

# PALLIATIVE CARE kompakt

Der Informationsdienst für die professionelle Palliativversorgung in der Pflege



Dr. Jochen Steurer  
Herausgeber

Liebe Leserin,  
lieber Leser,

der November ist geprägt von Abschieds- und Gedenkgottesdiensten. Trauer hängt in der Luft. Doch das Thema Palliative Care heißt auch neuer Aufbruch.

Die erste Verträge zur SAPV liegen bei den Krankenkassen zur Prüfung. Palliative Care ist ein zentrales Thema auf Kongressen und Tagungen. Bundesweit beschäftigen sich Einrichtungen mit der Verbesserung ihrer Pflegeangebote durch die Integration der Palliativpflege – trotz knapper Ressourcen.

Das eigene Profil schärfen und den Mitarbeitern wieder Freude am kompetenten Arbeiten zu vermitteln ist vorrangiges Ziel von Verantwortlichen in den Einrichtungen, wenn sie sich mit den Mitarbeitern auf den Weg machen: Hin zu besserer Palliativpflege für jene, die es brauchen. Mir sind noch weitere sechs Gründe eingefallen (siehe: nachfolgender Artikel). Und vielleicht wissen Sie ja auch noch weitere Gründe, warum Palliativpflege für Sie unumgänglich ist und teilen mir diese mit (E-Mail an: palliativ@behrs.de).

Ihr

Dr. Jochen Steurer – Herausgeber  
jochen.steurer@mediacion.de

## Palliative Praxis

### Acht gute Gründe für Palliative Care

**Haben wir nicht schon genug zu tun. Pflegereform? Krankenstand! Und jetzt noch: Palliative Care! Im ersten Enthusiasmus soll dies auch noch stattfinden. Doch dann geht die Luft aus. Hier sind acht gute Gründe, sich selbst und andere zu überzeugen, warum Palliative Care in der Pflege wirklich gebraucht wird:**

1. Ihre Kunden/Bewohner bekommen eine bessere pflegerische Versorgung, Symptom- und Schmerzkontrolle: hier: Der Nationale Expertenstandard Schmerz wird in Pflegeheim-spezifischer Weise bzw. Pflegedienst-spezifischer Weise umgesetzt (Orientierung – auch am multimorbiden und oft älteren Patienten und nicht ausschließlich am Tumorerkrankten); Sie erfüllen die MDK-Richtlinie zum Thema Schmerz.
2. In einem Palliativ-Projekt: Sie erlernen Palliativpflegewissen/setzen erlerntes palliatives Wissen in Ihrer Einrichtung zeitnah um.
3. Sie bereiten Ihre Einrichtung auf eine bessere interne und externe Vernetzung vor (§ 140 Verträge; möglich auch: § 37b Abs. 2/§ 132 d

SGB V in Vernetzung mit ambulanten Palliativpflegediensten und Palliativmedizinern)

4. Sie haben ein gutes Konzept für die Integration von Freiwilligen/Hospizbegleitern (Finanzierung nach § 39 a, 2 SGB V, bzw. im Heim: § 82 b SGB XI – mittels Pflegesatzerhöhung).
5. Sie verbessern Ihr öffentliches Ansehen und geben sich zusätzliche klare Profilmomente mit hoher Marketingrelevanz. Die Charakteristika „Selbstbestimmung“, „optimale Schmerzbehandlung“, „bessere (palliativ-) ärztliche Präsenz“ und „gute Pflege selbst für Schwerstkranke und Sterbende“ sind Kernpunkte des Palliative-Care-Gedankens und werden in Ihrer Einrichtung nachweislich umgesetzt.
6. Sie orientieren sich vorausschauend an den spezifischen Bedürfnissen zukünftiger Kunden/Heimbewohner, z. B. Aufnahme nach Krankenhausentlassung. So haben Sie stets eine gute Auslastung/Belegung.

*weiter auf Seite 2*

## In dieser Ausgabe lesen Sie

Acht gute Gründe für Palliative Care .....	1
Pflegedienste und Heime im Blick .....	2
Belastung Pflegenden im Heim .....	2
Verbesserung der palliativen Versorgung .....	3
Ärzte haben viel von Pflegenden gelernt .....	3
SAPV durchgesetzt – Krankenkasse verurteilt .....	5
SAPV rollt langsam an .....	5
Der Patient im Mittelpunkt .....	6
„Wissen, was drin ist“ .....	6
Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen .....	7
Heime im Aufbruch .....	7
Eingebundene Hausärzte im Palliativnetz .....	8
Palliative Care in Pflegeheimen .....	8

## Palliative Care kompakt

7. Sie optimieren Abläufe. Das spart Zeit und Nerven. Ihnen gelingen z. B. gute ethische Entscheidungen mit Rechtsicherheit (z. B.: Notfallpläne)

8. Sie entdecken (neue) Ressourcen Ihrer Mitarbeiter und stärken diese. Die Mitarbeiter können sich besser entfalten. Sie fördern dabei die Mitarbeiterzufriedenheit und -motivation. Damit beugen Sie

dem Burn-Out vor und stärken die Mitarbeitergesundheit. Die Arbeit wird Ihnen und Ihren MitarbeiterInnen mehr Freude machen, da Sie in Vielem besser vorankommen. ■

