

Grundsätze der Bundesärztekammer unterstützen diese Verhinderung. Darin liegt deren Unmenschlichkeit. Unmenschlich ist es auch, einem persönlich nicht vertrauten Arzt allein oder einem ebenso anonymen Vormundschaftsgericht die letzte Entscheidungsbefugnis zu übertragen. Einer Generalisierung und Ent-Individualisierung wird dadurch Tür und Tor geöffnet.

Allen anderen Punkten der Grundsätze kann ich ansonsten zustimmen, insbesondere will ich deren feste Haltung gegen die um sich breitere Tendenz gegen Alte und Kranke in Zeiten wirtschaftlicher Schwierigkeiten anerkennen. Es ist richtig und notwendig, genaue Bedingungen und Grenzen des Tabubruches der Krankentötung zu formulieren. Die damit durchaus verbundenen Gefahren für krankes Leben, Behinderung der besseren Betreuung Sterbender, dem Nachgeben gegenüber einem unge-rechtfertigten psychologischen Druck, Angehörigen oder der Gesellschaft nicht zur Last zu fallen, sind vollkommen berechtigte Argumente der Grundsätze, dürfen aber die Humanität einer Krankentötung unter ganz bestimmten Bedingungen nicht generell ausschließen.

Dr. med. Michael Klucken
Am Bloher Forst 18, 26160 Bad Zwischenahn

Behinderte Neugeborene wollen leben

Großartig, dass sich Kammer und KBV gegen aktive Euthanasie entschieden haben. Vielen Dank. Nur das schwer behinderte Neugeborene darf unversorgt sterben gelassen werden. Das Kind will leben, sterben ist für ihn das Schlimmste. Ich habe noch nie von einem Kind gehört (nicht jungem Erwachsenen), das Selbstmord begangen hätte. Es läuft höchstens fort bei Misshandlung oder Missbrauch. Es steht am Anfang seines Lebens, hofft, dass es besser wird, und hat nur dieses behinderte Leben.

Renate Krüger
Achenbachstraße 105, 40237 Düsseldorf

Erster Schritt

Nach unserer Auffassung sind die ... vorgenommenen Veränderungen durchaus ein wichtiger, „erster Schritt“ in eine grundsätzlich richtige Richtung – und damit zu begrüßen. Angesichts des tatsächlich bestehenden Klarstellungsbedarfs steht nach unserer Einschätzung jedoch sehr zu befürchten, dass die hier vorgenommene Überarbeitung letztlich zu kurz greift, da sie – trotz insgesamt richtiger Grundtendenz – in ihrem sehr aner kennenswerten Bemühen um Ausgeglichenheit in einigen Punkten weiterhin die gebotene sowie medizinisch, medizinethisch und rechtlich auch durchaus mögliche Eindeutigkeit vermissen lässt.

Damit ist abzusehen, dass auch diese Version der „Grundsätze“ schon didaktisch allenfalls bedingt geeignet sein wird, die empirisch sehr weit verbreiteten Unsicherheiten mit „Entscheidungen am Lebensende“ wirklich hinreichend auszuräumen und Praktikern die notwendigen Hilfestellungen bei der Moderation transparenter Entscheidungen zu geben. Insbesondere bestehen weitgehend unverändert einige Formulierungen fort, die (palliativ)medizinisch, medizin- und betreuungsrechtlich sowie aus systematisch-medizinethischer Sicht als zumindest missverständlich, wenn nicht gar als fehlerhaft einzu-stufen sind.

Aus wissenschaftlicher, insbesondere auch juristischer Sicht sind sie damit z. T. schlicht „unbeachtlich“. Als Leitlinien für die Ärzteschaft gehen diese Formulierungen damit potenziell sowohl zulasten der tatsächlichen Rechtssicherheit ärztlicher Kollegen als auch der Patienten. Zudem belasten sie die betreuungsrechtliche Rechtspflege (Vormundschaftsgerichte) in unangemessener Weise mit der Wahrnehmung einer zutiefst und unvermeidlich letztlich ärztlichen Verantwortung – nämlich mit der medizinisch-fachlichen, ethisch-rechtlichen und nicht zuletzt auch (selbst)kritischen Überprüfung sehr relativer „Behandlungsangebote“ oder -indikationen mit höchst zweifelhafter Prognose bzw. am Ende des Lebens.

