

In 100 Minuten zum Ziel?

»Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«

2017 wird eine neue Kassenleistung eingeführt: die »Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«. Details zur Umsetzung und finanzielle Rahmenbedingungen der Innovation, die wir ja wiederholt kritisch beleuchtet haben (→ BIOSKOP Nr. 71, 73+75), werden derzeit ausgehandelt.

Rechtsgrundlage ist der Paragraph 132g im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), verankert durch das neue Hospiz- und Palliativgesetz. Diese Art der Versorgungsplanung soll künftig allen Menschen angeboten werden, die in Pflege- und Behinderteneinrichtungen leben.

Ziel und Vorgehen sind durchaus fragwürdig: Die BewohnerInnen oder – wenn sie als nicht mehr einwilligungsfähig gelten – ihre rechtlichen VertreterInnen sollen dazu bewegt werden, eine schriftliche Patientenverfügung zu erstellen – und zwar nach Gesprächen mit eigens dafür geschulten BeraterInnen. Die auf Basis solcher, wie es im § 132g SGB V heißt, »Fallbesprechungen« erstellten Verfügungen und damit vorab erklärten Verzichte auf Therapien sollen vom Hausarzt formal bestätigt und im Heim aufbewahrt werden. »Einzubeziehen« sind auch Rettungsdienste und Krankenhäuser, die »für mögliche Notfallsituationen« relevant sein könnten, sie sollen ebenfalls über die verfassten Patientenverfügungen informiert sein.

Zwar ist keine Pflegeeinrichtung und kein Bewohner verpflichtet, diese Art der Verzichtsplanung mitzumachen. Doch es gibt einen finanziellen Anreiz, der das Beratungsangebot pro Patientenverfügung wohl attraktiv machen soll: Die Krankenkassen sind verpflichtet, »die notwendigen Kosten« zu tragen, eine wesentliche Bemessungsgröße für die Erstattung ist laut § 132g SGB V »die Zahl der durchgeführten Beratungen« durch qualifizierte MitarbeiterInnen.

Das, wie es im Gesetz heißt, »Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung« soll bis zum 31. Dezember vereinbart werden, dazu aufgerufen sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Heimträger. Ob die Rahmenvereinbarung tatsächlich am Jahresende vorliegen wird, ist für Außenstehende nicht nachvollziehbar – verhandelt wird hinter verschlossenen Türen.

In Fachkreisen durchaus bekannt ist aber, dass eine vom Bundesgesundheitsministerium finanziell geförderte »Task Force Advance Care Planning« seit Monaten dabei ist, die Umsetzung des Versorgungsplanungs-Paragraphen in die Praxis vorzudenken. Die Expertengruppe,

initiiert von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), hat sich einiges vorgenommen: Sie will »Nationale Muster-Curricula« für die Ausbildung der BeraterInnen formulieren und auch Empfehlungen, wie und mit welchen Inhalten das Planungsprogramm für die »letzte Lebensphase« überall im Bundesgebiet möglichst einheitlich verankert werden kann.

Federführend in dieser »Task Force« sind neben dem Palliativmediziner Friedemann Nauck von der DGP zwei weitere Professoren: der Münchner Bioethiker Georg Marckmann und der Düsseldorfer Allgemeinmediziner Jürgen in der Schmitt. Beide zeichneten auch verantwortlich für »beizeiten begleiten«, ein 2011 abgeschlossenes Projekt zur »Implementierung« von Patientenverfügungen in vier Grevenbroicher Seniorenheimen. Bezahlt wurde diese so genannte Interventionsstudie vom Bundesforschungsministerium, und inzwischen stellt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sie als Vorbild für die Versorgungsplanung dar, die mit dem Hospiz- und Palliativgesetz ermöglicht worden ist.

Keineswegs widerspruchsfrei

Dabei war das Modellprojekt in Grevenbroich keineswegs widerspruchsfrei verlaufen: Nachdem BIOSKOP im März 2010 (Nr. 49) über die mit rund 500.000 Euro finanzierte Studie exklusiv berichtet hatte, kam einiges in Bewegung – jedenfalls stiegen eines der vier mitwirkenden Altenheime sowie eine beteiligte Hausarztpraxis ein paar Wochen später aus der Studie aus. Die abgesprungenen ÄrztInnen begründeten dies mit Zweifeln an der Gesprächsführung der im Projekt geschulten BeraterInnen, zumal fast alle Papiere, die den MedizinerInnen vorgelegt wurden, lebensverlängernde Therapien und Wiederbelebung im Notfall ausgeschlossen hätten. Kritik übten die AussteigerInnen auch an den im Projekt angeratenen »Vertreterverfügungen«, die BetreuerInnen für schutzbefohlene Menschen mit Demenz stellvertretend formulieren sollten. Derartige Willenserklärungen stünden »rechtlich auf sehr unsicherem Boden«, meinten die ÄrztInnen.

Diese Bedenken teilt Professor in der Schmitt nicht. Laut seiner Darstellung dauerten die »Gesprächsbegleitungen« in den Modellheimen durchschnittlich 100 Minuten pro Bewohner. 60 von 74 Personen (Durchschnittsalter: 85 Jahre), mit denen BeraterInnen in Grevenbroich ein »Erstgespräch« geführt hatten, erstellten anschließend eine Vorausverfügung.

Klaus-Peter Görlitzer (Hamburg), Journalist, verantwortlich für BIOSKOP

Patientenverfügung im Kühlschrank

Die Internistin Claudia Bausewein leitet die Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin der Universität München. Die Professorin gehört hierzulande zu den aktivsten PromotorInnen des so genannten Advance Care Planning (ACP). In einem Interview, veröffentlicht am 29. Oktober 2016 in der lokalen Ärztezeitschrift *Münchner Ärztliche Anzeigen*, erläuterten Bausewein und der Bioethiker Prof. Georg Marckmann recht ausführlich, was sie unter guter Versorgungsplanung in Pflegeheimen und Behinderteneinrichtungen verstehen. ACP, sagte die am King's College in London bioethisch geschulte Internistin, sei »noch näher am Leben dran als die reine Patientenverfügung, die oft nur den Sterbeprozess oder den endgültigen Verlust der Einwilligungsfähigkeit« berücksichtige. Zur Veranschaulichung gab sie »ein Beispiel für eine gute Routine« – aus dem fernen Neuseeland. Bausewein führte aus: »Da Patientenverfügungen im Notfall oft nicht gleich auffindbar sind, haben sich die Neuseeländer national darauf geeinigt, diese Dokumente im Kühlschrank aufzubewahren, denn jeder Haushalt hat einen Kühlschrank und jeder Notarzt kann schnell zum Kühlschrank gehen und die Dokumente dort entnehmen. Das ist vielleicht eine schräge Idee, aber sie ist gar nicht so unpraktisch. Es wäre gut, wenn man sich auch in Deutschland auf derartige Standards einigen könnte. Kein Notarzt hat Zeit, erst lange zu suchen.«

