



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Palliativ- und Schmerztag Münsterland
Fachhochschule Münster
Münster, 6. November 2015

Das neue Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung aus Sicht der Ethik

Ralf J. Jox

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Ludwig-Maximilians-Universität München



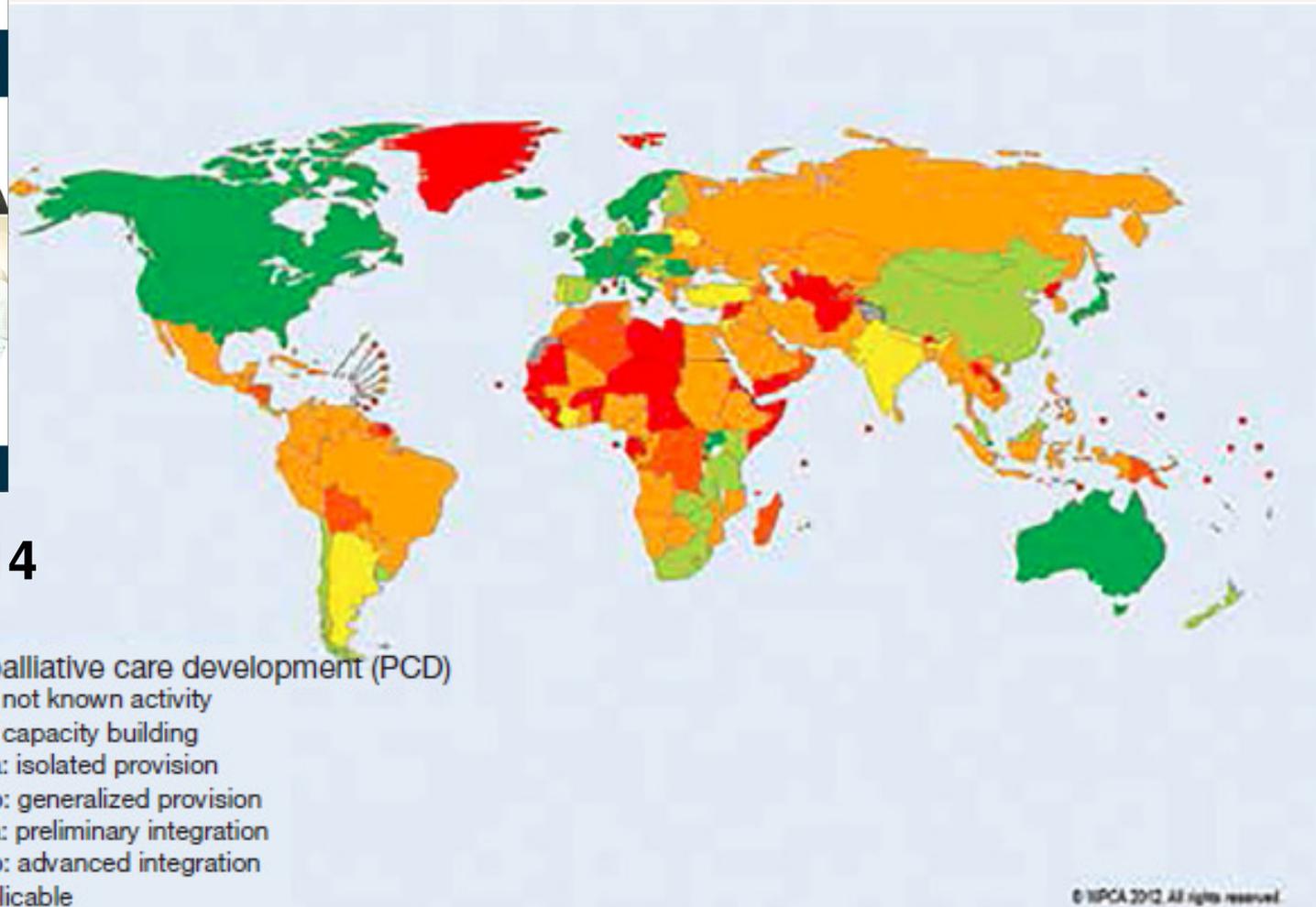
1. Gesetzesbedarf
2. Ziele des neuen Gesetzes
3. Flächendeckende Versorgung
4. Individuelle Versorgungsplanung
5. Randnotiz: Gesetz zur Suizidhilfe