Insgesamt ist damit hier auch die Chance, mit diesen „Grundsätzen“ für die Bundesrepublik erneut eine „quasi

gesetzgeberische“ Klarstellung zumindest im Sinne einer „subsidiären Rechtsnorm“ zu schaffen, bedauerlicherweise weitgehend ungenutzt verstrichen.

Schließlich dürfte auch vor dem Hintergrund der derzeitigen Entwicklungen in der Rechtspolitik und der Rechtsprechung (vgl. die aktuelle Diskussion um das zweite Betreuungsrechtsänderungsgesetz, Vorschläge zur gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung, angekündigten Beschluss des XII. Zivilsenats des BGH zum „Traunsteiner Fall“) voraussichtlich schon relativ kurzfristig eine abermalige Revision der nunmehr aktualisierten Grundsätze zur Sterbebegleitung notwendig werden. Damit scheint die Bundesärztekammer auch hinsichtlich des Timings der Verabschiedung dieser überarbeiteten Grundsätze nicht gut beraten. Anstatt eine hinreichend differenzierte Meinungsführerschaft für die Ärzteschaft in dieser Frage zu sichern, steht durchaus zu befürchten, dass das wiederholte Verabschieden von Grundsätzen zur Sterbebegleitung mit medizinisch, ethisch sowie rechts- und gesellschaftspolitisch immer kürzer werdender Halbwertszeit der Glaubwürdigkeit der Ärzteschaft in dieser zentralen Frage insgesamt eher nicht zuträglich sein wird.

Eine über diese erste Stellungnahme hinausgehende, kritische Kommentierung der nunmehr aktuellen „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ wird der hiesige Forschungsschwerpunkt in absehbarer Zeit für die weitere, interdisziplinäre Diskussion zur Verfügung stellen.

Dr. med. Meinolfus Strätling
Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Missverständliche Formulierungen

Die Neufassung der „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ enthält zwar eine Reihe von hilfreichen Präzisierungen, aber auch missverständliche und für die Praxis wenig hilfreiche Formulierungen, insbesondere zur Frage nach der Einschaltung des Vormundschaftsgerichts.

Der Satz im 3. Absatz von Abschnitt IV „Wenn der Vertreter eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden“, der in Abschnitt V wörtlich wiederholt wird, ist aus folgenden Gründen ein schwerwiegender Rückschritt gegenüber der bisherigen Fassung der Grundsätze (die alte, bessere Formulierung war: „Bei Verdacht auf Missbrauch oder offensichtlicher Fehlentscheidung soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden“).

- Schon die Formulierung „ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme“ ist in diesem Zusammenhang zu hinterfragen, denn eine ärztlich nicht indizierte lebenserhaltende Maßnahme darf der Arzt gar nicht erst anordnen bzw. weiterführen. Leider geht ein Großteil der Ärzteschaft davon aus, dass lebenserhaltende Maßnahmen als solche immer „indiziert“ seien, und ihre Nicht-Durchführung rechtliche Gefahren mit sich bringe.

