



***Palliative Care***

***Da-Heim gut begleitet***

**Seminar für Heim- / Pflegedienst-  
Leitungen am 6.11.08**

---



# **Palliativkompetenz in Altenhilfe und Behindertenarbeit**

**Dr. theol. Jochen Steurer, Supervisor DGSv,**

**Experte in der BAG Hospiz/DHPV, Mitglied des AK Nicht-Tumorpatienten der DGP; Leiter: MediAcion/Palliativkurse.de**

**Download des Vortrags ab kommender Woche unter:**

**[www.mediacion.de](http://www.mediacion.de)**

---

## Tagesplan – Vormittag 9-12 Uhr

---

- Rahmenbedingungen von Palliative Care:
  - Organisationsformen,
  - Finanzierung
- Schulungen:
  - Palliative Care Basiskurse,
  - „Palliative Praxis“,
  - Schmerzmanagement
  - auch: Teilnehmerauswahl, Dozentenauswahl, Kosten, Fortbildungsplanung, Schulungsinhalte)

## Tagesplan: Nachmittag 13-16 Uhr

---

- Implementierungsprozesse für Palliativversorgung in Einrichtungen (Altenhilfe und Behindertenhilfe)
  - gutes Schmerzmanagement und Symptomkontrolle,
  - interprofessionelle Kooperation (auch mit Palliativmediziner:innen),
  - gezielte Angehörigenarbeit und Trauerbegleitung,
  - Möglichkeiten und Chancen des Einsatzes von Ehrenamtlichen,
  - Ethische Krisen gestalten (Ungewollte und medizinisch unsinnige Krankenhauseinweisungen vermeiden, mit Krisen- und Notfallpläne ethische Probleme rechtlich gut managen....)
- Finanzierung gemäß §§ 37 b, 39 a, 132 d SGB V, 82 b SGB XI



# **1. Mini – Historie und konkrete Beispiele für Palliativprojekte in Pflegeheimen 1990-2008**

---

## Mini-Historie: Palliativkompetentes Pflegeheim

---

### Einzelprozessphase:

90-er Jahre: Initiativen mit Teilprojekten (AWO Niederrhein, CBT Leverkusen, Sitzwachenprojekt Stuttgart, Bremer Heimstiftung)

1998: Diakonie in Düsseldorf (IFF);

2001: München (IFF/CHV) Vier Häuser der Inneren Mission  
München (Kittelberger)

Seit 2002: einzelne Einrichtungen in ganz Deutschland

2005: Altenpflege-Preis des Vincentz-Verlags: Bremer Heimstiftung

2007: Preise für palliativkompetente Pflegeheime in Niedersachsen

Stand Nov. 2008: ca. 150 Heime haben Einzelinitiativen gestartet,  
sich vernetzt und davon (meist regional) berichtet

# Beispiel: Träger engagieren sich

---

## DW Hannovers (2004-2006)

Fachtag 20.03.2006

Projekt-Abschlussbericht:

*Leben am Lebensende.*

Diakonische Leitlinien zu Palliative Care, Sterbebegleitung und Abschiedskultur.

Download:

<http://www.diakonie-hannovers.de/downloads/lebenamlebensende.pdf>



## Mini-Historie: Palliativkompetentes Pflegeheim II

---

### Gruppenprozessphase seit 2004:

2004: AK Hospiz des DW Hamburg und Leitlinienprozess auch für sieben Heime (DW, MediAcion)

2004/06: Leben am Lebensende: Projekt der Diakonie Hannovers

2004/07: Initiative Hospizarbeit und Palliative Care des DW Bayern (GGsD und MediAcion); Initiativen des DW in NRW

2006/07: z.B.: bpa Thüringen (Uni Erfurt); Private Heime (auch bpa / Vitanas) in Hamburg (MediAcion, Bildungszentrum Schlump); DW Hamburg (DFA); DW Niedersachsen (MediAcion); DRK Niedersachsen (MediAcion, Bildungszentrum Schlump);

2008: bpa NRW Projekt I (MediAcion, Uniklinik Essen) (auch: DRK II und DW II in NDS; in Planung: Projekte in Hessen und Thüringen)

**220 Häuser beteiligen sich, ca. 80 haben abgeschlossen**

## Beispiel Bayern – Gruppenprozess 2005-2007

---

17 Heime + Dienste in der Projektwerkstatt Stein




## Implementierung in Bayern 2005-2008

Das DW Bayerns engagiert sich mit fünf eigenen Projektwerkstätten, Palliativkursen und einer Vielzahl an Beratungsmöglichkeiten. Diese Umsetzungen geschahen in 2008 schon in ca. 50 Heimen und 15 Pflegediensten. Siehe:

[http://www.diakonie-bayern.de/uploads/media/Hospizkatalog\\_2007.pdf](http://www.diakonie-bayern.de/uploads/media/Hospizkatalog_2007.pdf)



# Projektwerkstatt Hamburg

- Förderer: Hamburger Behörde für Soziales und Gesundheit
- Träger: MediAcion, DRK Bildungszentrum
- Teilnehmer: 6 private Pflegeheime (davon fünf im )
- **Zeit: Juni 2006 bis Juni 2007**



