



DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG

Patientenschutz für Schwerstkranke und Sterbende

Weil Sterben auch Leben ist

Sonder Hospiz Info Brief

August 2007

Sonder-Info... Sonder-Info... Sonder-Info... Sonder-I

Empfehlungen

der Deutschen Hospiz Stiftung

zur Umsetzung
der spezialisierten ambulanten
Palliativversorgung
nach §§ 37 b, 132 d SGB V

Ein Service der Deutschen Hospiz Stiftung

Vorbemerkung

Seit ihrer Gründung vor über zehn Jahren setzt sich die Deutsche Hospiz Stiftung als Patientenschutzorganisation für Schwerstkranke und Sterbende für eine effektive Implementierung palliativer Versorgungsstrukturen in Deutschland ein.

Deshalb hat die Deutsche Hospiz Stiftung im Mai 2006 ihren Entwurf eines Palliativleistungsgesetzes veröffentlicht, in dem hierfür konkrete Lösungsvorschläge unterbreitet wurden. Es ist erfreulich, dass im GKV-WSG (§§ 37 b, 132 d SGB V) einige dieser Vorschläge aufgegriffen wurden.

Der Blickwinkel der Empfehlungen der Deutschen Hospiz Stiftung zur Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen ist dabei der einer Patientenschutzorganisation und nicht der eines Leistungserbringers.

Der Gemeinsame Bundesausschuss steht vor der Aufgabe, die Ausgestaltung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung regeln zu müssen, ohne auf einem gesicherten Fundament einer „allgemeinen Palliativversorgung“ aufbauen zu können. Die Existenz einer solchen allgemeinen Palliativversorgung hat der Gesetzgeber offensichtlich als gegeben vorausgesetzt. Alle an der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender Beteiligten wissen aber, dass Palliativversorgung – in welcher Form auch immer – nach wie vor die Ausnahme und nicht die Regel in den bestehenden Sektoren ist. Der Gedanke, es gebe in Deutschland eine flächendeckende allgemeine Palliativversorgung, die nur noch um einige spezielle Angebote erweitert werden müsse, ist praxisfern. So lag die Quote der Palliative-Care-Versorgung nach den Erhebungen der Deutschen Hospiz Stiftung im Jahr 2006 bei lediglich 2,5 Prozent. Von einer flächendeckenden Palliativversorgung im ambulanten oder stationären Bereich ist Deutschland noch weit entfernt.

Diesem Umstand sollten auch die Richtlinien Rechnung tragen. Der Begriff der „spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ darf darum nicht so sehr eingeschränkt werden, dass er in Fällen, in denen ein Patient noch keine allgemeine ambulante Palliativversorgung erfährt, ins Leere läuft. Wo diese fehlt, darf es den Leistungserbringern der spezialisierten Palliativversorgung nicht unmöglich gemacht werden, zunächst das Fundament für ihre Leistungen zu legen.

Oberstes Ziel der Richtlinien muss sein, für den Patienten eine flächendeckende spezialisierte Palliativversorgung sektorenübergreifend (ambulant/stationär) zu gewährleisten, ohne dass es zu organisatorischen, zeitlichen oder finanziellen Nachteilen für den Patienten kommt.

1. Anforderungen an die Erkrankung des Versicherten, § 37 b III 1, I SGB V

Durch die Richtlinien muss sichergestellt werden, dass der Kreis der anspruchsberechtigten Versicherten nicht in unangemessener Weise eingeschränkt wird.

Palliativversorgung ist definitionsgemäß nicht auf die Behandlung von Patienten mit unheilbaren Tumorerkrankungen beschränkt, wenngleich nach der bisherigen Praxis der weitaus größte Teil der behandelten Palliativpatienten, ca. 80 – 90%, an solchen Tumorerkrankungen leiden. Palliativversorgung widmet sich z. B. auch Patienten, die an AIDS, neurologischen, kardialen, nephrologischen oder respiratorischen Erkrankungen in einem fortgeschrittenen Stadium leiden; diese Patienten benötigen ebenfalls umfassende Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Pflege und Begleitung.