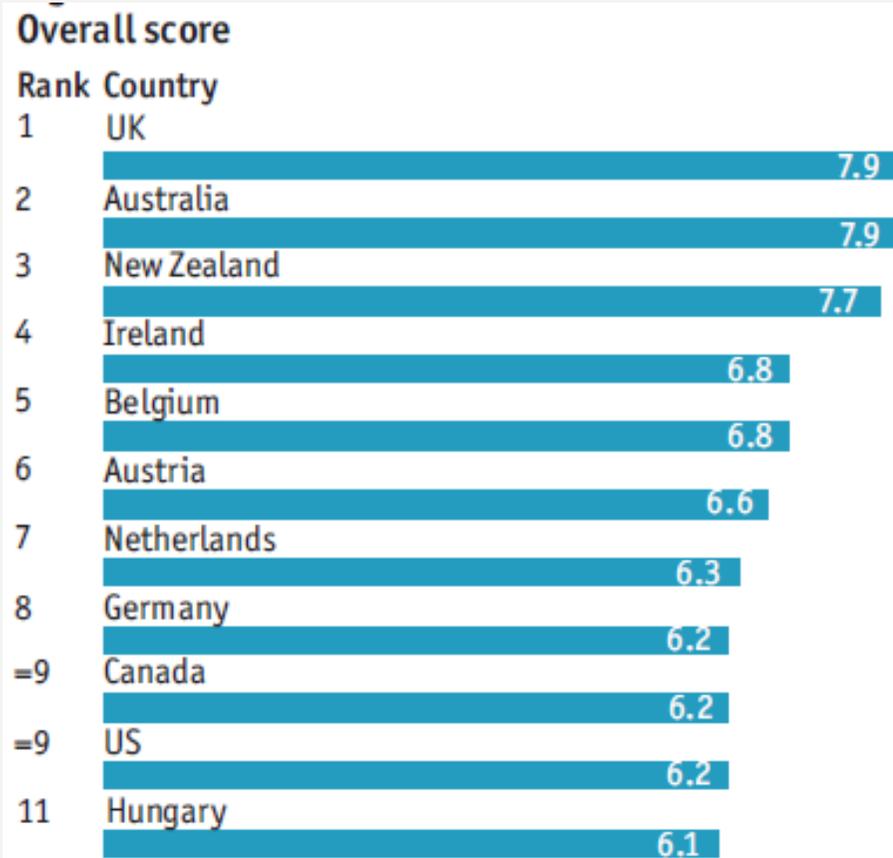
wpcap
World Palliative Care Alliance
World Health Organization

Global Atlas of Palliative
Care at the End of Life

Access the Atlas at www.thewpca.org/resources



WHO, Jan 2014



Economist Intelligence Unit

The
Economist

The quality of death

Ranking end-of-life care
across the world

Quelle: The Economist 2010

- **Interregionale** Unterschiede in der Versorgung
- **Intersektorale** Unterschiede (Defizite v.a. in Alten- und Pflegeheimen, teilweise im ambulanten Bereich)
- **Qualifizierung** der Gesundheitsberufe unzureichend (v.a. in der *allgemeinen* Palliativversorgung)
- Vernachlässigung bestimmter **Patientengruppen** (Ältere, Ärmere, ethnische Minderheiten, Wohnsitzlose, Gefangene, nicht-onkologische Krankheitsbilder)

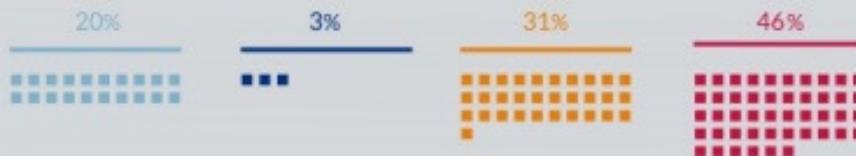
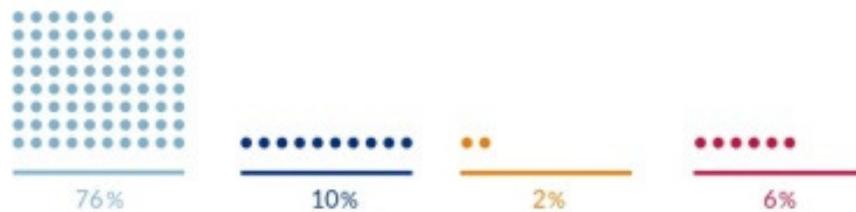


