

PALLIATIVE CARE kompakt

Der Informationsdienst für die professionelle Palliativversorgung in der Pflege



Dr. Jochen Steurer
Herausgeber

Liebe Leserin, lieber Leser,

Mit dem Druck der Sommerpause und des heranrückenden Endes der Wahlperiode waren viele Politiker und auch einzelne Krankenkassen in wenigen Bundesländern aktiv und haben endlich Regelungen gefunden für die anstehenden Probleme. Der Wille des Patienten, Pflegekunden oder Heimbewohners wurde durch ein neues Gesetz zur Patientenverfügung gestärkt. Gleichzeitig wurden Verträge zur besseren Palliativversorgung in NRW und Hessen vorgelegt. In den anderen Bundesländern dauert die Sommerpause noch an. Lesen Sie in diesem Newsletter, wie sich diese ersten Schritte für Sie nun auswirken.

Im Nebenbei wurden ambulante Hospizdienste gestärkt, die Ausbildung von Medizinern in der Palliativmedizin festgeschrieben und die Finanzierung der stationären Hospize gesichert. Es besteht berechtigte Hoffnung, dass nun in der kommenden Wahlperiode endlich auch die hochbetagten, oft dementen Patienten und Heimbewohner in ihrer letzten Lebensphase besser von Ihnen unterstützt werden können.

Ihr

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

Abstimmung im Bundestag

Der Wille des Patienten verpflichtet

Nach langjähriger Diskussion hat der Bundestag über neue Regeln für Patientenverfügungen entschieden. Zukünftig sollen Patientenverfügungen für Ärzte verpflichtend sein. Der Bundestag stimmte in zweiter Lesung für einen Gesetzentwurf, demzufolge der Wille eines Patienten bei der Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen vorrangig berücksichtigt werden muss. Die Gerichte sollen nur im Streitfall eingeschaltet werden.

Bundesjustizministerin Brigitte Zypries begrüßte die Entscheidung des Bundestages, da es nun „mehr Rechtsklarheit und Rechtssicherheit im Umgang mit Patientenverfügungen“ gebe. Liegt der Patientenwille schriftlich vor, gilt er und zwar völlig unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung. Das bedeutet, dass beispielsweise ein Motorradfahrer für den Fall eines Komas das Abschalten des Beatmungsgeräts festlegen kann, wenn ihm beide Beine abgenommen



© Siegfried Baier / PIXELIO

weiter auf Seite 2

In dieser Ausgabe lesen Sie

Der Wille des Patienten verpflichtet	1
Endlich mehr Rechtssicherheit	2
Gegen die Angst	3
Endlich gibt es Verträge – aber nicht unbedingt die Richtigen	4
SAPV-Wegweiser für die verschiedenen Regionen	4
Hospiz besser gefördert	7
Neues in Kürze	8

werden müssten. Fehlt die Verfügung, muss wie bisher der mutmaßliche Wille des Patienten ermittelt werden. Sind sich Betreuer und Arzt in dieser Entscheidung nicht einig, wird ein Vormundschaftsgericht eingeschaltet. Der SPD-Rechtsexperte Joachim Stünker, der die Federführung des beschlossenen Entwurfs hatte, sagt: „Die Menschen haben einen Anspruch darauf, dass das Selbstbestimmungsrecht nicht nur in der Verfassung steht, sondern im Alltag auch eingehalten wird.“

Für den Gruppenentwurf Stünkers stimmten 317 von 555 Abgeordneten. 233 stimmten dagegen, fünf enthielten sich. Die Abgeordneten konnten sich zwischen drei konkurrierenden Gesetzesentwürfen entscheiden. Vor der Abstimmung erhielt der Antrag des Behindertenbeauftragten der Unionsfraktion Hubert Hüppe keine Mehrheit. Er lehnt ein neues Gesetz ab und will den bisherigen Zustand beibehalten, der nur auf Richterrecht beruht. Zur Debatte stand auch der Entwurf des stellvertretenden Unions-Fraktionsvorsitzenden Wolfgang Zöller (CSU). Das Zöller-Konzept verlangt keine schriftliche Verfügung. Auch durch Zeugen übermittelte Bekundungen können danach gelten. Ärzte, Betreuer und im Zweifel weitere Angehörige müssten vielmehr immer darüber beraten, ob die Verfügung auf die konkrete Situation des Patienten tatsächlich noch zutrifft. „Wir wollen keinen Automatismus“, sagte Zöller im Bundestag. „Sterben ist eben nicht normierbar.“ Ziel dieses Antrags ist es, die derzeitige „gute Praxis“ in Krankenhäusern gesetzlich abzusichern. Allerdings will auch Stünker, dass die Verfügung nicht blind umgesetzt wird. Die strengsten Vorgaben enthielt der Vorschlag des stellvertretenden Unions-Fraktionsvorsitzenden

Wolfgang Bosbach (CDU). Der Antrag unterscheidet Grad der Verbindlichkeit einer Verfügung danach, ob diese nach Beratung durch einen Arzt und einen Notar abgefasst wurde oder nicht. Sie darf dann aber nicht älter als fünf Jahre sein.

Zwischen acht bis zehn Millionen Menschen in Deutschland besitzen eine Patientenverfügung. Sie legen darin vorab fest, wie sie bei einer schweren Krankheit medizinisch behandelt werden wollen, wenn sie sich selbst nicht mehr äußern können. Das Problem: Die Patientenverfügung ist rechtlich nicht bindend. Ärzte müssen sich also nicht in jedem Fall an eine solche Willenserklärung halten.