In § 37 b Abs. 1 SGB V ist der Kreis der Anspruchsberechtigten eingegrenzt durch die Voraussetzungen einer „nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung“. Schwierigstes Kriterium ist dabei die „begrenzte Lebenserwartung“.

In der Praxis hat sich herausgestellt, dass starre Zeitfenster der falsche Ansatzpunkt sind, um Leistungen der Krankenkassen hiervon abhängig zu machen. So wenig wie jeder Sterbende ein Palliativpatient ist, so wenig setzt palliativer Behandlungsbedarf voraus, dass jemand Sterbender – im Sinne eines prognostizierbaren, auf wenige Tage oder Wochen bezogenen Zeitraums bis zum Eintritt des Todes – ist.

Bereits bei der stationären Hospizarbeit hat sich gezeigt, dass durch eine gute palliativmedizinische, palliativpflegerische und psychosoziale Begleitung Hospizpatienten noch deutlich länger gelebt haben als bei Aufnahme ins Hospiz prognostiziert. Dies führte in manchen Fällen dazu, dass nach Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen die Krankenkassen ihren Versicherten den weiteren Aufenthalt im Hospiz nicht mehr bezahlen wollten. Die damit verbundenen zusätzlichen finanziellen und psychosozialen Belastungen für schwerstkranken Patienten und deren Angehörige gilt es hier zu vermeiden.

Der Gesetzestext verzichtet folgerichtig auf eine allzu starre Festlegung von Zeitfenstern. Der Gesetzgeber hat erkannt, dass er andernfalls dem Behandlungsbedarf von Menschen, die mitunter nicht nur über Wochen oder Monate, sondern über Jahre an einer letztlich tödlichen Erkrankung leiden, nicht gerecht würde.

Dem Willen des Gesetzgebers folgend, dürfen darum auch in den Richtlinien keine starren Zeitvorgaben auftauchen. Stattdessen sollte der Schwerpunkt der Festlegungen auf die allgemeinen Charakteristika palliativmedizinischer Behandlungssituationen, wie sie sowohl im § 37 b, als auch in der entsprechenden Definition der WHO angeführt sind, abheben: nämlich, dass es sich um eine fortschreitende und weit fortgeschrittene Erkrankung handelt, in der die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt.

Zur Verdeutlichung dieser allgemeinen Definition könnte in den Richtlinien beispielhaft eine Reihe von Krankheitsbildern genannt werden. Dabei muss aber immer deutlich werden, dass auch andere als die beispielhaft genannten Krankheitsbilder in Betracht kommen. Für Konstellationen, in denen es nicht nur um wenige Tage, Wochen oder Monate geht, muss ausdrücklich Vorsorge getroffen werden.

Gleiches gilt für Patienten, die aufgrund ihres Krankheitsverlaufs immer wieder in vorübergehende Krisensituationen geraten, die einer spezialisierten Palliativversorgung bedürfen. Um Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, muss klargestellt werden, dass auch diese Menschen die spezialisierte Palliativversorgung in Anspruch nehmen können. Die spezialisierte Palliativversorgung muss insofern auch Patienten zur Verfügung stehen, die nach deren Inanspruchnahme wieder in die ausschließliche Regelversorgung zurückkehren können.

2. Inhalt und Umfang spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, § 37 b III 2

Zielvorgabe für die Richtlinien ist es, eine flächendeckende palliative Versorgung zu etablieren. Gleichzeitig muss aber auch eine nachweisbare Qualität der Palliativversorgung sichergestellt werden. Zwischen beidem besteht ein Spannungsfeld, das aufzulösen eine der Aufgaben der anstehenden Richtlinien ist.

Die Deutsche Hospiz Stiftung geht davon aus, dass die Ziele des Gesetzgebers am besten durch die Einführung multiprofessioneller ambulanter Palliativdienste realisiert werden können. Diese sollten aus möglichst 2 Ärzten bzw. Ärztinnen bestehen, die mit besonders qualifizierten Pflegenden (Anzustreben ist, dass wenigstens 75% der Pflegenden eine Weiterbildung in Palliative Care aufweisen) sowie Personen zusammenarbeiten, die die Behandlung und Begleitung von Menschen mit Bedarf an palliativer Versorgung organisieren und koordinieren. Ärzte und Pflegende würden somit die auf die medizinisch-pflegerischen Aspekte abzielende Versorgung gewährleisten. Der „Kordinator“ oder auch „Case-Manager“ organisiert hingegen die reibungslose und umfassende Betreuung – eingeschlossen die ehrenamtlich psychosoziale.

