

Palliativversorgung im Blickwinkel gesetzlicher und regulatorischer Vorgaben in Deutschland

Im zwanzigsten Jahrhundert haben sich die Behandlungsmöglichkeiten in der Medizin in rasanter Geschwindigkeit erweitert. In Deutschland ist die Lebenserwartung in diesem Zeitraum um mehr als 30 Jahre angestiegen [1]. Insbesondere die Entwicklung und breite Anwendung von Antibiotika ließ die Menschen bereits Mitte des letzten Jahrhunderts hoffen, dass alle Krankheiten heilbar sind. Ziel der Medizin in einer von Fortschrittsglauben geprägten und nach Wohlstand strebenden westlichen Welt war es, den Tod zu verdrängen und Krankheiten zu besiegen; den Menschen zu heilen. Im ärztlichen Berufsethos wurde der Tod durch Krankheit als Niederlage ärztlichen Handelns bewertet [2].

In Deutschland leben derzeit etwa 1,4 Mio. Menschen bei denen in den letzten fünf Jahren eine Krebserkrankung diagnostiziert wurde [3]. Die Zahl der Neuerkrankungen liegt jährlich bei mehr als 400.000. Mehr als 200.000 Todesfälle pro Jahr sind direkt auf eine Krebserkrankung zurückzuführen.

Der isolierte Blick auf die Heilung ließ zwar die durchschnittliche Lebenserwartung und die Überlebensdauer nach Erstdiagnose einer Krebserkrankung ansteigen, andere Aspekte einer schweren Erkrankung, wie zum Beispiel die Veränderung des sozialen Umfeldes, die Einschränkungen bei der Teilnahme am öffentlichen Leben, die Auseinandersetzung mit körperlichem Abbau, Sterben und Tod, das Aufkommen von Ängsten, aber zeitweise auch die Behandlung von Nebenwirkungen einer aggressiven Tumorthherapie und von Schmerzen traten

in den Hintergrund und wurden dem Ziel der Heilung untergeordnet.

Vor diesem Hintergrund entwickelte sich die Palliativversorgung seit Anfang der 1980er-Jahre in Deutschland, angestoßen durch die Arbeit von Cicely Saunders in England, die nach langjähriger Vorlaufzeit 1967 in der Gründung des St. Christopher's Hospice in London mündete.

Der Begriff „palliare“ leitet sich aus dem lateinischen „pallium“ (der Mantel) ab und kann mit „schützen, ummanteln“ übersetzt werden. In der Palliativversorgung werden Patientinnen und Patienten mit unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankungen behandelt, betreut und begleitet. Ziel der Bemühungen ist nicht Heilung, sondern Symptomkontrolle und Verbesserung der Lebensqualität, um jedem Patienten eine würdevolle, individuelle und so weit als möglich selbstbestimmte letzte Lebensphase zu ermöglichen. Hierbei sind nicht nur medizinische, pflegerische und physiotherapeutische, sondern auch soziale, psychische und spirituelle Aspekte zu berücksichtigen. Die Einbindung, Betreuung und Begleitung der Angehörigen sind weitere wesentliche Bestandteile eines ganzheitlichen Konzepts in der Palliativversorgung.

Auch wenn Tumorkrankheiten derzeit den weitaus größten Teil der Versorgten ausmachen, sollten, gerade in einer Gesellschaft mit stetig zunehmenden chronischen Erkrankungen, viele weitere Patientengruppen von palliativen Maßnahmen profitieren [4]. Beispielhaft seien an dieser Stelle Patienten mit Aids, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, chronischen Nieren- oder Herzerkrankungen,

neurologischen Erkrankungen wie spinaler Muskelatrophie, komplexen geriatrischen Krankheitsbildern oder Patienten mit schwerwiegenden Spätschäden eines Diabetes mellitus genannt.

Neben der Einrichtung von Palliativstationen, stationären Hospizen und den ersten Lehrstühlen für Palliativmedizin haben sich in den letzten Jahren verschiedene Organisationsformen der ambulanten Palliativversorgung entwickelt.

1997 wurden durch die seinerzeit tätigen Protagonisten in der Palliativversorgung Forderungskataloge zusammengestellt, deren Umsetzung für die Weiterentwicklung der Palliativmedizin in Deutschland von entscheidender Bedeutung sein sollte [5, 6]. Auf europäischer Ebene wurde durch das Ministerkomitee des Europarats im Jahr 2003 eine Empfehlung zur Strukturierung der Palliativversorgung in den Mitgliedsstaaten abgegeben [7]. Viele dieser Forderungen und Empfehlungen sind nur durch gesetzgeberisches und regulatorisches Handeln, strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen sowie Anpassungen in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern umsetzbar.

Nachfolgend wollen wir die Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Deutschland im Hinblick auf diese Aspekte beschreiben und bewerten. In welcher Weise haben Gesetze, Verordnungen und Richtlinien, die Einrichtung von Lehrstühlen, die Implementierung der Palliativmedizin ins Curriculum sowie Maßnahmen der Bundes- und Landesärztekammern die Weiterentwicklung der Palliativversorgung ermöglicht, gefördert

oder auch behindert. Die Hospizarbeit, die als bedeutender Teil der Palliativversorgung zu sehen ist, soll in diesem Beitrag nicht berücksichtigt werden.