Palliativversorgung weitet sich aus

## Pflegedienste und Heime im Blick

Im zweiten Halbjahr 2008 beschäftigten sich mehrere Expertengremien und Kongresse zum Thema ambulante Palliativpflege erstaunlicherweise

auch mit Palliativpflege im Pflegeheim. Das Thema rückt zunehmend in den Fokus, und damit auch die politische Forderung nach einer besseren

Versorgung und der Verbesserung der Struktur- und Arbeitsbedingungen und damit der Finanzierung. ■

Fachtag an der FU Berlin

## Belastung Pflegenden im Heim

**Zum Motto „Wer begleitet die Begleiter? Die Bewältigung psychosozialer Belastungen in der Pflege Sterbender“ riefen die Theodor Springmann Stiftung und die Stiftung Menschenwürdiges Sterben ein Fachpublikum aus ganz Deutschland zusammen. Gut 80 Experten trafen sich am 5. September 2008 im Weiterbildungszentrum der FU Berlin. Das Einstiegsreferat hielt Dr. Jochen Steurer zum Thema „Beste Palliativpflege auch im Alter. Was brauchen die MitarbeiterInnen bei der besseren Versorgung älterer, multimorbider, oft dementer Sterbender?“**

Unser Thema heute ist die Belastungsbewältigung jener, die Sterbende begleiten. Und da gibt es Gruppen von Begleitern, die im öffentlichen Ansehen zu kurz kommen, die in all diesen Statistiken nicht erwähnt werden, selten Presseartikel bekommen über gute Sterbebegleitung, und die unter anderem deshalb psychosozial leiden: die Angehörigen von Erkrankten, die ambulanten Pflegefachkräfte und insbesondere die stationär Pflegenden. Von den ca. 20 % der Sterbenden (das sind gut 150.000 Menschen), die zuhause ihre letzte Lebensphase erleben, dort gepflegt werden und dann sterben, hört man bislang noch wenig. Pflegenden Angehörige und Pflegedienste haben oft keine große Presse-Lobby. Ein Drittel aller zuhause Gepflegten

werden von den 11.000 ambulanten Pflegediensten mit ihren 214.000 MitarbeiterInnen in der letzten Lebensphase und im Sterben begleitet. Hier finden im Jahr 150.000 Sterbegleitungen statt.

Weitere ca. 20 % der Sterbenden – das sind über 150.000 Menschen – werden in den ca. 10.400 Heimen von 546.000 Mitarbeitern in ihren letzten Lebensmonaten begleitet. Diese leiden unter mangelnder Absprache, Struktur, Weiterbildung, Kommunikation, Selbstbestimmtheit etc. Näheres dazu später.

Von den 150.000 jährlich Sterbenden im Heim hatten nur 14.000 das Glück, in den Genuss eines zusätzlichen Einsatzes von Ehrenamtlichen zu kommen. Ihr Sterben wird in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen, außer es kann über einen Pflegemangel berichtet werden, oder man kann über Institutionen und Pflegenden schimpfen. Die Sterbenden im Heim und ihre BegleiterInnen bleiben ohne Aufmerksamkeit, obwohl sie mehr als fünfmal so viele sind, als jene, die jährlich in Hospizen und auf Palliativstationen versorgt werden. Die Gruppe der hauptamtlichen Begleiterinnen ist fast 100-mal größer als jene von Hospizen und Palliativstationen zusammen.

Sterbende im Heim zu begleiten heißt oft „Alltag“. Und gerade da schlummert die Gefahr für die BegleiterInnen: Abstumpfung droht und damit Erschöpfung und Burn-Out.

Was hierbei die Implementierung eines durchgängigen Palliative-Care-Konzepts leisten kann, war der zweite Teil des Vortrags, der im Frühjahr 2009 im Rahmen einer Broschüre von der Theodor-Springmann Stiftung herausgegeben wird. Auf besonderes Interesse stieß, was eine Gruppe von 22 Pflegedienstleitungen und Palliativpflegefachkräften des DRK in Niedersachsen dazu gesammelt und aufgeschrieben haben: ■

Belastung	Entlastung
fehl. Zeit in der Sterbebegl.	Kooperativen Ehrenamtliche
Überforderung Unsicherheit	Ausgelagerte Zusatzpers./Schulung Strukt. Absprachen/Komp.
Festgelahrene Arbeitsweise	Schulung /FB Folgeabsprache
Arbeitsabläufe	Kompetenzen schnelle Entscheidungen Stellenbeschreibung
persönl. Überzeugung	Prioritäten
Schreibkram	Reflexion abgab. Abspr.
	Einsicht Kraft gut einsetzen

Kongress der DGP

## Verbesserung der palliativen Versorgung

**Die Stärkung und Ausweitung der häuslichen Versorgung Tumorerkrankter am Lebensende, auch im ländlichen Raum, war eine Hauptforderung des Kongresses der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin Ende September in Wiesbaden.**

Es gab auch Stimmen, wie die Anliegen der Palliativmedizin auch für den hochbetagten Patienten erschlossen werden können. Die Palliativmediziner Fuchs, Gerhard und Pfisterer und zum Abschluss Dr. Marina Kojer zeigten in einem überfüllten und kurzfristig vergrößerten Saal Perspektiven auf für die palliativmedizinische Versorgung Nicht-Tumorerkrankter. H. Kaulen schreibt dazu in der FAZ (2.10.2008):

