

Bundes-Hospiz-Anzeiger

FÜR EINE ÖFFENTLICHE INFORMATION ÜBER DIE PALLIATIVE VERSORGUNG AM LEBENSENDE IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN

Ausgabe 35 - 7. Jahrgang 2009/ 05

herausgegeben von: Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.

2, 50 EUR

www.hospiz-verlag.de

Palliative Care in der Großregion

Eröffnungskolloquium der Interregionalen Weiterbildungsakademie Palliative Care (IWAP)

VON SUSANNE BURKHARDT

Am Freitag, dem 3. April 2009 wurde im Centre de Formation et de Séminaires in Remich/ Luxemburg die **Interregionale Weiterbildungsakademie Palliative Care** nach mehr als zwei Jahren Konzeptarbeit mit einem feierlichen Kolloquium eröffnet.

Die anwesende luxemburgische Familienministerin Marie-Josée Jacobs, die rheinland-pfälzische Ministerin für Arbeit und Soziales Malu Dreier und der saarländische Staatssekretär Wolfgang Schild lobten die Idee der **Interregionalen Weiterbildungsakademie Palliative Care** - kurz IWAP genannt - sehr, denn die Vernetzung und Weiterentwicklung des Fort- und Weiterbildungsangebotes in Palliative Care in der Großregion von Saarland, Luxemburg und Rheinland-Pfalz ist dringend geboten. Angesichts verschiedener gesellschaftlicher Entwicklungen, wie zum Beispiel der demographische Wandel und der gesetzliche Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in der Bundesrepublik bzw. das Palliativgesetz in Luxemburg ist es notwendig für den steigenden Bedarf an Fachkräften, die im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen besonders qualifiziert und geschult sind, ein ausreichendes und qualifiziertes Fort- und Weiterbildungsangebot zu machen.

In seinem Festvortrag ließ Thomas Montag, Pflegeteamleiter im Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln die Entwicklung der Palliative Care Fort- und Weiterbildung Revue passieren. In Palliativpflege haben sich

vor allem drei curriculare Basisangebote entwickelt. Das "Basiscurriculum Palliative Care für Pflegenden" von den Autoren Martina Kern, Monika Müller und Klaus Aurnhammer entstand bereits 1995 als 160 Stunden Kurs. Als einzige Weiterbildung in Palliative Care ist dieses Curriculum sowohl vom DHPV als auch von der DGP anerkannt. Mehr als zehn Jahre später, im Jahr 2006 entstanden die Lernkonzepte "Palliative Praxis" und die Material- und Methodensammlung "Palliative Care - Lehren, Lernen, Leben". Das Curriculum "Palliative Praxis" ist interdisziplinär und multiprofessionell aufgebaut und vermittelt in 40 Stunden Basiskenntnisse in Palliative Care. Es richtet sich insbesondere an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Einrichtungen der Altenhilfe. Der offene Fundus von Methodenbausteinen des Konzeptes "Palliative Care - Lehren, Lernen, Leben" eignet sich besonders für die theoretische, lernfeldorientierte sowie für die praktische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Am Nachmittag trafen zahlreiche saarländische, luxemburgische und rheinland-pfälzische Weiterbildungsanbieter von Palliative Care-Kursen zur Gründung der Plattform "Weiterbildungsakademie Palliative Care" (DeLux) zusammen. Das Konzept der IWAP, das auf Vernetzung und Weiterentwicklung des bestehenden Angebots abzielt, wurde mit großem Interesse und der Bereitschaft zur Mitarbeit im Rahmen der Plattform aufgenommen.

Das Konzept der IWAP sieht neben Vernetzung und Weiterentwicklung die qualitative und quantitative Analyse des Bildungsangebotes, die Erstellung eines gemeinsamen interregionalen Zertifikats sowie die Einrichtung einer virtuellen Bibliothek mit einer Datenbank zur Recherche des Angebots in der Fort- und Weiterbildung Palliative Care und zur Dozentenrecherche vor. Ein Chatroom soll das Online-Informationsangebot vervollständigen.

"Für uns war es wichtig, die Träger der Fort- und Weiterbildungsangebote in unserer Region von unseren Ideen und Vorstellungen zur IWAP zu überzeugen und sie mit einzubeziehen. Denn ganz im Sinne des interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatzes der Palliative Care kann eine Institution wie die IWAP sich nur entfalten, wenn alle mit im Boot sind und ich glaube, das ist uns heute wirklich gelungen", freut sich Marie-France Liefgen, die Mitarbeiterin des federführenden Begünstigten, Omega 90.

