

# Bundes-Hospiz-Anzeiger

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

Ausgabe 36 - 7. Jahrgang 2009/07

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

2, 50 EUR

www.hospiz-verlag.de

## Gesetz zur Regelung von Patientenverfügungen beschlossen - was ändert sich für die Betroffenen?

Das Schwerpunktthema im Bundes-Hospiz-Anzeiger

VON DR. BIRGIT WEHRAUCH, VORSITZENDE DES DHPV

Am 18. Juni 2009 hat der Deutsche Bundestag nach jahrelangen engagierten Diskussionen in Politik und Öffentlichkeit ein Gesetz zur Regelung der Patientenverfügung beschlossen. Bei den zum Teil sehr kontroversen Diskussionen der vergangenen Jahre ging es vor allem um die Frage der sogenannten Reichweite von Patientenverfügungen und um die Balance zwischen Selbstbestimmungsrecht und Lebensschutz. Der DHPV hatte wiederholt Stellung genommen und vor allem darauf hingewiesen, dass sich allein mit einer gesetzlichen Regelung nicht alle Fragen, die sich in einer konkreten Situation am Lebensende stellen, lösen lassen werden. Entscheidend sei, dass der Dialog zwischen denen, die im Sinne des Betroffenen zu entscheiden haben, vor allem zwischen dem Arzt/ der Ärztin und dem Betreuer gefördert werde.

Drei Gesetzentwürfe standen seit langem zur Diskussion; in der sehr engagiert geführten Debatte im Deutschen Bundestag am 18.6.2009 erhielt nun der Gesetzentwurf von MdB Joachim Stünker in zweiter Lesung die notwendige Mehrheit. Das Gesetz tritt am 1.9.2009 in Kraft. Es gilt nun, die neuen gesetzlichen Regelungen umzusetzen. Der DHPV sieht seine Aufgabe sehr wesentlich darin, diejenigen in ihrer Arbeit zu unterstützen, die sich tagtäglich darum bemühen, Ratsuchenden Unterstützung und Aufklärung zu geben. Entsprechende Handreichungen bereitet der DHPV derzeit vor.

Das Gesetz soll vor allem mehr Rechtssicherheit schaffen. Was ändert sich für die Betroffenen und für die in einer konkreten Situation an der Entscheidungsfindung Beteiligten? In dieser Ausgabe des Bundes-Hospiz-Anzeigers sollen zunächst Experten zu Wort kommen, die aus je unterschiedlichen Blickwinkeln Stellung zu der ab 1.09.2009 geltenden gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen nehmen: MdB Joachim Stünker als Initiator des

Gesetzes sowie MdB Dr. Hans-Georg Faust als Mitautor des sog. Zöller/ Faust-Entwurfs ebenso wie die juristischen Experten Prof. Dr. Thomas Klie und Dr. Oliver Tolmein sowie Ulrike Wagner, München, Bettina Wistuba, Berlin, und Peter Lack, Basel, als Vertreterinnen /Vertreter aus Hospizvereinen und Beratungseinrichtungen, die ihre Beratungsarbeit zur Patientenverfügung vorstellen.

## Einführung der Palliativmedizin als Pflichtfach in die ärztliche Approbationsordnung

Kritik des Medizinischen Fakultätentags am 4. Juni 2009

VON DR. THOMAS SCHINDLER

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) setzt sich seit vielen Jahren für die Einführung der Palliativmedizin als Pflicht- und Prüfungsfach in die ärztliche Approbationsordnung ein. Grund dafür sind die durch wissenschaftliche Studien eindeutig belegten - großen Wissenslücken in der Ärzteschaft in Bezug auf die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender. Diese führen zu unnötigem Leiden für Patienten und ihre Familien aufgrund mangelhafter Symptomkontrolle und nicht selten Übertherapie in der letzten Lebensphase. Viele Menschen versuchen daher, sich vor ärztlichen Fehlern am Lebensende durch die Abfassung von Patientenverfügungen zu schützen - eine für unser Gesundheitswesen beschämende Situation.

Der beste Schutz vor ärztlichen Fehlern am Lebensende lässt sich nicht durch Patientenverfügungen erreichen, sondern durch eine flächendeckende und verpflichtende Ausbildung aller Medizinstudierenden in Palliativmedizin. Palliativmedizin ist Aufgabe aller Ärzte. Die Einführung der Palliativmedizin als Pflichtfach in das Medizinstudium, wie sie schon 1999 vom Europarat, 2003 vom Deutschen

Ärztetag und 2005 von der Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" des Bundestags gefordert wurde, ist längst überfällig (vgl. auch die DGP-Stellungnahme vom 8.5.2009 zum gleichen Thema). Die Erfahrungen und Evaluationen derjenigen Universitäten, die Palliativmedizin schon als Pflichtfach eingeführt haben, zeigen eindrucksvoll, dass sich Wissen, Fähigkeiten und Haltung der Studenten in diesem Kernbereich ärztlicher Kompetenz durch das neue Lehrangebot deutlich steigern lassen. Auch die Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland fordert die Einführung der Palliativmedizin als Pflichtfach.