Je nach regionalen Versorgungsstrukturen sind auch andere organisatorische Strukturen eines ambulanten Palliativdienstes denkbar, so zum Beispiel über Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegediensten.

Die Notwendigkeit der Einbindung bestehender Hospizangebote ist wegen des ganzheitlichen Ansatzes der Palliativversorgung, die auch psychosoziale Begleitung umfasst, selbstverständlich.

Zum Leistungsspektrum der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sollten mindestens die folgenden Leistungsanteile zählen:

- Aufbau von Netzwerken der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen
- Case Management: darunter sowohl die Erarbeitung von Betreuungskonzepten in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, die auch die psychosoziale Betreuung insbesondere durch Hospizdienste einschließen, als auch die Koordination der Einzelfälle
- Spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung ergänzend zur haus- oder fachärztlichen Versorgung
- Andauernde Erreichbarkeit bzw. 24 Stunden-Notfallbereitschaft mit der Möglichkeit jederzeitiger Krisenintervention
- Vorhaltung akut notwendiger Arznei- und Hilfsmittel; dazu gehören auch Betäubungsmittel
- Hilfestellung beim Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung
- Beratung und Begleitung von Angehörigen im Einverständnis mit dem Patienten

Für die Frage, welcher Leistungserbringer die neuen Leistungen anbieten darf, spielt die Abgrenzung von allgemeiner zu spezialisierter ambulanter Palliativversorgung eine wichtige Rolle.

Die Deutsche Hospiz Stiftung vertritt den Standpunkt, dass eine möglichst umfassende Qualifikation der beteiligten Ärzte äußerst wünschenswert ist. Angesichts der – noch – geringen Zahl von Palliativmedizinern, palliativmedizinischen Einrichtungen und Lehrstühlen wären zu hohe Qualifikationshürden aber hinderlich für den möglichst raschen Aufbau einer flächendeckenden Versorgungsstruktur.

Als Mindestzugangsvoraussetzung für die an der spezialisierten Palliativversorgung mitwirkenden Ärzte ist die Absolvierung einer 40-stündigen Kursweiterbildung „Palliativ-Medizin“ (Curriculum der DGP und BÄK) erforderlich. Innerhalb von zwei Jahren müssen zusätzlich 120 Stunden Fallseminare einschl. Supervision geleistet werden. Alternativ zu den Fallseminaren können Erfahrungen in der Betreuung von Schwerstkranken in Form einer 12-monatigen Tätigkeit bei einem weiterbildungsbefugten Palliativmediziner anerkannt werden.

Permanent sollten Fort- und Weiterbildung für an der spezialisierten Palliativversorgung mitwirkende Ärzte verpflichtend eingefordert werden (vgl. Punkt 5, Qualitätssicherung).

Von palliativmedizinischen Fachgesellschaften wird teilweise die Auffassung vertreten, dass die beteiligten Leistungserbringer sich dadurch auszeichnen müssten, dass sie pri-

mär bis ausschließlich spezialisierte Palliativversorgung anbieten. Nur so lasse sich die besondere Expertise und Erfahrung in schwierigen und komplexen Problemsituationen gewinnen und umsetzen. Diese Auffassung setzt nach Meinung der Deutschen Hospiz Stiftung – zumindest zu Beginn - zu hohe Hürden. In Betracht kämen danach überwiegend auf Palliativstationen tätige Ärzte. Dagegen spricht die geringe Zahl der Leistungserbringer, die diese Voraussetzungen erfüllen würden. Eine zumindest mittelfristig annähernd flächendeckende Palliativversorgung kann so nicht erreicht werden.

