

Der Informationsdienst für Pflegeexperten

# Fokus Pflege

Nachrichten+++Interviews+++Berichte++

+Hintergrund

2. Jahrgang · Ausgabe 10 · 11. Juni 2008

© FokusPflege

Franz-Mehring-Platz 1

10243 Berlin

Tel. 030 29784714

Fax 030 29784716

info@fokus-pflege.de

www.fokus-pflege.de

ISSN 1866-7465

## Inhalt 10/2008\*

	Seite
<b>Editorial</b>	<b>2</b>
<b>111. Ärztetag original:</b>	<b>3</b>
<i>Kein neues Denken, kaum Fortschritt und ein bisschen Rufmord an der Pflege</i>	
<b>SAPV dreht neue Runde in der Warteschleife:</b>	<b>7</b>
<i>Leistungs- und Honorarverträge noch immer nicht in Sicht.</i>	
<b>SAPV - Warten ohne Ende:</b>	<b>9</b>
<i>Gastbeitrag von Dr. med. Matthias Thöns, Arzt für Anaesthesiologie, Notfall- &amp; Palliativmedizin</i>	
<b>BVMed versus AOK Baden-Württemberg:</b>	<b>10</b>
<i>Gegen gemeinsame Pauschale für aufsaugende und ableitende Inkontinenzprodukte.</i>	
<b>Kassen sparen bei Inkontinenzprodukten:</b>	<b>11</b>
<i>Interview mit Stephan Baumann, Bundesvorsitzender des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB).</i>	
<b>Meldungen</b>	<b>14</b>
▪ <i>Demenz weltweit – Eine Krankheit im Spiegel von Kultur(en)</i>	
▪ <i>Marburger Bund: Zehn Prozent mehr Gehalt für Ärzte</i>	
▪ <i>Bundestag: Gesetzentwurf zu Patientenverfügungen später</i>	
▪ <i>Hochschule Vallendar: Fakultät Pflegewissenschaft entwickelt sich weiter</i>	
<b>Impressum</b>	<b>16</b>
<b>Antwortfax</b>	<b>17</b>

\*Alle Texte sind urheberrechtlich geschützt. Die Weitergabe (auch auszugsweise), gedruckt oder auf elektronischem Weg, ist untersagt und nur mit ausdrücklicher Erlaubnis der Redaktion möglich.

## Editorial

*Liebe Leserin, lieber Leser,*

gegen Stellenabbau, unzumutbare Arbeitsbedingungen und eine sich ständig verschlechternde Patientenversorgung in der Pflege haben Gewerkschaftsvertreter und Vertreter des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) anlässlich des Deutschen Pflegekongresses protestiert. Sie überreichten 185.000 Protestunterschriften an Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD).

Bleibt das nur eine Geste? Keinesfalls: Fakt ist, dass immer weniger Pflegekräfte immer mehr Pflegebedürftige versorgen müssen. Ansprüche an eine humane Pflege bleiben so auf der Strecke. Das weiß auch die Ressortchefin Ulla Schmidt.

Sie konkretisierte deshalb auf dem Hauptstadtkongress 2008 ihr bereits zum Deutschen Ärztetag in Ulm angekündigtes Vorhaben, ein Förderprogramm für die Pflege in Kliniken anzustrengen. Profitieren könnten die Krankenhäuser, die nachweislich zusätzliche Pflegekräfte einstellten. Das ist ein Anfang, immerhin.

Vom 111. Ärztetag in Ulm kam für die Pflege indessen nichts Gutes. Erneut wurde klar: Der Ärzteschaft geht es nicht um die Kooperation mit anderen (freiberuflichen, selbständigen) Gesundheitsfachkräften, wie etwa aus dem Bereich der Pflege, auf gleicher Augenhöhe. Sie will den betriebswirtschaftlich optimierten Einsatz des fortgebildeten, angestellten Personals.

Das allerdings ist zu wenig.

Für Ihre Aufmerksamkeit und Ihre Anregungen danken wir Ihnen.

Beste Grüße

*Cornelia Bürger*  
Herausgeberin

## **Ärztetag original – Kein neues Denken, kaum Fortschritt und ein bisschen Rufmord an der Pflege. Ärzteschaft gegen Übertragung von Tätigkeiten an andere Gesundheitsberufe. Mediziner fordern mehr Geld und wollen im Wesentlichen alles beim Alten lassen.**

*Der 111. Ärztetag Ende Mai in Ulm hat bestätigt, dass die verfasste Ärzteschaft hierzulande auf die Krise des Medizinbetriebs und des Gesundheitswesens keine neuen, zukunftsweisenden Antworten hat. Das sogenannte „Parlament der Ärzte“ - ganze 250 Ärztetags-Delegierte, die beanspruchen, verbindlich für die knapp 400.000 Mediziner in Deutschland zu sprechen – hat keine neuen Weichen gestellt. Keine Spur von neuem Denken oder gar von Fortschritt. Eine Substitution ärztlicher Tätigkeiten kommt nicht in Frage.*

**Berlin (FokusPflege)** Stattdessen widmeten sich die Teilnehmer der mehrtägige Veranstaltung den Klagen über die angeblich bereits manifeste oder verschärft heraufziehende „Staatsmedizin“ sowie vorgeblich drohenden Verarmungstendenzen ihrer Klientel und forderten vor allem mehr Geld: Mindestens sechs Mrd. Euro jährlich für Ärzte in Praxen und Kliniken – 4,5 Mrd. Euro alleine für die niedergelassenen Mediziner. „Auf jeden Fall aber soll irgendwoher am Ende mehr Geld kommen – Weihnachten fiel in Ulm diesmal auf Fronleichnam“, höhnte die FAZ unter der Überschrift „Ärztelyrik“.