In ihrem bereits im Frühjahr 2008 eingebrachten und von 206 Parlamentariern unterzeichneten Entwurf fordern die Abgeordneten Joachim Stünker (SPD), Michael Kauch (FDP), Dr. Lukrezia Joachimsen (Die Linke) und Jerzy Montag (Bündnis90/Die Grünen), den Willen des Betroffenen unbedingt zu beachten, unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung. Die Tötung auf Verlangen in einer Patientenverfügung solle, wie auch in den anderen beiden Initiativen klargestellt, unwirksam sein. Ebenso sieht der Entwurf vor, dass besonders schwerwiegende Entscheidungen eines Betreuers oder Bevollmächtigten über die Zustimmung oder Ablehnung ärztlicher Maßnahmen vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden müssen. In der Begründung zu ihrer Initiative schreiben die Abgeordneten: Viele Menschen wollen Gewissheit haben, dass sie über Art und Weise ihrer medizinischen Behandlung selbst abstimmen können, wenn sie aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls entscheidungsunfähig werden.

Dem Gesetzentwurf 16/11360 nach, den zehn Abgeordnete um den CDU-Parlamentarier Wolfgang Bosbach erarbeitet haben, soll es ausreichen, wenn in einer Patientenverfügung der Abbruch einer lebensverlängernden Behandlung verbindlich angeordnet wird. Als Voraussetzung dafür müsse der Betroffene eine umfassende ärztliche und rechtliche Beratung in Anspruch genommen haben und die Patientenverfügung von einem Notar beurkunden lassen. Diese dürfe zudem nicht älter als fünf Jahre sein. Erfüllt eine Verfügung diese Bedingungen nicht, sollen Arzt und Betreuer nur daran gebunden sein, wenn „eine unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit“ vorliegt, bei der der Patient das Bewusstsein nicht wiedererlangen wird.

„Einen Kompromiss zwischen den Positionen der beiden anderen Entwürfe“ stellt nach Ansicht seiner Verfasser ein dritter Gesetzentwurf 16/11493 dar, der unter anderem von den Abgeordneten Wolfgang Zöller, Dr. Hans Georg Faust (beide CDU/CSU) und Dr. Herta Däubler-Gmelin (SPD) auf den Weg gebracht wurde. Zu den Unterzeichnern gehört auch Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel (CDU). Der Entwurf sieht vor, dass eine Patientenverfügung grundsätzlich verbindlich ist. Als eine solche gilt neben einer schriftlichen auch eine mündlich geäußerte Erklärung. In beiden Fällen müsse immer der aktuelle Patientenwille von Arzt und Betreuer oder Bevollmächtigtem individuell ermittelt werden. Kriterien hierbei seien unter anderem die Begleitumstände sowie der Stand der medizinischen Entwicklung. In Zweifelsfällen könnten auch dem Patienten nahestehende Personen hinzugezogen werden. Das Vormundschaftsgericht solle lediglich in Ausnahmefällen angerufen werden können. ■

Pressemitteilung

Endlich mehr Rechtssicherheit

Bundesministerium der Justiz (BMJ) am 18.06.2009 18:00. Ministerin Zypries: endlich mehr Rechtssicherheit beim Umgang mit Patientenverfügungen.

Der Deutsche Bundestag hat heute in 3.

Lesung den Vorschlag des Abgeordneten Stünker für eine gesetzliche Regelung zur Wirksamkeit und Reichweite von Patientenverfügungen beschlossen. Künftig werden die Voraussetzungen von Patientenverfügungen und

ihre Bindungswirkung eindeutig im Gesetz bestimmt. Mit einer Patientenverfügung soll dem Arzt der Wille eines Patienten vermittelt werden, der sich zur Frage seiner medizinischen Behandlung nicht mehr selbst äußern



© Gerd Altmann / PIXELIO

„Endlich gibt es mehr Rechtsklarheit und Rechtssicherheit im Umgang mit Patientenverfügungen. Vor allem die über 8 Millionen Menschen, die bereits eine Patientenverfügung haben, können sich in Zukunft darauf verlassen, dass ihr Selbstbestimmungsrecht gerade in einer Phase schwerer Krankheit beachtet wird. Ich freue mich sehr, dass es nach jahrelangem Ringen gelungen ist, die Patientenverfügung gesetzlich zu verankern und damit die berechtigten Erwartungen von Millionen Bürgerinnen und Bürgern zu erfüllen. Alle Beteiligten brauchen klare Vorgaben und verlässliche Regelungen, wenn sie über ärztliche Eingriffe bei Menschen entscheiden müssen, die ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. Oberstes Gebot ist dabei die Achtung des Patientenwillens. Die heute beschlossene Regelung enthält daher zu Recht keine Einschränkung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Sie gelten in jeder Lebensphase. Wir

knüpfen die Beachtlichkeit des Patientenwillens weder an hohe bürokratische Anforderungen noch an Art oder Stadium einer Krankheit. Künftig ist jede schriftliche Patientenverfügung, die der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation entspricht, für alle Beteiligten verbindlich. Wir stellen sicher, dass die Menschen in jeder Phase ihres Lebens selbst entscheiden können, ob und wie sie behandelt werden möchten. Zugleich gewährleisten wir, dass bei Missbrauchsgefahr oder Zweifeln über den Patientenwillen das Vormundschaftsgericht als neutrale Instanz entscheidet“, sagte Bundesjustizministerin Brigitte Zypries.