Faktencheck Palliativversorgung

Bertelsmann **Stiftung**

Wo möchten die Menschen sterben?
Wunsch und Wirklichkeit

WUNSCH



WIRKLICHKEIT

„Faktencheck
Gesundheit“

Palliativversorgung

Nov 2015

- 10% erhalten Chemotherapie im letzten Lebensmonat
- 1-2 Krankenhausaufenthalte in letzten 6 Monaten (im Schnitt 18 Krankenhaustage)

Bertelsmann-Stiftung 2015

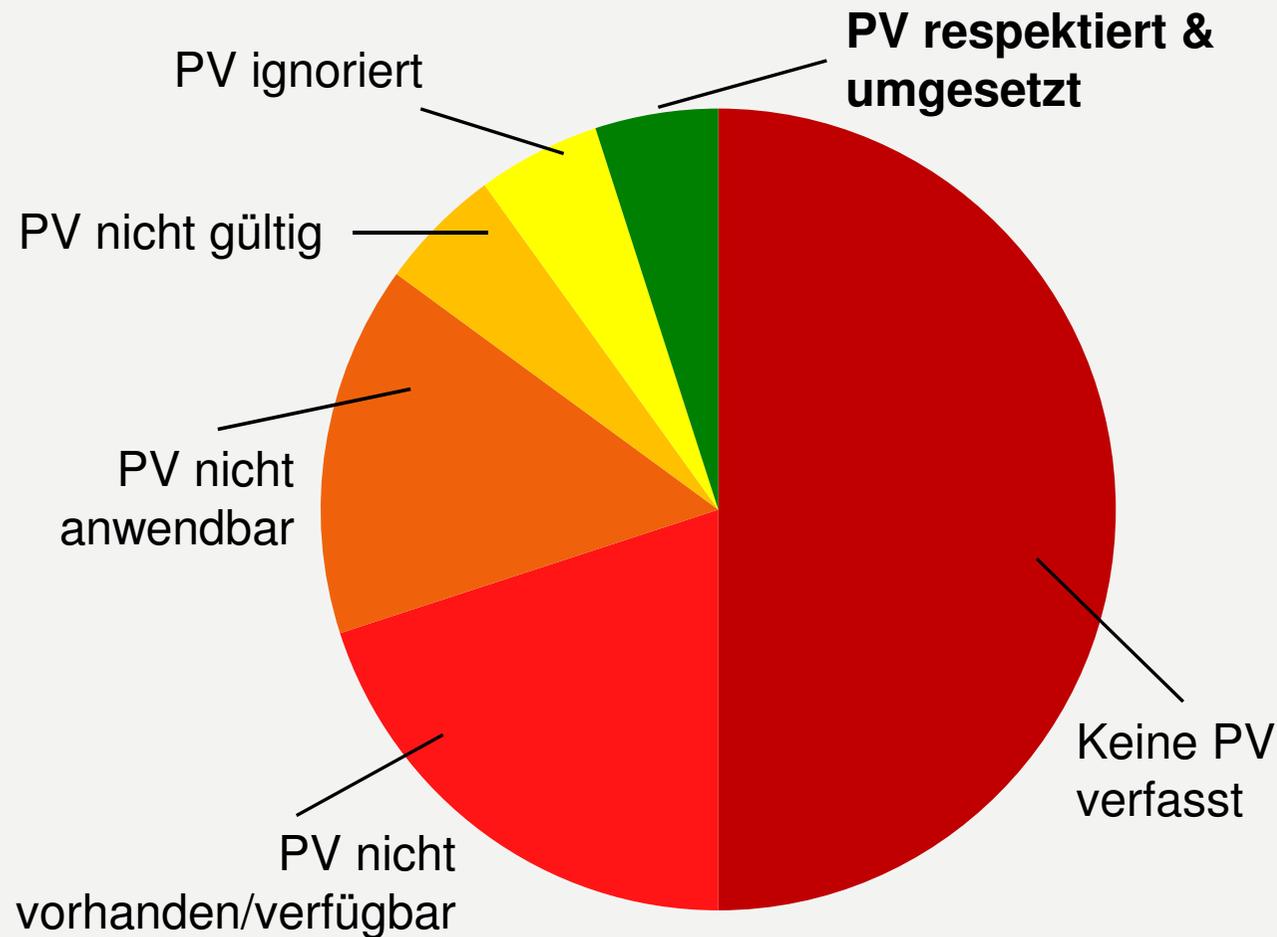
- 40% der Demenzpatienten haben mind. eine belastende Intervention in den letzten 3 Monaten