- Der Satz kann als direkter Widerspruch zum 2. Absatz von Abschnitt IV (Verbindlichkeit von Patientenverfügungen) gesehen werden: was soll gelten, wenn ein Patientenvertreter unter Berufung auf eine eindeutige Patientenverfügung eine lebenserhaltende Maßnahme ablehnt? Und was soll für die am häufigsten vorkommende Konstellation gelten, nämlich dann, wenn zwar keine Patientenverfügung vorliegt, aber Arzt, Vertreter und Behandlungsteam einstimmig der Meinung sind, dass eine solche Ablehnung dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht? Welche Hilfestellung kann bei einem solchen Konsens das Vormundschaftsgericht noch leisten, da es ohnehin nur gehalten ist, zu prüfen, ob nach dem Willen des Patienten entschieden wurde? Der Bundesgerichtshof hat in seiner Entscheidung vom März 2003 klargestellt, dass das Vormundschaftsgericht „nur in Konfliktfällen“ anzurufen sei. Der Text der Grundsätze kann aber so verstanden werden, dass das Vormundschaftsgericht immer anzurufen sei, wenn lebenserhaltende Maßnahmen abgelehnt werden – was zu einer hoffnungslosen Überlastung der Gerichte und unmenschlichen Zuständen für die Patienten und ihren Familien führen würde.

Wir haben im August 2003 im Deutschen Ärzteblatt einen Ausweg aus diesem Dilemma vorgeschlagen, in dem klargestellt wird, dass der Wille des Patienten als maßgeblich für die Indikationsstellung einer ärztlichen Maßnahme bei Schwerstkranken und Sterbenden zu betrachten ist. Das vorgestellte Entscheidungsdiagramm wurde seitdem vielerorts in die Praxis umgesetzt und hat sich als Richtschnur bewährt. Entsprechend dem BGH-Beschluss soll das Vormundschaftsgericht nur dann angerufen werden, wenn ein Dissens zwischen Arzt und Patientenvertreter bezüglich des Patientenwillens besteht.

Zur Verhinderung zukünftiger Unklarheiten wäre es hilfreich, wenn in der Grundsätze-Kommission ein Vertreter aus der Palliativmedizin berufen werden könnte, was bisher nicht der Fall war. Dann bestünde auch die Hoffnung, dass die Bundesärztekammer Stellung zum schwierigen, aber sehr praxisrelevanten Thema der palliativen Sedierung nehmen würde.

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. Gian Domenico Borasio
Interdisziplinäres Forum für Palliativmedizin, Klinikum
der Universität München-Großhadern, 81366 München

Dr. med. Wolfgang Eisenmenger
Institut für Rechtsmedizin der Universität München,
Frauenlobstraße 7a, 80337 München

Schlusswort

Die Überarbeitung der „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ erfolgte zur Anpassung an die in den letzten Jahren durch Richterspruch geänderte Rechtslage und insbesondere an das gegenwärtig geltende Betreuungsrecht. Sie wurde von vielen Seiten ausdrücklich gewünscht und nunmehr auch begrüßt, wenn auch von einigen Kolleginnen und Kollegen gemeint wird, dass die jetzt vorgenommene Modifikation letztlich zu kurz greife und bald eine weitere folgen wird. Damit haben sie sicherlich nicht ganz Unrecht, denn solange unsere Rechtsprechung in Hinblick auf die Autonomie am Lebensende noch selbst so unsicher und suchend ist, wird naturgemäß mit weiteren Änderungen zu rechnen sein, weil die Ärzteschaft sich ja

schließlich nach geltendem Recht richten muss. Ich selbst finde es übrigens auch nicht erschreckend, wenn in Kürze schon wieder eine Bearbeitung vorgenommen werden müsste. Zumindest wird damit die Diskussion dieses wichtigen Themas lebendig gehalten. Schließlich müssen wir unsere ethischen Kodizes immer wieder auf Passfähigkeit überprüfen.

Die Palette der Leserbriefe zeigt auf den ersten Blick, wie schwierig es ist, im Umfeld von Sterben und Tod den differierenden Meinungen – die vom Wunsch nach aktiver Sterbehilfe bis hin zur Lebenserhaltung um jeden Preis reichen – gerecht zu werden. Für alle vorgebrachten Argumente gibt es, wenn man sie im Einzelnen hinterfragt, sicher gute Gründe, die durchaus bedenkens- und beachtenswert sind. Es kann und konnte jedoch nicht Aufgabe des Ausschusses für medizinisch-ethische und juristische Grundsatzfragen sein, zwischen den doch teils sehr weit auseinander reichenden Positionen einen Konsens zu erarbeiten oder sich letztlich auch nur auf den kleinsten gemeinsamen Nenner zu verständigen.