Ärztliche Aus- und Weiterbildung

Als 1983 in Köln die erste Palliativstation eröffnet wurde, existierte noch keinerlei systematische ärztliche Ausbildung in diesem Fach. Die Entwicklung von Ausbildungs- und Weiterbildungsgrundsätzen und -inhalten basierte zunächst auf der Initiative Einzelner und orientierte sich am englischen Vorbild [8]. Innerhalb der Einrichtungen konnte eine Qualitätssicherung nur mithilfe von Teambesprechungen, Visiten und gegebenenfalls externer Beratung aus anderen Einrichtungen erfolgen. Bei noch fehlender wissenschaftlicher Begleitung basierten auch die Inhalte der ersten Qualifizierungsmaßnahmen auf den Erfahrungen und dem Wissen der praktisch tätigen Referierenden [9].

Mit Herausgabe des „Curriculum Palliativmedizin für Medizinstudenten und Ärzte in Palliativmedizin“ wurden in Deutschland 1996 erstmals systematische Empfehlungen zur palliativmedizinischen Ausbildung veröffentlicht, die auf den Erfahrungen einiger europäischer Staaten, Kanadas und den ersten Erfahrungen aus Deutschland beruhen [10]. Das Curriculum konnte sich zunächst nur an Interessierte in der Palliativversorgung richten, da auch zu diesem Zeitpunkt noch keinerlei systematische Strukturen für eine palliativmedizinische Ausbildung existierten. Nur sehr zögerlich boten Universitäten Ausbildungsmöglichkeiten für Studierende an. Selbst im Jahr 2001 führten lediglich 45% der Universitäten Seminare in Palliativmedizin durch [11]. Nicht nur, dass Angebote fehlten, die bestehenden Angebote wurden auch nicht wahrgenommen. Insgesamt nahmen 2001 weniger als 1% der Studierenden an den freiwilligen Praktika in Palliativmedizin teil. Immerhin waren 2008 schon in 34 von 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland palliativmedizinische Inhalte in Pflichtveranstaltungen des Studiums integriert, in sechs Universitäten wurden sogar spezi-

fische Pflichtveranstaltungen in Palliativmedizin durchgeführt [12].

Im Jahr 2003 führte die Bundesärztekammer die (Muster-)Weiterbildungsordnung für Palliativmedizin ein, die von den einzelnen zuständigen Landesärztekammern weitgehend unverändert übernommen wurde [13]. Mit der Weiterbildung kann die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ erworben werden, wenn bei bestehender Facharztkompetenz innerhalb einer zwölfmonatigen Weiterbildungszeit bei einem Weiterbildungsbefugten oder durch Absolvieren einer 40-Stunden-Kurs-Weiterbildung in Palliativmedizin und nachfolgend 120 Stunden Fallseminare inklusive Supervision die fachliche Kompetenz in der Palliativmedizin erlangt wird. Mit Einführung der Zusatzweiterbildung haben die Bundesärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ein Curriculum für Ärzte herausgegeben, dessen Inhalt auf den Lehrerfahrungen in Deutschland und dem europäischen Ausland basiert [14]. Bis zum 31.12.2008 hatten in Deutschland 2356 Ärztinnen und Ärzte die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin erlangt [15]. Inzwischen verfügen etwa 5000 Ärztinnen und Ärzte über diese Qualifikation [16]. Dies ist ein deutlicher Beleg für das zunehmende Interesse an einer Weiterbildung in Palliativmedizin, insbesondere nachdem der Rechtsanspruch auf eine entsprechende Versorgung gesetzlich verankert wurde.

Mit Änderung des § 27 Abs. 1 der Approbationsordnung im Jahr 2009 wurde für die Zulassung zum 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung das Erbringen von Leistungsnachweisen im Querschnittsfach Palliativmedizin Pflicht, sodass ab 2013 Studenten zum praktischen Jahr nur zugelassen werden, wenn ein solcher Nachweis vorgelegt wurde [17]. Ab 2014 muss damit jeder Medizinstudent, der die Approbation erhält, eine palliativmedizinische Ausbildung erlangt haben.

Derzeit werden an den Universitäten entsprechende Lehrveranstaltungen in den studentischen Ausbildungsplan implementiert. Auch wenn die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin das Curriculum für Medizinstudenten in einer aktualisierten Fassung zur Verfügung gestellt hat, ist davon auszugehen, dass die

Umsetzung in den Unterrichts- und Prüfungskonzepten an den einzelnen Universitäten sehr heterogen sein wird [18, 19]. Da es sich um ein Querschnittsfach handelt und die Lehrinhalte somit in unterschiedliche medizinische Fachdisziplinen integriert werden können, werden die Lehrpläne für palliativmedizinische Inhalte – je nach Schwerpunktsetzung der Universitäten – völlig unterschiedlich sein. Eine qualitätsgesicherte Etablierung von Unterrichtsinhalten würde wesentlich erleichtert, wenn an allen 36 medizinischen Fakultäten ein Lehrstuhl für Palliativmedizin eingerichtet und dadurch ein abgestimmtes Vorgehen ermöglicht würde. Bisher existieren lediglich sechs Lehrstühle für Palliativmedizin, in Aachen, Bonn, Erlangen, Göttingen, Köln und München, drei weitere (in Freiburg, Lübeck und München) befinden sich in Vorbereitung. Zudem gibt es zwei Lehrstühle für Kinderpalliativmedizin in Münster und München sowie jeweils eine Professur für „Spiritual Care“ und für „Soziale Arbeit“ am Lehrstuhl für Palliativmedizin in München. Erste Initiativen zu einer breit abgestimmten Entwicklung von Lehrinhalten – unter Einbindung der Studierenden – finden sich sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene, wie die Münchner Erklärung zum neuen Querschnittsbereich Palliativmedizin und die Athener Resolution der European Medical Students' Association zeigen [20, 21].