Mitchell SM et al. NEJM 2009

- Ursachen: Ökonomische Gründe, Ängste, Überlastung, Unkenntnis, Fehlkommunikation, falsche Strukturen

Jox RJ et al. J Med Ethics 2012

Selbstschutz Patientenverfügung?



Mehrere Studien zeigen konsistent, dass die traditionelle PV das Ausmaß lebenserhaltender Therapie am Lebensende nur marginal beeinflusst.

Hartog et al. JCC 2014
In der Schmitten DÄ 2014
Graw et al. 2012
Fagerlin/Schneider 2004

1. Gesetzesbedarf
- 2. Ziele des neuen Gesetzes**
3. Flächendeckende Versorgung
4. Individuelle Versorgungsplanung
5. Randnotiz: Gesetz zur Suizidhilfe

- **Anstoß** durch die Diskussion um Suizidhilfe:
Verminderung der Suizidwünsche und strategische
Verhinderung des Rufes nach liberaler Gesetzgebung
- **Flächendeckende** Palliativversorgung
- **Vernetzung** bestehender Angebote
- Stärkung der Palliativversorgung in **Pflegeeinrichtungen**
- Individuelle **Beratung** und **Versorgungsplanung** für die
letzte Lebensphase ermöglichen („um Ängste vor Sterben
mindern und Selbstbestimmung stärken“)

1. Gesetzesbedarf
2. Ziele des neuen Gesetzes
- 3. Flächendeckende Versorgung**
4. Individuelle Versorgungsplanung
5. Randnotiz: Gesetz zur Suizidhilfe

- **Palliativstationen:** krankenhausindividuelle Entgelte können mit Kassen vereinbart werden
- **Palliativkonsiliardienste:** ab 2019 feste Zusatzentgelte, bis dahin individuelle Vereinbarung möglich
- **Hospize:** 90% → 95% der zuschussfähigen Kosten durch Krankenkassen getragen, Tagessatz um 57 € erhöht
- **Amb. Hospizdienste:** GKV-Zuschuss 11% → 13%, auch Sachkosten werden berücksichtigt, Hospizdienste können auch in Krankenhäusern tätig werden
- **SAPV:** Schiedsverfahren für SAPV-Verträge