Die Behauptung des Medizinischen Fakultätentags, die Palliativmedizin hätte "in der klinischen Lehre bereits eine wichtige Stellung", ist schlicht falsch. Bei der letzten Novellierung der Approbationsordnung wurde die Palliativmedizin trotz vieler Lippenbekenntnisse über die Wichtigkeit des Fachs gerade nicht in die Liste der Pflichtlehrfächer aufgenommen. (Fortsetzung Seite 3)

## SAPV - was tut sich in NRW?

VON DR. MATTHIAS THÖNS

In NRW gibt es flächendeckende Verträge zur Palliativversorgung. Während der Vertrag in Westfalen Lippe seit dem 1.4.09 bereits Teilaspekte auch der spezialisierten Palliativversorgung umfasst, wird um eine solche Versorgungserweiterung in Nordrhein noch heftig gerungen. Vor mehr als zwei Jahren wurde im Sozialgesetzbuch V für die Versorgung von Sterbenden ein neuer wichtiger Rechtsanspruch geschaffen: „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 (SAPV). Die SAPV... zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.“ Dieses Gesetz wurde von einigen Funktionären der gesetzlichen Krankenversicherung monatelang blockiert. Sie äußerten sich schon im Gesetzgebungsverfahren wie folgt: „Schließlich zur SAPV: Hier sehen wir die Gefahr, dass in die typischen Tätigkeiten eines Hausarztes eingegriffen wird oder eingegriffen werden könnte; ich muss das vorsichtig formulieren. Wir halten die Regelung für von den jetzigen Regelungsbeständen schon erfasst...“ (Johann-Magnus von Stackelberg (Bt. Protokoll Nr. 16/29)) Hierzu darf nur ein uns mittlerweile vorliegender Widerspruchsbescheid zitiert werden: Die Vergütung von 1,56 Euro für einen Hausbesuch bei einem Sterben-

den wird bestätigt. (Zu dieser Feststellung sagte ein Krankenkassenvertreter: „Aber Herr Thöns, da kommt doch noch das Wegegeld dazu“. Anm. 1,94 Euro!).

Von dieser SAPV, die von Ärzten und Pflegepersonal bei überwiegender Tätigkeit in diesem Bereich, mit besonderer fachlicher Qualifikation und Teambildung geleistet werden soll, wird die Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) abgegrenzt. (DGP/ DHPV: SAPV Glossar) Diese wurde von Ärzten und Pflegepersonal der Grundversorgung ohne abgeschlossene Palliativweiterbildung erbracht. Dabei soll es auch bleiben. Die Krankenkassen sind qua Gesetz nur angehalten, Verträge zur SAPV mit Leistungsanbietern abzuschließen, wozu sie sich aber erst neuerdings und erst nach erheblichem Druck aus der Politik und Ärzteschaft bereit finden.

## Am Lebensende wollen fast alle zuhause sein

Schon lange ist bekannt, dass die meisten Menschen ihr Lebensende zuhause verbringen wollen. Studien zufolge wird dies in Ballungsgebieten jedoch nur 10-30 % der Sterbenden ermöglicht. Wer glaubt, dies sei angesichts der Symptomlast am Lebensende unausweichlich, ignoriert die wissenschaftlichen Fakten, Krankenhauseinweisungsraten am Lebensende

## Neue Finanzierungsgrundlagen für ambulante und stationäre Hospizleistungen

VON UTE SEIBERT UND PAUL HERRLEIN

Die gesetzliche Neuregelung des § 39a SGB V bringt wichtige Änderungen in der Finanzierung ambulanter und stationärer Hospizleistungen. Für stationäre Hospizaufenthalte nach §39a Absatz 1 SGB V haben Bundestag und Bundesrat entschieden, dass der Eigenanteil der Erkrankten zur Finanzierung des Hospizaufenthaltes entfällt. So wird die Finanzierung, die bisher auf vier Säulen (Hospiz, Krankenkasse, Pflegekasse, Eigenanteil) stand, auf die drei Säulen Hospiz, Krankenkasse und ggf. Pflegekasse reduziert.

