

Gesundheitsstrukturreform

Hängepartie

Obwohl die parlamentarischen Beratungen zum 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1. und 2. NOG) bereits weit gediehen waren und ein Konvolut von hundert Seiten Änderungsanträgen eingebracht war, hat sich der Streit um die Gesundheitsreform jetzt auch innerhalb der Sozialpolitiker der Union und teilweise auch innerhalb der CDU-regierten Bundesländer zugespitzt. Ursprüngliche Eckpositionen der Koalition, die teilweise auf der Basis der Verbändegespräche („Petersberger Gespräche“) formuliert wurden, aber auch teilweise im Alleingang in das Gesetzespaket eingebracht worden waren, stehen plötzlich wieder zur Disposition. Alternativ-Vorschläge, Ergänzungen der Seehofer-Konzeption werden gehandelt, und die FDP mischt kräftig mit. Dies ist um so überraschender, als es den Gesundheits-Liberalen gelungen war, ihre Vorstellungen auch in das Gedankengut der CDU/CSU und deren Änderungsvorschläge einzubringen.

All dies hat zur Verunsicherung beigetragen. Die Widersacher des Reformpaketes bekamen Oberwasser. Die Wetten stehen bereits auf Spitze und Knopf, ob die zustimmungsfrei gehaltenen beiden Gesetze zur Revision des Rechtes der gesetzlichen Krankenversicherung noch in diesem Jahr in Kraft treten werden – oder das ganze Gesetzespaket platzt.

Tatsache ist: Die kleine Arbeitsgruppe von Parlamentariern der CDU/CSU-Fraktion, die Alternativkonzepte vorlegen sollte, hat zwar Sondierungsgespräche geführt und auch die erneuten Vorstöße der Verbände geprüft; keine Annäherung gab es indes im unionsinternen Streit um die Abkehr von der hälftigen Finanzierung der Krankenkassenbeiträge durch Arbeitgeber und

Die Beratungen um die dritte Stufe zur Strukturreform im Gesundheitswesen (1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz) sind erneut ins Stocken geraten. Sowohl bei der CDU/CSU-Bundestagsfraktion als auch bei der FDP steht unverändert die Ausgabenbegrenzung der Krankenversicherung obenan. Doch der Streit innerhalb der Unionsfraktion über die künftige Finanzierung der Krankenversicherung ist noch nicht beigelegt. Die ursprünglich für den 25. Februar vorgesehenen Fraktionsberatungen der CDU/CSU sind auf die zweite Märzwoche vertagt worden.

Arbeitnehmer. In einer CDU-Vorstandssitzung unter Vorsitz von Bundeskanzler Helmut Kohl verdeutlichte Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (CSU), daß der Zeitplan für die Verabschiedung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes (2. und 3. Lesung im Bundestag waren ursprünglich für den 21. März geplant) nun nicht mehr eingehalten werden könne. Auch das Inkrafttreten des 2. NOG zum 1. Juli und das rückwirkende Inkrafttreten des 1. NOG zum 1. Januar seien wieder in der Schwebe. Die ursprünglich geplante (zweite) Anhörung zum 2. NOG vor dem Bundestagsausschuß für Gesundheit (am 12. März) muß ebenfalls vertagt werden.

Streitpunkt Arbeitgeberanteil

Schadenfroh zeigt sich nun die Opposition von SPD und Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Diese haben inzwischen beantragt, in einer