## Projektwerkstatt in Hannover (Diakonie 2006-2008)

---



**Zwölf Heime setzen das Palliativprojekt des DW konkret um**

## Palliativ-Projekt - NRW (April 2008)

---



**12 private Einrichtungen aus Westfalen starten einen spezifischen Palliativkurs und ein Projekt zur Umsetzung**



## **2. In aller Kürze: Was ist der Nutzen ?**

**Was bewirkt Sterbebegleitung, Hospizkultur und Palliativkompetenz im Pflegeheim ?**

**Acht Punkte für Entscheider**

**(Geschäftsführer, Heimleiter, Pflegedienstleiter)**

---

## Mögliche Vorteile

---

1. Ihre Bewohner bekommen eine bessere pflegerische Versorgung, Symptom- und Schmerzkontrolle: Hier: Der Nationale Expertenstandard Schmerz (§ 113 a SGB XI) wird in Pflegeheim-spezifischer Weise umgesetzt (Orientierung am multimorbiden Patienten). Sie erfüllen die gemäß § 112 SGB XI vorgeschriebene MDK-Prüf-Richtlinie (6., 13.7., 16.7. vom MDK 2005) zum Thema Schmerz.
2. In einem Projekt: Sie / Ihre MitarbeiterInnen erlernen Palliativpflegewissen (z.B. im 160-stündigen Palliativkurs) und setzen erlerntes palliatives Wissen in Ihrer Einrichtung zeitnah um.

## Mögliche Vorteile (II)

---

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 können auf einen verbesserten ärztlichen Einsatz in ihrer Einrichtung zählen und damit werben.
4. Sie haben ein gutes Konzept für die Integration von Freiwilligen / Hospizbegleitern (Finanzierung nach § 39 a, 2 SGB V – ambulante Ehrenamtshospizarbeit auch im Heim seit 1.4.2007 und/oder § 82 b SGB XI mittels Pflegesatzerhöhung seit Mitte 2008)

## § 37 b Abs. 2 SGB V

---

Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des XI Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung.

Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

## Mögliche Vorteile III

---

5. Sie verbessern Ihr öffentliches Ansehen und geben sich zusätzliche klare Profilm Merkmale 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 Heimbewohner z.B. Aufnahme nach Krankenhausentlassung. So haben Sie stets eine gute Belegung.

- 
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.



## 3. Palliativkompetenz im Heim

**Zielfindung, Leitlinien und Arbeiten mit Zielen**

---

## Die Aufgabe von Heimen und Hospizbewegung:

---



***„Die Hospizbewegung zog aus dem Gesundheitswesen aus und entwickelte eigene Modelle.***

***Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und die Erfahrungen in die Regelversorgung zu reintegrieren, damit die Haltung und das Wissen zurückfließen können...“***

***Dame Cicely Saunders, Gründerin der modernen Hospizbewegung in einem Brief (1983)***



Warum bin ich hier? Was ist  
meine Motivation?

Was ist mein Auftrag?

Wie ist der Stand Vor-Ort?

Was erwarte ich von einem  
Palliativen Projekt ?