Zu den Regelungen im Einzelnen: Volljährige können in einer schriftlichen Patientenverfügung im Voraus festlegen, ob und wie sie später ärztlich behandelt werden wollen, wenn sie ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. Künftig sind Betreuer und Bevollmächtigter im Fall der Entscheidungsunfähigkeit des Betroffenen an seine schriftliche Patientenverfügung gebunden. Sie müssen prüfen, ob die Festlegungen in der Patientenverfügung der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation entsprechen und den Willen des Betroffenen zur Geltung bringen. Niemand ist gezwungen, eine Patientenverfügung zu verfassen. Patientenverfügungen können jederzeit formlos widerrufen werden. Gibt es keine Patientenverfügung oder treffen die Festlegungen nicht die aktuelle Situation, muss der Betreuer oder Bevollmächtigte unter Beachtung des mutmaßlichen Patientenwillens entscheiden, ob er in die Untersuchung, die Heilbehandlung oder den ärztlichen

Eingriff einwilligt. Eine Reichweitenbegrenzung, die den Patientenwillen kraft Gesetzes in bestimmten Fällen für unbeachtlich erklärt, wird es nicht geben. Die Entscheidung über die Durchführung einer ärztlichen Maßnahme wird im Dialog zwischen Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigtem vorbereitet. Der behandelnde Arzt prüft, was medizinisch indiziert ist und erörtert die Maßnahme mit dem Betreuer oder Bevollmächtigten, möglichst unter Einbeziehung naher Angehöriger und sonstiger Vertrauenspersonen. Sind sich Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigter über den Patientenwillen einig, bedarf es keiner Einbindung des Vormundschaftsgerichts. Bestehen hingegen Meinungsverschiedenheiten, müssen folgenschwere Entscheidungen vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden.

Über eine gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung wurde lange diskutiert. Bereits im Jahr 2004 hatte das Bundesministerium der Justiz einen Referentenentwurf für eine gesetzliche Regelung vorgelegt. Da die Abgeordneten des Deutschen Bundestages dieses wichtige Thema jedoch ohne die Bindung an Fraktionsgrenzen beraten wollten, hat die Bundesregierung auf einen eigenen Gesetzentwurf verzichtet. Die heute vom Bundestag beschlossene Regelung greift viele Ideen des Bundesministeriums der Justiz auf. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates. Es soll – nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens – am 1. September 2009 in Kraft treten. ■

Patientenverfügung

Gegen die Angst

GASTKOMMENTAR von Eckart Lohse.

Die Fähigkeit des Menschen, das eigene Empfinden für die Zukunft vorherzusagen, ist begrenzt. Der in der Regel zwar



Eckart Lohse

alte, aber autonom handlungsfähige und geistig klare Mensch, der eine Patientenverfügung verfasst, vermag sich oft nicht vorzustellen, dass das Leben auch dann noch als wertvoll empfunden werden kann, wenn man den gewohnten Zustand verlassen hat. Diese Erkenntnis hat sich nicht durchgesetzt, als der Bundestag am 18. Juni

ein Gesetz zu den Patientenverfügungen beschlossen hat. Mit solchen Verfügungen versuchen Millionen von Menschen zu regeln, wie sie medizinisch behandelt werden wollen, falls sie sich aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls eines Tages nicht mehr artikulieren können. Schon früher wurde der in solchen Erklärungen ver-

Palliative Care kompakt

fügte Wille in der Regel Wirklichkeit. Mit der Durchsetzung des Entwurfs von Joachim Stünker (SPD) haben die Patientenverfügungen nun eine gesetzliche Basis bekommen. Das Selbstbestimmungsrecht des Individuums hat sich als oberstes Prinzip durchgesetzt. Doch letztlich ist die Patientenverfügung weniger bedeutend für die letzten Monate, Wochen oder Tage eines Lebens. In einer modernen, aufgeklärten

und humanen Gesellschaft wie der unseren darf trotz aller erschreckenden Gegenbeispiele unterstellt werden, dass Ärzte und Angehörige in der Regel die richtige Entscheidung über den Umgang mit einem Menschen treffen, der dazu selbst nicht mehr in der Lage ist. Wichtig ist die Patientenverfügung vor allem für die Jahre davor, in denen sie die Angst nehmen kann vor einem quälenden, nicht enden wollenden Siech-

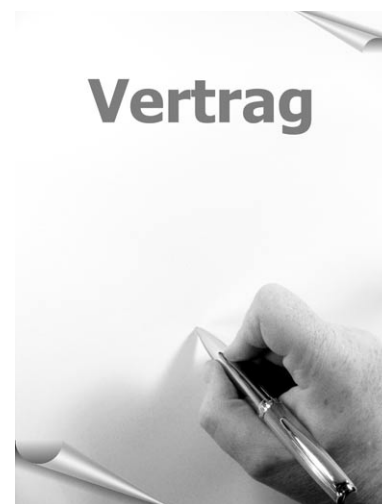
tum inmitten von medizinischer Hochleistungstechnologie. Wenn das jetzt beschlossene Gesetz dazu dient, diese Angst noch weiter zu verringern, erfüllt es seinen Zweck. (Aus der Zeitschrift „Das Parlament“ Ausgabe 26 vom 22.6.2009 © Deutscher Bundestag und Bundeszentrale für politische Bildung, 2009). ■

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Endlich gibt es Verträge – aber nicht unbedingt die Richtigen

Dtsch Arztebl 2009; 106(24): A-1221 <http://www.aerzteblatt.de/archiv/65013/> Klinkhammer, Gisela; Rieser, Sabine: Todkranke sollen am Lebensende zu Hause versorgt werden können, und zwar von spezialisierten Arzt-Pflege-Teams. Das ist der Kerngedanke der SAPV. Nun gibt es erste größere Verträge, aber auch noch genug Kassen, die nicht in die Gänge kommen. „Gut Ding will Weile haben.“ Mit diesem Spruch redet man sich schon mal heraus, wenn etwas ungebührlich lange dauert. Thomas Ballast hat ihn benutzt, als er am 26. Mai den Mustervertrag der Ersatzkassen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) präsentierte. „Mehr erklärend als entschuldigend“ wolle er darstellen, welche Hürden zu nehmen gewesen seien, seit Angebote zur SAPV mit Wirkung zum 1. April 2007 ins Sozialgesetzbuch V geschrieben worden seien, so der Vorstandsvorsitzende des Verbands der Ersatzkassen (vdek). Hürden wie die Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses, Umsetzungsempfehlungen der Kassen, Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) über die Bezahlung der verordnenden Ärzte. Aber nun, findet er, ist ein gutes Ergebnis herausgekommen.

