung in den letzten Lebensjahren erfolgt und dass regionale Advance Care Planning Programme ein Mittel sind, Menschen auch in den letzten Jahren ihres Lebens so zu behandeln, wie sie das wünschen, und zwar im Ergebnis zumindest kostenneutral (unter Berücksichtigung der Kosten solcher Programme) oder sogar mit finanziellen Einsparungen verbunden.«

»Ein weiterer, angesichts der demographischen Entwicklung kaum zu überschätzender Effekt.«

Konkrete Berechnungen benennt in der Schmittens nicht, zumal die finanziellen Auswirkungen nicht Gegenstand seines Forschungsprojekts gewesen seien. Auch habe die Studie »nicht den Anspruch erhoben, die klinische Auswirkung der vermehrt entstehenden Vorausverfügungen nachzuverfolgen«. Gleichwohl verweist der deutsche Projektleiter auf Erfahrungen aus der Region La Crosse im US-Staat Wisconsin, in der rund 200.000 Menschen leben. Unter dem Titel »Respecting Choices« ist dort seit Anfang der 1990er Jahre ein ACP-Programm etabliert worden, das sich in der Schmittens und seine Kolleginnen vor Ort angeschaut und zum Vorbild für »beizeiten begleiten« ausgewählt hatten. Die Zahl der Krankenhaustage »in den letzten zwei Jahren vor dem Tod« liege in La Crosse »mit 13,5 ganz erheblich unter dem nationalen

Durchschnitt von 23,6«, schreibt in der Schmittens mit Verweis auf einen Presseartikel, gedruckt 2009 in der *Washington Post*.

»Als ein weiterer, angesichts der demographischen Entwicklung kaum

zu überschätzender Effekt von Advance Care Planning Programmen«, fügt in der Schmittens hinzu, »erscheint die Entlastung von personellen (Pfleger, Ärzte) und materiellen (Krankenhausbetten, Diagnostikplätze) Ressourcen des Gesundheitssystems selbst in dem Fall, dass sich aufgrund gegenzurechnender Kosten für eine effektive gesundheitliche Vorausplanung sowie für eine angemessene palliativmedizinische Alternativbetreuung keine finanzielle Netto-Einsparung ergibt.«

Klaus-Peter Görlitzer

In der Schmittens Abschlussbericht ist gratis zu lesen auf: [www.forschung-patientenorientierung.de](http://www.forschung-patientenorientierung.de) Der offizielle Titel der »kontrollierten Interventionsstudie« heißt: *Respekt für vorausverfügte Präferenzen und Entscheidungen für den Fall von Krankheit und Tod (RESPEKT)*.

- eines schutzbefohlenen Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung? Fernab einer konkreten Behandlungssituation? Ein solches Vorgehen ist – anders als die 2009 per Gesetz legitimierte Patientenverfügung – in Deutschland so nicht rechtlich abgesichert.

Kritisch zu hinterfragen ist aber nicht nur dieser, besonders heikle Aspekt des BVP-Konzepts, das Begleitung und Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase ja einseitig auf Fragen der medizinischen Behandlung ausrichtet. Zu berücksichtigen und zu verbessern ist auch der Kontext, in dem solche vorab erklärten

Therapieverzichte zur Wahl gestellt werden – hier nur einige Stichwörter: Qualitätsmängel in Heimen, oft zu wenig Pflegepersonal, das für Zuwendung und persönliche Gespräche kaum Zeit hat, der gesundheitsökonomische Rahmen, auch individuelle finanzielle Grenzen, mit denen HeimbewohnerInnen wie Angehörige zurechtkommen müssen.

Kritik und Alternativen zu der kassenfinanzierten Versorgungsplanung sind gefragt. Ideen gibt es wohl, auch in Fachkreisen. Wer bessere Ansätze zu bieten hat, sollte nicht zögern, sie öffentlich zu machen.

### Aufruf des AOK-Chefs

Was die Behandlung chronisch kranker Menschen kosten darf, wird immer mal wieder öffentlich ins Gespräch gebracht. »Wie lange sollten wir Schwerstkranke am Leben halten?«, titelte am 9. September *Die Welt*. Ausgangspunkt war ein Bericht der Zeitung über die »wachsende Branche der außerklinischen Intensivpflege«. Unter den PatientInnen, die auf Intensivstationen behandelt wurden, seien bis zu 20.000 aus Krankenhäusern entlassen worden, »obwohl sie weiterhin rund um die Uhr beobachtet werden müssen«, berichtete WELT-Wirtschaftsjournalistin Anette Dowideit. 2017 hätten die gesetzlichen Krankenkassen für einen Schwerstkranken bis zu 25.000 Euro pro Monat ausgegeben – für »Patienten, die meistens von Maschinen beatmet werden müssen, die häufig nicht bei Bewusstsein sind und bei denen es vielfach keine Hoffnung auf Besserung gibt«. Im Bericht vom 9. September zitierte Dowideit auch den Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Der Krankenkassen-Funktionär habe dazu aufgerufen, »eine ethische Diskussion über die Sinnhaftigkeit zu führen« und gesagt: »Wir als Gesellschaft sollten uns damit auseinandersetzen, welchen Stellenwert die absolute Machbarkeit der ambulanten Versorgung für uns hat.«