Auf einige der Hinweise und Anregungen möchte ich in der gebotenen Kürze eingehen:

- Der Hinweis, dass die „Bindung“ an die Patientenverfügung noch zu einseitig ausgefallen sei, zumal ca. 90 % der Bürger trotz aller Werbung gerade in der letzten Lebensphase lieber frei von solcher Zukunfts-„Bindung“ blieben und damit eher auf das Gespräch aller Beteiligten in der konkreten Situation vertrauen wollten, spricht wohl als solcher nicht gegen das Instrument „Patientenverfügung“. Patientenverfügungen sollten nicht als „Kampfmittel“ zwischen Ärzten und Patienten, sondern eher als ein Instrument zur Beförderung des Dialoges zwischen Patienten und Ärzten aufgefasst werden. Sie stellen neben vielen anderen Möglichkeiten eine Form des Ausdrucks von Autonomie dar. Da Autonomie auszuüben immer auch gleichzeitig Verantwortung zu übernehmen bedeutet, wollen viele Menschen in der letzten Lebensphase dies nicht mehr und verzichten deshalb mehr oder weniger bewusst auf eine schriftliche Fixierung ihres Willens. Aber allein der bewusste Verzicht auf

konkrete Eigenentscheidung ist schon gelebte Selbstbestimmung – kommt einer Patientenverfügung gleich. Die Forderung nach mehr Zulassung von Selbstbestimmung am Lebensende wird ja vorwiegend von jungen und gesunden Menschen, die glauben, dass sie selbstverständlich Verantwortung für sich selbst auch in den letzten Lebensstunden tragen könnten, so vehement vorgebracht. Verantwortung für sich selbst zu übernehmen will aber auch geübt sein. Gerade deshalb meine ich, ist es gut, wenn schon in jungen Jahren die Auseinandersetzung mit der Autonomie am Lebensende und die Fixierung des eigenen Willens eingeübt wird, d. h., gerade von jungen Menschen sollten Überlegungen zum eigenen Lebensende angestellt und vielleicht auch fixiert werden. Eine Pflicht zur Ausfüllung von wie auch immer gearteten Verfügungen, z. B. in Heimen, kann und darf es jedoch nicht geben – auch allein schon deswegen nicht, weil ja das bewusste Nichtverfügen selbst einer Verfügung gleichkommt. Natürlich muss auch der Arzt prinzipiell von Patientenverfügungen abweichen können, wenn er den gegen die Verfügung laufenden „natürlichen Willen“ des Patienten, den dieser selbstverständlich auch mit seiner Körpersprache ausdrücken kann, beachtet. Dann sollte sich allerdings der Arzt dafür „begründungspflichtig“ fühlen und zusätzlich seine Überlegungen schriftlich fixieren.

- Der Hinweis, dass es sich im Kapitel III weder um Sterbende noch um solche Patienten, deren Tod wegen ihrer fortgeschrittenen Krankheit voraussichtlich in absehbarer Zeit zu erwarten ist, handele und dass deshalb ein Abbrechen der Ernährung einer Tötung durch Unterlassung entspräche, ist korrekt. Wenn aber eine eindeutige Patientenverfügung vorliegt, die Maßnahmen unter bestimmten Bedingungen verbietet, dann muss man sich wohl auch an solch eine Verfügung halten, denn prinzipiell hat sich auch die verfasste Ärzteschaft dazu bekannt, dass es die Möglichkeit geben sollte, im Voraus für sich selbst zu bestimmen, ob z. B. eine PEG angelegt werden darf oder nicht. Unabhängig davon käme auch eine Ernährung gegen den ausdrücklichen Willen des Betroffenen einer Zwangsernährung gleich und wäre