„Wir haben uns auf ein sehr offenes Modell verständigt. Denn die Versorgungsrealität wird in der Stadt anders sein als auf dem flachen Land“, betonte Ballast. „Besonders gut an dem Vertrag ist, dass er keine engen Regeln für die Zusammensetzung der Leistungserbringer vorgibt.“ Das heißt: Die Ersatzkassen verlangen Qualifizierung und Erfahrung mit Palliativmedizin (siehe Kasten „SAPV: Erfahrung ist Pflicht“). Dazu muss ein nachvollziehbares Konzept der Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden, Sozialarbeiter, Apotheker oder Psychologen kommen, die sich für eine Rund-um-die-Uhr-Einsatzbereitschaft zu „Palliative-Care-Teams“ zusammenschließen. Doch ein starres Regelwerk für das Miteinander enthält der Vertrag nicht. Und die Umsetzung? Läuft nach den Worten des vdek-Vorstandes bereits in Hessen und Nordrhein-Westfalen. Ballast lädt andere Kassen ausdrücklich ein, sich dem vdek-Mustervertrag anzuschließen: „Wir wollen keine exklusiven Verträge abschließen, sondern möglichst einheitliche.“ Der vdek-Vorstand war im Frühjahr nicht der Einzige, der in Sachen SAPV stolz Vollzug meldete. Auch Dr. med. Leonhard Hansen war zufrieden. „Mit



© Gerd Altmann / PIXELIO

diesem Vertrag vollenden wir unsere erfolgreiche Initiative zur menschenfreundlichen Versorgung von Patienten am Ende ihres Lebensweges“, hatte Hansen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein, am 24. April erklärt. In seiner Region haben sich – bundesweit einmalig – alle Kassen auf einen SAPV-Abschluss einigen können. „Gut so“, meint Hansen, denn „Palliativversorgung ist kein Feld für den Wettbewerb.“ Wie viel vdek und wie viel Anderes im Vertrag steckt, ist da vielleicht nicht so wichtig. ■

Wo, was und mit wem?

SAPV-Wegweiser für die verschiedenen Regionen

Baden-Württemberg

Unter der Moderation des Sozialministeriums werden Verträge ausgehandelt. Das System der Brücken-

schwestern soll erhalten bleiben. (Standorte sind: Freiburg, Göppingen, Heidelberg, Heidenheim, Heilbronn, Karlsruhe, Konstanz/Singen, Lörrach,

Ludwigsburg, Mannheim, Ortenaukreis, Ravensburg, Rheinfelden, Reutlingen, Stuttgart, Tübingen, Ulm und Villingen-Schwenningen). Die IV-

Verträge gemäß § 140 SGB V (z.B. Bühl, www.pallium-care.de, Heidelberg, Singen) gelten vorerst weiter. SAPV-Ansprechpartner auf regionaler Ebene (Landkarte) finden Sie über den folgenden Link: http://hospizbw.de/adressen/hospizeinrichtungen_bw_karte. Die hier verzeichneten ca. 325 Einrichtungen und Anbieter sind über lokale runde Tische vernetzt.

Bayern

Unter Mitbeteiligung des Bayerischen Hospizverbandes und der DGP in Bayern verhandeln VertreterInnen mit den Kassen. Die bestehenden IV-Verträge bleiben vorerst erhalten (Erlangen, Füssen, siehe auch die Unterlagen der Vernetzung im Behr's Handbuch, München, Regensburg, hier: www.palliamo.de, Würzburg). Einen Überblick gibt auch die Fachtagung im Gesundheitsministerium: <http://www.stmugv.bayern.de/krankenhaus/palliativstationen/sapv/index.htm>. Der Abschluss von einem SAPV-Vertrag wird in Bayern noch vor der dortigen Sommerpause erwartet, weitere Vertragsabschlüsse (ca. sieben) sind im Herbst 2009 geplant.

Berlin

Mit HomeCare Berlin (www.homecareberlin.de) hat eine Gruppe von mehr als 35 PalliativärztInnen (meist angebunden an onkologische Schwerpunktpraxen) ein vernetztes System der Versorgung für onkologisch Erkrankte aufgebaut. Wie der Dienst im Rahmen der SAPV auch auf die nicht-onkologisch Erkrankten ausgeweitet wird und wie die Palliativpflege verstärkt mit einbezogen wird, klärt ein runder Tisch, der von den Senatsbehörden moderiert wird. Infos auch unter <http://www.hospiz-berlin.de>.

Brandenburg

Wie bereits im letzten Newsletter angekündigt, unterschreiben immer mehr der insgesamt elf Palliativnetze aus Brandenburg die vorgelegten Verträge mit den Kassen. Neuruppin, Brandenburg an der Havel, Bad Saarow sowie später auch Teltow-Fläming, Dahme, Potsdam und Potsdam-Mittelmark. Weitere: Frankfurt/Oder, Cottbus und Oder-

Spree. Infos zu einigen Netzwerken unter: <http://www.lago-brandenburg.de>. Weitere Kontakte auch über die LAG Hospiz: mittels Landkarte unter: <http://www.lag-hospiz-brb.de/einrichtungen/ambulante-dienste.html>.