„Deutschland hat derzeit rund 1400 ambulante Hospizdienste, 142 stationäre Hospize und 149 Palliativstationen. Trotzdem dürften diese Fortschritte nicht über die bestehenden Defizite hinwegtäuschen.“, sagte Thomas Schindler von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin letzte Woche beim 7. Kongress dieser Gesellschaft in Wiesbaden. Es existiert nach wie vor kein flächendeckendes Angebot. Das Erscheinungsbild wird Schindler zufolge immer noch von Modellprojekten und Insellösungen bestimmt. Es gebe keine bundesweiten Konzepte für eine qualitätsgesicherte palliativmedizinische Versorgung. Auch fehlten klare inhaltliche

Definitionen zu spezifischen Leistungen, und es gebe keine verlässlichen Zugangswege zu den Angeboten. Oft unterliege es dem Zufall, ob unheilbar Kranke am Lebensende palliativmedizinisch betreut würden oder nicht... Neunzig Prozent der Kranken, die derzeit eine palliativmedizinische Versorgung in Anspruch nehmen, sind Krebspatienten. Für sie ist viel erreicht worden, von der besseren Schmerztherapie bis zur psychosozialen Betreuung angesichts des Todes. Wie eine Palliativmedizin für die immer größer werdende Zahl an alten Schwerstkranken und Sterbenden auszusehen hat, wird als Nächstes zu klären sein. ■

SAPV

## Ärzte haben viel von Pflegenden gelernt

**Interview mit Herrn Dr. med. M. Fuchs, Arzt für Palliativmedizin, Präsident der interdisziplinären Gesellschaft für Palliativmedizin in Rheinland-Pfalz zu den Empfehlungen der Krankenkassen bezüglich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).**

**Redaktion:** Wie zufrieden sind Sie mit den neuen Empfehlungen der Krankenkassen zu §132d SGBV bezüglich der spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV)?

**Fuchs:** Die Paragraphen 37b und 132d SGB V selbst geben nur Rahmenbedingungen vor. Die Inhalte sind qualitativ nur wenig durch andere Paragraphen konturiert. Die SAPV ist mehr als eine allgemeine Palliativversorgung. Letztere ist aber nicht definiert. Quantitativ bleibt erheblicher Spielraum, ja Bedarf für die Ausgestaltung. Das birgt aber auch die Chance der Bedarfsanpassung für den ländlichen, großstädtischen wie deren dichter besiedelten Stadtrand bzw. auch für kleinere Städte. Für die SAPV

in großen Städten sollten neben den Ärzten und den Palliativfachpflegekräften noch weitere Fachgruppen (z. B. Sozialarbeiter, Psychologen, Physiotherapeuten und andere Fachärzte) zum Team gehören. Möglich würde dies durch Kooperationsverträge. Ebenso sind notwendig eine Geschäftsstelle, eine Sekretärin (möglichst auch Palliativfachkraft), Räumlichkeiten zur Fallbesprechung wie Fortbildung, Qualitäts-Zirkel und eine Finanzierung zur Evaluation, Dokumentation und der gemeinsamen Krankengeschichten. Ein 24-Stunden-Bereitschaftsdienst für Ärzte und Pflegende muss gewährleistet sein. Eine Palliativstation und/oder ein stationäres Hospiz müssen mit einer SAPV vernetzt sein. Ferner gehören dazu ein Hospizverein und eine kompetente Ehrenamtlichkeit.

Im weniger dicht besiedelten Raum wird es hauptamtlich eher nur Ärzte und Palliativfachpflegekräfte geben, eventuell auch eine Schreibkraft mit Kompetenz zur internen Koordination

von Abläufen, der Dokumentation, Evaluation wie der Aktualisierung der Patientenakten. Im ländlichen Bereich ist zumindest anfänglich eine SAPV gegeben, wenn einige wenige grundsätzlich ausgebildete Hausärzte (QPA = qualifizierter Palliativ-Arzt) mit einigen Palliativfachkräften und einem Hospizdienst das Team bilden. Fakultativ sollten andere notwendige Fachgruppen mitarbeiten.

Diese differente SAPV ist nur dann möglich, wenn eine mehrjährige Übergangszeit durch weiter entwickelte Quantität auch die Qualität verbessert. Der primär entscheidende Koordinator soll der Hausarzt sein. Er muss zum Beispiel vom Palliative-Care-Team erstrangig informiert werden. Meist wird er neben seiner ärztlichen Intervention auch über den Weg der Konsilianforderung die entsprechende Palliativkompetenz von QPA, Palliativstation oder Hospiz abrufen können. Er kann aber auch mit und ohne seine Begleitung den QPA um einen Hausbesuch bitten oder ihm den Patienten

überweisen. Es ist davon auszugehen, dass nur über dieses Procedere Vertrauen zwischen SAPV und Hausärzten entstehen kann. Die nicht spezialisierte ambulante Palliativversorgung, d. h. die allgemeine Palliativversorgung, wäre im Bereich der Mediziner ausschließlich durch den alleinigen Besuch eines 40-stündigen Basisurses in etwa zu definieren. Dies ist aber noch zu diskutieren.

Tätigkeiten außerhalb der Dienstzeit (nach Praxisschluss, Wochenende etc.) sollten vom Dienstätigen (QPA wie Palliativfachpflegekraft) eigenständig möglich sein. Dies gilt auch für diagnostische wie therapeutische Entscheidungen des QPA.