Von einem wirklich neuen Ansatz für die Kooperation mit anderen qualifizierten Gesundheitsberufen wollten die Ärztevertreter jedenfalls insgesamt nichts wissen. Ja, natürlich könnten eventuell einige bisher Ärzten vorbehaltene Tätigkeiten von diesen an andere „delegiert“ werden, so die „großzügige“ Geste. Aber vor allem dürfe die ärztliche Tätigkeit nicht „substituiert“ werden, lautet die Botschaft. Mit anderen Worten: Nichts Neues aus Ulm. „Die verfasste Ärzteschaft mauert weiter“, konstatierte die FAZ. Und sie frönt - ist zu ergänzen - weiterhin einem im Kern reaktionären ständischen Selbstbild, das eindeutig von grenzenloser Selbstüberschätzung geprägt ist.

### *Substitution ärztlicher Tätigkeiten – das kommt nicht in Frage*

„Wir setzen auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, wie dies auch in der Vergangenheit gelungen ist“, schmeichelte Theodor Windhorst, Präsident der Landesärztekammer Westfalen-Lippe, um sogleich den Standpunkt der Mehrheit des Ärztetages klar zu machen: „Eine Substitution ärztlicher Tätigkeiten lehnen wir jedoch ab“.

Nur: Genau darum – um geregelte Substitution bisher ärztlicher Tätigkeiten - geht es im Kern bei der Debatte über neue Aufgabenaufteilungen in der kurativen und pflege-

rischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Ärzte sitzen zwischen Baum und Borke: Einerseits legen sie größten Wert darauf, sich durch „medizinische Fachangestellte“ entlasten zu lassen, andererseits aber wollen sie alle Entscheidungskompetenzen alleine in der Hand behalten. Im wesentlichen sei an eine verstärkte Delegation in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Case-Management und Hausbesuche zu denken, beschloss der Ärztetag.

Weiter heißt es in diesem Beschluss: „Genau in dieser Funktion sind Modellprojekte wie etwa ‚AGNES‘ in Mecklenburg-Vorpommern, ‚Gemeindeschwester‘ in Brandenburg und andere in Sachsen und Sachsen-Anhalt zu sehen. Hierbei ist darauf zu achten, dass es sich um arztentlastende und arztunterstützende Tätigkeiten handelt und nicht um die Übertragung eigenständiger Heilkundebefugnisse auf weitere Berufsgruppen. Bezüglich der Übernahme von Verantwortung ist lediglich eine eigene Umsetzungsverantwortung bei arztentlastenden Tätigkeiten auf ärztliche Anordnung oder Verordnung vorstellbar.“

### *Ärzte wollen sich entlasten – mit dem eigenen Personal*

„Vorstellbar“ wäre denn wohl doch erheblich mehr – aber da will die Ärzteschaft nicht mitmachen. Ihr und der Bundesärztekammer geht es nur darum, „das Potential von über 300.000 Angestellten in Arztpraxen entsprechend ausschöpfen zu können“. Die neue Verordnung zur Medizinischen Fachangestellten ist am 1. August 2006 in Kraft getreten. „Medizinische Fachangestellte werden zukünftig in wichtigen Bereichen wie Patientenbetreuung, Beratung, Koordinierung, Prävention, Qualitätsmanagement und Praxismanagement intensiver ausgebildet“, so der Ärztetag. Die Bundesärztekammer arbeite derzeit an der Weiterentwicklung des Fortbildungsberufes „Arztfachhelferin“, um durch diese Fortbildung „eine noch bessere Entlastung des Arztes von Aufgaben in den Bereichen betriebswirtschaftliche Praxisorganisation, Ausbildung, Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz zu ermöglichen.“

Damit ist eigentlich alles klar: Es geht der Ärzteschaft nicht um die Kooperation mit anderen (freiberuflichen, selbständigen) Gesundheitsfachkräften auf gleicher Augenhöhe, sondern um den betriebswirtschaftlich optimierten Einsatz des fortgebildeten, angestellten Personals in ihren eigenen Praxen. Das aber ist erbärmlich wenig. Ein weiterer Ärztetags-Beschluss zum selben Thema bringt es nochmals auf den Punkt: „Vorrangig sollten die Tätigkeiten delegiert werden, die nicht zum ärztlichen Kernbereich gehören“. Was aber zum Kernbereich gehört, wird vorsorglich gar nicht erst definiert. Das ist praktisch, weil es willkürliche, individuelle Entscheidungen darüber vor Ort Tür und Tor öffnet.

Und weiter: „Eine Substitution von Ärzten durch nichtärztliches Personal bei der Erbringung von (wohlgemerkt nicht-definierten, Anm. d. Redaktion) ärztlichen Tätigkeiten, die bislang unter Arztvorbehalt stehen, widerspricht dem Selbstverständnis der Deutschen Ärzteschaft (!) und wird daher grundsätzlich abgelehnt.“

## *Dreist: Die Pflege wird mit Dreck beworfen*

Es kommt noch „besser“. Punkt 18 der Beschlüsse des Ulmer Ärztetages zum Thema „Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen“ formuliert es auf Antrag von „Dr. med. Lipp und Herrn Bodendieck“ so: „Nicht ohne Grund sichert die Freiberuflichkeit des Arztes die Versorgung des Patienten frei von wirtschaftlichen Abhängigkeiten. Pflegeberufe und neue Ebenen der Patientenversorgung sind keine freien Berufe und unterliegen in ihrem Tun sehr oft direkten wirtschaftlichen Abhängigkeiten, die die Patientenversorgung nach merkantilen Gründen manipulieren.“

Abgesehen von dem miserablen, falschen Deutsch in diesem Entschließungsantrag: Das ist mehr als dreist. Da bleibt dem unabhängigen Beobachter die Luft weg. Ausgerechnet die Ärzteschaft, die in ihrem gesundheitspolitischen „Ulmer Papier“ behauptet, sie könne wegen der mangelhaften Finanzausstattung des Gesundheitswesens und der Unterfinanzierung der Ärzte nicht mehr alle gesetzlich krankenversicherten Patienten angemessen medizinisch versorgen und werde ökonomisch zur Leistungsrationierung gezwungen, unterstellt den Pflegeberufen „merkantile Interessen“ und „Manipulationen“ bei der Patientenversorgung. Juristisch betrachtet dürfte dieser Entschließungsantrag den Tatbestand des Rufmords locker erfüllen ...