Der kalendertägliche Zuschuss der Krankenkassen wird von 6 % auf 7 % der monatlichen Bezugsgröße erhöht. Die Anhebung der Mindestzuschussgrenze trägt dazu bei, dass die Hospize einen auskömmlichen Zuschuss erhalten. Stationäre Hospize sollen im Regelfall nicht weniger als z. Zt. 176,40 Euro als Zuschuss kalendertäglich pro Versicherten erhalten. Der konkrete Versorgungsumfang wird auf Bundesebene durch eine entsprechende Rahmenvereinbarung festgelegt. Vergütungsvereinbarungen sind zwischen den Krankenkassen und den Hospizen entsprechend des Versorgungsumfanges zu treffen.

Die Vorschläge der Wohlfahrtsverbände und des Deutschen Hospiz und Palliativverbandes

wurden also von den Entscheidungsgremien in vollem Umfang übernommen. Für den Bereich der ambulanten Hospizarbeit ist es gelungen, die Finanzierungsregelungen grundlegend zu ändern. Waren bisher die Krankenkassen gehalten, zur Finanzierung der notwendigen und förderfähigen Personalkosten einen versichertenbezogenen Zuschuss von zuletzt 42 Cent pro Versicherter und Jahr bereit zu stellen, bezieht sich nun die Förderung auf die Leistungseinheiten: Die Ausgaben der Krankenkassen pro Leistungseinheit dürfen nun 11 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18Abs. 1 SGB IV nicht überschreiten. Aktuell wären dies 277,20 Euro.

Diese neue Regelung bedeutet für die Förderpraxis gleich mehrere wesentliche Änderungen: Eine Obergrenze für die Förderung ergibt sich nur noch im Hinblick auf die Zahl der Leistungseinheiten und die förderfähigen Personalkosten eines Dienstes, nicht mehr in Bezug auf das Fördervolumen in einem Bundesland. Zweitens gibt es deutschlandweit einen einheitlichen Betrag für die Leistungseinheit und drittens entfällt der auf der Länderebene der bisher gegebene Wettbewerb der ambulanten Hospizdienste um das begrenzte Fördervolumen. Damit wird die Förderung kalkulierbarer und nachhaltiger.

Diese Neuregelung erscheint gerechter, obgleich Dienste, die bisher einen höheren Betrag für die Leistungseinheit erhalten haben, nunmehr weniger Geld zur Verfügung haben werden. In dünn besiedelten Regionen mit einer relativ geringen Anzahl von Begleitungen und qualifizierten Ehrenamtlichen bedeutet dies eine generelle Verschlechterung der Finanzierungssituation, wenn es nicht gelingt, die Anzahl der Begleitungen bzw. der Ehrenamtlichen auszuweiten. Genau an dieser Stelle stellt sich die Frage, wie der wirtschaftliche Anreiz für Leistungsausweitungen der neuen Regelung gekoppelt wird an den tatsächlichen Bedarf an ambulanten Hospizleistungen.

Es kann nur im Sinne der ambulanten Hospizdienste sein, wenn hier gemeinsam mit den Krankenkassen die Anforderungen an die Begleitungen wie die qualifizierten Ehrenamtlichen so präzisiert werden, dass eine nachhaltige, bedarfsgerechte Entwicklung der ambulanten Hospizarbeit möglich wird und eine Fehlleitung der so dringend erforderlichen Fördermittel vermieden wird. Die Rahmenvereinbarung sollte noch in diesem Jahr entsprechend angepasst werden, um für das Jahr 2010 verlässliche Fördergrundlagen zu haben.

## Die neue gesetzliche Regelung der Patientenverfügung

Konsequenzen für Hospize?

VON PROF. DR. ROCHUS ALLERT

Der Deutsche Bundestag hat am 19.6.2009, auch für manche Insider überraschend, mit deutlicher Mehrheit (2. Lesung: 320 Ja-Stimmen von 566 Abgeordneten; 3. Lesung: 317 Ja-Stimmen von 555 Abgeordneten) den vorher so genannten Stünker-Entwurf als Gesetz zur Regelung der Patientenverfügung verabschiedet. Der Bundesrat hat dem Gesetzesvorhaben mit entsprechender Änderung des BGB am 10. Juli 2009 ebenfalls zuge-

stimmt. Damit kann das Gesetz definitiv am 1.9.2009 in Kraft treten. Dieses Gesetz räumt dem Patientenwillen eine sehr hohe Verbindlichkeit ein und macht dadurch für die Institutionen des Gesundheitswesens, also auch für Hospize, unmittelbare Vorgaben. Das grundsätzliche Für und Wider einer rechtlichen Regelung der Patientenverfügung sowie der Ausgestaltung im Detail mit den jeweiligen Konsequenzen wurde lange und kontrovers diskutiert und muss an dieser Stelle nicht wiederholt werden. Doch egal, was einzelne Personen oder Institutionen von der jetzt geltenden Regelung halten, sie ist Gesetz und muss berücksichtigt werden. Doch welche Konsequenzen leiten sich im einzelnen für die Hospize daraus ab?