**Redaktion:** Wo sehen Sie als Arzt und Präsident der iGP die Rolle der Pflegenden in der Palliativversorgung?

**Fuchs:** Die Palliativfachpflegekraft hat wegen ihrer Profession eine gleich wichtige Rolle wie der Qualifizierte Palliativarzt (QPA). Wir Ärzte haben in den letzten 20 Jahren sehr viel von und durch die Pflegenden gelernt. Auch haben die Palliativfachpflegenden sehr viel häufigeren und längeren Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen. Sie können sehr wohl auch kompetente BegleiterInnen der Pflegedienste sein. Diese Feststellungen sind durch erfolgreiche Modelle bewiesen. Ohne diese Kompetenz der Pflege wäre eine stationäre wie ambulante palliative Versorgung nicht möglich. Auch kann der QPA durch seine Tätigkeiten nicht die Palliativfachpflegende gleichwertig ersetzen. Die Pflegenden müssen entsprechend ihrer Kompetenz eine Eigenverantwortung haben, die aber aus juristischen Gründen mit dem QPA gut abgestimmt sein sollte. Würden wir Palliativmediziner diese Wertschätzung nicht leben, widerspräche dies dem Selbstverständnis einer Interdisziplinarität! Es ist eine zu diskutierende Idee, wenn die geplanten Pflegestützpunkte in eine SAPV integriert würden.

**Redaktion:** Was sollten die Pflegedienste tun, wenn sie in die Palliative Versorgung einsteigen wollen?

**Fuchs:** Sie sollten eine zertifizierte Kompetenz für diese auch menschlich schwierige Aufgabe haben. Zumindest sollten einige Mitglieder des Pflegeteams eine 160-stündige Palliativausbildung absolviert haben. Es gehören neben der Kommunikationsfähigkeit auch Wissen und Fähigkeiten in der Symptomkontrolle mit dazu. Ebenso sollten die Pflegenden die Wertschätzung gegenüber den Ehrenamtlichen „pflegen“! Schließlich sollten sie fähig sein, eine Patientenübergabe wie eine mündliche Befundbeschreibung medizinisch korrekt zu machen bzw. zu erstellen.

**Redaktion:** Welche Auswirkungen erwarten Sie durch die Palliative Versorgung im Pflegeheim?



Dr. med. Martin Fuchs

**Fuchs:** In den Pflegeheimen besteht oft ein Mangel an Pflegepersonal. Gleichzeitig wird deshalb häufig aus dieser Not nicht ausreichend qualifiziertes Personal eingesetzt. Die Pflege selbst ist aber dennoch meist sehr gut motiviert. Die palliative Versorgung haben wir Ärzte und die Palliativfachpflegenden primär durch die Betreuung von Tumorpatienten gelernt. Deshalb wissen die beiden Berufsgruppen wenig über die Gebrechlichkeiten und Krankheiten der meist sehr alten Menschen. Besonders gilt dies für die Betreuung demenziell Erkrankter. Gemeint sind die Probleme in der Kommunikation und in der gerontopsychiatrischen medikamentösen Therapie. Auch sind hier das Erkennen und das Behandeln von Schmerzen zu erwähnen. Es ist dringend notwendig, die umfassende palliative Versorgung in die Altenheime zu implementieren. Deren Schwerpunkte wären beispielhaft: Struktur- wie Prozessabläufe, Teamfähigkeit, Wertschätzung gegenüber dem Team wie Patienten, Symptomkontrolle, Kommunikation, Ressourcen des jeweiligen Bewohners zu erforschen und unabdingbar ausreichend Personal einzustellen.

Es darf hier aber auch darauf hingewiesen werden, dass diesem System Pflegeheim die Palliativversorgung nicht einfach übergestülpt werden darf und dabei der Vorwurf im Raume steht, die bisherige Pflege sei schlecht. Besser wäre es, die Pflegenden selbst mit ihren Erfahrungen, die die Palliative Versorgung mit diesen Menschen ja noch nicht hat, wertschätzend in das Ausbildungskonzept einzubeziehen.

**Redaktion:** Was ist nun zu fordern und zu tun?

**Fuchs:** Der Gesetzgeber hat mit der SAPV gewisse Rahmenbedingungen geschaffen, die Versorgung der Schwerkranken und der Menschen am Ende des Lebens zu verbessern. Damit gibt es eine Chance, der Menschenwürde viel mehr Gewicht zu geben als bisher. Zu fordern sind ethische und damit gesellschaftspolitische Festlegungen zur Menschenwürde. Wenn die Pflegebedürftigen als Kostenverursacher bezeichnet werden, ist dies fatal! Wie viel sind uns diese oft einsamen Menschen mit großer Angst vor dem Sterben wirklich wert? Zu fordern ist, dass die Politik und die Krankenkassen diesen Menschen gerecht werden und deren Situation erheblich verbessert wird. Die entsprechenden Ressourcen müssen bereitgestellt werden. Ebenso müssen wir uns, die wir die SAPV entwickeln und realisieren sollen, uns selbst entsprechend qualifizieren. ■