Angesichts solch gewagter ärztlicher Allmachtsphantasien erstaunt es nicht, dass auch das am 1. Juli in Kraft tretende Pflegeweiterentwicklungsgesetz beim Ärztetag glatt durchgefallen ist – jedenfalls hinsichtlich der Möglichkeit von Modellvorhaben zur Übernahme von einigen bisher ärztlichen Tätigkeiten durch qualifizierte Pflegefachkräfte. Im Entschließungsantrag 15, vom Ärztetag angenommen, wettet es so:

### *„Ökonomische Ressourcen in die ärztliche Versorgung lenken“*

„Der Deutsche Ärztetag lehnt diese Vorstellungen entschieden ab. Der Schutz des Patienten gebietet es, dass ärztliches Handeln in der Hand des Arztes verbleibt. Die Versorgungsqualität darf nicht noch weiter leiden. Die umfassende Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte ist auch nicht in Teilbereichen durch eine Qualifizierung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen zu ersetzen. Der Schutz von Leben und Gesundheit erfordert, ökonomische Ressourcen vorrangig hierfür einzusetzen. (...) Der Gesetzgeber ist jedoch aufgerufen, eine klare Trennung zwischen Anordnungsverantwortung (Arzt) und Durchführungsverantwortung (z.B. medizinische Pflege im Heim) festzulegen. Die bisherigen Vorschläge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes sind hierfür völlig ungeeignet.“

Sogar die „medizinische Pflege“ (was ist das?) in Heimen soll also demnach wohl nur auf Anordnung von Ärzten geschehen dürfen – die Pflegefachkräfte werden diesen Machtanspruch mit Grausen zur Kenntnis nehmen. So weltfremd geht der Reigen der 18 Ärztetagsbeschlüsse in Ulm zum Thema „Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen“ in verschiedenen Variationen weiter. Wir sind der Koch, alle anderen sind die Kellner, lautet dabei das ebenso sterile wie kompromisslose Mantra der Ärzteschaft.

„Entscheidend ist für den Deutschen Ärztetag, dass der Arztvorbehalt uneingeschränkt bewahrt bleibt“, heißt es nochmals beispielsweise im verabschiedeten Entschließungsantrag Nr. 8 zum Thema „Delegation ärztlicher Leistungen im ambulanten Bereich“. Weiter heißt es dort: „Nur der Arzt kann über die geeignete Therapie entscheiden und angemessen auf alle denkbaren Entwicklungen oder Komplikationen reagieren. Die ärztliche Therapie ist mehr als die Summe der einzelnen Behandlungsschritte. (...) Derzeit gibt es von verschiedenen Seiten Vorschläge, wie der beschriebenen Entwicklung (drohender bzw. schon bestehender Ärztemangel, Anm. d. Red.) entgegengewirkt werden kann. Einige dieser Modelle setzen ausschließlich auf eine Neuverteilung der Kompetenzen zwischen Ärzten und Pflegekräften. Andere wollen gänzlich neue Strukturen aufbauen („Schwester AGnES“, „Case-Manager“). Der Deutsche Ärztetag lehnt Vorschläge ab, die zu einer qualitativ schlechteren ärztlichen Versorgung führen („Medizin light“) oder die neue Strukturen schaffen wollen, deren Finanzierung nicht geklärt ist und die zu einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung führen können. Auch die Haftungsfrage würde zu Lasten von Ärzten und Patienten verkompliziert.“

### *Case-Management – ein kleiner Lichtblick vom BÄK-Vorstand*

Ein kleiner Lichtblick in dieser Arie der konservativen Selbstgewissheit ist ein ebenfalls verabschiedeter Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (BÄK), „Stärkere Einbeziehung von Gesundheitsfachberufen in das Case Management“. Darin wird klargestellt, „eine verstärkte sektoren- und berufsübergreifende Koordination und Integration diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer, pflegerischer und sozialer Leistungen ist insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern bzw. bestimmten Patientengruppen notwendig und wünschenswert“. Dabei komme dem Case Management oder Versorgungsmanagement im Sinne eines effektiven, einzelfallorientierten Prozessmanagement ein immer höherer Stellenwert zu. Die Klärung der Frage, wer zum Case Manager prädestiniert ist, erfordere eine genaue Analyse und habe zwei Arbeitsbereiche zu unterscheiden: ein medizinisch-therapeutischer Bereich und ein Management- bzw. Koordinierungsbereich. Auch nach Auffassung des BÄK-Vorstandes sind Initiierung, Steuerung und Übernahme der Therapie- und Ergebnisverantwortung, also „die Festlegung des medizinisch-therapeutischen Arbeitsbereichs (...) genuine Aufgaben des Arztes, insbesondere des Hausarztes“.

Bei der Durchführung und Steuerung des Case-Management-Prozesses werde aber der Arzt von „zusätzlich qualifizierten Gesundheitsfachberufen im Sinne einer professionsübergreifenden Versorgung im Sinne der Delegation unterstützt“. Dabei sei festzuhalten, so der BÄK-Vorstand weiter, dass dafür „bevorzugt die Medizinische Fachangestellte, aber auch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenschwestern und -pfleger sowie psychosoziale Berufe in Frage kommen“. Diese Aufgabe könne nicht von den Krankenkassen ausgeübt werden (die bekanntlich vereinzelt ebenfalls ins Case Management einsteigen wollen). Die BÄK kündigt an, sie wolle auf dieser Basis Konzepte bzw. Qualifikationsmodelle für diese Gesundheitsberufe „untere deren Miteinbeziehung entwickeln“, die den Erfordernissen einer qualitätsorientierten, effizienten sowie arbeitsteilig organisierten Versorgung gerecht werden.