**Projekt DRK  
Niedersachsen I**

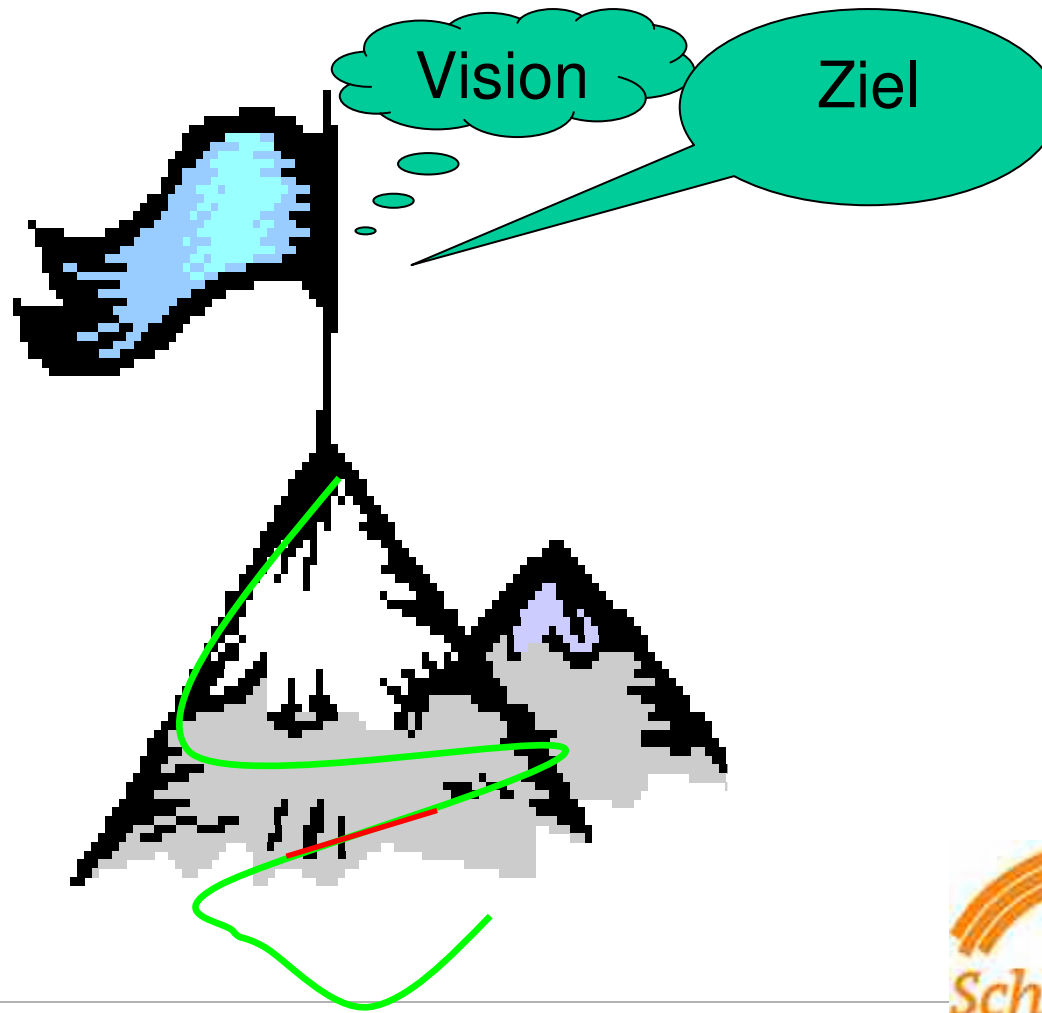
# Leitlinie: viele Namen, ein Ziel

---

1. Leitbild

2. Leitlinie

3. Standard



# 1. Leitlinie - Zielbeschreibung

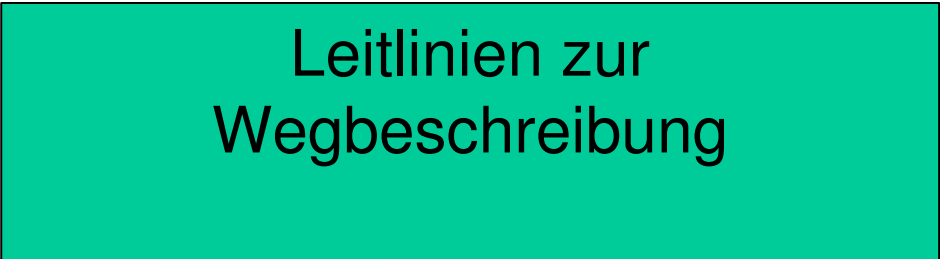
---



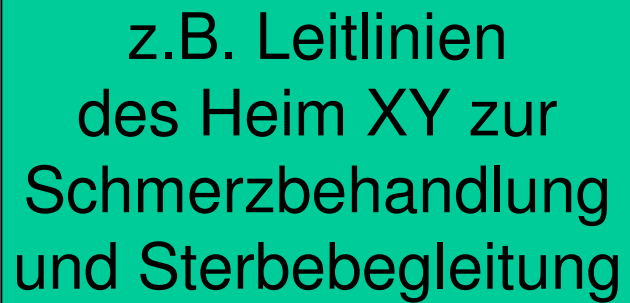
**z.B.: Vision:  
Gute Palliativ-  
versorgung für  
alle Bewohner**