Zur Qualitätssicherung der palliativmedizinischen Aus- und Weiterbildung, aber auch um ihre Akzeptanz und Implementierung im Gesundheitssystem insgesamt zu verbessern, ist zudem eine Erweiterung der Forschung in der Palliativversorgung notwendig [22]. Mit der Einrichtung von Lehrstühlen für Palliativmedizin wurden erste Strukturen geschaffen, um eine eigenständige Forschung zu ermöglichen. Die besonderen Rahmenbedingungen in der Palliativversorgung – unter anderem die begrenzte Lebenserwartung der Patienten und der Anspruch, Patienten durch zusätzliche Maßnahmen, die in der strukturierten Forschung oft erforderlich sind, nicht zu belasten – erfordern die Entwicklung einer speziellen Forschungsmethodik. Bislang basieren viele wissenschaftliche Veröffentlichungen in der Pal-

P. Cremer-Schaeffer · L. Radbruch

Palliativversorgung im Blickwinkel gesetzlicher und regulatorischer Vorgaben in Deutschland**Zusammenfassung**

Die Palliativversorgung hat sich seit Eröffnung der ersten Palliativstation in Deutschland 1983 rasant weiterentwickelt. Viele Verbesserungen in der Versorgung sind nur möglich, wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie Aus- und Weiterbildungsangebote für Ärzte, Pflegende sowie andere an der Palliativversorgung beteiligte Berufsgruppen an die aktuellen Bedürfnisse angepasst werden. Die vorliegende Arbeit gibt eine Übersicht über die aktuellen gesetzlichen und regulatorischen Grundlagen der Palliativmedizin unter kritischer Würdigung ihrer Auswirkungen auf die palliativmedizinische Versorgung in Deutschland. Die ärztliche Ausbildung in der Palliativmedizin wird zukünftig fester Bestandteil der universitären Studienpläne sein, sodass ab 2014 jeder approbierte Arzt eine Basisausbildung in diesem Fachbereich vorweisen kann. Herausforderung der nächsten Jahre wird es sein, flächendeckend standardisierte Ausbildungskonzepte zu etablieren und qualitätsgesichert weiterzuentwickeln. Bei bisher lediglich sechs bestehenden Lehrstühlen für Palliativmedizin wird es hierfür notwendig sein, zusätzliche Lehrstühle einzurichten und die Stu-

dierenden in diesen Prozess einzubeziehen. Die Aus- und Weiterbildung der Pflegenden in der Palliativversorgung ist in den entsprechenden gesetzlichen Regelungen nur unzureichend berücksichtigt. Dennoch werden bereits weitgehend standardisierte und qualitätsgesicherte Weiterbildungskurse angeboten, die häufig Voraussetzung für die Mitarbeit in der Palliativversorgung sind. Für andere Berufsgruppen, die wichtiger Bestandteil der Palliativversorgung sind, bestehen nur sehr begrenzte Aus- und Weiterbildungsangebote. Die Versorgungssituation im ambulanten Sektor wurde in den letzten fünf Jahren ganz wesentlich von neuen gesetzlichen Regelungen beeinflusst und ist damit sehr komplex geworden. Mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ aus dem Jahr 2007 wurde im Sozialgesetzbuch (SGB) V der gesetzliche Anspruch auf ambulante Palliativversorgung verankert. Die flächendeckende Umsetzung ist noch nicht erreicht, dennoch sind nach anfänglichen Schwierigkeiten bei den Vertragsverhandlungen zwischen Leistungserbringern und den Krankenkassen zahlreiche Verträge

abgeschlossen worden, sodass in Deutschland neben den mehr als 240 Palliativstationen zur stationären Versorgung auch etwa 100 Leistungserbringer im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ihre Arbeit aufgenommen haben. Gesetzliche Regelungen zur Arzneimittelversorgung von Palliativpatienten im Rahmen der SAPV wurden kürzlich angepasst, um auch in Notfällen schnelle und umfassende therapeutische Maßnahmen durchführen zu können. Insgesamt haben sich die rechtlichen Rahmenbedingungen weiterentwickelt und somit zu einer Verbesserung der Versorgungssituation von Palliativpatienten beigetragen. Ob weitere Anpassungen notwendig werden, wird sich in der näheren Zukunft zeigen.