Dieses grenzüberschreitende Projekt wird aus Mitteln des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung im Rahmen des Programms INTERREG IV A Großregion kofinanziert. Das Programm zur Europäischen Territorialen Zusammenarbeit INTERREG IV A "Großregion" 2007 - 2013 fördert grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen Partnern aus den verschiedenen Gebieten der Großregion innerhalb der drei thematischen Schwerpunkte "Wirtschaft", "Raum", und "Menschen".

Die ökonomische Bedeutung des Ehrenamts in stationären Hospizen

VON PROF. DR. ROCHUS ALLERT

Das ehrenamtliche Engagement, die Reaktivierung von Nachbarschaftshilfe, Unterstützung und Einbeziehung von Angehörigen in die Sterbebegleitung, all dies gehört nach dem Selbstverständnis der bundesdeutschen Hospizbewegung wesensgemäß zur Hospizkonzeption und ist niedergelegt in vielen Leitbildern. Ehrenamtliches Engagement im Hospiz wird außerdem erwartet und vorausgesetzt von den Kranken- und Pflegekassen vor Abschluss eines Versorgungsvertrages zur finanziellen Unterstützung von Hospizleistungen. Und wenn auch viele Ehrenamtliche aus rein idealistischen Erwägungen im Hospizbereich tätig sind, so hat doch ihre Tätigkeit einen ökonomischen Wert, egal ob dies bewusst oder nicht bewusst, gewollt oder nicht gewollt ist. Der Umfang dieses ehrenamtlichen Engagements, gemessen in der jeweils eingebrachten Zeit, wurde bei einer Umfrage in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband Ende 2008 mit erhoben. Diese Transparenz ist im Hospiz- wie im Sozialbereich insgesamt sinnvoll. Spender, Steuerzahler und die erkrankten Kranken- und Pflegekassen, quasi als Treuhänder der von ihren Mitgliedern zur Verfügung gestellten Mittel, haben ein Anrecht darauf zu wissen, welche Leistungen insgesamt mit ihren Geldern finanziert werden.

Exemplarisch und punktuell werden folgende Ergebnisse dieser Untersuchung für den stationären Hospizbereich dargestellt. In die Datenerhebung wurden alle bundesweit bekannten rund 170 stationären Hospize einbezogen. 65 beteiligten sich an der Umfrage,

davon drei Kinderhospize. Bei einzelnen Auswertungen konnten allerdings manche Hospize wegen fehlender oder unvollständiger Angaben nicht in die Auswertung einbezogen werden. Ebenfalls nicht gesondert können hier die Kinderhospize berücksichtigt werden. Doch auch die Gesamtergebnisse sind beeindruckend. So sind pro stationärem Hospiz durchschnittlich 32 Personen ehrenamtlich tätig. Sie leisten jeweils Einsätze von 112,25 Stunden pro Person und Jahr. Das Gesamtvolumen der ehrenamtlichen Tätigkeit liegt dementsprechend bei 3592 Stunden pro Jahr. Wenn man eine Differenzierung nach patientennaher und patientenferner Tätigkeit vornimmt, entfallen durchschnittlich circa 2137 Stunden auf den patientennahen Bereich und 1455 Stunden pro Jahr auf patientenfernere Tätigkeiten wie z. B. Hausmeister-, Küchen-, Informations-, Pförtner-, Finanzierungs- oder Verwaltungstätigkeiten. Die Begriffe Patient oder Bewohner sind dabei hier synonym verwendet. Geht man realitätsnah von 1560 Arbeitsstunden pro vollzeitbeschäftigtem Mitarbeiter und Jahr aus, entspricht das Volumen ehrenamtlicher Tätigkeit im Hospiz in Vollzeitäquivalente umgerechnet etwa 2,3 Stellen pro Hospiz. Diese Daten belegen deutlich, dass der Hospizbewe-

gung die Aktivierung des Ehrenamtes und die Wiederbelebung der Nachbarschaftshilfe gelungener und damit das Ziel kein reines Postulat geblieben ist.

Beim Vergleich zwischen neuen und alten Bundesländern zeigt sich, dass Ehrenamt in den westlichen Bundesländern deutlich weiter verbreitet ist als in den neuen. Dies bezieht sich sowohl auf die Zahl der ehrenamtlich Tätigen als auch auf die Einsatzzeit pro Ehrenamtler (vgl. Abbildung 1). Möglicherweise hängt dies mit von den unterschiedlichen ökonomischen Rahmenbedingungen sowie dem unterschiedlichen soziografischen Aufbau der Bevölkerung zwischen den östlichen und westlichen Bundesländern ab.