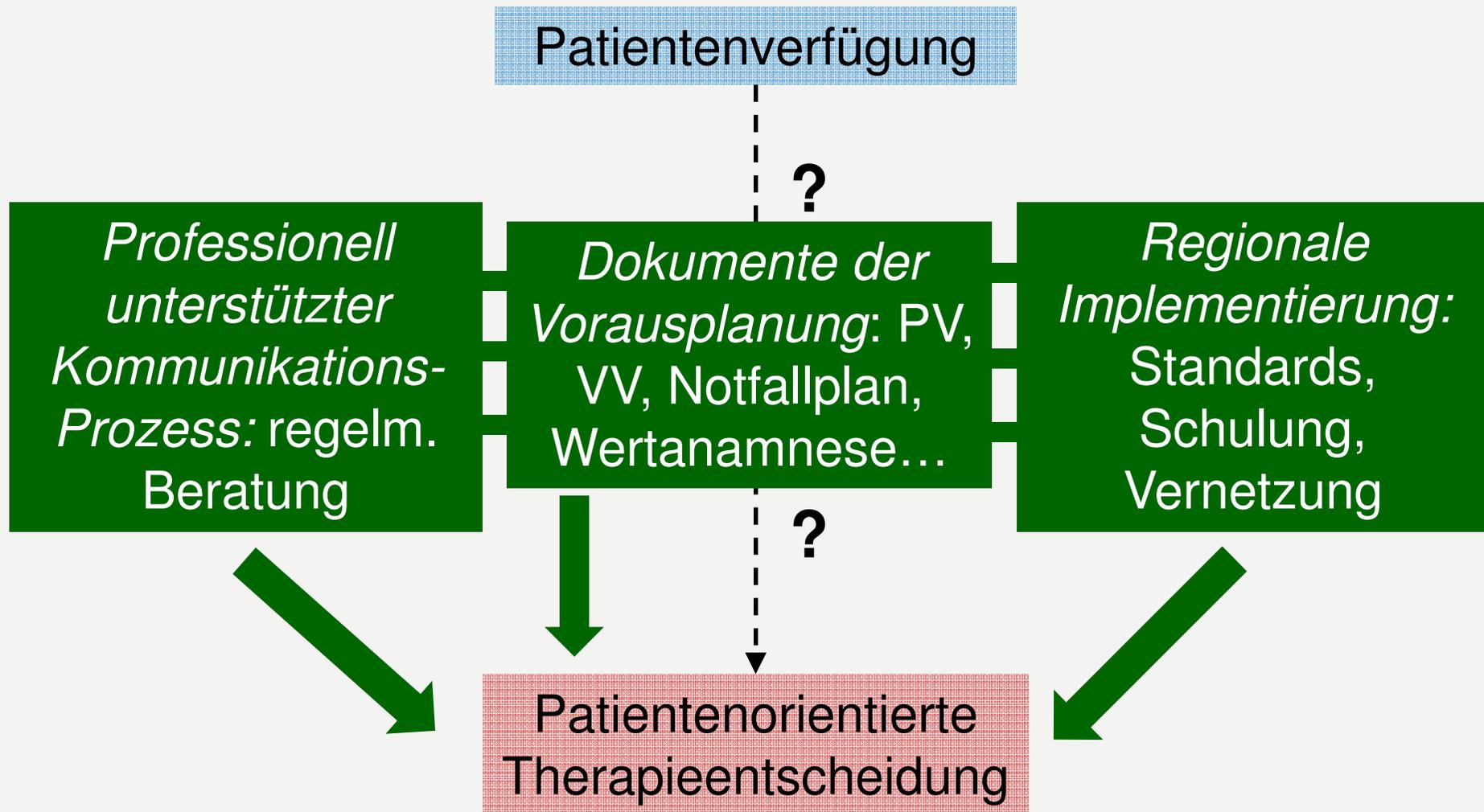


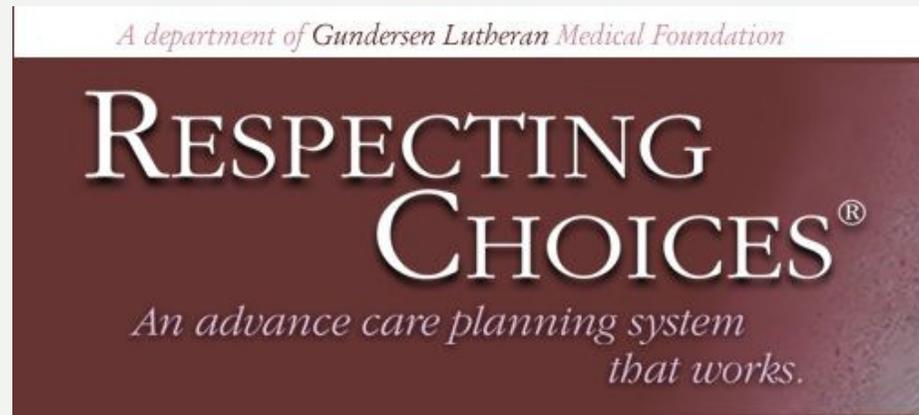
- **Niedergelassene Ärzte:** zusätzliche Leistungen sollen vereinbart werden für eine qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung
- **Pflegeheime:** sollen mit Palliativ- und Hospiznetzen kooperieren (Zusatzvergütung für Ärzte)
- **Pflegedienste:** Sterbebegleitung als Aufgabe definiert, Leistungen sind noch zu konkretisieren
- **Beratung:** Patienten haben Anspruch auf individuelle Beratung durch Krankenkassen