## 2. Leitlinie – zur Wegbeschreibung

---



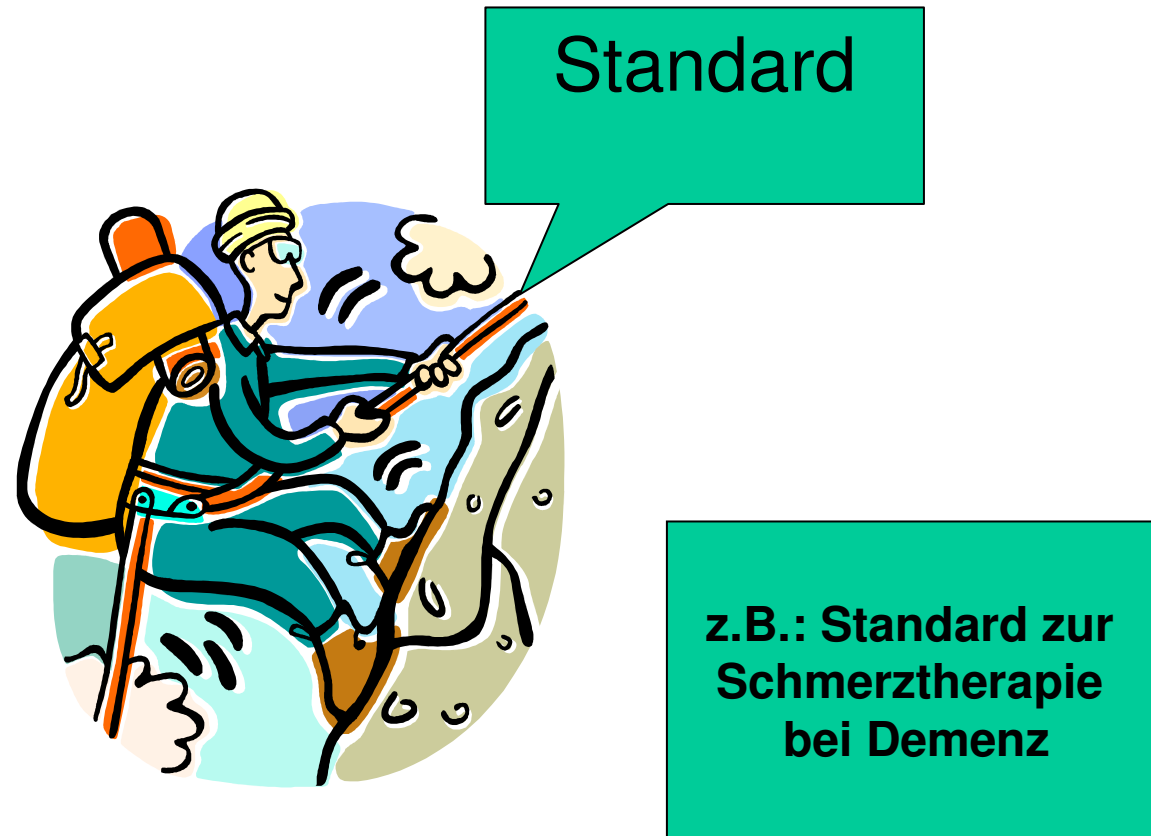
Leitlinien zur  
Wegbeschreibung



z.B. Leitlinien  
des Heim XY zur  
Schmerzbehandlung  
und Sterbebegleitung

### 3. Leitlinie – als Sammlung von Standards

---



# Literatur

exemplarisch drei Meilensteine

2000	2003	2005
<p>Andreas Heller, Katharina Heimerl, Christian Metz (Hrsg.)</p> <p><b>K</b>KULTUR DES STERBENS</p> <p>Bedingungen für das Lebensende gestalten</p> <p>Lambertus</p>	<p>Karin Wilkening Roland Kunz</p> <p><b>Sterben im Pflegeheim</b> Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur</p>  <p>Vandenhoeck &amp; Ruprecht</p>	<p>Katharina Heimerl, Andreas Heller Frank Kittelberger</p> <p><b>D</b>AHAIM STERBEN</p>  <p>Palliative Kultur im Pflegeheim</p> <p>Lambertus</p>

## BAG-Hospiz: Expertengruppe

---

November 2004 bis Oktober 2005:

Experten-**Fachgruppe**: Buchheister, Lewe, Luhmann, Kittelberger, Orth, Sievers-Schaarschmidt, Steurer, Wilkening mit drei Arbeitsformen:

1. **Literatur** – Sichtung, z.B. Wilkening/Kunz, Heilmann/Kottnik, Kojer/Heller, Kittelberger
2. **Netzwerktreffen** mit allen bekannten Projekten
3. **Leitlinien-Vorprodukte-Zusammenschau**, hier:
  - „Knoten“ nach Alsheimer/Orth
  - „Netzwerk“ nach Wilkening/Kunz

# 20 Indikatoren für Palliativkompetenz

---

Das kleine Standardwerk:

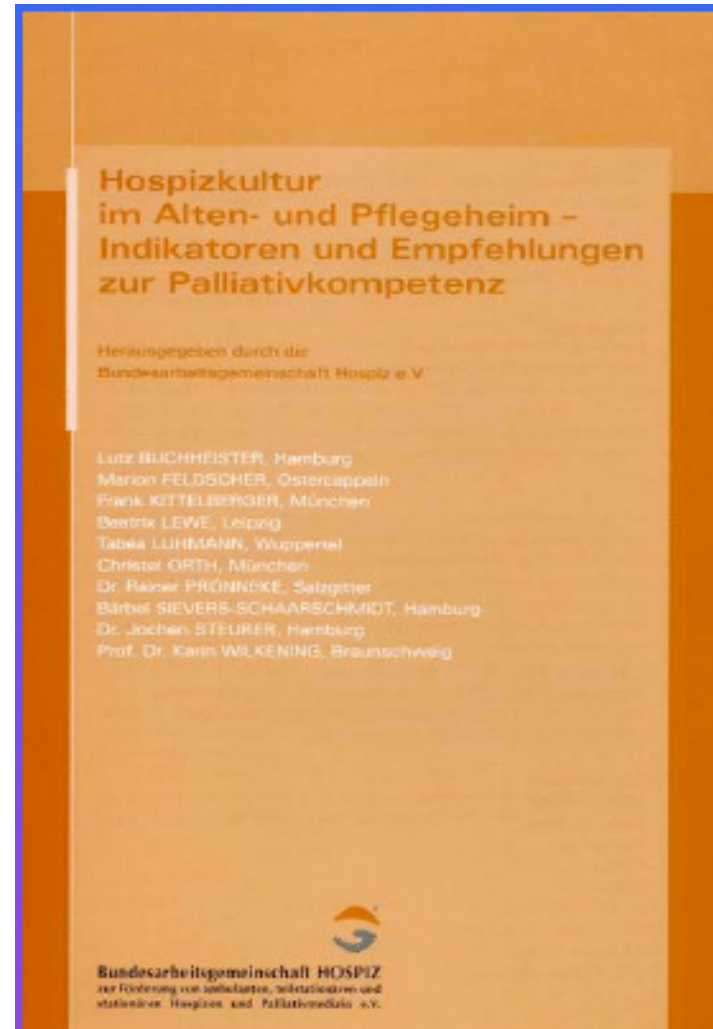
BAG Hospiz Oktober 2005 und  
Feb. 2006:

*Hospizkultur im Alten-  
Pflegeheim –*

*Indikatoren und Empfehlungen  
zur Palliativkompetenz*

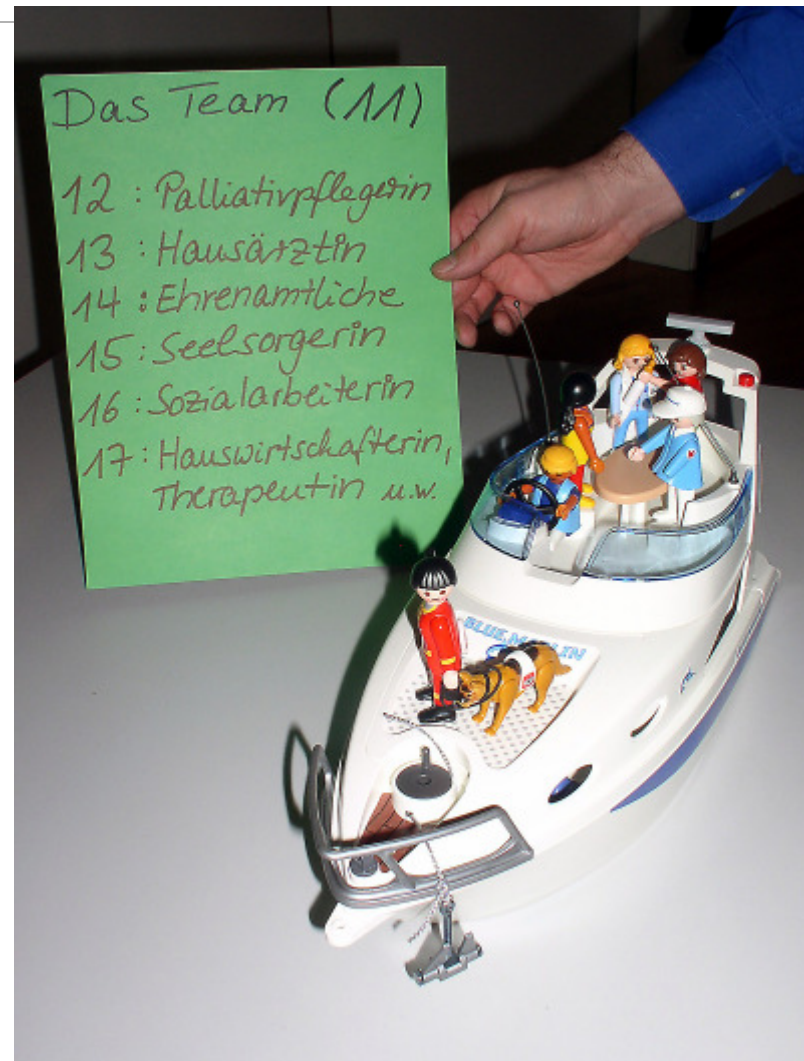
*....mit 20 Indikatoren*

*...wurde zum Standard für  
weitere Prozesse*



## Das palliative Team

- Palliative Fachpflege
- Hausärzte
- Ehrenamtliche
- Seelsorge
- Soziale Fürsorge
- Weitere Mitarbeiter



# DW-Bund: Leben bis Zulett

Anpassung der BAG Hospiz Leitlinien (Okt. 2006): Die diakonischen Leit-Bilder:

## *Leben bis Zulett*

Die Implementierung von Hospizarbeit und Palliativbetreuung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Download:  
[www.diakonie.de/texte](http://www.diakonie.de/texte)

Nr. 17 und Nr. 18



# Fachtage und Treffen der Heime

Zweijährliche Fachkon-  
sultationen – begleitet vom  
IFF Palliative Care und  
Organisationsethik, Wien.

Auch: Kongresse in  
Braunschweig (22.1.2008  
Prof. Wilkening) und  
Bayern (geplant April 09)