Aktuellen Stunde die künftige Finanzierung aller Zweige der Sozialversicherung zu erörtern. Die Bündnisgrünen wollen außerdem erreichen, daß der Bundestag noch vor Beginn der parlamentarischen Osterpause Ende März ein Votum über den möglichen Ausstieg aus der hälftigen Beitragsfinanzierung der Sozialversicherungssysteme gibt. Die Pläne Seehofers und der Koalition zielten auf eine „grundsätzliche Zerschlagung der zentralen Prinzipien des Sozialstaates“, sagte Fraktionschef Joschka Fischer von Bündnis 90/Die Grünen. In der Tat: Die paritätische Beitragsfinanzierung und nicht der noch im Gesetzentwurf enthaltene Vorschlag, Beitrags- und Zuzahlungszahlungen in einer Art Interventionsklausel (mit sofortiger Kündigungsmöglichkeit der Versicherten) im 1. NOG zu verknüpfen, ist nun der Streitpunkt. Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und die Unions-Arbeitnehmerschaft haben Front gegen die Vorschläge von Seehofer und der FDP gemacht, den Arbeitgeberbeitrag zur GKV per Gesetz einzufrieren und steigende Ausgaben allein über Versichertenbeiträge aufzubringen. Für die CDA ist der Erhalt der hälftigen Finanzierung sogar Bedingung für ihre Zustimmung zur Steuer-, Renten- und Gesundheitsreform. Für Heiner Geißler, CDU-MdB, früher selbst einmal Bundesgesundheitsminister, ist die paritätische Finanzierung ein tragendes unverzichtbares Prinzip der Sozialversicherung. Auch aus unionsregierten Bundesländern, so aus Bayern und Baden-Württemberg, kommen Widerstände.

Was für die CDA ein Verstoß gegen das Solidaritätsprinzip ist, ist für FDP-MdB Jürgen W. Möllemann ein Mittel, um Krankenkassen wie Versicherte zur Ausgabendiszi-

plin zu zwingen und die GKV-Beiträge zu stabilisieren. Der Einstieg in den Ausstieg der Arbeitgeber bei der solidarischen Finanzierung der GKV-Beiträge ist für Möllemann ein Modell auch für die anderen Sozialversicherungszweige, insbesondere die gesetzliche Rentenversicherung. Noch lieber wäre es Möllemann, den Arbeitgeberbeitrag zur GKV ganz abzuschaffen und künftig mit dem Bruttolohn auszuzahlen. Dies ist auch eine Reform-Option für den Vorsitzenden des Ausschusses Gesundheitsökonomie im Verein für Socialpolitik, Prof. Dr. rer. pol. Eckart Knappe, ebenso wie den Vorsitzenden des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Prof. Dr. rer. pol. Klaus-Dirk Henke.

Dieser Vorschlag geht allerdings auch den Arbeitgebern zu weit. Diese befürchten, daß sie bei einer Umbuchung des Arbeitgeberbeitrages zugunsten höherer Bruttolöhne aus der Selbstverwaltung herauskatapultiert werden und daß bei den anstehenden Lohntariffrunden die entgangenen Arbeitgeberbeiträge wieder wettgemacht werden könnten.

Der ganze Streit läßt Seehofer offenbar kalt. Er sei nicht bereit, weitere neue Vorschläge vorzulegen, erklärte er in der letzten Woche. Kompromisse müsse es geben; diese könnten aber nicht um jeden Preis durchgesetzt werden. Er bleibe optimistisch, daß die Gesundheitsreform – trotz der sich überlagernden Diskussion um die Steuer- und Rentenreform – ohne Einschaltung der Länder (und der Opposition) vollbracht werden könne.

Fürs erste baut man in der Union auf die Entscheidung des Bundesausschusses (des höchsten Gremiums zwischen den Parteien), der am 19. März unter anderem die Linie der CDU zur Rentenreform festlegen und in einem „Aufwasch“ auch die Kardinalfrage der Finanzierung der GKV entscheiden soll.

Einstweilen in der Gesundheitspolitik: weiter hektischer Stillstand. Warten auf den „Kleinen Parteitag“ und/oder ein Machtwort des Kanzlers? Oder scheitert die Reform in dieser Legislaturperiode, weil in der Steuer- und Rentenreform alles neu gemischt wird? Dr. Harald Clade

Diskussion um das Transplantationsgesetz

Wann ist der Mensch tot?