Bremen

Drei Gruppen von Leistungserbringern sind in Bremen am Start, die die SAPV sicherstellen wollen: das Ärztenetz Bremen Nord, das Krankenhaus Links der Weser (LDW) und die Praxis für Anästhesie und spezielle Schmerztherapie Auerswald und Partner, vertreten durch den Schmerzmediziner Hubertus Kayser. Die Netze treffen sich unter der Koordination von Heiner Melching. Nach vorübergehender Blockade durch die Kassen stehen in diesem Spätsommer Vertragsabschlüsse bevor. Im Behr's Buch „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln“ wird Herr Melching im Herbst aus der Bremer Praxis berichten. Weitere Detail-Infos zum Stand der Verhandlungen in der Ärztezeitung vom 1. Juli 2009 finden Sie unter: www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/?sid=555690.

Hamburg

Neben dem bekannten Palliativvertrag aus Hamburg (siehe letzter Newsletter und <http://www.pkgodzik.de/VERTRAG%20SAPV-Vertrag%20111108.pdf>) gibt es einen runden Tisch von neun palliativen Leistungserbringern. Landkarte über die Koordinierungsstelle Hospiz unter: <http://www.koordinierungsstelle-hospiz.de/index.php?id=5> (hier auch: fünf Palliativpflegedienste).

Hessen

Ausgehend von zwei konkurrierenden Modellen hat sich ein gemeinsamer hessenweiter Vertrag gebildet. Dieser Versorgungsvertrag ist nun zugänglich unter: www.vdek.de – Suche: „Palliativ“ und auch unter: <http://www.laph.de/index.php?id=66>. Zusätzliche Informationen und Vorstellung von drei Netzen unter <http://www.laph.de/index.php?id=56>. Standorte sind Bad Hersfeld, Bad Nauheim, Darmstadt, Frankfurt, Fulda, Gießen, Hanau, Kassel,

Limburg, Marburg, Offenbach und Wetzlar Wiesbaden.

Mecklenburg-Vorpommern

Nach dem Ende der hervorragenden Arbeit in Vorpommern (http://www.medicin.uni-greifswald.de/intensiv/fileadmin/user_upload/palliativ/downloads/palliative-care-teams-2.pdf) gibt es weiterhin Initiativen in Greifswald und auch in Rostock, Neubrandenburg und Schwerin und einen möglichen Mustervertrag.

Niedersachsen

Nachdem die PAG Niedersachsen vergebens verhandelte, sind nun an den SAPV-Verträgen mit den Kassen u. a. die niedersächsische Koordinierungsstelle (Prof. Dr. Hardinghaus) und der Zuständige des bpa und DW an den Verhandlungen beteiligt. Verträge sind nicht vor August zu erwarten. Der Vertrag in Gifhorn ist auf die Region und wenige Kassen begrenzt (<http://www.dr-saak.de/html/kooperation.html>). Die von der Landesregierung geförderten ca. 31 Palliativstützpunkte (stationär und ambulant vernetzt) bilden wohl möglich die Grundlage für die zukünftigen SAPV-Verträge, die pflegerische und ärztliche Leistungen gebündelt anbieten werden. Es wird versucht zu Tagespauschalen zu kommen. Aktuelle Landkarte und Adressen der Ansprechpartner finden Sie unter: http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C41743741_L20.pdf.

Nordrhein-Westfalen

Sowohl in Nordrhein wie auch in Westfalen Lippe gelten die 2006 geschlossenen Verträge gemäß § 132a Abs. 2 SGB V zur palliativpflegerischen Versorgung bis zum Jahresende weiter. Mit den zuständigen KV'en (KVNO und KVWL) wurden zudem Verträge über die ärztliche Vergütung ausgehandelt, an denen wenige (koordinierende – jedoch wohl kaum voll-Pflege-übernehmende) Pflegende beteiligt werden (als Angestellte der Ärzte). Infos zu den Verträgen über www.SAPV.de und www.vdek.de und Kurzinfo unter: http://www.kvno.de/importiert/vortrag_pruefer-storcks_palliativ.pdf. Bedeutung für Pflegedienste und Pflege-

Palliative Care kompakt

heime in NRW siehe mein Vortrag (bpa 5.6.2009): <http://www.mediacion.de/service-download/aktuelle-texte-vortraege/sapv-info-tag-dortmund>. Volle SAPV Verträge gibt es frühestens, wenn diese Vertragsstrukturen zusammengelgt werden. Der Sonderweg wird nur in NRW gegangen. Die Zahl der tatsächlich unterschriebenen Verträge ist nicht prominent veröffentlicht.

Nordrhein-Westfalen: Nordrhein:

Palliativpflagedienste (siehe Liste auf www.vdek.de) in Nordrhein: Aachen, Bonn, Duisburg, Düren, Düsseldorf, Essen, Euskirchen, Heinsberg, Kleve, Köln, Krefeld, Leverkusen, Mettmann, Mönchengladbach, Oberhausen, Rhein-Kreis Neuss, Viersen, Wesel und Wuppertal

Nordrhein-Westfalen: Westfalen-Lippe:

Palliativpflege: Bielefeld, Bochum, Borken, Dortmund, Ennepe-Ruhr-Kreis, Gelsenkirchen, Gütersloh, Hagen, Hamm, Herne, Hochsauerlandkreis, Höxter, Lippe, Minden-Lübbecke Münster, Olpe, Paderborn, Recklinghausen, Siegen-Wittgenstein, Soest, Steinfurt, Unna und Warendorf. Palliativärztliche Ansprechpartner siehe unter: <http://www.sapv.de/wl.html> in Bielefeld, Bocholt, Bochum, Detmold (Lippe), Dortmund, Ennepe-Ruhr-Kreis, Gelsenkirchen, Gütersloh, Haltern, Hamm, Herford/Herne (mit Wanne-Eickel und Castrop-Rauxel), Iserlohn, Lünen, Marl, Minden-Lübbecke, Münster, Siegen, Wittgenstein/Olpe, Steinfurt, Tecklenburger Land/Lengerich, Unna, Warendorf und Witten.