Zunächst wird im Gesetz der Begriff "Patientenverfügung" selbst präzisiert. Die Patientenverfügung wird definiert als schriftliche Festlegung eines einwilligungsfähigen Volljährigen für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (§ 1901a, Abs. 1 BGB, neu). Somit geht es im folgenden also immer nur um den Fall, dass sich eine betreute Person selbst nicht mehr äußern kann.

Die gesetzliche Regelung bedeutet dementsprechend, dass eine Patientenverfügung nicht verfasst werden kann beispielsweise von Kindern und Jugendlichen bzw. nicht Volljährigen. Weiterhin ist nach dem Gesetz die Abfassung einer Patientenverfügung nicht möglich z.B. durch demente Personen. Rechtlich nicht auflösbar bleibt dabei die Problematik der medizinischen Grenzziehung: dement/nicht dement bzw. einwilligungsfähig/nicht einwilligungsfähig.

Gefordert wird sodann für die Gültigkeit der Patientenverfügung die Schriftform, allerdings

auch nur die Schriftform. Dies heißt umgekehrt gleichzeitig, dass entgegen vorheriger Alternativentwürfe des Gesetzes weder eine notarielle Beurkundung einer Patientenverfügung notwendig ist noch eine Pflicht zu einer vorherigen und zu dokumentierenden Beratung besteht. Nicht erforderlich ist auch eine spätere, regelmäßig zu wiederholende, Bestätigung dieser Patientenverfügung mit erneuter Unterschrift. Und ebenfalls nicht vorausgesetzt für die Anwendbarkeit mit beispielsweise der Untersagung medizinischer Eingriffe oder Nichtdurchführung lebensverlängernder Maßnahmen ist als Prämisse, dass ein Zustand erreicht sein muss, der unmittelbar zum Tode führt.

Für Hospize ist deshalb wichtig, schon bei der Aufnahme zu ermitteln, ob eine Patientenverfügung vorliegt und was diese beinhaltet, um sie der Patientenakte beizufügen und die Umsetzung sicherzustellen. Aber, und dies ist explizit gesetzlich so geregelt (§ 1901a, Abs. 4 BGB, neu), darf keinesfalls die Aufnahme in ein Hospiz davon abhängig gemacht werden, dass eine Patientenverfügung vorliegt.

Die Patientenverfügung kann jederzeit und formlos widerrufen werden; die Schriftform ist für den Widerruf im Gegensatz zur Abfassung nicht zwingend vorgeschrieben. Für die Hospize bedeutet dies, sofort und sorgfältig zu dokumentieren, sobald es Hinweise gibt, dass sich der Patientenwille im Vergleich zur schriftlich vorliegenden Patientenverfügung geändert haben könnte. (Fortsetzung Seite 2)

Mit Informationsteil für Mitglieder überregionaler Organisationen in der Hospizbewegung



Inhalt	
<b>Aktuelles</b>	
SAPV - was tut sich in NRW?	1
Neue Finanzierungsgrundlagen für ambulante und stationäre Hospizleistungen	1
Neue gesetzliche Regelung der Patientenverfügung	1
Palliativmedizin und Schmerzmedizin als Pflichtfach der ärztlichen Approbationsordnung	1
Planungssicherheit für ambulante Kinderhospizarbeit	8
Neues Konzept zur Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase	8
<b>Politik und Gesellschaft</b>	
Palliativmedizin als Alternative zur "Tötung auf Verlangen"?	3
Ehrenamtsfreibetrag - Zahlungen an ehrenamtlichen Vorstand	3
Häuser der Familie bieten Bildung und Beratung	3
Schmerzpatienten brauchen neue Versorgungsstrukturen	3
<b>Feuilleton und Wissenschaft</b>	
Grundsteinlegung für viertes Haus "Positiv wohnen"	7
Neuer Internetservice der Deutschen Alzheimer Gesellschaft	7
Würdiges Sterben in Berlin - braucht ein Hospiz Grabstellen?	7
<b>Informationsteil:</b>	
Das Ehrenamt	4
Stellenanzeigen	6/7
Impressum	2