Und: Come-Back Tage: im  
Sept. 2008 mit 40 Heimen  
der Diakonie Bayerns





## 4. Impressionen / Einblicke

**Die Umsetzung und die konkrete Inhalte  
der hausinternen Palliativprojekte**

---

## Abschiedraum umgestalten / Mitarbeiter einbeziehen

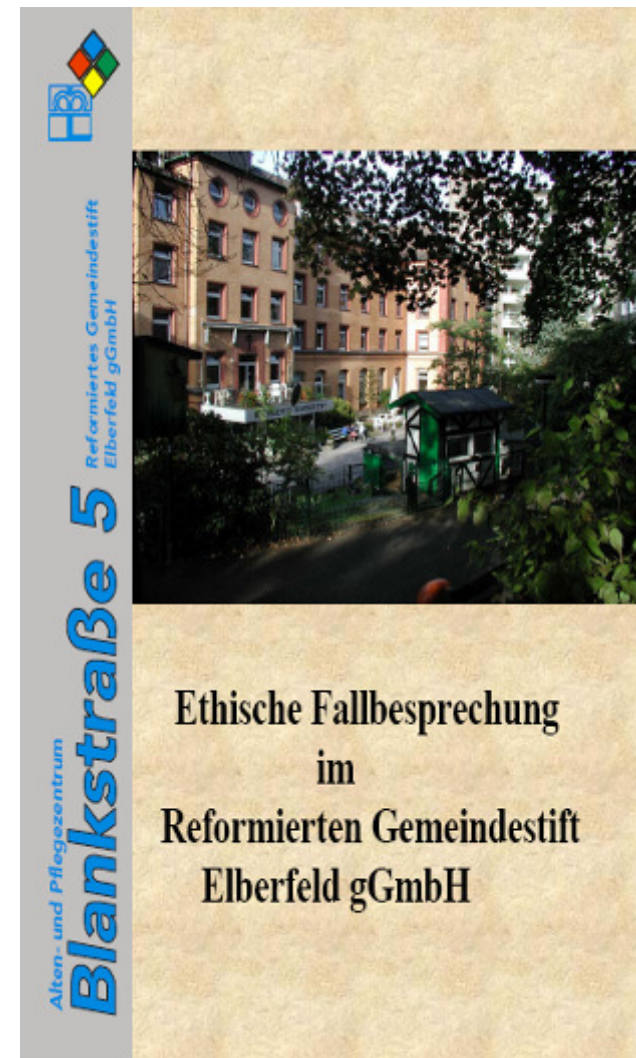


**Bpa Projekt Hamburg**

# Beispiel Ethik

Umsetzung Indikators 6: Ethik im Konflikt.

Ethische Fallgespräche am evangelisch - ref. Gemeindestift seit 2006 mit hausinterner Moderation für Ärzte, Pflegende, Familie.



## Beispiel: Bewohnerwille erfragen

---

Elvira Pittelkau aus Hamburg, (großes Heim mit 1200 Bewohnern) führt 2005 einen Fragebogen für Bewohner ein. Sie können beim Einzug Behandlungswünsche äußern.

*Binnen 6 Monaten kann Sie und ihr Team durch Angehörige- und Betreuer-Gespräche bei den dementen Bewohnern von zuerst nur 25 % ausgefüllter Bögen sich auf 57 % steigern. Ziel ist 75 %.*

# Beispiel: Schmerz bei Demenz

---

## Bedarf:

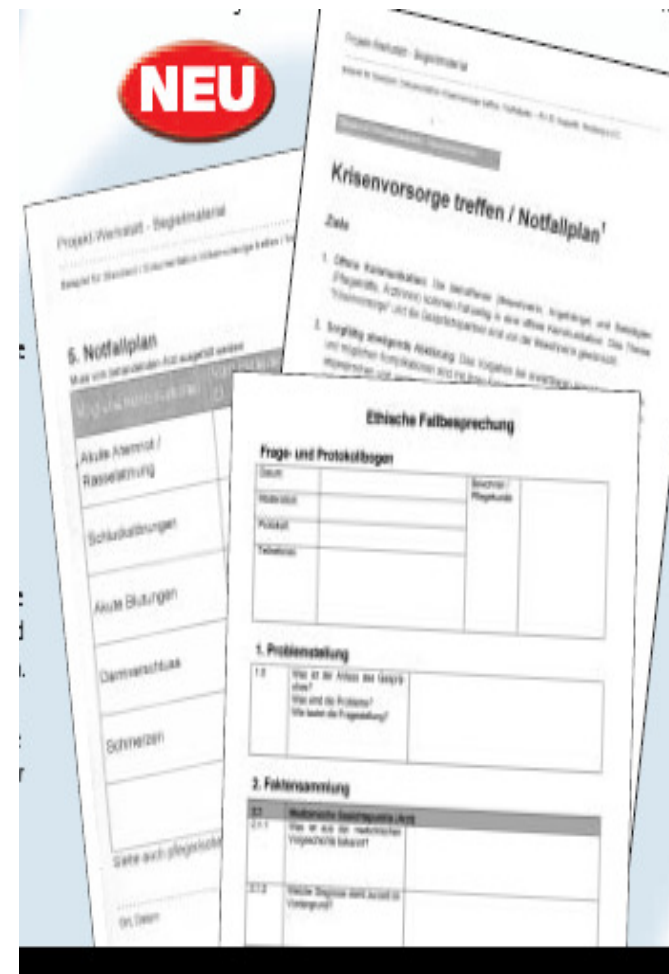
- Nicht demente Patienten erhalten nach Schenkelhalsfraktur die dreifache Dosis Morphinäquivalent von Dementen (Quelle: Morrison R.S. PainSymptom Management 2000)
- > 80-Jährige erhalten um 1/3 weniger Opiate als Jüngere (Quelle: BernabelR. et al; JAMA 1998)
- Pflegeheimpatienten ohne Schmerztherapie haben einen signifikant niedrigeren MMSE-Score als Patienten mit Schmerztherapie(Quelle: ClossSJ., BarrB., Briggs M.; Br J Gen Pract2004)

## Deshalb: pflegerische Leistung: Schmerzen erkennen/dokumentieren

- Aktive Befragung des Patienten, selbst bei fortgeschrittener Demenz
- Beachtung nonverbaler Hinweise (Gesichtsausdruck, Körpersprache, Lautäußerungen, Unruhe)
- Therapiekontrolle mittels täglicher, dokumentierter Befragung durch Pflegepersonal (**z.B. BESD**)

## Beispiel: Krisenvorsorge/Notfallplan

Ein Krisenvorsorgeplan erarbeitet mit Bewohnern, Angehörigen (Betreuern) die (mutmaßlichen) Behandlungswünsche und lässt diese durch Verordnungen von einem Arzt rechtlich absichern (siehe rechts und nächste Folie)



# Notfallplan

---

Mögliche Komplikationen	Pat.-Wille Mutmaßlich/tat.	Behandlungs- Verordnung
Atemnot		
Akute Blutung		
Schluckstörung		
Darmverschluss		
Schmerz		