### **Dr. med. Martin Fuchs**

*Facharzt für Innere Medizin/  
Kardiologie*

*Palliativmediziner*

*60 Jahre, verheiratet, 4 Kinder*

*Seit Dezember 2006 Vorsitzender  
der Bezirksärztekammer Koblenz.*

*Außerdem: Präsident der Interdisziplinären Gesellschaft für Palliativmedizin Rheinland-Pfalz e.V. (IGP).*

## Urteil

## SAPV durchgesetzt – Krankenkasse verurteilt

**(openPR: Palliativnetz Bochum e.V.) Sterbende Patienten mit schweren Symptomen haben Anspruch auf „spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV)“. So hat es der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch festgeschrieben. Doch anstatt dies tatsächlich umzusetzen, weigern sich die meisten Krankenkassen, überhaupt Verhandlungen mit Palliativärzten aufzunehmen. Nun hat das Landessozialgericht eine Ersatzkasse zur Kostenübernahme verurteilt.**

**Der Fall:** Elisabeth P. schwerst demenzkranke Heimpatientin mit abfaulendem Bein, dauernd unruhig, Vernichtungsschmerzen, hat Anspruch auf Kostenübernahme für qualifizierte Hilfe. Der behandelnde Palliativmediziner Dr. Thöns, Vorstand im Palliativnetz Bochum: Ein langer Weg ist nun zu einem erfolgreichen Ende gekommen. Die Krankenkasse, die vormals Leistungen kürzte, die bei Patienten in Heimen abgerechnet wurden, behauptete vor Gericht „es ist für alles gesorgt, wir können 12 Vertragsärzte benennen und die Patientin braucht die Versorgung gar nicht“. Doch die benannten Ärzte waren gar nicht für SAPV qualifiziert. Auch ein Onkologe, der seit Jahren keine Hausbesuche bei Sterbenden mehr gemacht hatte und der auch nicht über eine Zusatz-

weiterbildung verfügt, wurde benannt. Von Demenz hatte er keine Ahnung.

**Das Urteil:** Diese „Lösung auf dem Papier“ wurde vom Gericht kassiert – die Versorgung muss vor Ort gesichert sein – so wie es der Gesetzgeber gewollt hat. Denn seit dem 1.4.2007 heißt es im Sozialgesetzbuch § 37b unmissverständlich: „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. [...] Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung [...] zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen“.

Dr. Jürgen Thomas, Vorstand im Palliativnetz Bochum erklärt: „Im Gesetzestext ist eindeutig von spezialisierter pflegerischer und ärztlicher Versorgung die Rede. Daraufhin haben wir 208 Krankenkassen Anfang Juli angeschrieben und um Vertragsverhandlungen gebeten. Bislang haben 27 geantwortet; keine davon ist zu einem Vertragsabschluss bereit. Die Gründe für die Ablehnung waren indiskutabel

bis nebulös. Die Antwort des Verbandes, Vertragsverhandlungen mit einem qualifizierten SAPV Anbieter seien nicht vorgesehen, hat uns glatt die Sprache verschlagen.“

Prof. Michael Zenz, Mitgründer des Palliativnetz Bochum und Chef der Palliativstation am Bergmannsheil Bochum freut sich: Endlich ist dieser unselige Streit ums Geld entschieden. Nun werden die Krankenkassen wohl mal auf die Ärzte zur Verhandlung zukommen und die vom Gesetzgeber vorgesehenen Vertragsinhalte erfüllen müssen. Dr. Thöns ergänzt: Ob einige schwarze Schafe Kassen angesichts des Urteils eines so hohen Gerichts noch den Streit suchen, möchten wir nicht glauben – aber unser Vorgehen ist klar: Kostenzusage oder einstweilige Verfügung. Ich bin froh, dass wir uns wieder auf unser „Kerngeschäft“ konzentrieren können: Menschen am Lebensende qualifiziert und kurzfristig zu begleiten.

PS: Die Patientin ist 4 Tage nach der Entscheidung des Landessozialgerichts unter guter Beschwerdelinderung im Beisein ihrer Tochter verstorben – die Krankenkasse hatte den schweren Krankheitszustand bestritten. Dr. med. Matthias Thöns. ■

### Spezialisierte Palliativversorgung

## SAPV rollt langsam an

Nach der Veröffentlichung der so genannten Gemeinsamen Empfehlungen der Krankenkassen zu § 132 d SGB V Ende Juli 2008 gab es von offizieller Seite erst mal eine Lähmung in Sachen spezialisierter Palliativversorgung. So übertrieben hochgesteckt und gleichzeitig unkonkret hatte sich niemand

die Empfehlungen und den Rahmen auf der Bundesebene vorgestellt.

Von privater Seite und noch lauter von den Wohlfahrtsverbänden gab es offene Kritik und Angst vor dem Scheitern des Ganzen (siehe auch das Schreiben der Wohlfahrtsverbände –

BEHR'S Jahrbuch Gesundheit – bei der Nachlieferung zum BEHR'S Praxishandbuch „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln“ anbei). Auf Landesebene scheint nun möglicher, was zuerst unmöglich erschien: Die SAPV rollt langsam an. ■

AEM Jahrestagung 2008

# Der Patient im Mittelpunkt

**Interview mit Rechtsanwalt Henning Rothe anlässlich der Jahrestagung der Akademie Ethik in der Medizin (AEM). Herr Rothe ist Rechtsanwalt und Mediator in Hannover und hat sich u. a. im Bereich des Medizinrechts spezialisiert.**

**Redaktion:** Herr Rothe, Sie haben an der diesjährigen Jahrestagung von Ethik in der Medizin in Bochum teilgenommen. Was hat Ihnen an der Tagung gefallen?