Veränderte Lebensbedingungen und medizinischer Fortschritt und in deren Folge eine höhere Lebenserwartung verbunden mit Multimorbidität führen nach Einschätzung des BÄK-Vorstandes dazu, dass chronisch degenerative und komplexe gesundheitliche Problemlagen zukünftig medizinisch, ökonomisch und sozial an Bedeutung gewinnen. „Die Versorgung der betroffenen Patientengruppen die in der Regel durch einen langfristigen Betreuungsbedarf gekennzeichnet sind, erfordert ein aufeinander abgestimmtes Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen und eine sektorenübergreifende Koordination der Maßnahmen, um Schnittstellen und Versorgungsdiskontinuität zu vermeiden.“

Na also, atmet der Ärztetags-Beobachter auf, es gibt also doch noch - auch aus Ärztesperspektive - möglicherweise Kooperation und Koordination bei der interprofessionellen Versorgungsarbeit - nicht nur An- und Unterordnung unter der Knute allmächtiger ärztlicher Herrlichkeit...

<http://www.baek.de/Beschlussprotokoll> 111. Deutscher Ärztetag in Ulm

## **SAPV: Eine weitere Runde in der Warteschleife. Leistungs- und Honorarverträge noch immer nicht in Sicht.**

*Das gesundheitspolitische Trauerspiel geht weiter: Die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dreht die nächste Runde in der Warteschleife der sogenannten Selbstverwaltung. 14 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) am 1. April 2007, mit dem die SAPV im Sozialgesetzbuch (SGB) V der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verankert worden ist, existiert noch kein einziger SAPV-Vertrag von Krankenkassen mit Leistungserbringern über Leistungen und Honorierung.*

**Berlin (FokusPfleger)** Wie FokusPfleger bereits in der letzten Ausgabe berichtete, haben sich von Anfang die maßgeblichen Akteure auf Seiten der Kostenträger und Ärzteschaft reichlich Zeit gelassen. So sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) der Ärzte und Krankenkassen nach Vorgabe in § 37b Abs. 3 SGB V die SAPV-Umsetzung in einer Richtlinie bis zum 30. September 2007 konkretisieren. Tatsächlich geschah dies erst fast drei Monate später am 20. Dezember vergangenen Jahres. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ließ sich sodann volle zwei Monate Zeit, um diesen G-BA-Beschluss mit einigen Auflagen zu genehmigen.

Obwohl ursprünglich für den April angekündigt, hatten die GKV-Spitzenverbände Mitte Mai nicht einmal einen Entwurf der gesetzlich geforderten SAPV-Empfehlungen vorgelegt. Zwar erfuhr FokusPfleger am 20. Mai vom AOK-Bundesverband, ein Entwurf der GKV-Empfehlungen zur SAPV sollte nahezu fertiggestellt sein. Bei einem weiteren Treffen Anfang Juni in der Bonner AOK-Zentrale soll dieses Papier mit den Verbänden der Pflege, Hospizarbeit und Palliativversorgung diskutiert werden. Aber: Eine Entscheidung war bei dem für den 3. Juni anberaumten Treffen noch nicht vorgesehen. Vielmehr sol-



len die beteiligten Verbände hier ihre Einwände und Änderungsvorschläge machen, die dann im nächsten Schritt in die Empfehlungen eingearbeitet werden könnten – soweit dies die GKV-Spitzenverbände für angezeigt halten. Und tatsächlich: Das Treffen brachte kaum fassbare Ergebnisse.

## *Vor dem Anfang schon am Ende?*

Bis auf wenige belastbare Aussagen. So soll die spezialisierte ambulante Versorgung von Palliativpatienten künftig allein in den Händen von entsprechend qualifizierten Palliativ Care Teams liegen, heißt es im ersten Entwurf der Empfehlung für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), den die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung weiterer Fachverbände erarbeitet haben. Dagegen regt sich Widerstand: Die hohen Marktzugangshürden gefährden eine flächendeckende Palliativversorgung, kritisiert der Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e.V. (LfK).

Der LfK sieht in der Regelung eine massive Gefahr besonders für die zaghaft wachsenden Strukturen der ambulanten palliativen Versorgung, wie sie sich beispielsweise in Nordrhein-Westfalen bereits entwickelt haben. Er fordert die Krankenkassen sowie als weitere Beteiligte die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Pflege, der Hospizarbeit und der Palliativversorgung auf, sich auf realistischere sächliche und personelle Anforderungen an Leistungserbringung und Qualitätssicherung festzulegen. „Der Entwurf liest sich, als wollten die Krankenkassen eine ambulante Kostenentwicklung durch SAPV verhindern – weil es keine Leistungserbringer gibt, die diese Vertragsanforderungen erfüllen“, heißt es aus der LfK-Geschäftsstelle.

Die Palliative Care Teams (PCT) sollen aus speziell qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften bestehen und mit den einzelnen Krankenkassen Verträge schließen. Für die Ärzte bedeutet dies Nachweise über eine 160-stündige Weiterbildung und über die Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten oder alternativ über eine entsprechende klinische Tätigkeit. Pflegefachkräfte haben ebenfalls eine 160-stündige Palliative-Care-Weiterbildung nachzuweisen und müssen während der letzten drei Jahre mindestens zwei Jahre als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten tätig gewesen sein, davon mindestens sechs Monate in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung.

Daneben muss das PCT laut dem Entwurf über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten verfügen. Unter anderem sind mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, beispielsweise Apotheken oder Hospizdiensten, schriftliche Kooperationsvereinbarungen abzuschließen und den Krankenkassen vorzulegen. Erreichbarkeit rund um die Uhr wird ebenfalls zur Pflicht, genau wie die ständige Verfügbarkeit mindestens eines Arztes oder einer Pflegefachkraft, die jederzeit zum Patienten gerufen werden können.



## Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung: Warten ohne Ende und dann auch noch ein nicht einklagbares Recht...