Schlüsselwörter

Palliativversorgung · Palliativmedizin · Palliative Care · Aus-, Fort- und Weiterbildung · Curricula

Palliative care in the light of legal and regulatory requirements in Germany**Abstract**

In Germany, palliative care has developed rapidly since the establishment of the first palliative care unit in 1983. More improvements in patient-centered care are only possible if legal requirements as well as education of physicians, nurses, and other professionals involved in palliative care are adapted to current needs. This paper provides an overview of legal and regulatory requirements including a critical appreciation of their influence on palliative care in Germany. Only recently has medical education in palliative medicine been implemented as an integral part of medical studies at German universities. Starting in 2014, physicians applying for a license to practice medicine will have to provide a certificate of basic training in this field. The challenge in upcoming years will be the establishment and enhancement of comprehensive, standardized, and quality-controlled education at the universities. Only six universities have established chairs for palliative medicine, and it will be essential to not only establish more chairs but also to involve medical students in the development of the educa-

tion. Only minimal requirements are specified for education of nurses in palliative care in the legislation. However, standardized and quality-controlled advanced training courses are available. This training is frequently requested as a prerequisite for nurses working in palliative care. Only limited education programs exist for other professional groups that are an important part of the palliative care team. In addition to the development of palliative care for inpatients with an increasing number of palliative care units, hospices, and first chairs of palliative medicine, different forms of ambulant palliative care services have been developed. Changes in the legislation have influenced the situation for home care enormously in the last 5 years, also making it more complex. With the Law for the Consolidation of the Competition in Compulsory Health Insurance (“Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung”), a legal claim for palliative home care has been implemented in the fifth book of the social law in 2007. The ambitious goal of full coverage with comprehensive palliative home care has still

not been achieved in most locations. However, after initial negotiation difficulties between palliative care providers and health insurance funds, an increasing number of contracts have been made. As a consequence—in addition to more than 240 palliative care units in Germany—more than one hundred palliative care teams have begun work in the field of specialized palliative home care. Legal regulations for the supply of opioids and other medications for the treatment of patients at home have been adapted recently, thus, facilitating fast and comprehensive medical treatment in emergency situations. Overall, the legislation has been adapted significantly, hence, contributing to improvements for patients requiring palliative care. It remains to be seen whether additional adjustments are required in the future.

Keywords

Palliative medicine · Palliative care · Education · Training · Curricula

liativmedizin auf retrospektiven Auswertungen von Daten, die beispielsweise zur Symptomkontrolle auf Palliativstationen erhoben wurden.

Ausbildung von Pflegekräften

Im Krankenpflegegesetz wird seit 2003 unter § 3 auf palliative Maßnahmen als Ausbildungsinhalt hingewiesen [23]. Auch wurden diese Inhalte in der Prüfungsverordnung für Krankenpflege berücksichtigt [24].

Eine differenzierte Darstellung der Erfordernisse in der Ausbildung, um den besonderen Anforderungen der Palliativversorgung in der Pflege nachzukommen, liegt jedoch nicht vor. Von einer standardisierten Ausbildung von Pflegekräften in der Palliativversorgung kann deshalb nicht gesprochen werden [25].

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers wird die Palliativversorgung nicht ausdrücklich erwähnt, jedoch ist über den Begriff der „umfassenden Begleitung Schwerkranker und Sterbender“ seit Langem ein Ausbildungsziel festgeschrieben, das auch Maßnahmen der Palliativversorgung umfassen kann [26, 27].

Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften

Bereits 1996 wurde das erste Basiscurriculum „Palliative Care“ veröffentlicht, das auch heute noch Grundlage für die Weiterbildung von Pflegekräften in der Palliativversorgung ist [28]. Die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin stellt Informationen zu anerkannten und registrierten Kursen zur Verfügung [29]. Die anerkannten Kurse umfassen eine Fortbildungszeit von 160 Stunden und entsprechen den Anforderungen des § 39a Sozialgesetzbuch (SGB). Diese Kurse können als qualitätsgesicherte, weitgehend standardisierte Weiterbildung angesehen werden und in Zukunft sowohl als Grundlage für einen staatlich anerkannten Weiterbildungsabschluss für Pflegekräfte als auch für eine differenzierte Darstellung der Ausbildungserfordernisse im Krankenpflege- und Altenpflegegesetz dienen. Zahlreiche Einrichtun-

gen setzten die Palliative-Care-Weiterbildung als Qualifikation für die Mitarbeit in der Palliativversorgung voraus. Dies gilt insbesondere für Pflegekräfte in den Einrichtungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sieht den Nachweis der Qualifikation ausdrücklich vor [30]. Inhaltlich wurde diese Vorbedingung in Musterverträge einzelner Bundesländer zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern zur Anerkennung von SAPV-Einrichtungen übernommen.

Laut Datenbasis des Palliativzentrums in Bonn sind derzeit etwa 15.000 Personen in „Palliative Care“ weitergebildet [31].

Fort- und Weiterbildung anderer Berufsgruppen

Die Palliativversorgung wurde von Beginn an nicht nur als medizinische Versorgung durch Ärzte und Pflegende verstanden. Zu einer umfassenden Versorgung gehörten und gehören ebenso die physiotherapeutische und psychologische Betreuung, die Sozialberatung von Patienten und Angehörigen und die Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse. Für Berufsgruppen aus psychosozialen Arbeitsfeldern wurden ebenfalls Curricula herausgegeben [32, 33]. Werden diese Berufsgruppen in SAPV-Teams eingeschlossen, so sollten auch diese nach den Richtlinien des GBA eine Weiterbildung nach den Kriterien der oben genannten Curricula vorweisen können.