**Rothe:** Der plastische Vortrag von Frau Prof. Dr. Nancy Dubler hat mit sehr gefallen. Sie hat nicht nur eine Struktur des Gesprächsablaufs in Konfliktsituationen dargestellt, die würdevoll mit den betroffenen Patienten umgeht, vielmehr hat Sie auch hervorgehoben, dass der Patient im Mittelpunkt steht. Sie gibt jedem eine Stimme, insbesondere auch den Angehörigen. Jedoch stellt sie nicht den Arzt und die Angehörigen in den Mittelpunkt, sondern den Patienten, um den es ja auch geht.

**Redaktion:** Sie bilden doch selber Moderatoren für den Bereich der klinischen Ethikberatung aus. Ist der „Patient Im Mittelpunkt“ nicht eine Selbstverständlichkeit?

**Rothe:** Leider erlebe ich es häufig, dass Ärzte und Pflegende sich mit Ihren Vorstellungen und (ethischen) Werten zu sehr in den Vordergrund stellen. Hierbei ist m. E. stark darauf zu achten, dass ein Perspektivenwechsel geschieht und im Gespräch der Patient und seine Interessen wahrgenommen werden. Hierbei hat ein Mediator als neutrale Person eine zentrale Aufgabe. Er unterstützt alle, um die verschiedenen Interessen der Akteure klar voneinander zu trennen und transparent zu machen. Und er bestärkt die Teilnehmer, den mutmaßlichen Willen des Patienten im Kontext seines Lebens herauszuarbeiten.

**Redaktion:** Haben noch andere Referenten auf Sie solch einen positiven Eindruck hinterlassen?

**Rothe:** Eingangs gab es einen sehr guten und strukturierten Vortrag von Dr. Neitzke, der sich seit guten 10 Jahren mit Fragestellungen und Konzeptionen im Bereich von Ethik und Medizin an der MHH in Hannover beschäftigt. Ein profundes Wissen, Erfahrung und eine klare Struktur zeichneten seinen engagiert referierten Vortrag zu Formen und Strukturen klinischer



Henning Rothe

Ethikberatung aus. Dass Strukturqualität eine grundsätzliche Voraussetzung für die Prozess- und Ergebnisqualität ist, ist allgemein bekannt. Und dass die klinische Ethikberatung im Bereich der Organisationsberatung bzw. des Qualitätsmanagements in den Kliniken und stationären Pflegeheimen einen festen Platz erhalten sollten, ist m. E. nur noch eine Frage der Zeit. Der Vortrag von Herrn Prof. Dr. Kettner zur Organisationsethik hat nochmals verdeutlicht, dass zukünftig nicht das „ob“ von einer Organisationsethik im Raum steht, sondern das „wann“ und die Fragestellung der Definitionshoheit in diesem entstehenden Bereich. Dass hiervon nicht nur Krankenhäuser betroffen sind, sondern bereits heute ein großes Bedürfnis nach Ethikberatung in Altenpflegeheimen besteht, hat Frau Dr. Bockenheimer-Lucius eindrucksvoll bestätigt.

**Redaktion:** Wir danken Herrn Rechtsanwalt Rothe aus Hannover für das Gespräch. ■

## Neues Gesetz zur Patientenverfügung

# „Wissen, was drin ist“

**Die Vizepräsidentin des Deutschen Bundestages, die Grünen-Politikerin Katrin Göring-Eckart, ist zuversichtlich, dass eine verbesserte Patientenverfügung keine bürokratischen Hürden aufbaut und auf Zustimmung im Parlament trifft. Der neue Gesetzesvorschlag soll noch im November 2008 öffentlich vorgestellt und Anfang 2009 zur Abstimmung gestellt werden. Sie sagte im ZDF-Morgenmagazin zu dem von den Grünen und der CDU maßgeblich entwickelten Entwurf:**

„Wir hoffen, dass das als Kompromiss verstanden wird, weil es jetzt verschiedene Möglichkeiten gibt, die ganz verbindliche und die verbindliche Patientenverfügung. Ich hoffe, dass wir, wenn wir in den Ausschüssen beraten, tatsächlich zusammen kommen. Bei ethischen Fragen macht es nicht viel Sinn, zwei Lager zu haben, die gegeneinander sind.“

Ärztliche Beratungspflicht und notarielle Beglaubigung hält Göring-Eckart für wichtige Komponenten einer Pati-

entenverfügung. „Bei jedem Joghurt wissen wir genau, was drin ist, ich fände es gut, wenn das bei der Patientenverfügung auch so ist, dass man einfach genau weiß, was man tut.“ Die Kosten von etwa 25 Euro für den Notar sind in ihren Augen keine unüberwindliche Hürde. Wichtig sei auch eine angstfreie, selbstbestimmte Handlungsweise. „Ich möchte, dass es keinen Missbrauch gibt. Ich möchte, dass diese Beratung stattfinden kann, dass der Arzt Zeit dafür hat, dafür auch vergütet wird.“