*Die Verhandlungen zu Paragraph 132 d zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sind am 3. Juni erneut nicht zum Abschluss gebracht worden. Somit haben wir in Deutschland seit dem 1. April 2007 nun eine verwirrende Situation in der Palliativversorgung. Patienten haben ein Recht auf diese Versorgung. Da aber die Verhandlungen nach § 132 d noch nicht fruchtbar beendet wurden, sind die versprochenen Gelder (in 2007 80 Mio €) von den Kostenträgern einbehalten worden.*



Foto: privat

Ein Gastbeitrag von Dr. med. Matthias Thöns, Arzt für Anaesthesiologie, Notfall- & Palliativmedizin

**Witten (FokusPflege)** Was für eine schöne Verhandlung: Einigt man sich nicht, muss man vermeintlich nichts bezahlen – das ist allerdings eine einzigartige Situation. Aber es kommt noch schlimmer: Da der Rechtsanspruch unstrittig bereits heute besteht, haben mehrere Patienten aus Bochum und Witten ihre Krankenkasse in einem Eilverfahren auf eine Zusage der Kostenübernahme verklagt.

Und das auf Basis einer eindeutigen Rechtslage. In seiner Grundsatzentscheidung vom 6. Dezember 2006, wegen des Datums auch als Nikolaus-Entscheidung bekannt (Az. 1 BvR 347/98), hat das Bundesverfassungsgericht bereits ausgeführt:

*Es ist mit den Grundrechten aus Artikel 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. ...*

*Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Mit der Durchbrechung des Sachleistungsgrundsatzes trägt § 13 Abs. 3 SGB V dem Umstand Rechnung, dass die*

*gesetzlichen Krankenkassen eine umfassende Versorgung ihrer Mitglieder sicherstellen müssen.*

In den laufenden Verfahren haben Krankenkassen das Urteil durch unrichtige Eingaben allerdings derart verzögert, dass die Patienten vor einer „Eilentscheidung“ verstarben. Die Deutsche BKK hat dem Gericht folglich sinngemäß mitgeteilt: Wo kein Kläger (mehr) – da kein Richter: Das Gericht möge das Eilverfahren beenden.

Die DAK („Unternehmen Leben“) teilte dem Sozialgericht sogar mit, „Versicherte haben nur Anspruch auf Krankenbehandlung wenn sie notwendig ist, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“ Ergo: Leistungen, die nicht notwendig seien, können Versicherte nicht beanspruchen. Auch müsse sich die Sterbende der DAK zufolge auf die Inanspruchnahme der Sozialhilfe verweisen lassen, notfalls auch unter Zuhilfenahme der Gerichte zur Durchsetzung ihrer Ansprüche gegen das Sozialamt“.

Interessant: Da ist ein Rechtsanspruch auf eine Leistung selbst im Eilverfahren nicht durchsetzbar, weil Krankenkassen die Entscheidung durch falsche Eingaben so lange verzögern können, bis der Patient tot ist. Was nützt dann eine Einigung zum Paragraphen 132?

Übrigens: Die wirklich lesenswerte Klageerwiderung der DAK kann sich jeder Interessierte im Internet unter <http://www.sapv.de> anschauen. An gleicher Stelle gibt es ein Musterkündigungsschreiben für DAK Versicherte zum herunterladen. Denn ab 2009 unterscheiden sich Krankenkassen ausschließlich durch ihren Leistungsumfang. Möchten Sie bei einer Krankenkasse versichert sein, die Sie in der Sterbephase auf die Sozialhilfe verweist?

## **AOK Baden-Württemberg: Gemeinsame Pauschale für aufsaugende und ableitende Inkontinenzprodukte. Der BVMed ist dagegen.**

*Der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) hat sich gegen den Plan der AOK Baden-Württemberg ausgesprochen, die Versorgung von aufsaugenden und ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln für Versicherte in Pflegeheimen über eine einheitliche Monatspauschale abzudecken. Eine angemessene Versorgung von Inkontinenz-Patienten bzw. Patienten mit Harnentleerungsstörungen sei damit nicht mehr gegeben.*

**Berlin (FokusPflege)** In einer jetzt veröffentlichten Pressemitteilung heißt es: „Durch eine undifferenzierte Inkontinenzpauschale besteht die Gefahr einer Umversorgung auf aufsaugende Produkte, auch wenn dies nicht medizinisch sinnvoll ist. Die optimale Produktauswahl steht damit nicht mehr im Vordergrund der Versorgung, sondern der Preis.“ Die Folgekosten bei einer Fehlversorgung würden dann die eigentlichen Hilfsmitelkosten um ein Vielfaches übersteigen, bemängelt der BVMed.

Eine Versorgung mit ableitenden Inkontinenz-Hilfsmitteln erscheint zwar auf den ersten Blick kostenaufwendiger. Betrachtet man die Situation aber in ihrer Gesamtheit, ergibt sich je nach medizinischer Indikation ein unübersehbares Einsparungspotential: Zum einen werden Schädigungen des Harntraktes wie Harnwegsinfektionen vorgebeugt, zum anderen werden Hautschäden durch Urin vermieden.

Nach Ansicht der BVMed-Inkontinenzexperten besteht grundsätzlich Bereitschaft zur Diskussion über mögliche Pauschalen. Dazu müssen aber folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Pauschalen müssen auf Basis wissenschaftlich-medizinischer Erkenntnisse erstellt werden. Hierzu muss die AOK Baden-Württemberg bereit sein, dass Berechnungsmodell des jetzigen Vorschlages offen zu legen.
- Heute noch bestehende Fehlversorgungen im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen dürfen nicht durch eine Komplexpauschale verstärkt werden, die auf einem zu niedrigen Niveau angesiedelt wird.
- Nach den Regelungen der Gesundheitsreform (GKV-WSG) wird der Leistungsanspruch auf Hilfsmittelversorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (§ 33 SGB V) grundsätzlich auf alle pflegebedürftigen Versicherten in stationären Einrichtungen erweitert, unabhängig davon, ob eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilnahme am Leben der Gemeinschaft möglich ist. Diese Gleichbehandlung von stationären mit ambulant versorgten Patienten muss sich bei den Krankenkassenplänen widerspiegeln.
- Darüber hinaus muss die Gefahr vermieden werden, dass Erstattungspflichten des SGB XI (Gesetzliche Pflegeversicherung) vermischt werden mit den Anforderungen des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung).