# Fünf Modelle der Hospiz-Begleitung im Pflegeheim

---

MODELL A: Hospizliche Begleitung durch den Ambulanten Hospizdienst als integraler Bestandteil der Versorgung sterbender Bewohnerinnen in der Pflegeeinrichtung

MODELL B: Sterbebegleitung durch vom Hospizdienst qualifizierte hauseigene ehrenamtliche Mitarbeiterinnen der Pflegeeinrichtung

MODELL C: Einzelfallorientierte hospizliche Begleitung im Alten- oder Pflegeheim mit Kooperationsvereinbarung

MODELL D: Hospizliche Begleitung durch einen auf die Begleitung in Pflegeeinrichtungen spezialisierten Ambulanten Hospizdienst

MODELL E: Einzelfallorientierte hospizliche Begleitung im Alten- oder Pflegeheim ohne Kooperationsvereinbarung

Zusatz: Sterbebegleitung durch Ehrenamtliche des hauseigenen Hospizdienstes (Modell Wuppertal, Lehrte, etc.)

# Handbuch: Palliativkompetenz entwickeln

- Ziele und Leitlinien entwickeln
- Schmerzen und Symptome behandeln
- Mit Ehrenamtlichen kooperieren
- Netzwerke knüpfen
- Existenzielles sichern / „Ich Sorge vor“
- Krisen / ethische Konflikte moderieren
- Situation nach dem Versterben gestalten
- Mitarbeiter stärken
- Finanzierungsmöglichkeiten entdecken
- In die Öffentlichkeit gehen
- Nachhaltigkeit sichern
- Schulungs- und Unterrichtsmaterialien



Herausgeber: J. Steurer

2 Ordner, DIN A4, ca. 600 Seiten, inkl. CD-ROM und Newsletter „Palliative Care kompakt“

ISBN 978-3-89947-368-1

mit Behr's NewsService

€ 89,50 zzgl. MwSt.

## Das Buch für die Pflegekraft: Kurz und handlungsorientiert

---

### **Palliative Care in Pflegeheimen**

**Wissen und Handeln für  
Altenpflegekräfte.**

**Von Jochen Steurer,  
Christine Behrens,  
Christoph Gerhard u. a.  
Schlütersche, Okt. 2008.  
160 Seiten, 16.90 Euro.**



## Nachhaltigkeit ?

---

Durch vier Initiativen wurde/wird die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Palliativkompetenz im Heim in der Frühphase und mittleren Phase untersucht:

- BAG Hospiz- Fachgruppe: Expertise 2005
- Bayerische-Stiftung-Hospiz: Expertin Donata Beckers: „Da-Sein, wenn es still wird.“ 2006  
Download: <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/heft7daseinwennesstillwird.pdf>
- BSC-Gruppe: Kennzahlenerhebungen (Wuppertal, 2006-2008, Mönchengladbach)
- Bewohnerbefragung/Angehörigenbefragung (FH Braunschweig, 2007-2008)
- Uni HS Vechta (Promotion von C. Wichmann, 2008)

Wo stehen wir? Wo möchten wir hin?

---

Wie ist die bestehende, gute Tradition in unserem Haus? (Ist-Stand- Analyse)

Welche neuen Ziele / Visionen wollen verwirklichen?  
Und wie finden wir sie?

Woher bekommen wir Sachwissen und Fertigkeiten?

Wie bekommen alle eine angemessene Grundhaltung  
und neue Standards und Vorgehensweisen?



## **Zusatz-Teil: Konkrete Umsetzungen: Welche Möglichkeiten gibt es ?**

**Anhand von Beispielen bestehender Modelle und  
Verträge**

---

# Personalbedarf

---

Gemäß BAG und DGP **mindestens 3** (Vollzeit-) Kräfte mit Palliative Care Schulung für den Qualitätsstandard „Palliativpflegedienst“.

Idealerweise (NRW-Konzept) **8 Palliative-Care-ausgebildete, examinierte Vollzeitkräfte**

- flankiert eventuell von einem „normalen“ Pflegeteam und einem Hauspfllegeteam.
- und unter einer sehr erfahrenen Leitung
- und in Kooperation/unter Mitwirkung / in Einbeziehung von PalliativmedizinerInnen

## Palliative Care Ausbildungen

---

Gefordert ist die 160-stündige Palliative Care Ausbildung nach dem Curriculum Kern, Müller, Aurnhammer bzw. nach Steurer / Behrens (stat. Altenhilfe – Hamburger Modell) gemäß § 39a SGB V (stationäre und ambulante Hospizarbeit) für die Palliativfachpflegekräfte

Und Basiskurs und 3 Module für Palliativmediziner (160 Stunden plus Prüfung).

Ergänzend: In-House-Schulungen

Literatur: Palliativkompetenz entwickeln.