damit nicht statthaft. Die differenzierende Darstellung der Begriffe „Stillen von Hunger und Durst“ gegenüber „Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr“ wird deshalb ebenso wie die deutlichen Hinweise, dass die Anlage einer PEG gegen den Willen, auch gegen den mutmaßlichen Willen eines Patienten nicht statthaft ist, von vielen Seiten sehr begrüßt. Natürlich kann weder der Arzt noch die Pflegekraft gezwungen werden, gegen die eigene Überzeugung dem Willen des Patienten zu entsprechen. Ein Arzt kann die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen ablehnen, wenn er dies mit seinem Gewissen nicht vereinbaren kann. In diesem Fall hat er dafür Sorge zu tragen, dass der Patient durch Kollegen oder in einer anderen Einrichtung betreut wird. Infolge ihres Selbstbestimmungsrechtes haben Patienten natürlich grundsätzlich auch das Recht, gar nicht erst zum Arzt gehen zu müssen.

- Der Hinweis, dass die Erklärung des Vertreters als maßgeblicher angesehen wird als die Patientenverfügung, gilt nur sehr bedingt. Der Satz: „Wenn der Vertreter eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden“, dürfte ja nur dann Anwendung finden, wenn keine Patientenverfügung vorliegt oder der Vertreter nicht dem in einer Patientenverfügung niedergelegten Willen gemäß entscheidet.

- Der Hinweis, dass durch den Gesetzgeber besonders für Konfliktfälle die Rolle von Bevollmächtigten, Betreuern und Vormundschaftsgerichten dringlich konkretisiert und transparent gemacht werden sollte, ist sicher richtig und auch in absehbarer Zeit zu erwarten. Es bleibt zu hoffen, dass in einer dann vermutlich notwendig werdenden neuerlichen Aktualisierung der „Grundsätze“ mehrdeutige Formulierungen vermieden werden. Erst dann wird es gelingen, die großen Verunsicherungen der Ärzteschaft – und der Bevölkerung – in diesen Fragen abzubauen.

- Der Hinweis, dass unter ganz bestimmten Bedingungen die „Humanität“ einer Krankentötung nicht generell ausgeschlossen werden dürfte und es besser wäre, ein Arzt könnte unter Einbeziehung verschiedener Vertrauter, falls jemand z. B. langsam an Erstickung sterben würde, diesem eine Infusion mit

einem angstmindernden Medikament und einer ausreichenden Dosis Morphium geben, als auf aktive Sterbehilfe ganz zu verzichten, ist, auch wenn es sich um nur wenige Ausnahmefälle handeln sollte, aus meiner Sicht nicht zu unterstützen. Allein durch solch ein Signal würden die damit verbundenen Gefahren für krankes oder beschädigtes Leben erheblich wachsen, und die Betreuung Sterbender würde wohl eher behindert als gestärkt werden. Auch haben wir Sorge davor, dass nach so einer Erlaubnis, dieser oder jener Patient ganz unmerklich wenn auch unberechtigten, so doch deutlichen psychischen Druck spüren könnte, der Gesellschaft oder auch nur seinen Angehörigen zur Last zu fallen, und sich deshalb den eigenen Tod wünsche.

Selbstverständlich dürfen auch heute angstmindernde Medikamente und Morphium in ausreichenden Dosen gegeben werden, nur darf das Ziel dieser Handlung nicht die Tötung des Kranken sein, bestenfalls darf eine Verkürzung des Lebens in Kauf genommen werden, wenn die Symptomlinderung nicht anders möglich war. Allerdings wird unter den heutigen Möglichkeiten der Palliativmedizin das Leben durch Symptomlinderung eher verlängert als verkürzt werden.