Stationäre Organisationsformen der Palliativversorgung und rechtliche Rahmenbedingungen

Die stationäre palliativmedizinische Versorgung erfolgt in stationären Hospizen und auf Palliativstationen. Die Palliativstationen sind in der Regel Bestandteil eines Krankenhauses mit entsprechendem Zugang zur Diagnostik und Therapie relevanter Erkrankungen und Symptome. Ob in einem Krankenhaus eine Palliativstation eingerichtet werden kann, hängt unter anderem von den Bedingungen im Krankenhausplan des jeweiligen Bundes-

landes ab. Nachdem anfänglich nur wenige Palliativstationen existierten, stieg ihre Zahl im Laufe der 1990er-Jahre deutlich an. Hierzu trug unter anderem das wissenschaftlich begleitete, vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Modellprojekt zur Verbesserung der Versorgung Krebskranker bei [34, 35]. Derzeit gibt es in Deutschland mehr als 240 Palliativstationen [36]. Während ein Teil dieser Einrichtungen als besondere Einrichtung über Tagessätze finanziert wird, rechnen andere über Fallpauschalen (G-DRG) und Zusatzentgelte (ZE60, komplexe Palliativversorgung) ab.

Als Alternative zur Einrichtung einer Palliativstation bietet eine zunehmende Zahl von Krankenhäusern eine palliativmedizinische Mitbehandlung in anderen Abteilungen des Krankenhauses an. Dazu werden Konsilteams mit palliativmedizinisch spezialisierten Ärzten und Krankenpflegekräften etabliert oder Mitarbeiter in den anderen Abteilungen qualifiziert.

Ambulante Organisationsformen der Palliativversorgung und rechtliche Rahmenbedingungen

Die palliativmedizinische Versorgungssituation im ambulanten Sektor wurde in den letzten fünf Jahren ganz wesentlich von neuen gesetzlichen Regelungen beeinflusst und ist damit sehr komplex geworden. Die Verbesserungen in der ambulanten Betreuung durch niedergelassene Ärzte und Pflegedienste und im zunehmenden Maße auch durch spezialisierte ambulante Palliativeinrichtungen haben – gemeinsam mit dem Ausbau der stationären Versorgung – dazu geführt, dass wesentlich mehr Patienten in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung sterben können [34].

Die allgemeine ambulante palliativmedizinische Versorgung wird von niedergelassenen Ärzten und Pflegediensten mit einer Basisausbildung in der Palliativversorgung erbracht. Gesetzliche Regelungen hierzu bestehen nicht. Die Erstattung der Leistungen erfolgt nach individuellen Vereinbarungen mit den Krankenkassen [37]. In der Gebührenordnung der GKV wird die allgemeine Palliativversorgung

erst seit 2005 berücksichtigt. Die als „Palliativmedizinische Betreuung“ bezeichnete Gebührenposition 30001 kann jedoch lediglich mit etwa 40 EUR pro Patient und Quartal abgerechnet werden. Damit ist eine adäquate Finanzierung der Palliativversorgung nicht möglich. Durch Einzelverträge zur integrierten Versorgung nach § 140b SGB V können Leistungserbringer, hier insbesondere die niedergelassenen Ärzte, Vereinbarungen mit den Krankenkassen über eine adäquate Kostenerstattung schließen.

Im Juni 2005 legte die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ ihren Bericht zur „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ vor [38]. Eine zentrale Forderung der Kommission war der Ausbau der ambulanten Palliativversorgung und eine adäquate Finanzierung der erbrachten Leistungen.

Unter Berücksichtigung des Berichts wurden mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ 2007 die §§ 37b und 132d neu in das Sozialgesetzbuch (SGB) V eingeführt [39]. Für Versicherte besteht seitdem der bahnbrechende Rechtsanspruch auf ambulante palliativmedizinische Leistungen im Rahmen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Mit dem § 37b Abs. 3 SGB V wurde der Gemeinsame Bundesausschuss aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen direkt aufgefordert, das Nähere zu den Leistungen bis zum September 2007 zu regeln. Die entsprechende Richtlinie des GBA wurde im Dezember 2007 verkündet und trat im März 2008 in Kraft [30].

Aus dem dargestellten Rechtsanspruch lässt sich jedoch nicht ableiten, ob die Leistungen auch flächendeckend an jedem Ort zur Verfügung gestellt werden können. Entscheidend hierfür ist, dass ausreichend qualifizierte Leistungserbringer vorhanden sind, die mit den Krankenkassen nach § 132d SGB V Verträge abschließen können. In den Verträgen werden sowohl die Bedingungen für die Qualifikation der Leistungserbringer, der Umfang der bereitzustellenden Leistungen als auch die Erstattungen durch die Kostenträger

geregelt. Nach den ersten drei Jahren seit Inkrafttreten der gesetzlichen Regelungen lässt sich feststellen, dass die Vertragsverhandlungen anfangs schwierig, langwierig und oft auch erfolglos waren. An beiderseitigen Vorwürfen mangelte es in der Folge nicht. Im Bericht des GBA über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009, der sich im Wesentlichen auf die Befragung der Krankenkassen stützt, kommen die Krankenkassen auf die Frage „Welche Gründe haben aus Ihrer Sicht gegebenenfalls den Abschluss weiterer Verträge bisher verhindert“ zu dem Schluss, dass die Leistungserbringer sehr häufig (56,9% der Antworten) nicht die geforderten Voraussetzungen (zum Beispiel Qualifikation, Personal, Organisation) erfüllen würden [15]. Die Arbeitsgemeinschaft SAPV wirft den Krankenkassen dagegen die Ausnutzung ihrer (starken) Position und die fehlende Transparenz vor [40]. Zudem fehle die Flexibilität, um unterschiedliche regionale Voraussetzungen und Vorarbeiten ausreichend berücksichtigen zu können. Im Nachhinein muss festgestellt werden, dass einige Leistungserbringer mit den juristischen und organisatorischen Vorbereitungen des Vertragsabschlusses überfordert waren. Die Krankenkassen schienen mit ihrer etablierten juristischen Fachkompetenz im Vorteil. Eine adäquate, sachgerechte und qualitätsgesicherte Palliativversorgung muss jedoch auch im Interesse der Krankenkassen liegen. Nach entsprechender Beratung von Leistungserbringern wurden in der Zwischenzeit mehr als 100 Einzelverträge geschlossen. Vereinfachungen wurden auch durch die Erstellung von Musterverträgen in einzelnen Bundesländern erreicht. Beispielhaft sei hier der Mustervertrag des Freistaates Bayern genannt, der eine adäquate Grundlage für die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern darstellt [41].