- Geschätzte zusätzliche 200 Mio. € Mehraufwand (Gegenfinanzierung?)
- Bemühen um Verbesserungen in *allen* Bereichen
- Viele Änderungen sind eher minimal (z.B. keine Vollfinanzierung der Hospize)
- Einiges bleibt vage und muss erst noch ausgehandelt werden zwischen den Vertragspartnern
- Finanzielle Verbesserung vor allem für (niedergelassene) Ärzte, nicht aber für Pflegende und andere Berufe

- Keine Verbesserung der Pflegesituation in Heimen (Pflegenotstand, Mangel an Palliativqualifizierung)
- Keine spezielle Strategie für unterversorgte (ländliche) Regionen
- Keine Strategie gegen Ungleichbehandlung
- Keine Strategie für die Qualifizierung des Personals

1. Gesetzesbedarf
2. Ziele des neuen Gesetzes
3. Flächendeckende Versorgung
- 4. Individuelle Versorgungsplanung**
5. Randnotiz: Gesetz zur Suizidhilfe





- Randomisierte Studie, n = 309 Patienten > 80 J.
- Nach 6 Monaten 56 †: Präferenzen respektiert bei 86% (ACP) vs. 30% (kein ACP)
- Angehörige (ACP): ↓ Stress, Angst, Depression

Detering KM et al. BMJ 2010

- **§ 132g** SGB V: „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ (GVP)
- Bezieht sich auf vollstationäre **Pflegeeinrichtungen** und Einrichtungen der **Eingliederungshilfe** für Behinderte
- **Keine Verpflichtung** zu GVP, Einrichtungen können GVP anbieten („fakultativ“, „freiwillig“)
- Beratung über medizinisch-pflegerische Versorgung „in der **letzten Lebensphase**“ und mögliche Notfallsituationen; Aufzeigen von Angeboten der Sterbebegleitung; persönliche Vorstellungen über „Ausmaß, Intensität und Grenzen med. Behandlung“ entwickeln

- Individuelle **Fallbesprechung**, die bei Bedarf mehrfach angeboten werden kann
- **Hausarzt** / behandelnder Facharzt ist einzubeziehen (!)
- Auf Wunsch des Patienten sind Angehörige und Vertrauenspersonen zu beteiligen
- Vorbereitung der **Übergabe** von Informationen an Rettungsdienste und Krankenhäuser
- Einbeziehung anderer regionaler Betreuungsangebote, um eine „**umfassende** medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung (...) sicherzustellen“

- Einrichtungen können GVP **selbst** durchführen oder in **Kooperation** mit „regionalen Beratungsstellen“ (Hospizdienste, SAPV...)
- Inhalte und Anforderungen werden **vereinbart** zwischen Einrichtungsträgern und Spitzenverband Bund der KK
- Gelegenheit zur **Stellungnahme** für andere Verbände (KBV, DKG, Pflege-, Hospiz-, Behindertenverbände...)
- **Kosten** tragen die KK (Angebot + Einzelleistungen); „unterer mittlerer zweistelliger Millionenbetrag“ jährlich, Verdoppelung in den nächsten Jahren; 1 Stelle/400 Bew.



- GVP stellt lediglich eine **Option** dar (keine Soll-Vorschrift)
- „Organisationshoheit“ bei den **Einrichtungen**
- **Initiative** soll vom Patienten ausgehen („auf Wunsch und Willen des Pflegebedürftigen“) - *nicht aufsuchend!!*
- Wenn KK und Einrichtungen die Bedingungen aushandeln, stellt sich die Frage, ob **Finanzlogik** und Inhaltslogik/Bedürfnisse konform gehen
- **Anreiz** für Einrichtungen?
- Keine Anreize für Versicherte (z.B. Boni)
- Arztvergütung aus Gesamtvergütung → Anreiz?