- Der Hinweis, dass die Formulierung „ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme“ in diesem Zusammenhang zu hinterfragen ist, scheint mir berechtigt, weil eine ärztlich nicht indizierte lebenserhaltende Maßnahme der Arzt gar nicht erst anordnen bzw. weiterführen dürfe. Leider geht noch immer ein Großteil der Ärzteschaft davon aus, dass lebenserhaltende Maßnahmen als solche immer „indiziert“ seien und ihre Nicht-Durchführung rechtliche Gefahren mit sich bringe.

- Zu dem Vorwurf, wir würden Neugeborene unversorgt lassen, sei nur so viel gesagt, dass es zu den Prinzipien der Grundsätze zur ärztlichen Sterbegleitung gehört, schlechthin immer, auch bei Kindern zu therapieren, nur kann dies nicht immer unter kurativer Sicht erfolgen.

- Es wurde gefordert, dass es im Rahmen der Erstellung einer Patientenverfügung eine Pflicht zu einer vorherigen ärztlichen Beratung geben sollte. Aus

meiner Sicht darf und kann die Beratung durch einen Arzt nicht zu einer Pflicht erhoben werden, obgleich sie uns auch sehr wünschenswert erscheint. Ärztliche Aufklärung wird zwar durch das Arztrecht und das Arzthaftrecht vor jeder ärztlichen Maßnahme vorgeschrieben, es gibt aber auch das Recht, sich einer Aufklärung zu verweigern oder sogar das Recht, gar nicht erst zum Arzt zu gehen. Auch dann fehlt bei der Verweigerung von Maßnahmen die Aufklärung.

• Wiederholt wird in den Briefen kritisiert, dass einzelne Formulierungen der Grundsätze nicht eindeutig genug seien. Das kann ich prinzipiell gut nachvollziehen. Im Einzelfall sind allgemein formulierte Regelungen ja eben immer wieder nicht deckungsgleich anwendbar. Auch mit noch so exakt formulierten Leitlinien oder Regeln können Ärzte nicht davon befreit werden, im Individualfall selbst eigenverantwortlich zu entscheiden. Hier denke ich beispielsweise an den Einwurf, dass im Text der Eindruck entstehe, die Erklärung eines gesetzlichen Vertreters sei bindender als eine Patientenverfügung. Zum anderen sehe ich aber das Problem, dass es für bestimmte Fragen keine eindeutigen Formulierungen geben kann, die unmittelbar handlungsorientiert vom jeweiligen Arzt oder der jeweiligen Ärztin umzusetzen sind. So muss z. B. die Frage der Gültigkeit einer Patientenverfügung immer sehr gut abgewogen werden – schließlich geht es ja um Leben und Tod, auch wenn wir grundsätzlich anerkennen, dass solchen Erklärungen Bindungskraft zukommt. Insofern ist die Erwartungshaltung, die Grundsätze könnten ärztliches Handeln erleichtern, nur begrenzt zutreffend, eher sogar falsch. Die Grundsätze nehmen uns Ärztinnen und Ärzten die Entscheidungen am Lebensende nicht ab. Sie können lediglich Wegweiser und Hilfe dabei sein, sie geben weiterhin Anlass für Diskussionen und helfen, die Gedanken zu ordnen. Über dies hinaus wird der Bevölkerung dargelegt, wie die verfasste Ärzteschaft in Deutschland zu dem Thema Sterbebegleitung steht.

Prof. Dr. med. Eggert Beleites, Präsident der Landesärztekammer Thüringen, Vorsitzender des Ausschusses für medizinisch-ethische und juristische Grundsatzfragen, Im Semmicht 33, 07751 Jena-Maua