Eine Differenzierung nach dem Alter des Hospizes ergibt, dass ehrenamtliches Engagement keinesfalls in Abhängigkeit vom Alter des Hospizes, das heißt den Jahren der Tätigkeit hospizlicher Begleitung nachlässt (vgl. Abbildung 2), auch nicht pro begleiteter Personenzahl oder in Relation von hauptamtlichen zu ehrenamtlichen Mitarbeitern. (Fortsetzung Seite 2)

Gesetzentwurf zur

Patientenverfügung überarbeitet

VON JOACHIM STÜNKER (MDB), MICHAEL KAUCH (MDB), DR. LUC JOCHIMSEN (MDB) UND JERZY MONTAG (MDB)

Zur Überarbeitung ihres Gesetzentwurfs zur Regelung der Patientenverfügung erklären die Abgeordneten Joachim Stünker (SPD), Michael Kauch (FDP), Dr. Luc Jochimsen (Die Linke) und Jerzy Montag (Bündnis 90/ Die Grünen): In der Anhörung des Rechtsausschusses zu den Gesetzentwürfen zur Regelung der Patientenverfügung am 4. März 2009 waren sich die meisten Experten einig: Wir brauchen eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügungen - und zwar ohne Reichweitenbegrenzung, also unabhängig von Art und Phase der Krankheit. Die Anhörung hat bestätigt, dass wir mit unserem Entwurf richtig liegen.

Wir haben Anregungen aus der Anhörung in einen Änderungsantrag zu unserem Gesetzentwurf aufgenommen. So haben wir den sogenannten "dialogischen Prozess" zwischen Arzt und Betreuer - ein Kernstück des Entwurfs Zöllner/ Faust - explizit im Gesetz integriert. Mit der neuen Formulierung soll das Zusammenwirken von Arzt und Betreuer verdeutlicht werden: Zunächst prüft der Arzt, welche ärztliche Maßnahme mit Blick auf den Zustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. In einem zweiten Schritt soll diese Maßnahme unter Berücksichtigung des verbindlichen Patientenwillens zwischen Arzt und Betreuer erörtert werden. Dieser Dialog ergab sich bisher aus dem Zusammenspiel der Regelungen unseres Entwurfs, wir haben ihn jetzt der Klarstellung halber noch einmal ausdrücklich formuliert. Der Kerngehalt unseres Entwurfs wird dadurch jedoch nicht berührt.

Aufgenommen haben wir zudem die Formulierung, dass niemand dazu verpflichtet werden kann und darf, eine Patientenverfügung zu verfassen. Diese darf auch nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

Der Empfehlung der Sachverständigen, dass sich die Initiatoren der beiden Entwürfe ohne Reichweitenbegrenzung, Stünker/ Kauch/ Jochimsen/ Montag und Zöllner/ Faust, auf ein gemeinsames Konzept verständigen, wären wir gerne nachgekommen und würden es noch immer. Wir haben dem Kollegen Zöllner mehrfach unsere Bereitschaft signalisiert, die Entwürfe zusammenzuführen. Eine Einigung wurde allerdings seitens der Kollegen Zöllner/ Faust schon im Vorfeld blockiert: Es kam noch nicht einmal zu einem Gespräch. Zuletzt haben wir vor

einer Woche schriftlich auf die Dringlichkeit einer Einigung hingewiesen und um ein Gespräch gebeten. Auch diese Bitte blieb - wie alle bisherigen - ohne Antwort.