Rheinland-Pfalz

Unter Moderation der Landesregierungsstellen und unter Mitbeteiligung von divergierenden Gruppen wie der LAG Hospiz und der KV RLP wird versucht zu Vertragabschlüssen mit den Kassen zu kommen. Ausführliche Berechnungen zu RLP und einen dazugehörigen Vortrag gibt es im Downloadbereich von www.mediacion.de (z. B.: <http://www.mediacion.de/service-download/aktuelle-texte-vortraege/palliativversorgung-mainz> und /sapv-

stand-mai-2009). Ansprechpartner und Orte in RLP können erfragt werden über den Behr's Autor (siehe Newsletter vom letzten Jahr) Dr. Martin Fuchs (KV Koblenz).

Saarland

Vertreter der Bundesknappschaft, der Betriebskrankenkassen und der IKK Südwest-Direkt wollen mit Ersatzkassen und der AOK über den Aufbau eines gemeinsamen Versorgungsnetzes für Palliativmedizin im Saarlandverhandeln. Ein Gespräch der Krankenkassen, der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz, der Pflegegesellschaft, des Hausärzterverbandes und der Kassenärztlichen Vereinigung bei Gesundheitsminister Gerhard Vigener fand Mitte Juni statt. Eventuell werden die (unveröffentlichten) § 140 Verträge nun doch noch durch vollgültige SAPV-Verträge ersetzt. Die Partner im Saarland finden Sie in Saarbrücken und in den Regionen Saarlouis/Merzig und Neunkirchen/ St. Wendel.

Sachsen

Einen guten Überblick über die Palliativversorgungsplanung mit Stand vom März 2009 gibt folgende Publikation des Landes Sachsen: https://publikationen.sachsen.de/bdb/download.do;jsessionid=6FC415D8BA70B0D7CFD2EF4F6B224744.bdb_lb?id=1479859. Den AOK-Vertragsentwurf finden Sie unter: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/sac/pflege/palliativambulanz/index.html>.

Ansprechpartner in den Regionen finden Sie auf der Landkarte unter: <http://hospiz-palliativ-sachsen.de/index.php?menuid=79> und in Listenform unter: http://www.hospiz.net/lag/sachsen_hospizliste.pdf.

Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt hat die AOK Sachsen-Anhalt mit flächendeckendem Anspruch Verträge mit fünf Managementgesellschaften an den Standorten Dessau, Halle, Magdeburg, Stendal und Wernigerode abgeschlossen (§ 140a ff. SGB V i. V. m. § 132d, § 37b SGB V; Vergütung € 181 (Tag 1–60) außerhalb

stationärer Pflegeeinrichtungen, von € 135 (Tag 1–60) in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. € 90 (ab Tag 61 in beiden Settings). SGB XI-Leistungen sind in dieser Pauschale zwar nicht enthalten, wohl aber alle Ausgaben für Leistungen der §§ 27 und 29–43b des SGB V, und damit auch alle Kosten für Arznei- und Hilfsmittel sowie für notwendig werdende stationäre Krankenhausaufenthalte. Diese Verträge werden (außer in Wiesbaden und Hamburg) weder so kopiert noch empfohlen. Es gab erbitterten Widerstand der bisherigen (Hospiz-) Leistungserbringer gegen die ursprünglich geplante westdeutsche Managementgesellschaft (aus Wiesbaden), die die Verträge schließen sollte, jedoch wurden viele Elemente der Verträge übernommen. Die Verträge sind nicht öffentlich zugänglich. Siehe auch: www.volksstimme.de/vsm/nachrichten/sachsen_anhalt/sachsen_anhalt/?em_cnt=1443153 vom 3.7.2009: „Die Landesvertretung VDeK hat ... einen Vertrag zur SAPV abgeschlossen. Vertragspartner ist die Stiftung Adelberdt-Diakonissen-Mutterhaus Stendal (... zunächst nur Versicherte der Ersatzkassen in der Altmark.) ... weitere Verträge für die Regionen Halle, Magdeburg und den Harz in Vorbereitung.“

Schleswig-Holstein

In SH gibt es dreizehn/vierzehn vom Land geförderte SAPV-Projektgruppen: <http://www.hpvsh.de/Table/Palliativ-Pflege-teams/> (Landkarte aus Schleswig-Holstein). Unter der Leitung von Dr. Sittig (Geesthacht) wird mit den Kassen mit der Hilfe von Betriebswirtschaft und anderer Fachunterstützung verhandelt <http://www.sapv.de/SAPVBetriebswirt21.2.2009.pdf>. Der Vertragsabschluss müsste bevorstehen.

Thüringen

In einem runden Tisch von Hospiz- und Palliativexperten, den Kassen und dem MDK wird versucht zu Verträgen zu kommen. Als Standort hat sich bislang nur Jena präsentiert. ■

Bundestag legt nach

Hospiz besser gefördert

(DHPV, kna, Behr's) Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) hat mit seinen Vorschlägen für eine grundlegende Neuregelung der Finanzierung der ambulanten und stationären Hospizarbeit in Deutschland einen Durchbruch erzielt. Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags hat in seiner heutigen Sitzung einen entsprechenden Gesetzentwurf beschlossen.