## Versorgung mit Inkontinenzprodukten: Gesetzliche Kassen sparen auf Kosten der Pflegebedürftigen.

*Der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) schlägt Alarm. In mehreren Bundesländern haben die gesetzlichen Krankenkassen ihre Verträge mit stationären Pflegeeinrichtungen zur Versorgung mit Inkontinenzprodukten gekündigt. Offensichtlich verspricht man sich Einsparungen von bis zu 40 Prozent. Was das für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige bedeutet, darüber sprach FokusPflege mit Stephan Baumann, Bundesvorsitzender des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB).*

**FokusPflege:** Herr Baumann, vielleicht kurz zum Verständnis, die gesetzlichen Kassen sind doch verpflichtet,



Foto: Stephan Baumann  
(Quelle: VDAB)

versicherte Pflegebedürftige mit Hilfsmitteln und demzufolge auch mit Inkontinenzprodukten zu versorgen. So steht es im Gesetz, oder?

**Stephan Baumann:** Ja. Eigentlich sieht das Gesetz dies als Auftrag vor. Entsprechend den Bestimmungen des SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten die Versorgung von Hilfsmitteln, und damit selbstverständlich auch mit Inkontinenzprodukten, sicherzustellen. Hierfür sind in jedem Bundesland unterschiedliche Vereinbarungen mit den Leistungserbringern, also den Pflegeeinrichtungen, abgeschlossen worden. Dabei handelte es sich um Pauschalvereinbarungen, die bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen eine finanzielle Unterstützung im Rahmen eines monatlichen Betrages auslöste.

**FokusPflege:** Wie viel Geld haben die Kassen denn bisher pauschal dafür ausgegeben?

**Stephan Baumann:** Wie bereits gesagt, diese Pauschalvereinbarungen waren landesweit unterschiedlich. Man kann aber sagen, dass der Bundesdurchschnitt bei etwa 40 bis 42 Euro pro Versicherten und Monat lag und - bis jetzt jedenfalls - auch noch liegt. Den Versicherten soll dadurch insbesondere die adäquate Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden. Das trägt auch dem Grundsatz der aktivierenden Pflege und Betreuung Rechnung. Und genau dies ist der Ansatz unserer Kritik und Unmutsäußerung. Denn wenn die Kassen hier einschränken, werden diese wichtigen Grundsätze verletzt.

**FokusPflege:** In welchem finanziellen Rahmen liegen denn die Vorstellungen der Krankenkassen und warum erfolgt überhaupt eine Absenkung der Pauschalen?

**Stephan Baumann:** Die finanziellen Vorstellungen der Kassen sind höchst unterschiedlich. Der augenblickliche Verhandlungsstand geht in den Vorstellungen einzelner Kassen von Absenkungen bis zu 40 Prozent aus. In konkreten Zahlen heißt das, die Tendenzen zum Abschluss neuer Vereinbarungen reichen von 24 Euro monatlich bis hin zu knapp 35 Euro monatlich. Offensichtlich vermuten die Krankenkassen ein Einsparpotential bei den Versicherten bzw. den Pflegeeinrichtungen ohne Qualitätseinschränkung bei ihren Versicherten. Vielleicht nehmen die Krankenkassen durch Leistungseinschränkung aber auch eine Verschlechterung der Versorgungssituation ihrer Versicherten auch bewusst in Kauf.

**FokusPflege:** Wie würde sich die verschlechterte Versorgungssituation bemerkbar machen?

**Stephan Baumann:** Auf eine ganz dramatische Art und Weise, nämlich bei der Lebensqualität. Und das, obwohl mit dem neuen Pflegeversicherungsgesetz, das zum 1. Juli 2008 in Kraft tritt, im Rahmen erweiterter Prüfungen noch verstärkter einer Ergebnis- und Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen Rechnung getragen werden soll.

## *Wie stellt man sich das denn vor?*

Die Lebensqualität schließt eine möglichst weitreichende aktivierende Pflege ein, die die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zulässt. Hierfür sind aber individuelle Unterstützungen durch Hilfsmittel notwendig. Bei weitreichenden finanziellen Einsparungen halten wir diesen Grundsatz durchgängig nicht für adäquat realisierbar. Vielmehr glauben wir, dass eine Minderversorgung in diesem Bereich Folgekosten in der Behandlung von Folgeerkrankungen wie Dekubitalgeschwüren etc. auslösen wird. Hier wird unseres Erachtens zu kurz gedacht.

**FokusPfleger:** Und warum tangiert dieses Spannungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Versicherten die Pflegeeinrichtungen?

Stephan Baumann: Weil die Pflegeeinrichtungen für die adäquate Pflege und Betreuung nach dem allgemeinen medizinisch anerkannten Stand sowohl gegenüber den Pflege- und Krankenkassen, als auch gegenüber den Bewohnern und den Angehörigen verantwortlich sind. Sie haften sogar für eine fehlerhafte Versorgung. Dies ist grotesk im doppelten Sinne. Die Pflegeeinrichtungen bekommen einen Preis diktiert, und wenn die Versorgung darunter leidet, werden sie zusätzlich noch mit Regressansprüchen der Krankenkassen bedroht.

**FokusPfleger:** Dann sollten doch die Pflegeeinrichtungen einer Reduzierung der Pauschalbeträge nicht zustimmen. Was hätte dies dann für Folgen ?