Die Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft stehen zurzeit verstärkt unter doppeltem Druck: Einerseits bekommen sie die Aus- und Rückwirkungen des inzwischen flächendeckend eingesetzten diagnosebezogenen Fallpauschalsystems (Diagnosis Related Groups; DRGs) im Akutkrankenhaussektor und den Wettbewerbsdruck infolge vermehrter integrierter Versorgungsverträge zu spüren, andererseits leiden sie zunehmend unter der selektiven Vertragspolitik der Hauptbeleger, namentlich der Rentenversicherungsträger. Die Bundesanstalt für Angestellte (BfA), mit rund 2,4 Milliarden Euro Jahresausgaben für die medizinische Rehabilitation ein Hauptkostenträger der Leistun-

ren darauf gedrungen habe, Eigeneinrichtungen für die medizinische Rehabilitation, die von den Rentenversicherungsträgern unterhalten werden, aus Wirtschaftlichkeits- und Kostengründen in erster Linie auszulasten, ehe Verträge mit freien Anbietern zum Zuge kommen. Eine solche Devise ist nicht akzeptabel. Sie widerspricht auch dem von der Politik verfochtenen Grundsatz einer zunehmenden Deregulierung und Entbürokratisierung des Gesundheitswesens. Der Grundsatz der Subsidiarität erfordert, dass sich die Rentenversicherungsträger, die mit Zwangsbeiträgen finanziert werden, auf ihre ureigensten Aufgaben beschränken und den freien Betreibern von Rehabilitationseinrichtungen, so-

Rehabilitation

Selektive Vertragspolitik

gen im „dritten Bereich“, praktiziert seit Jahren eine preisgeleitete Belegungs- und Vertragspolitik, indem sie vorrangig ihre Eigeneinrichtungen mit Rehabilitationspatienten belegen. Dies gilt nicht erst, seit in der medizinischen Rehabilitation konjunkturbedingt und infolge der Einschnitte durch den Gesetzgeber ab 1996/1997 die Umsätze um rund 30 Prozent abbrachen.

Diese Gemengelage bringt die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und vor allem die erwerbswirtschaftlichen (privaten) Betreiber in existenzielle Schwierigkeiten. Dabei haben diese rund 1 200 Einrichtungen längst den Beweis erbracht, dass sie ein breites Spektrum an Leistungen vorhalten, ihre Effizienz und Wirtschaftlichkeit verbessert und durch Investitionen privaten Kapitals die Einrichtungen ständig modernisiert und erweitert haben.

Erst kürzlich unterstrich der Bundesverband Deutscher Privatkrankenhäuser e.V., in welchem 450 der 1 300 Rehabilitationskliniken organisiert sind, dass Rehabilitationskliniken unter gleichen Wettbewerbsbedingungen eine Entwicklungschance haben sollten – neben anderen Reha-Spezialisten.

Die BfA beruft sich darauf, dass der Bundesrechnungshof bereits vor Jah-

fern sie konkurrenzfähig sind, den Vortritt lassen. Damit würde auch eine ordnungspolitisch sinnvolle Trennung zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern vollzogen.

Eine selektive Vertragspolitik und eine Bevorzugung von Eigeneinrichtungen würden auch zur Fehlallokation und zur Mittelvergeudung volkswirtschaftlich knapper Ressourcen führen. Beispiel Baden-Württemberg: In Bad Krozingen baut die BfA mit einem Investitionsvolumen in Höhe von 54 Millionen Euro eine neue Eigenrehabilitationseinrichtung – deklariert als Um- und Erneuerungsmaßnahme. Im Einzugskreis dieser Einrichtung gibt es bereits mehrere private Rehabilitationskliniken, die bei den Patienten gut angenommen sind und funktionieren. Durch ein solches marktpenetrierendes Angebots- und Belegungsverhalten der Rentenversicherungsträger werden funktionsfähige Einrichtungen zerschlagen, oder diese müssten aus wirtschaftlichen Gründen aufgegeben werden, obwohl sie bedarfsgerecht arbeiten. Aus purem Egoismus und aus Konkurrenzgründen können doch nicht bestehende Infrastrukturen aufgegeben werden, um nach einigen Jahren mit erheblichen öffentlichen Investitionsmitteln das wieder aufzubauen, was zerschlagen wurde. Dr. rer. pol. Harald Clade