Für den Versicherten kann sich aus der fehlenden Flächendeckung die Problematik ergeben, dass er aus dem Krankenhaus entlassen wird und zur weiteren Versorgung eine Verordnung über Leistungen der SAPV erhält, die Leistungen aber nicht erbracht werden können, da kein Leistungserbringer vor Ort ist oder kein SAPV-Vertrag in der Region abgeschlossen wurde. Engelhardt weist zutreffend

darauf hin, dass die unzureichende Umsetzung des Versorgungsauftrags aus 37b Abs. 1 SGB V durch die Krankenkassen nicht dazu führen kann, dass dem Versicherten notwendige Leistungen der SAPV vorenthalten bleiben [42]. In zahlreichen Fällen haben die Krankenkassen die Kosten für Leistungen der SAPV auch ohne vorliegenden Vertrag des Leistungserbringers übernommen, um dem gesetzlichen Auftrag nachzukommen. Wie das Landesozialgericht (LSG) NRW in seinem Beschluss vom 30.03.2009 feststellt, kann der Versicherte aber nicht den Vertragsabschluss zwischen Leistungserbringer und Krankenkassen rechtlich einfordern [43]. Erstattet die Krankenkasse die Kosten nicht, bleibt dem Versicherten nur die Möglichkeit, die Leistung selbst zu finanzieren und Kostenerstattungsansprüche mit Bezug auf § 13 Abs. 3 SGB V gegenüber den Krankenkassen geltend zu machen. Insbesondere auch mit Blick auf die bei den betroffenen Patienten bestehenden Erkrankungen mit einer Lebenserwartung von Tagen, Wochen, höchstens Monaten ist diese Situation für die Versicherten unzumutbar.

Neben den Schwierigkeiten bei der Vertragsgestaltung ergeben sich aus der Praxis der SAPV neue Probleme, die sich zum Beispiel auf die adäquate Versorgung der Patienten in Notfallsituationen auswirken können.

Ziel der SAPV und auch der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung ist es, Krankenhauseinweisungen möglichst zu verhindern und gleichzeitig die bestmögliche Therapie in der häuslichen Umgebung zu gewährleisten. Dies gilt auch in Notfallsituationen, wie zum Beispiel bei plötzlicher starker Schmerzzunahme, Luftnot oder akuter Verschlechterung des Allgemeinzustands. Hierfür ist der schnelle Zugriff auf Arzneimittel erforderlich, die für die Erstversorgung in Notfallsituationen benötigt werden. Hierzu zählen auch unterschiedliche Betäubungsmittel, die in adäquater Menge und in geeigneten Darreichungsformen zur Verfügung stehen müssen. Mit Einführung des § 5c in die Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV) mittels der 25. Betäubungsmittelrechtsänderungsverordnung (BtMÄndV) wird es den SAPV-Einrichtungen und Hospi-

zen ermöglicht, einen Vorrat an Betäubungsmitteln anzulegen beziehungsweise bereitzuhalten, um daraus Arzneimittel für den Notfall zu entnehmen [44]. Die Arzneimittel stehen somit jederzeit kurzfristig zur Verfügung. Eine Verschreibung muss nicht erfolgen, lediglich eine lückenlose Dokumentation über die Aufnahme von Arzneimitteln in den Vorrat und die Entnahme zur Anwendung am Patienten. Auf diese Weise wurde die Palliativversorgung in Notfallsituationen mit minimalem bürokratischem Aufwand verbessert. Ob diese Regelungen ausreichen, um in jeder Notfallsituation eine schnelle, wirksame und nachhaltige Therapie anbieten zu können, wird sich in der praktischen Umsetzung zeigen müssen.