**Stephan Baumann:** Hieraus ergibt sich ein weiteres Dilemma. Ich möchte es mal so ausdrücken. Eigentlich wählen sie in diesem Falle zwischen Not und Elend. Die Krankenkassen sitzen hier einfach am längeren Hebel. Sofern es zu keinen „Einigungen“ über eine für alle Beteiligten tragfähige Regelung zur pauschalen Versorgung kommt, haben die Krankenkassen aufgrund der rechtlichen Ermächtigung durch die Gesundheitsreform (§ 127 SGB V) die Möglichkeit, europaweit die Versorgung mit Inkontinenzhilfen für ihre Versicherten auszuschreiben. Dies ist beispielhaft in Mecklenburg-Vorpommern und führt zu nicht tragbaren Zuständen für die Pflegeeinrichtungen.

**FokusPfleger:** Welche Konsequenzen haben die Ausschreibungspraxis für die Pflegeeinrichtungen und warum sind das grundsätzlich „nicht tragbare Zustände“?

**Stephan Baumann:** Pflegeeinrichtungen erhalten dann zukünftig für ihre bei unterschiedlichen Krankenkassen versicherten Pflegebedürftigen Inkontinenzprodukte ganz verschiedener Hersteller. Analog der Ausschreibungsverfahren, die wir ja aus anderen Bereichen kennen, bekommen häufig nicht die Anbieter den Zuschlag, die das beste „Preis-Leistungs-Verhältnis“ anbieten, sondern vielmehr die günstigsten bzw. billigsten Anbieter. Die Pflegeeinrichtungen haben keinen Einfluss auf die Qualität der Produkte. Hinzu kommt, dass der ohnehin immense Arbeits- und der Zeitaufwand des Pflegepersonals deutlich mehr beansprucht wird, wenn in einer Einrichtung unterschiedliche Produkte zum Einsatz kommen.

Man darf aber nicht vergessen: Bei Inkontinenzmaterialien handelt es sich um ei-

nen betreuungsintensiven Produktbereich. Mit der sich entwickelnden Produktvielfalt müssen sich Pflegekräfte folglich auch mit unterschiedlichen Hilfsmitteln und Anlegetechniken vertraut machen. Einheitliche Schulungen des Personals wären fortan nicht mehr möglich. Außerdem entsteht ein immenser logistischer Aufwand. Wo bisher eine zentrale Lagerhaltung war, wäre in diesem Fall eine bewohnerbezogene Aufbewahrung der Inkontinenzhilfen notwendig. Dies würde in der Praxis nur in den Bewohnerzimmern möglich sein und widerspricht dem Grundsatz einer Wohnlichkeit des ohnehin eingeschränkten Wohnraumes. Zusätzliche Verwaltungstätigkeiten, etwa durch bewohnerbezogene Quittierung der gelieferten Produkte, mögen dabei sicherlich in den Hintergrund treten, sind jedoch ebenfalls zu erwähnen.

**FokusPflege:** Als wie sicher kann es gelten, dass die Kassen die Ausschreibungen als Sparinstrument einsetzen ?

**Stephan Baumann:** Dieser Eindruck verhärtet sich mehr und mehr. Nicht zuletzt unterliegen die Krankenkassen ja einem so genannten „Wirtschaftlichkeitsgebot“. Aus unserer Sicht wird hier Druck ausgeübt und zwar mit den Ausschreibungen bzw. mit der Androhung von Ausschreibungen, sollten Preisverhandlungen scheitern. Damit erpresst man, dass die Versorgung von Versicherten mit Inkontinenzhilfen „wirtschaftlicher“ – im Klartext „billiger“ – erbracht wird. Für das Beispiel Mecklenburg-Vorpommern kann dies sogar als ziemlich sicher angesehen werden.

**FokusPflege:** Was wären unter diesen Umständen die Alternativen und wie kann hier gegengesteuert werden ?

**Stephan Baumann:** Die Verbände der Leistungserbringer, zu denen neben uns noch andere zu zählen sind, müssen aus eigenen Interessen und können aus dem Interesse der Versicherten nur an die Kassen appellieren, im Sinne ihrer Versicherten zu adäquaten Vereinbarungen zu kommen. Sofern dies aus Sicht der Leistungserbringer nicht gewährleistet ist, bedarf es einer Sensibilisierung der Gesamtproblematik gegenüber den Versicherten und deren Angehörigen. Letztendlich kann es nicht sein, dass Sparzwänge auf dem Rücken der Versicherten und insbesondere der Pflegeeinrichtungen ausgetragen werden. Da muss ein großes Stück Verantwortung an die Krankenkassen verlagert werden.

## Meldungen

**Demenz weltweit – Eine Krankheit im Spiegel von Kultur(en).** Die Demenz Support Stuttgart gGmbH hat jetzt die fünfte Ausgabe ihres Online-Journals „DeSS orientiert“ zum Thema „Demenz weltweit – Eine Krankheit im Spiegel von Kultur(en)“ veröffentlicht. Das aktuelle Heft lädt ein zu einer Reise um die Welt und stellt Fragen wie: Was heißt es, Demenz in einem globalen Kontext zu betrachten? Welche Bedeutung hat Demenz in nicht westlich geprägten Kulturen? Welche Themen diskutiert die internati-



onale Forschung? Können wir von anderen Kulturen etwas für die Pflege von Menschen mit Demenz lernen?

In Artikeln zu Demenz und Kultur, Epidemiologie, interkulturellen Vergleichsstudien sowie zu kultursensibler Pflege beleuchten die Autorinnen das Phänomen Demenz aus einem internationalen Blickwinkel.

„DeSS orientiert“ wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert und erscheint zweimal jährlich. Ziel der Publikation ist es, internationale, insbesondere englischsprachige Fachzeitschriften und Monographien zu sichten, auszuwerten und den aktuellen Diskussionsstand in die deutsche Versorgungslandschaft hineinzutragen.