Eine gesetzliche Regelung für Organentnahmen ist überfällig. Darin sind sich Politiker aller Parteien einig. Wie das künftige Gesetz aussehen wird, hängt allerdings davon ab, ob und inwieweit sich die Kritiker am Hirntodkonzept durchsetzen werden. Dann wäre nämlich eine Organentnahme nur möglich, wenn der Spender selbst zugestimmt hat (enge Zustimmungslösung). Die Bundesärztekammer favorisiert einen interfraktionellen Gesetzentwurf, wonach auch Angehörige über die Organentnahme entscheiden können, wenn der Betroffene zu Lebzeiten sich nicht erklärt hat (erweiterte Zustimmungslösung).

Wann ist der Mensch tot? Von der Beantwortung dieser Frage hängt es ab, wie ein künftiges Transplantationsgesetz aussehen wird, über das zur Zeit intensiv und kontrovers diskutiert wird. Ist der Mensch dann tot, wenn seine gesamten Hirnfunktionen endgültig und unwiderruflich erloschen sind? Gegner des sogenannten Hirntodkonzeptes verneinen dies.

So hatten bereits Anfang vergangenen Jahres mehr als 80 000 Unterzeichner die von der Initiative „Ärzte für eine enge Zustimmungslösung“ erarbeiteten „Drei Thesen zum Transplantationsgesetz“ unterschrieben. Darin heißt es, daß die geltenden Kriterien des Hirntodes es nicht erlauben, den unumkehrbaren Ausfall aller Hirnfunktionen mit völliger Sicherheit festzustellen. Der menschliche Organismus sei auch bei intensivmedizinischem Ersatz der Hirnfunktionen lebendig im biologischen Sinne.

Auch der Marburger Staatsrechtler Prof. Dr. jur. Wolfgang Höfling sagte bei einer Anhörung vor dem Rechtsausschuß des Bundestages zum Transplantationsgesetz, daß der Hirntod noch nicht das Ende des menschlichen Lebens sei. Alle bisher gelieferten Gründe für das Hirntodkonzept bei der Entnahme von menschlichen Organen hielten einer verfassungsrechtlichen Überprüfung nicht stand.

Beim hirntoten Menschen handele es sich nicht um eine Leiche, stellte der Kölner Erzbischof, Joachim Kardinal Meisner, im Februar in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ fest: „Wir Christen sehen den

Menschen nicht bloß einseitig von seinem geistigen Aspekt her, wie es heute wieder gefährlich in Mode kommt. Für uns, die wir an die Fleischwerdung Gottes glauben, ist der Mensch leib-seelische Einheit. Der Tod des Menschen ist dann der endgültige Zusammenbruch dieser Einheit, die Trennung von Leib und Seele.“ Daß diese Einheit des „Organismus in seiner funktionellen Ganzheit“ aber beim apparativ unterstützten hirntoten Menschen nicht mit der Sicherheit ausgeschlossen werden könne, die für eine Todesfeststellung gefordert sei, das sei inzwischen gut belegt. Das Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) fordert ebenfalls, die Gleichsetzung des Todeskriteriums „Hirntod“ mit dem „Tod des Menschen“ aufzugeben. Ein hirntoter Mensch zeige keine „normalen“ Todeszeichen wie Reaktionslosigkeit, Muskelstarre oder Leichenflecken, dafür aber noch viele Zeichen, die für Leben sprächen.

„Tötung auf Verlangen“

Auch Politiker unterschiedlicher Parteien vertreten diese Ansicht. Zahlreiche Abgeordnete der SPD-Bundestagsfraktion und von Bündnis 90/Die Grünen haben einen Entwurf für ein Transplantationsgesetz eingebracht, in dem sie den Hirntod als „spezifischen Sterbezustand“ des Menschen bezeichnen. Diese Vorlage stimmt in wesentlichen Punkten mit einem Antrag überein, der von Bundesjustizminister Edzard Schmidt-Jortzig (FDP) und rund 40 weiteren

Unions- und FDP-Abgeordneten vorgestellt worden war.