Der DHPV hatte Vorschläge für entsprechende Neuregelungen vorgelegt. Diese wurden nunmehr vollständig übernommen. Vorausgegangen war eine umfassende Studie des DHPV bei allen stationären Hospizen in Deutschland sowie mehreren Hundert ambulanten Hospizdiensten. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die bisherigen Regelungen vor allem in den letzten beiden Jahren zu einer Schieflage in der Finanzierung der Hospizarbeit geführt haben, wodurch gerade im ambulanten Hospizbereich eine große Zahl der Hospizdienste in ihrer Existenz bedroht waren. Vor diesem Hintergrund war eine Neuregelung dringend erforderlich, die deren Finanzierung nun absichert.

Der Gesetzentwurf wurde am 18.6.2009 im Plenum des Deutschen Bundestags verabschiedet. Der DHPV appelliert an die gesetzlichen Krankenkassen, unmittelbar danach zu den Verhandlungen über die Rahmenvereinbarungen einzuladen, die für die weitere Umsetzung erforderlich sind, damit die neuen Regelungen bald möglich in Kraft gesetzt werden können.

Stationäre Hospize: Eigenanteil gesenkt

„Der DHPV begrüßt die Neuregelungen außerordentlich. Hospize befinden sich derzeit zum Teil in existenzieller Notlage. Mit der Gesetzesänderung wird – im Interesse der schwerstkranken und sterbenden Menschen, die diese Betreuung dringend benötigen – deren Arbeit für die Zukunft auf eine solide Basis gestellt“, dies sagte Dr. Birgit Weihrauch, Vorsitzende des DHPV.

Die Neuregelungen begrenzen den Eigenanteil der stationären Hospize auf 10 %, beseitigen die rechtlichen Pro-

bleme bei der ärztlichen Versorgung in stationären Hospizen und sehen u. a. vor, dass Patientinnen und Patienten in stationären Hospizen keinen Eigenanteil mehr übernehmen müssen. Dieser fast nicht vorweg kalkulierbare Eigenanteil. Teilweise mache er mehr als 1.400 Euro aus. „Unzumutbar für Menschen, die sich sowieso in einer schwierigen Situation befinden“, so die Verbandsvorsitzende. Dieser Anteil wird zukünftig von den Kranken- und Pflegekassen mit übernommen. „Wir begrüßen diese Änderung besonders, da es den Patientinnen und Patienten in der für sie ohnehin schon schwierigen Situation nicht zuzumuten ist, dass sie einen für sie oft nicht kalkulierbaren Eigenanteil übernehmen müssen. Wir bedanken uns ausdrücklich bei den politisch Verantwortlichen im Deutschen Bundestag, insbesondere den Koalitionsfraktionen und bei der Bundesgesundheitsministerin, die mit dieser umfassenden Gesetzesänderung Weitsicht bewiesen haben, damit schwerst- und sterbende Menschen auch in Zukunft bis zum Lebensende möglichst zuhause begleitet werden können“, so Dr. Birgit Weihrauch weiter.

Ambulante Hospizdienste: Feste Zuschüsse fördern Handlungssicherheit

So viel Lob über politische Entscheidungen ist selten. Doch nachdem der Bundestag am Donnerstagabend ein Gesetzespaket zur Novellierung gesundheitsrechtlicher Vorschriften ver-



© Günter Havlena / PIXELIO

abschiedet hat, sprechen der Deutsche Hospiz- und Palliativverband und der Deutsche Kinderhospizverein von einem „Durchbruch“.

„Endlich sei die Betreuung schwerst- und sterbenskranker Menschen durch ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize auf eine solide Basis gestellt“, sagte die Vorsitzende des Hospiz-Verbandes, Birgit Weihrauch am Freitag der Katholischen Nachrichten-Agentur (KNA). Sie appellierte an die Krankenkassen, jetzt zügig mit den Leistungserbringern zu verhandeln und das Gesetz umzusetzen. „Bis spätestens Ende des Jahres muss alles unter Dach und Fach sein“, forderte sie.

Derzeit ist die Lage der rund 1.500 ambulanten Hospizdienste und der mehr als 160 stationären Hospize in Deutschland nach eigener Darstellung alles andere als rosig: „Die Hospizarbeit steht vor existenziellen Problemen“, erklärte der Verband noch im März mit Blick auf immer mehr Betreuungsfälle bei gleich bleibender Finanzierung. Im ambulanten Bereich sei eine große Zahl der Hospizdienste in ihrer Existenz bedroht. Weihrauch verweist darauf, dass derzeit rund 60 % dieser ambulanten Dienste keine vollständige Refinanzierung der Personalkosten der hauptamtlichen Mitarbeiter erhalten. Zukünftig – so ist der Beschluss, der nun durch Rahmenrichtlinien umzusetzen ist – erhalten die Hospizdienste nicht mehr eine feste Pauschale, sondern Zuschüsse nach der Zahl der Patienten. Für den Hospizverband steht fest: „Dem notwendigen Ausbau insbesondere der ambulanten Hospizarbeit steht nichts mehr im Weg“, freut sich der stellvertretende Vorsitzende Horst Schmidbauer.