- Keine GKV-Zusatzmittel (BR: Steuern/Bundeszuschuss)
- Keine Orientierung an **Best-Practice-Modellen** im Gesetz
- Beschränkung auf stationäre (!) Pflege/ Eingliederungshilfe
→ kein regionales Konzept, sondern ein **institutionelles Konzept**, ↔ Regel ambulant vor stationär!
- Beschränkung auf „**letzte Lebensphase**“ (nicht definiert)
- Keine GVP für **Patienten-Stellvertreter** (BR-Forderung)
- **Qualifikation** der beratenden Fachkräfte undefiniert (erst Gegenstand der Vereinbarungen)
- Keine spezif. **Evaluation** vorgesehen (BR-Forderung)

*Gesetz zur Verbesserung der Hospiz-
und Palliativversorgung:*

Ein Schritt in die richtige Richtung...

aber kein großer Wurf...

1. Gesetzesbedarf
2. Ziele des neuen Gesetzes
3. Flächendeckende Versorgung
4. Individuelle Versorgungsplanung
- 5. Randnotiz: Gesetz zur Suizidhilfe**

Keine Motive: Schmerzen, andere Symptome,
Vereinsamung, finanzielle Sorgen, depressive Stimmung

SONDERN:

1. Wunsch nach *Kontrolle* der Todesumstände (Zeitpunkt, Ort, Anwesende, Art...)
2. *Verlust* von Selbständigkeit und subjektiver Würde
3. *Erwartung* künftigen Leidens

OREGON: *Ganzini L et al, NEJM 2002, Ganzini L et al, Arch Intern Med 2009*

Ganzini L et al, J Gen Int Med 2008

DEUTSCHLAND: *Stutzki R et al. ALSFTD 2014; Lulé D et al. J Neurol 2014*

Pestinger M et al. Palliat Med 2015



- *Palliativversorgung wird den Wunsch nach Suizidhilfe nicht nennenswert verhindern (nur in Einzelfällen)*
- **Motive** nicht für Palliative Care zugänglich, manche Betroffene verweigern sich der Palliative Care
- **Oregon**: 95% aller durch Suizidhilfe Sterbenden waren palliativmedizinisch betreut
- **Oregon**: trotz deutlicher Verbesserung der Palliativversorgung stabile Suizidhilfezahlen
- **Niederlande**: trotz vorbildlicher Palliativversorgung zunehmende Sterbehilfezahlen



Deutscher Bundestag

Beschluss am
6.11.2015**Brand, Griese
et al.**2. Lesung
306/599
Stimmen3. Lesung
360/599**§ 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung**

- (1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.



- = **Lex Kusch**: bezogen auf Einzelfälle („Hard cases make bad law“)
- **Gründe**: taktischer „Entwurf der Mitte“, scheinbar minimale Änderung, Morallobbyismus
- Entgegen der Lippenbekenntnisse auch **Ärzte** treffend:
 - *Ärzte handeln als Profession stets geschäftsmäßig*
 - *Gewissen ist keine „Eintagsfliege“*
 - *Abs. 2 schließt nur Angehörige und Freunde aus*
 - *Staatsanwalt MUSS schon bei Verdacht ermitteln*
 - *Berufsrecht, BtM-Recht bleiben restriktiv*



- **Verfassungsrechtliche Überprüfung** sicher:
 - *Bestimmtheitsgrundsatz eingehalten?*
 - *Warum wird etwas, das im Einzelfall zulässig ist, strafbar, wenn es wiederholt geschehen soll?*

- **Konsequenzen:**
 - *An den Situationen der Betroffenen und den Wünschen nach Suizidhilfe ändert sich nichts*
 - *Tabu im Arzt-Patient-Kontakt ↑ (∅ Suizidprävention)*
 - *Palliation bei „Sterbefasten“ unmöglich*
 - *Belastung/Zumutung für Angehörige*
 - *Verstärkt Suizidtourismus in die Schweiz*
 - *Mehr einsame gewaltsame Suizide*

Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung:

Ein großer Schritt rückwärts (fast bis 1871), der nicht im Sinne der Betroffenen ist und die Politik bald erneut beschäftigen wird.



Borasio, Jox, Taupitz, Wiesing

Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben

Ein Gesetzesvorschlag
zur Regelung
des assistierten Suizids

Kohlhammer

2014

Coors, Jox, in der Schmittgen (Hrsg.)

Advance Care Planning

Von der Patientenverfügung zur
gesundheitlichen Vorausplanung

Kohlhammer

2015



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

ralf.jox@med.lmu.de