Doch wenn man Hirntote als noch lebende Menschen betrachte, dann würde die Organentnahme zur „Tötung auf Verlangen“, betont der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Dr. med. Karsten Vilmar. Eine Organentnahme bei „lebenden“ Hirntoten wäre eine unrechtmäßige, weil fremdnützige gezielte Lebensverkürzung, so die Bundesärztekammer. Würde sich die Auffassung durchsetzen, den Hirntod lediglich als Kriterium für die Organentnahme anzuerkennen, wären Transplanteure genötigt, den Tod durch Organentnahme herbeizuführen. Das sei jedoch mit dem ärztlichen Selbstverständnis unvereinbar. Kein Arzt werde eine Organentnahme vornehmen, wenn damit die Tötung eines Menschen verbunden sei. Daran ändere auch eine ausdrückliche Zustimmung des potentiellen Spenders zu Lebzeiten nichts.

Genau dies, die sogenannte enge Zustimmungslösung, schlagen jedoch die meisten Gegner des Hirntodkonzepts vor. So schrieb Kardinal Meisner in einer Stellungnahme: „Der hirntote Mensch ist ein irreversibel Sterbender. Daher ist eine künstliche Verlängerung dieses Sterbens mit allen technischen Mitteln nicht geboten – es sei denn, der Betreffende hatte den Willen geäußert, daß ihm vor dem Abstellen der Apparate noch Organe entnommen werden sollen. Der Tod als Folge des Hirntods tritt dann verspätet ein. Zu keinem Zeitpunkt wird hier also getötet. Organspende bleibt möglich und kann ein Akt hoher christlicher Nächstenliebe sein.“ Auch die „Initiative Ärzte für eine enge Zustimmungslösung“ plädiert für ein Transplantationsgesetz, „das die Entnahme von Organen nach Eintritt des unumkehrbaren Hirnversagens dann und nur dann erlaubt, wenn eine persönliche Einwilligung des Betreffenden vorliegt“.

Im Gesetzentwurf von Abgeordneten der SPD-Bundestagsfraktion und Bündnis 90/Die Grünen wird der Hirntod ebenfalls als Explantationskriterium anerkannt: „Der zweifelsfrei nachgewiesene unwiederbringliche Zusammenbruch aller meßbaren Hirnorganfunktionen rechtfertigt den Behandlungsabbruch. Durch ihn

Ärztliche Erklärung zum Transplantationsgesetz

Die Transplantationsmedizin ermöglicht seit über zwanzig Jahren auch in Deutschland lebensrettende und lebensverbessernde Behandlung von Patienten – dank der Spendebereitschaft vieler Menschen und ihrer Angehörigen, einer breiten Zustimmung innerhalb der Bevölkerung, aber auch der vertrauensvollen Zusammenarbeit mit Nachbarländern. Die jetzt über ein Jahrzehnt andauernden Beratungen für ein Transplantationsgesetz sowie die oftmals irreführende öffentliche Diskussion haben zu einer Verunsicherung in der Bevölkerung geführt.

Deshalb fordern wir von den politisch Verantwortlichen klare Entscheidungen und befürworten nachdrücklich eine gesetzliche Regelung.

Das Transplantationsgesetz muß insbesondere darüber Rechtsklarheit schaffen, daß

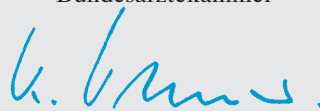
▷ die Unterscheidung zwischen Leben und Tod auch für die Organentnahme gelten und wie bisher der ärztlichen Wissenschaft und der ärztlichen Verantwortung übertragen

bleiben muß. Eine Organentnahme bei Sterbenden – wie sie derzeit diskutiert wird – ist mit dem ärztlichen Ethos nicht vereinbar und abzulehnen. Sie kann auch nicht durch persönliche Zustimmung legitimiert werden. Das Leben auch des sterbenden Menschen ist unantastbar und nicht verfügbar. Weltweit läßt kein Transplantationsgesetz eine Organentnahme bei Sterbenden zu.