Außerdem solle mit dem von Göring-Eckart befürworteten Entwurf der Bevollmächtigte gestärkt werden, „also die Vertrauensperson, die der Patient hat“. Göring-Eckart: „Das entspricht

dem wirklichen Leben sehr viel mehr als ein Stück Papier.“

Der neue Entwurf zur zweigestuften Patientenverfügung in Ton und Bild:

<http://www.tagesschau.de/inland/patientenverfuegung102.html>  
(2 kurze Videos und ein Radiobeitrag im Download) ■

Deutsche Übersetzung – kostenfreier Download

## Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen

**Das WHO (Europa) Standardwerk „Better Palliative Care for Older People“ von Elizabeth Davies und Irene J. Higginson ist in deutscher Übersetzung von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin herausgegeben worden. (Oktober 2008 Pallia Med Verlag, Bonn, ISBN 978-3-933154-15-6) Zu beziehen über Pallia Med Verlag, Von-Hompesch-Straße 1, 53123 Bonn, Tel. 0228/6481-9206 und kostenfrei als download unter: [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de) im Downloadbereich.**

In den europäischen wie in anderen Industrienationen ereignen sich die meisten Sterbefälle in der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen. Deren Versorgungsbedarf in den letzten Lebensjahren wird jedoch von Seiten der Gesundheitspolitik relativ we-

nig Aufmerksamkeit beigemessen. In dem Maße, in dem die Lebenserwartung steigt, wächst in vielen Ländern auch der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung. Gleichzeitig nimmt im Verhältnis dazu die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter ab und das Durchschnittsalter der potenziell Behandelnden, Pflegenden und Begleitenden steigt.

Palliativversorgung ist daher von wachsender Bedeutung für das Gesundheitswesen. Im Vergleich zu jüngeren haben ältere Menschen bisher weniger Anteil an der Palliativversorgung erhalten, deren Dienstleistungen bislang vor allem auf Patienten mit Krebserkrankungen konzentriert waren. Die vorliegende Broschüre ist Teil der Arbeit des WHO-Regionalbüros

für Europa, Politikern und Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen wissenschaftliche Erkenntnisse in klarer und verständlicher Form darzulegen. Aufgezeigt wird der Versorgungsbedarf älterer Menschen und die unterschiedlichen Krankheitsverläufe, unter denen sie leiden, die Unterbewertung von Schmerz und anderen Symptomen, die Notwendigkeit, die Betroffenen in Entscheidungsprozesse einzubeziehen, effektive Lösungen auf dem Gebiet der Palliativversorgung sowie Fragestellungen für die Zukunft. Eine Begleitbroschüre mit dem Titel Palliative Care – die Fakten (Palliative Care – The Solid Facts) befasst sich damit, wie die Versorgungsangebote verbessert werden und Fachleute wie Öffentlichkeit sensibilisiert werden können. ■

Fachtag

## Heime im Aufbruch

**Der Fachbereich Sozialwesen der FH Braunschweig/Wolfenbüttel (Prof. Dr. Karin Wilkening) in Kooperation mit Hospiz LAG Niedersachsen e.V. lädt Leitungen und Mitarbeitende niedersächsischer Altenpflegeheime, Mitglieder von Hospizinitiativen und Palliativstützpunkten, Vertreterinnen der Kostenträger und Gesundheitspolitik, Studierende und Lehrende des Fachbereichs Sozialwesen zu einem Fachtag „Hospizkultur und Palliativkompetenz im Altenpflegeheim“ am Donnerstag, den 22. Januar 2009 in die FH Braunschweig ein.**

Nach zwei kürzeren Eingangsreferaten zum Thema „Sterben im Heim – Stiefkind der Hospizlandschaft?“ von Prof. Dr. Karin Wilkening, FH Braun-

schweig/WF und „Palliative Care im Pflegeheim: Wozu und Wann und auch Wie?“ von Dr. Jochen Steuerer wird Karl Bitschau das Hauptreferat halten: „Hospizkultur im Altenpflegeheim – Erfolgsmodell Vorarlberg?“ Karl Bitschau ist Diplom Sozialarbeiter, MAS Palliative Care und tätig bei der Caritas Vorarlberg und für österreichische Hospizvereine. Seit Jahren begleitet er in Vorarlberg ein Modell, in dem Pflegeheime zum Palliativen Netz fest dazugehören. Er spricht über seine Erfahrungen und tauscht sich mit den Teilnehmern aus.

Auch der Mittag und Nachmittag ist für den Austausch reserviert. An Postertafeln stellen bis zu 20 Heime

ihre Umsetzung von Palliative Care zur Diskussion (DW, DRK, Caritas, eventuell: bpa).

Es folgen Arbeitsgruppen zu „Palliative Care im Pflegeheim – Dimensionen der Umsetzung“:

- Sozialarbeit – die dritte Säule im Palliative Care Team (Dipl. SA K. Bitschnau)
- Palliativärzte/-medizin einbeziehen (Dr. med. R. Prönnecke)
- Freiwilligeneinsatz gestalten (Dipl. theol. U. Domdey, LAG Hospiz)
- Ethischer Krisenfälle im Team reflektieren (Dipl. theol. C. Behrens)
- Vernetzung mit Palliativstützpunkten (Schriever, DRK, BS; M. Wegener, angefr.)