Fazit

Die Palliativversorgung hat sich in den letzten drei Jahrzehnten rasant entwickelt und ist ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems in Deutschland geworden. Gesetzliche Regelungen und Richtlinien zur strukturierten palliativmedizinischen ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung wurden eingeführt. Bestehende Inhalte der entsprechenden Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote müssen nun flächendeckend etabliert und im Sinne einer wissenschaftlichen Qualitätssicherung weiterentwickelt werden. Hierfür sind die Einrichtung weiterer Lehrstühle für Palliativmedizin und der Austausch zwischen allen medizinischen Fakultäten, unter Einbindung der Studierenden, erforderlich. Es ist auch in Zukunft nicht erforderlich, dass alle Ärztinnen und Ärzte dazu befähigt sein müssen, umfassende palliativmedizinische Maßnahmen durchzuführen – schließlich müssen sie ja auch nicht alle chirurgisch tätig sein können. Eine Basisausbildung muss jedoch vorhanden sein, um einfache Maßnahmen zur Linderung belastender Symptome durchführen zu können und um zu erkennen, wann es angezeigt ist, spezialisierte palliativmedizinische Dienste einzubinden. Palliative Maßnahmen werden heute zwar teilweise als Bestandteil der Aus-

bildungsinhalte Pfleger berücksichtigen, diese Maßnahmen werden jedoch nicht genauer spezifiziert. Eine detaillierte Beschreibung der Inhalte in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen wäre wünschenswert. Vor allem in Bereichen der spezialisierten Palliativversorgung ist die Ausbildung nach dem vorhandenen Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin eine Voraussetzung für die Mitarbeit in den entsprechenden Einrichtungen, sodass hierüber eine Qualitätssicherung garantiert werden kann. Die Weiterbildungsangebote für psychosoziale Berufsgruppen sind begrenzt und müssen dringend erweitert werden. Mit dem Rechtsanspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung wurde dem immer größer werdenden Bedürfnis, auch bei schwerwiegenden Erkrankungen bis zum Lebensende in der gewohnten häuslichen Umgebung zu bleiben, Rechnung getragen. Nach anfänglichen Umsetzungsschwierigkeiten etablieren sich immer mehr Einrichtungen der SAPV. Wegweisend war hierfür auch die Entwicklung von Musterverträgen, die die anfangs zähen Bemühungen der Vertragspartner deutlich beschleunigt haben. Eine Herausforderung in der SAPV ist in den nächsten Jahren sicherlich die Etablierung eines Systems zur Qualitätssicherung, das einerseits eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung garantiert, andererseits regionale Besonderheiten ausreichend berücksichtigt. Die BtMwV wurde den Bedürfnissen der sich weiter entwickelnden ambulanten Palliativversorgung angepasst. Gegebenenfalls sind weitere Anpassungen erforderlich. Dieses kann jedoch erst nach Umsetzung der jetzigen Anpassungen in die Praxis beurteilt werden. Insgesamt haben sich die rechtlichen Rahmenbedingungen mit den wachsenden Bedürfnissen in der Palliativversorgung weiterentwickelt. Probleme entstehen eher in der Umsetzung, da zunächst flächendeckende geeignete Strukturen zur Palliativversorgung in Deutschland geschaffen werden müssen. Zusätzliche Hindernisse wurden durch rechtliche Bestimmungen nicht geschaffen, auch wenn schwierige Verhandlungen zwischen potenziellen Leistungserbringern der SAPV und

den Krankenkassen die Etablierung der Einrichtungen verzögerten.

Korrespondenzadresse

Dr. P. Cremer-Schaeffer

Bundesopiumstelle, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53175 Bonn
p.cremer-schaeffer@bfarm.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2011) Periodensterbetafeln für Deutschland. Allgemeine Sterbetafeln, abgekürzte Sterbetafeln und Sterbetafeln 1871/1881 bis 2007/2009. 11. Januar 2011-06-20
2. Aries P (1982) Geschichte des Todes. Deutscher Taschenbuch Verlag, München
3. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
4. Lindena G, Nauck F, Bausewein C et al (2005) Qualitätssicherung in der Palliativmedizin – Ergebnisse der Kerndokumentation 1999–2002. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 99:555–565
5. Radbruch L, Zech D (1997) Definition, Entwicklung und Ziele der Palliativmedizin. In: Aulbert E, Zech D (Hrsg) Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart, S 1
6. Klaschik E, Husebø S (1997) Palliativmedizin. Anaesthesist 46:177–185
7. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies. Council of Europe, Straßburg
8. Radbruch L, Nauck F, Aulbert E (2007) Grundlagen der Palliativmedizin. Definition, Entwicklung und Ziele. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg) Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart, S 1–14
9. Nauck F, Fittkau-Tönnemann B, Kern M (2007) Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Palliativmedizin. Ärzte, Pflegepersonal und psychosoziale Berufsgruppen. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg) Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart, S 1309–1317
10. Hecker E, Nauck F, Klaschik E (1996) Curriculum Palliativmedizin. Für Medizinstudenten und Ärzte in der Behandlung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen. Schriftenreihe 4. Pallia Med, Bonn
11. Klaschik E, Ostgathe C, Nauck F (2002) Palliativmedizin. Defizite in der studentischen Ausbildung. Dtsch Arztebl 99(19):A-1286–1288
12. Laske A, Dietz I, Ilse B et al (2010) Palliativmedizinische Lehre in Deutschland. Bestandsaufnahme an den medizinischen Fakultäten 2009. Z Palliativmed 11:18–25
13. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003, in der Fassung vom 25.06.2010. Bundesärztekammer, Berlin, S 179