▷ die „erweiterte Zustimmungslösung“ möglich bleiben soll, um auch mit den nächsten Angehörigen und/oder dem Lebenspartner als Vertretern des Verstorbenen über eine Organentnahme sprechen zu können, falls keine schriftliche Erklärung, etwa in Form eines Organspendeausweises, vorliegt.

▷ die Organverteilung patientenorientiert erfolgen muß. Die dafür notwendigen medizinischen Kriterien sind in internationaler Zusammenarbeit aufzustellen, fortlaufend dem Stand des medizinischen Wissens anzupassen und zu veröffentlichen.

Der Präsident der Bundesärztekammer



Dr. K. Vilmar

Die Präsidenten der Deutschen Gesellschaften für:

Anästhesiologie und Intensivmedizin



Prof. Dr. J. Schulte am Esch

Chirurgie



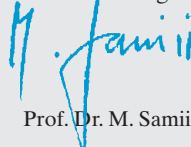
Prof. Dr. H. Bauer

Innere Medizin



Prof. Dr. J. Köbberling

Neurochirurgie



Prof. Dr. M. Samii

Neurologie



Prof. Dr. Th. Brandt

Physiologie



Prof. Dr. Chr. Pfeiffer

kann der betroffene Mensch sein Sterben vollenden“, heißt es in den Erläuterungen. Ähnlich wird in dem von Schmidt-Jortzig sowie weiteren FDP- und Unionsabgeordneten vorgestellten Gesetzentwurf argumentiert. Wenn jedoch der Hirntod zwar nicht als endgültiger Tod des Menschen akzeptiert wird, bestünde dann nicht die Gefahr eines abgestuften Lebenskonzeptes, fragt der Münsteraner Staatrechtler, Privatdozent Dr. jur. Bernd Holznel.

Zuteilung von Spenden abhängig

Sollte die enge Zustimmungslösung in Kraft treten, dann jedenfalls würde dies nach Ansicht von Vilmar einen erheblichen Rückschlag für die Spendenbereitschaft bedeuten, da nur wenige Menschen bereit seien, „sich zu Lebzeiten mit dem Problem der Organentnahme und damit mit dem eigenen Tod zu befassen“. Die Statistik scheint ihm recht zu geben. Bei den im Jahr 1996 vorgenommenen Transplantationen lag nämlich nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) in nicht einmal vier Prozent der Fälle eine eindeutig dokumentierte Einwilligung zur Organspende durch einen Organspenderausweis vor. Zwar ist, so die DSO, die Zahl der Transplantationen in Deutschland im Jahr 1996 leicht gestiegen. Zurückgegangen sei aber die Zahl der Nierentransplantationen. Ursache ist nach Angaben der Stiftung ein neuer Verteilermodus der Organvermittlungsstelle Eurotransplant im niederländischen Leiden. Seit März 1996 werde bei der Vermittlung von Nieren auch die sogenannte Austauschbilanz der Mitgliedsländer berücksichtigt. Da in der Vergangenheit deutschen Patienten mehr Spenderorgane zugeteilt wurden, als aus Deutschland kamen, forderten die Transplantationszentren der anderen Länder eine höhere Verteilungsgerechtigkeit, die nun auch Eingang in den Verteilermodus gefunden habe. Wenn dies nicht zum Beispiel bei Dialysepatienten zu längeren Wartezeiten führen sollte, dann müsse, so die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Spendenaufkommen

in Deutschland künftig deutlich höher werden.

245 Organe wurden nach Angaben der DSO bei Kindern und Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr transplantiert. Diese Zahl würde sich drastisch reduzieren, falls die enge Zustimmungslösung gesetzlich verankert wird. Für Kinder kommen bei Herztransplantationen nämlich nur Spenderorgane von verstorbenen Kindern in Frage. Damit würde, so die Stiftung, „Kindern und ihren Eltern die Chance einer erfolversprechenden Behandlung in Deutschland verwehrt, und sie wären auf Kliniken im Ausland angewiesen“.