Die Gruppe um den Kollegen Zöllner hat stattdessen ihren Entwurf jetzt um eine Vorschrift ergänzt, nach der vor Errichtung einer Patientenverfügung eine ärztliche Beratung erfolgen soll. Eine solche Soll-Regelung ist rechtlich keineswegs unverbindlich. Sie würde eine Fülle von neuen Problemen aufwerfen und bei Patienten und Ärzten zu neuer Rechtsunsicherheit führen: In welchen Fällen ist die Wirksamkeit einer Patientenverfügung an eine vorherige ärztliche Beratung geknüpft und wann kann auf sie verzichtet werden? Das würde eine Fülle gerichtlicher Verfahren zur Klärung nach sich ziehen, bis hin zu einer Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs. Ein Gesetz mit dieser Regelung würde den Menschen "Steine statt Brot" geben, nicht aber die angestrebte Rechtssicherheit. Nicht beantwortet ist auch die Frage, warum die Beratung nur von Ärzten erbracht werden soll, wo doch Seelsorger, Psychologen, Sozialarbeiter oder caritative Einrichtungen zur Beratung ebenso geeignet sind. Vor allem aber würde eine solche Regelung die Wirksamkeit von einigen Millionen bereits vorliegenden Patientenverfügungen in Frage stellen. Mit einer solchen Regelung ist den Menschen nicht gedient, im Gegenteil, sie stellt im Vergleich zum geltenden Recht einen Rückschritt dar. Die unterschiedlichen Gesetzentwürfe werden jetzt abschließend im Deutschen Bundestag zur Abstimmung gestellt.

Noch ist Zeit für eine einvernehmliche Regelung ohne Reichweitenbegrenzung, wie sie von der überwiegenden Mehrheit der Menschen im Lande von uns erwartet wird.

Abteilung für Palliativmedizin in Jena eröffnet

Deutsche Krebshilfe investiert 3,2 Millionen Euro

VON BIRGIT ZELLISSSEN

"Das Zentrum für Palliativmedizin an der Universitätsklinik Jena schließt eine Versorgungslücke in Deutschland", betonte die Präsidentin der Deutschen Krebshilfe, Professor Dr. Dagmar Schipanski, anlässlich der feierlichen Eröffnung am 24. März 2009. "Wir sind der Deutschen Krebshilfe sehr dankbar für die großzügige Förderung", erklärte

Professor Dr. Klaus Höffken, Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums Jena. Die Deutsche Krebshilfe finanzierte den Bau des neuen Zentrums mit 3,2 Millionen Euro. Rund 750.000 Euro investierte der Freistaat Thüringen. Das Zentrum verfügt über zwölf stationäre Palliativ-Betten und beherbergt auch Lehre und Forschung im Bereich

Palliativmedizin. "Mit dem Ausbau des Angebots in der Palliativmedizin am Jenaer Universitätsklinikum kommen wir einem großen Bedarf nach", erläuterte Höffken. "Es ist uns ein Anliegen, unser Wissen dazu einzusetzen, das letzte Stück des Lebensweges schwerstkranker Menschen lebenswert und würdevoll zu gestalten." (Fortsetzung Seite 8)

SAPV

Umsetzung endlich auf dem Weg

VON DR. BIRGIT WEIHRACH - VORSITZENDE DES DHPV

Mehr als zwei Jahre nach Inkrafttreten des im Jahre 2007 neu eingeführten § 37b SGB V zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sind nun erste regionenweite Verträge zur SAPV geschlossen worden - und zwar einheitlich und gemeinsam mit allen Kassen bzw. Kassenverbänden, so für das Rheinland (wo nun allerdings noch die Verträge mit den Leistungserbringern vor Ort zu schließen sind); ein entsprechender Vertrag für Hamburg steht kurz vor dem Abschluss; in Hessen zunächst als ein Vertrag allein mit den Ersatzkassen; in Westfalen-Lippe zunächst in Form einer Übergangslösung, da die rechtlichen und konzeptionellen Vorgaben zur SAPV bislang in wesentlichen Punkten noch nicht berücksichtigt sind. In weiteren Ländern bzw. Regionen ist man auf einem guten Weg, so z.B. in Bayern, wo sich eine Verständigung zwischen den Vertragspartnern abzeichnet. (Eine wesentliche Grundlage für die regionalen Diskussionen bildete z.T. sicher auch der Mustervertrag des Verbands der Ersatzkassen (VdEK) zur SAPV vom Februar 2009.) Schwerstkranken Patientinnen und Patienten, die diese Versorgung dringend benötigen, wird dann endlich ermöglicht, mit Hilfe der SAPV und unter Einbeziehung der Begleitung durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen der ambulanten Hospizdienste schmerzfrei und in Würde bis zuletzt in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld leben zu können.