Info: [www.palliativkurse.de](http://www.palliativkurse.de)

## **Palliativversorgung: Strukturbedarf**

---

Personalbedarf - Pflegepersonal

Event. Kooperationen mit anderen Diensten

Ausbildungsbedarf des Personals

Bedarf an Kooperation mit Palliativ-Ärzten

Bedarf von Kooperationsverträgen

Bedarf an Organisationsentwicklung

Bedarf an neuen Strukturen (Doku, Standards)

# Nötige Kooperationsverträge

---

Es werden in Zukunft lokale Verträge zu schließen sein mit  
Palliativpflegediensten

Palliativärzten

Palliativ interessierten Hausärzten

Hospizdiensten

(Palliativ-)Pflegediensten

Eventuell stationären Anbietern: KH, Palliativstation, Pflegeheim,  
Hospiz

# Organisationsentwicklungsbedarf

---

Interessierte Pflegedienste, die Palliativpflegedienste werden wollen und sich einbinden wollen in Strukturen gemäß § 37 b und Pflegeheime brauchen u.a.:

Neue Vertragsgestaltungen

Neue Ablauforganisation

Neue/differenzierte Fortbildungskonzepte

Neue Dokumentationsvorgehensweisen

Neue Verwaltungsabläufe

Neue Pflegestandards

## NRW-Konzept/Personalbedarf

---

Die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und weitere Partner haben in Nordrhein-Westfalen ein "Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativ-medizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW" vereinbart.

In diesem Programm wird bei einer Teamgröße von **8 Vollzeitkräften ein Bedarf von einem Versorgungsteam auf ca. 250.000 Versicherte** angenommen. Diese Größenordnung kann als Anhaltspunkt für eine bedarfsgerechte Versorgung angesehen werden.

## Kooperationsverträge nach § 140

---

Home Care Berlin (18 Ärzte) und Heidelberg, Bielefeld:  
Arztbasierte Modelle; Dresden (KH + 2 Fachärzte +  
Hausärzte)

Brückenschwestern Baden-Württemberg (60 Pflegende  
plus Hausärzte)

Krebsschmerzinitiative Vorpommern (2 Teams mit je 3  
Ärzten und 3 Pflegenden für je 250.000 Bewohner mit  
jährlich 40 Pat.)

Singen (KH, Fach-/Hausärzte, Pflege, EA: nur 2-5  
Pat./Jahr); SUPPORT Göttingen (nur teils aktiv)

Füssen und Würzburg

## NRW-Palliativpflege ambulant

---

Die Vergütung der Leistungen beträgt je Einsatztag 85,- € (die ersten 7 Tage – pauschal)

Damit sind sämtliche Leistungsansprüche nach § 37 SGB V und §§ 36 ff. SGB XI abgegolten. Vertrag nach § 132 a SGB V und § 72 SGB XI.

Orte: Bonn, Borken, Düsseldorf, Erftkreis, Erkelenz, Erkrath, Hagen, Köln, Lennestadt, Recklinghausen, Troisdorf, Wuppertal.

Minimum: 2 Voll- und 2 Teilzeit- Kranken-Palliativ-Pflegende und 10 geschulte Ehrenamtliche.

## Saarland Modell (siehe AHPZ)

---

Palliative Behandlungspflege i.R. von § 37 SGB V +  
Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V, § 72 SGB XI,  
Vereinbarung nach § 45 SGB XI, Rahmenvereinbarung  
nach § 39a Absatz 2 SGB V.

Palliative Behandlungspflege: Tagespauschale von z.  
Zt. 67,60 Euro + Anleitung: Pauschale von 200 Euro für  
mindestens 6 Stunden + Pflegeleistungen: Vergütung  
entsprechend Leistungsverzeichnis ambulante Pflege  
nach SGB XI im Saarland.

## Wiesbaden

---

Pauschalvergütung pro Tag der Versorgung in den letzten drei Lebensmonaten auf 185 €. Sollte der Patient länger als drei Monate überleben, reduziert sich die Tagespauschale auf 110 € für die nächsten drei Monate.

Aufgrund des Aufwandes zu Betreuungsbeginn wird die Tagespauschale – auch bei schnellem Tod – immer für mindestens 7 Tage gezahlt.

Leistung für ALLES: Arzt, Pflege, Medizin, Physio, Klinik, Transporte ... (und nur TKK Patienten)

## Regensburg

---

Ziel: möglichst wenig Bürokratie, deshalb keine Einzelleistung – aber auch keine Fallpauschalen, da Leistungen am Patienten außerordentlich variieren. Vereinbarung: Fahrtzeit ist Arbeitszeit. 5 Pauschalen für Integrierte Versorgung (IV):

50 Euro für Beratungsgespräch ohne Aufnahme in IV

100 Euro für Erstgespräch mit Aufnahme in IV

31 Euro pro angefangener Stunde Arbeitszeit: Pflege = Medizin

15 Euro pro Stunde Sitzwache (nicht die eigenen PC-Kräfte)

3 Euro pro Patient und Tag für Bereitschaft

Ärztin rechnet ihre Leistungen weiterhin normal über die KV ab.

Info: [PALLIAMO.de](http://PALLIAMO.de)

# Hamburg

---

Scheinbar werden die ersten Patienten behandelt gemäß § 37 b SGB V Arztkosten / Pflegekosten zum Satz von 315 Euro /Tag.

# Bochum

---

**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. Damit ist nun Schluss.**

Nun hat das Landessozialgericht eine Ersatzkasse zur Kostenübernahme verurteilt. 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 Zusatzweiterbildung verfügt, wurde benannt. Von Demenz hatte er keine Ahnung.

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. ...“

## 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 Koordinationspauschalen, sowie ein Konsiliardienst, der leistungsbezogen abrechnet wird. Die Deutsche BKK zahlt zwischen 1000 bis 3000 Euro pro Patient für maximal acht Wochen, sagte Dr. Thorsten Heberlein, Vorstandsberater der Deutschen BKK. ■