**Kontakt:** Kerstin Müller, Öffentlichkeitsarbeit und Informationstransfer,  
Tel. 0711 – 9978712, [k.mueller@demenz-support.de](mailto:k.mueller@demenz-support.de),  
Internet-Download:  
[http://www.demenz-support.de/materialien/DeSSorientiert Juni2008.pdf](http://www.demenz-support.de/materialien/DeSSorientiert_Juni2008.pdf)

**Marburger Bund: Zehn Prozent mehr Gehalt für Ärzte.** Mindestens zehn Prozent mehr Gehalt fordert die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) für die Ärzte in den katholischen Kliniken. „Überall in Deutschland gelten arzt spezifische Tarifregelungen, nur die Kirchen blocken diese Entwicklung ab. Wenn das die Leistungsträger weiter so benachteiligt, dann schaden die kirchlichen Kliniken sich selbst und allen ihren Mitarbeitern“, sagte der Vorsitzende des MB, Rudolf Henke. Er sei in großer Sorge, dass die Arbeitsbedingungen für Ärzte in konfessionellen Häusern deutlich hinter denen zurückblieben, die in vielen anderen Kliniken gelten.

Das könne nicht im Sinne der Kirchen sein, zu deren höchsten Werten die Gerechtigkeit zähle, so Henke. Es sei ungerecht, Mitarbeiter schlechter zu behandeln, weil sie sich für einen Dienst in der Kirche statt bei einer Kommune oder einem privaten Träger entschieden hätten. Die Kirchen in Deutschland haben ein eigenes Arbeits- und Tarifrecht, den sogenannten Dritten Weg. Anders als beim Betriebsverfassungsgesetz sind Streiks und Aussperrung verboten. Tarifliche Regelungen werden in paritätisch besetzten Gremien beschlossen. Über Jahrzehnte hatte sich die Entlohnung in katholischen Einrichtungen wie Krankenhäusern an den Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) angelehnt. Nach dessen Ersatz durch die Neuordnung des Tarifrechts im öffentlichen Dienst (TVöD) gibt es im Bereich der Caritas seit 2005 heftige Differenzen über ein neues Tarifsysteem.

**Bundestag: Gesetzentwurf zu Patientenverfügungen später.** Der Bundestag wird den Gesetzentwurf für Patientenverfügungen später beraten als von den Initiatoren angekündigt. Statt am 19. Juni soll die Erste Lesung nun eine Woche später stattfinden. Hintergrund ist eine inhaltliche Kollision mit einem Antrag der Grünen „Leben am Lebensende“ zum würdevollen Leben im Alter, die einige der Initiatoren vermeiden wollen.

Die rund 200 Abgeordneten um Joachim Stünker (SPD), Michael Kauch (FDP), Luc



Jochimsen (Die Linke) und Jerzy Montag (Grüne) drängen auf eine uneingeschränkte Gültigkeit von Patientenverfügungen und betonen das Selbstbestimmungsrecht. Ihre Vorlage ist der bislang einzige ins Parlament eingebrachte Gesetzentwurf. Seit Wochen bemühen sich Unionspolitiker und Grüne um ein gemeinsames Konzept, das Verfügungen in ihrer Wirkung eher begrenzen soll.

Mit Patientenverfügungen können Menschen vorab festlegen, wie sie im Fall einer schwerwiegenden Erkrankung medizinisch behandelt werden wollen. Umstritten ist aber, in welchen Fällen solche Verfügungen absolut bindend für Ärzte und Angehörige sind. Wie andere ethische Fragen auch behandelt der Bundestag das Thema Patientenverfügung ohne Fraktionsbindung der Abgeordneten. Allerdings ist die Kontroverse des Themas stärker parteipolitisch geprägt als andere bioethische Debatten.

### **Hochschule Vallendar: Fakultät Pflegewissenschaft entwickelt sich weiter.**

Die Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV) hat für die Pflegewissenschaftliche Fakultät fünf neue Professoren ernannt und die ersten 23 Absolventen des Masterstudiengangs Pflegewissenschaft verabschiedet.

Albert Brühl wurde zum Professor für Statistik und standardisierte Verfahren der Pflegeforschung ernannt. Professor Hermann Brandenburg erhielt seine Ernennungsurkunde für das Lehrgebiet Gerontologische Pflege. Honorarprofessorin für Pflegebildungsforschung wurde Susanne Schewior-Popp, stellvertretende Rektorin der Katholischen Fachhochschule Mainz. Sie übernimmt Verantwortung im neuen Doktorandenkolloquium Pflegepädagogik.

Ebenfalls zu den neuen Honorarprofessoren gehört Heribert Gärtner aus Köln. Er wird das Lehrgebiet Pflegesystemforschung vertreten und leistet Aufbauarbeit im Doktorandenkolloquium Pflegemanagement. Marcus Siebolds wurde zum Professor für Good Clinical Practice in der Pflege ernannt.

## **Impressum**

**FokusPflege**, Informationsdienst für Pflegepolitik; Herausgeberin: Cornelia Bürger; Redaktion: Cornelia Bürger (v.i.S.d.P.), Karl H. Brückner; Peggy Hoffmann; Büroleitung: Ingrid Dörschel; Sonderaufgaben und Dokumentation: Peter Bürger; Franz-Mehring-Platz 1, 10243 Berlin, Telefon: (030) 29 78 47 14, Fax: (030) 29 78 47 16, E-Mail: info@fokuspflege.de, Web: www.fokus-pflege.de. © Fokus-pflege 2008; ISSN 1866-7465.

## **FokusPflege – Der Informationsdienst für Pflegeexperten interessiert mich.**

**Ich möchte deshalb die nächste Ausgabe kostenlos und unverbindlich beziehen.**

*Damit gehe ich kein Abonnement ein.*

### **Antwortfax**

Ich bin: *(bitte Ankreuzen)*

ein Pflegedienst

ein Hospiz

eine stationäre Pflegeeinrichtung

eine Klinik

eine Organisation

ein Verband

ein Versicherungsunternehmen

sonstiges

Vorname, Name:

---

---

Anschrift:

---

---

---

---

E-Mail:

---

Tel.:

*(für eventuelle Rückfragen)*

**FokusPflege – Fax: 030-2978 4716**