Konzeption und Abschluss dieser Verträge waren (und sind) offensichtlich eine schwierige Prüfung für das Funktionieren der

Selbstverwaltung: Komplexeleistung statt Einzelleistung; Verträge mit einzelnen Leistungserbringern statt kollektiver Verträge; und einheitliches und gemeinsames Handeln, wo vielen der Wettbewerb derzeit näher zu liegen scheint. Umso erfreulicher, dass nun gezeigt wird, dass es geht. Es ist zu hoffen, dass auch in den Ländern, in denen es noch Probleme gibt, wie z.B. in Sachsen-Anhalt, ebenfalls zügig Verträge auf der Basis der rechtlichen Regelungen zur SAPV geschlossen werden. Zur Umsetzung der SAPV hatte der DHPV nachdrücklich auf wesentliche und aus Sicht des DHPV unverzichtbare Regelungspunkte hingewiesen: die Leistungserbringung in Form einer Komplexeleistung durch ein Palliative Care Team (PCT), die Bildung regionaler Netzwerke als Basis der SAPV, die integrative Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten und die enge Kooperation mit den Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung, insbesondere den Hausärzten, sowie den gemeinsamen Abschluss der Verträge mit allen Kassen der jeweiligen Region, weil die Versorgung schwerstkranker Menschen kein Wettbewerbsfeld sein darf. Einzelne Verträge, wie z.B. der SAPV-Vertrag im Rheinland, berücksichtigen bereits, dass auch die palliativärztliche Versorgung in stationären Hospizen im Rahmen der SAPV erbracht werden kann. Da der GKV-Spitzenverband und die Kassen in anderen Regionen dies bisher ablehnen, ist umso mehr zu begrüßen, dass die Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und SPD auf Initiative des DHPV zur Klarstellung inzwischen einen

Gesetzesantrag in den Deutschen Bundestag eingebracht haben, der aller Voraussicht nach gemeinsam mit den Regelungen zur Neuordnung der Finanzierung der ambulanten und stationären Hospizarbeit (s. Artikel S. 3: Anhörung im Deutschen Bundestag - Finanzierung der ambulanten und stationären Hospizarbeit soll auf eine neue Basis gestellt werden) noch vor der Sommerpause verabschiedet werden wird.

Mit der SAPV wird Neuland betreten. Wir haben uns von Anfang an dafür stark gemacht, dass sehr sorgfältig zu evaluieren sein wird, ob und wie die Umsetzung gelingt und vor allem, welcher Benefit sich daraus für die Patientinnen und Patienten ergibt. Wohlmeinende Regelungen dürfen nicht nur auf dem Papier stehen, sie müssen mit Leben erfüllt werden. Dies betrifft nicht zuletzt die notwendigen Kooperationsvereinbarungen der PCT mit den ambulanten Hospizdiensten. Es ist zu begrüßen, dass der von der DGP und dem DHPV gemeinsam entwickelte Datensatz als Grundlage einer einheitlichen Dokumentation schon Eingang in die SAPV-Verträge z.B. im Rheinland und in Hamburg gefunden hat.

Darüber hinaus ist ein Konzept zur Versorgungsforschung in Vorbereitung, an der sich auch der DHPV maßgeblich beteiligen wird. (Weitere Informationen zur SAPV auf der Internetseite des DHPV - www.hospiz.net).

Inhalt

Aktuelles

Ökonomische Bedeutung des Ehrenamts im stationären Hospiz	1
SAPV - Umsetzung endlich auf dem Weg	1
Palliative Care in Großregion	1
Abteilung für Palliativmedizin in Jena eröffnet	1
Gesetzentwurf zur Patientenverfügung überarbeitet	1
CBT erhält für Integriertes Hospiz Altenpflege-Zukunftspreis	8
Inakzeptable Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungsleistungen	8
Diakonie begrüßt geplante "Transparenzberichte" für Pflegeeinrichtungen	8
Cartoonist engagiert sich für die Kinderhospizarbeit in Deutschland	8

Politik und Gesellschaft

Gründung des ersten Palliativnetzwerks für Leipzig und Umgebung	2
SAPV-Rahmenvertrag liegt vor	3
Palliative Versorgung gestalten	3
Anhörung im Deutschen Bundestag	3
Franz Müntefering besucht Kinderhospiz	3

Feuilleton und Wissenschaft

Das erste Jugendhospiz in Deutschland ist da	6
Vom Tatort ins Labor... Eine Rechtsmedizin ausstellung in Berlin	6
Palliativmedizin in Schweden	6
Ein Buch von Anselm Grün	7
Ambulantes Hospiz und Seniorenheim in enger Kooperation	7

Informationsteil:

(Bund/ Länder/ Verbände)	5
Das Ehrenamt	4
Stellenanzeigen	4
Impressum	2

Mit Informationsteil für Mitglieder überregionaler Organisationen in der Hospizbewegung