Damit auch weiterhin Organtransplantationen möglich sind, haben sich die deutschen medizinischen Fachgesellschaften für Neurologie, Anästhesie und Intensivmedizin sowie Neurochirurgie ebenso wie internationale Fachgesellschaften dafür ausgesprochen, daß der Tod des Menschen durch den Hirntod definiert wird. Rückendeckung erhalten die Transplantationsmediziner von der BÄK. Es sei nachweislich falsch, ihnen zu unterstellen, sie hätten den „Hirntod“ erfunden, um Organe explantieren zu können. Richtig sei vielmehr, daß seit Entwicklung der Intensivmedizin mit Möglichkeiten der maschinellen Beatmung und anderer Maßnahmen der Tod eines auf diese Weise betreuten Patienten erst am vollständigen und endgültigen Verlust der gesamten Hirnfunktion zu erkennen sei.

„Kriterien des Hirntodes“

Als rechtlich gebotener Sorgfaltsmaßstab für die Hirntod-Feststellung gelten die „Kriterien des Hirntodes“, in denen der Wissenschaftliche Beirat der BÄK in Zusammenarbeit mit Ärzten, Theologen und Juristen das Verfahren zur Feststellung des Hirntodes festgelegt hat und die fortlaufend aktualisiert werden. Sie schreiben auch vor, daß der Hirntod von zwei nicht zum Transplantatsteam gehörenden Ärzten unabhängig voneinander festgestellt und dokumentiert wird. Daß die Ansicht Kardinal Meisners auch innerhalb der

katholischen Kirche nicht unumstritten ist, räumte der Pressesprecher der Deutschen Bischofskonferenz, Dr. Rudolf Hammerschmidt, gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt ein: „Für die Mehrzahl der Bischöfe gilt das Hirntodkriterium als akzeptabel.“

Unumstritten bei den Befürwortern des Hirntodkonzepts ist wohl, daß jeder Eingriff in einen Leichnam einer Rechtfertigung bedarf. Für die Organentnahme sei der Rechtfertigungsgrund in erster Linie die Einwilligung des Spenders selbst, die er zu Lebzeiten beispielsweise durch einen Organspenderausweis erklären könne, so die BÄK. Wenn weder eine solche positive Erklärung noch ein Widerspruch vorliege, müsse den nächsten Angehörigen erlaubt sein, nach dem mutmaßlichen Willen der Verstorbenen über die Organentnahme zu entscheiden. Die Angehörigen hätten kein eigenes Entscheidungsrecht, sie dürften lediglich eine Entscheidung im Sinne des Verstorbenen treffen. Korrekt dürfe die Frage an die Angehörigen also nicht lauten, ob sie einer Organentnahme zustimmen, sondern ob eine solche Maßnahme im Sinne des oder der Verstorbenen wäre, ob er oder sie damit einverstanden wäre.

Und dieses der geltenden Rechtspraxis entsprechende Modell der sogenannten erweiterten Zustimmungslösung sieht auch ein von Koalition und SPD eingebrachter interfraktioneller Gesetzentwurf vor. Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) räumt zwar ein, daß die Politik nicht entscheiden könne, wann ein Mensch tot sei, doch der Gesetzgeber könne „medizinisch anerkannte Kriterien für die Todesfeststellung“ benennen. Deshalb sei der Hirntod die Voraussetzung für die Organentnahme.

Die Evangelische Kirche in Deutschland spricht sich im übrigen trotz ihrer kritischen Einstellung zum Hirntodkonzept ebenfalls dafür aus, die nächsten Angehörigen als „Sachwalter des postmortalen Persönlichkeitsrechts“ zu fragen. Schließlich würden auch in anderen Fragen nach dem Tod eine Reihe von Entscheidungen über den Leichnam von den Angehörigen getroffen, wenn keine Verfügung der verstorbenen Person vorhanden sei. Gisela Klinkhammer