14. Bundesärztekammer und Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg) (2004) Kursbuch Palliativmedizin. BÄK und DGP, Berlin
15. Gemeinsamer Bundesausschuss (2010) Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009. GBA, Berlin
16. Vortrag Prof. Nauck beim Deutschen Ärztetag 2011 (2011) Deutsches Ärzteblatt. 108:A-1290
17. Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus (2009) Artikel 7, Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. BGBl. I, S 2495
18. Elsner F, Schiessl C (2009) Curriculum: Grundlagen der Palliativmedizin. Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, AG Aus-, Fort- und Weiterbildung, Berlin
19. Alt-Epping B, Jung W, Simmeroth-Nayda A et al (2010) Implementierung des Querschnittsfachs Palliativmedizin (Q13) vor dem Hintergrund der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen am Beispiel der Universitätsmedizin Göttingen. GMS Z Med Ausbildung 27(5):Doc67
20. Borasio GD, Dietz I, Elsner F et al (2011) Münchner Erklärung zur Lehre im neuen Querschnittsbereich 13: Palliativmedizin. Z Palliativmed 2:46–48
21. Athens Resolution On Care For The Terminally-ill (2008) 5th European Medical Students' Council. Athens, Greece
22. Radbruch L, Klaschik E (2007) Forschung in der Palliativmedizin. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg) Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart, S 1327–1333
23. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze (2003) Abschn. 2, § 3. BGBl. I, S 1443–1444
24. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (2003) BGBl. I, S 2263–2273
25. Kern M (2001) Krankenpflege in der Palliativmedizin. Palliativpflege – eine spezialisierte Form der Krankenpflege. Schmerz 15:344–349
26. Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (2003) Altenpflegegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das zuletzt durch Artikel 12b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I, S 1990) geändert worden ist
27. Lang K, Puhlmann K, Falckenberg M (2006) Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Palliativversorgung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 49:1149–1154
28. Kern M, Müller M, Aurnhammer K (1996) Basiscurriculum „palliative care“. Pallia Med, Bonn
29. <http://www.dgpalliativmedizin.de>
30. Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (2008). BAnz 39:911
31. Kern M (2011) Palliativzentrum Bonn
32. Gisbertz PV, Heinemann W, Hintzen R et al (1999) Qualifikation Sterbebegleitung. Aufbaukurs Seelsorge. In: Müller M, Kern M, Nauck F, Klaschik E (Hrsg) Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter. Curricula für Ärzte, Pflegenden, Sozialarbeiter, Seelsorger in der Palliativmedizin, 2. Aufl. Pallia Med, Bonn, S 241–291
33. Uebach B (2004) Basiscurriculum Palliative Care. Eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen. In: Kern M, Müller M, Aurnhammer K (Hrsg) Palliative Care. Pallia Med, Bonn, S 119–133
34. Schindler T (2006) Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 49:1077–1086
35. Viehhaus H, Spikofski W (1997) Palliativmedizin im Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Krebskranker. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
36. Sabatowski R, Radbruch L, Nauck F et al (Hrsg) (2011) Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland, Stand 07.07.2011 (online). Oldenburg
37. Schmidt G (2010) Förderung der Behandlung von Palliativpatienten. Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 22.01.2010
38. Deutscher Bundestag (2005) Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Verbesserung der Versorgung Schwerkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit. Bundestagsdrucksache 15/5858
39. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (2007) Artikel 1. BGBl. I, S 378
40. Stellungnahme der AG SAPV zum Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009 (2010)
41. Muster-Vertrag über die Erbringung Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV) gemäß §§ 132 d i. V. m. 37 b SGB V im Freistaat Bayern
42. Engemann K (2010) (Rechts-)Grundlagen und Grundfragen der palliativmedizinischen Versorgung. Gesundheitsrecht 9:577–586
43. Landessozialgericht NRW, L 16 B 15/09 KR ER
44. Fünfundzwanzigste Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (2011) Artikel 2. BGBl. I, S 821

Passivrauch am Arbeitsplatz

Die öffentliche Diskussion um die Gesundheitsrisiken durch Passivrauchen am Arbeitsplatz konzentriert sich vor allem auf die Gastronomie. Dass es eine Vielzahl anderer, ähnlich oder ebenso stark belasteter Arbeitsbereiche gibt, belegt ein neuer Report der Unfallversicherungsträger und der DGUV. Erstmals liegt damit eine umfassende Bestandsaufnahme zur Belastung durch Passivrauchen an Arbeitsplätzen in Deutschland vor.

Mithilfe von Arbeitsplatzmessungen und auf der Basis von Modellrechnungen hat das Projektteam belastete Arbeitsbereiche identifiziert und in 4 Klassen eingestuft: Bereiche ohne Exposition, z. B. unter Tage, Bereiche, für die eine Exposition weitgehend auszuschließen ist, z. B. in der chemischen Industrie, Bereiche mit geringer Exposition, z. B. in Werkhallen mit technischer Lüftung und Bereiche mit Exposition, z. B. Fahrerkabinen im gewerblichen Transportwesen. Die Expositionsberechnungen berücksichtigen außerdem u. a. die Grundfläche des Raumes, die Anzahl der rauchenden Mitarbeiter, die Anzahl der gerauchten Zigaretten sowie die Dauer der Tabakrauchbelastung.

Die Untersuchungen zeigen, dass beispielsweise in einem Zweimannbüro, in dem ein Kollege raucht, vor allem in den Wintermonaten Tabakrauchkonzentrationen erreicht werden, die denen in einer Raucherkeipe gleich kommen. Daher sollte in Sachen Passivrauch der Blick geweitet werden und für einen konsequenten Schutz an allen Arbeitsplätzen eingestanden werden.

Link zum DGUV-UVT-Report Passivrauchen am Arbeitsplatz: http://www.dguv.de/ifa/de/pub/rep/reports2011/dguv_uvt_0111

Quelle:

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung,
www.dguv.de