Förderung der ehrenamtlichen Hospiz-Begleitung im Heim

„Die seit 1. April 2007 gesetzlich geregelte Aufgabe der ehrenamtlichen Begleitung Sterbender in Alten- und Pflegeheimen kann nun vollumfänglich begonnen werden, da die Finanzierungssicherheit wieder gegeben ist,“ so freut sich Dr. Jochen Steurer. „Die vermehrte

Palliative Care kompakt

Leistung der Ehrenamtlichen in Heimen wird nun nicht mehr durch einen abgesetzten Punktwert „bestraft“ sondern wertgeschätzt und gefördert.“

Palliativmedizin wird Pflichtfach im Medizinstudium

Verbesserungen zeichnen sich auch noch an anderer Stelle ab. Der Bundestag sprach sich auch dafür aus, dass Medizinstudenten in Deutschland sich künftig intensiver mit der Palliativmedizin für sterbenskranke Menschen auseinandersetzen müssen. Nach

dem am Freitag verabschiedeten Gesetz „zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus“ soll die Palliativmedizin künftig als Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Rahmen des Medizinstudiums in die Approbationsordnung für Ärzte verankert werden. Die Änderung muss allerdings noch den Bundesrat passieren. ■

Neues in Kürze

Pflegekongresse in Lübeck und Dortmund

Nachdem bereits Palliative-Care ein Schwerpunkt auf der diesjährigen Alten- und Pflegemesse in Nürnberg war, laden auch der norddeutsche (25./26.9. in Lübeck) und der westdeutsche Pflegekongress (3./4.11. in Dortmund) mit einem Scherpunktthema zur Beschäftigung mit Palliative-Care ein. Am jeweils ersten Kongresstag laden Meike Schwermann (Autorin und zukünftige Mitherausgeberin des Behrs's Werkes: „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln“) und Martin Alsheimer (Hauptautor und in der Gründungsphase Mitherausgeber desselben Werkes) in zwei Workshops zu den Themen ein:

1. Fallbesprechungen in der Pflege: ein erfolgreiches Instrument zur Optimierung der Palliativversorgung. (Seminar 6). Fallbesprechungen sind ein erfolgreiches Instrument zur Optimierung der Palliativversorgung in den Einrichtungen der Altenhilfe. Im Rahmen des Seminars werden die Ziele, verschiedene Formen und inhaltliche Strukturierungen von Fallbesprechungen sowie die Anforderungen an die Moderation vorgestellt. Anschließend erfolgt ein Erfahrungsaustausch, in dem die konkrete Umsetzung gemeinsam erarbeitet wird.
2. Palliativkultur erfolgreich entwickeln (Seminar 8). Der Aufbau einer Palliativkultur in Einrichtungen der Altenhilfe stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligten. Dieser Prozess kann nur interdisziplinär und mit Unterstützung der Führungskräfte bzw. des Trägers geleistet werden. Auf Grundlage verschiedener Praxiserfahrungen werden im Seminar Wege und Möglichkeiten dargestellt, wie die

Implementierung einer Palliativkultur erfolgreich gelingen kann.

Palliativpflege erfolgreich umgesetzt: Bielefeld

Der Bundesverband privater Anbieter (bpa) in Nordrhein-Westfalen lädt ein zur Abschlusspräsentation der einjährigen Projektwerkstatt in Bielefeld am 7. September 2009. 12 Einrichtungen haben sich mit großem Erfolg auf den Weg gemacht. Die Palliativpflege und die Vernetzung der Einrichtungen mit Palliativärzten sind weit vorangeschritten. Die zwölf Abschlusspräsentationen umfassen die Themen:

- Palliativpflege (z. B.: Mundpflege im Rahmen der basalen Stimulation)
- Kommunikation am Lebensende (z. B.: Biografiearbeit in der palliativen Versorgung)
- Hospiz- und Trauerkultur (z. B.: interkulturelle Abschiedstruhe, Vorstellung des Palliativzimmers, individuelle Gestaltung eines Trauerischen, Umgestaltung eines Abschiedsraumes)
- Vernetzung (palliative Vernetzung der eigenen ambulanten und stationären Einrichtung, interdisziplinäre Dokumentation der palliativen Versorgung)

Interessierte wenden sich bitte an: info@mediacion.de

Fachtagung palliative Geriatrie: Berlin

Zur 4. Fachtagung palliative Geriatrie am 4.9.2009 lädt das Unionhilfswerk nach Berlin ein. Diesjähriges Motto: „Alles durchdacht? Gut gemacht – was Menschen in der palliativen Geriatrie brauchen“. Infos unter: www.palliativegeriatrie.de/tagung. In zehn Vorträgen und Workshops sprechen u. a.:

- Donata Beckers, MA Diplom Sozialpädagogin (München): „Qualifizierung von Hospiz- und Pflegekräften in der stationären Altenhilfe. Heutige Realitäten und Empfehlungen für die Zukunft.“
- Karl Bitschnau, MAS Leiter der Vorarlberger Hospizbewegung (Österreich): „Leben können und sterben dürfen. Hospizkultur im Pflegeheim umsetzen.“
- Hubert Jocham MSc Pflegewissenschaftler Palliative-Care, Leiter der Bundesgeschäftsstelle palliative Praxis (Lagenargen): „Am Ende geht es um den Menschen: Curriculum palliative Praxis. Praktische Erfahrungen.“
- Pfarrer Jürgen Fliege (München): „Lernen mit dem Herzen Abschied zu nehmen. Segnen als Ritual.“
- Dirk Müller, Exam. Altenpfleger Palliative-Care, Projektleiter Kompetenzzentrum palliative Geriatrie (Berlin): „Palliative Geriatrie für alle. Über den Mehrwert der palliativen Geriatrie.“

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
8. Aktualisierungslieferung 02/2009
Redaktion: Kerstin Kubernus

Alle Rechte – auch der auszugswweisen 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