## Palliative Care kompakt

- Expertenforum Palliative Care im Heim: Wie gehen wir weiter? (Dr. J. Steurer)
- Forschungsvorhaben und -projekte (Dipl. SA. C. Wichmann + Studierende der FH)

Den Abschluss des Tages bildet ein Runder Tisch Gesundheitspolitik: „Sterben im Heim – (k)ein palliatives Spezialthema. Was dürfen Heimbewohner im Sterben und Heimträger in

der Versorgung erwarten und zu Recht fordern?“ Auf dem Podium stellen sich den Fragen der Teilnehmer und diskutieren:

- Frau Meissner, FDP, Gesundheitspolitischer Ausschuss (angefr.)
- Herr Wetzlaff (VdAK-AEV Krankenkasse)
- Frau Fischer (Hospiz-LAG Niedersachsen)
- Herr Kühne (bpa Verbandsgeschäftsführer)

- Dr. med. R. Prönnecke, (Palliativstützpunkte, DGP + PAG Niedersachsen)
- Dr. theol. J. Steurer (Experte für Palliativimplementierungen im Heim)
- Moderation: Prof. Dr. Karin Wilkening

Interessierte können sich über die FH Braunschweig für diesen Tag anmelden. ■

## Eingebundene Hausärzte im Palliativnetz

**GIFHORN (ärztezeitung/cben). Die Deutsche BKK und das Palliativnetz Gifhorn in Niedersachsen haben den nach eigenen Angaben bundesweit ersten Vertrag zur Versorgung Sterbender nach den Maßgaben der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) geschlossen.**

„Wir haben festgestellt, dass das Konzept der Palliativ-Care-Teams in einer ländlichen Region wie bei uns nicht gut funktioniert“, sagte Dr. Armin

Saak, Allgemeinmediziner und Palliativmediziner vom Gifhorer Palliativnetz der „Ärzte Zeitung“. Deshalb haben beim Gifhorer Modell die Hausärzte den Hut auf. Wenn ein Kollege einen sterbenden Patienten in die SAPV überleiten will, so kann er einen der beiden Koordinatoren des Ärztenetzes anrufen. Nach spätestens einem Tag kommt der Koordinator auf Hausbesuch und stellt fest, ob die Bedingungen für eine SAPV vorliegen.

Für die Einschreibung in den Vertrag erhält der Hausarzt 80 Euro als Fallpauschale. Die Spezialisten erhalten pro Patient und Woche 200 Euro. Dazu kommen Pflege und Koordinationpauschalen, sowie ein Konsiliardienst, der leistungsbezogen abgerechnet wird. Die Deutsche BKK zahlt zwischen 1000 bis 3000 Euro pro Patient für maximal acht Wochen, sagte Dr. Thorsten Heberlein, Vorstandsberater der Deutschen BKK. ■

## Palliative Care in Pflegeheimen

**Altenpflegekräfte wollen Sterben und Tod in ihren Einrichtungen nicht mehr länger tabuisieren. Sie möchten stattdessen die Hospizarbeit in ihre Einrichtungen integrieren und von der Palliativmedizin und -pflege lernen, um die Schwerstkranken besser zu begleiten. Eine gute Palliativversorgung wird darüber hinaus zu einem wichtigen Qualitätskriterium von Pflegeheimen. Sie ist für Bewohner und Angehörige ein wichtiges Signal für eine gute Lebensqualität auch in schwierigen Krankheitsphasen.**

Doch die praktische Palliativpflege wirft viele Fragen auf:

- Wie führen wir ein gutes Schmerzmanagement ein?
- Wie gestalten wir den Einsatz Ehrenamtlicher?
- Wie meistern wir ethische Krisen?
- Wie helfen uns Notfallpläne, Krisenvorsorge und ethische Fallgespräche?

- Was brauchen unsere Mitarbeiter zur eigenen Entlastung?
- Welche Angebote bieten wir trauernden Angehörigen?
- Wie werden Angehörige unsere Partner?

Das Buch „Palliative Care in Pflegeheimen“ (Schlüterschen Verlagsbuchhandlung, 160 Seiten, 16,90 Euro) gibt praktische Antworten auf diese konkreten Fragen – präzise, ausführlich und leicht verständlich. Es regt zum Mitmachen, Ausprobieren und Umsetzen an.

Das Autorenteam Christine Behrens ist Theologin und Supervisorin. Dr. Christoph Gerhard ist Neurologe und Palliativmediziner. Meike Schwermann ist Palliativfachpflegerin und Pflegewissenschaftlerin. Cornelia Wichmann ist Krankenschwester und

Sozialpädagogin. Dr. Jochen Steurer ist Berater von Pflegeheimen. Erschienen im Oktober 2008. ■

### IMPRESSUM

© B.Behr's Verlag GmbH & Co. KG  
Averhoffstraße 10 • 22085 Hamburg  
Tel. 0049/40/22 70 08-0 • Fax 0049/40/220 10 91  
E-Mail: info@behrs.de  
homepage: <http://www.behrs.de>

Grundwerk 2007  
6. Aktualisierungslieferung 11/2008

Alle Rechte – auch der auszugsweisen Wiedergabe – vorbehalten. Herausgeber und Verlag haben das Werk mit Sorgfalt zusammengestellt. Für etwaige sachliche oder drucktechnische Fehler kann jedoch keine Haftung übernommen werden.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

ISBN 978-3-89947-368-1