Darüber hinaus würde die Umsetzung dieser Forderung in der Praxis auf eine übermäßige Krankenhausorientierung hinaus laufen: Palliativmediziner, die primär bis ausschließlich spezialisierte Palliativversorgung anbieten, arbeiten überwiegend stationär auf Palliativstationen. Kommen faktisch nur sie als direkter Anbieter oder Kooperationspartner für Palliative-Care-Dienste in Frage, reduziert man den Wirkungskreis auf das Einzugsgebiet der jeweiligen Palliativstationen.

Gleichzeitig würde man die vielerorts gewachsenen ambulanten Versorgungsstrukturen schwächen statt stärken. Allgemeinmediziner, die eine Weiterbildung zum Palliativmediziner absolviert haben und die sich vielleicht schon seit Jahren an den Palliativnetzwerken ihrer Region beteiligen, würden von der Mitarbeit in Palliative-Care-Teams ausgeschlossen. Um gerade dies zu verhindern, hat der Gesetzgeber ausdrücklich für die Richtlinien festgelegt, dass gewachsene Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen sind.

Im Sinne der Patienten scheint es sinnvoll zu sein, die Qualität einer flächendeckenden Palliativversorgung mittelfristig über finanzielle Anreize voranzutreiben.

Ebenso denkbar sind Übergangsregelungen, welche die Anforderungen an die Qualifikation Schritt für Schritt anheben, so dass den Beteiligten eine angemessene Zeitspanne zur Weiterqualifikation bleibt.

3. Zusammenarbeit der Leistungserbringer, § 37 b III 3

Die ambulanten Palliativdienste sollen in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig werden können. Das stellt sicher, dass Palliativversorgung keine zufällig gewährte oder vom Ort des Aufenthalts abhängige Leistung ist. Vielmehr sollte die Palliativversorgung grundsätzlich unabhängig vom Aufenthaltsort geleistet werden. Das ist insbesondere für Pflegeheime wichtig. Insofern begrüßt die Deutsche Hospiz Stiftung die gesetzgeberische Klarstellung in § 37 b II, wonach auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen den Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung haben.

Grundsätzlich müssen die Richtlinien im Hinblick auf die Zusammenarbeit aller Leistungserbringer eine größtmögliche Flexibilität zulassen. Der Patient steht im Mittelpunkt, seine individuellen Bedürfnisse und Symptome bestimmen Art und Umfang der Tätigkeiten aller an seiner Versorgung und Begleitung Beteiligten.

Die Richtlinien sollten daher verschiedene Optionen offen lassen: Eine spezialisierte Palliativversorgung kann in einer rein beratenden Funktion zur ärztlichen oder pflegerischen

Versorgung des Patienten bestehen. Ebenso kann die unter palliativen Aspekten erforderliche medizinische oder pflegerische Versorgung des Patienten unmittelbar von einem Palliative-Care-Dienst übernommen werden. Beratung und Versorgung kann sich auch auf einzelne Bereiche (Medizin oder Pflege) beschränken. Alle diese Konstellationen sollten die Richtlinien ermöglichen.

Auf die Notwendigkeit der Einbindung ambulanter Hospizarbeit im Sinne psychosozialer Begleitung bei der spezialisierten Palliativversorgung wurde bereits hingewiesen.

4. Verordnung und Vergütung

Die Deutsche Hospiz Stiftung begrüßt es außerordentlich, dass die zunächst vorgesehene ausdrücklich normierte Genehmigungspflicht spezialisierter Palliativversorgung durch die Krankenkassen nicht Gesetz wurde.

Hinsichtlich der Vergütungsform vertritt die Deutsche Hospiz Stiftung die Auffassung, dass Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung jedenfalls mit tagesbezogenen Pauschalen vergütet werden und eigene Budgetverantwortung haben sollten.

In den Richtlinien ist darüber hinaus sicherzustellen, dass sämtliche Leistungen der Regelversorgung weiterlaufen.

5. Qualitätssicherung

In den Richtlinien sollten Maßnahmen zur Qualitätssicherung festgeschrieben werden. Hierfür kommen vor allem zwei Ansatzpunkte in Frage: Fortbildung und wissenschaftliche Evaluation.

Alle Leistungserbringer der spezialisierten Palliativversorgung sollten in regelmäßigen Abständen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung nachweisen. In Betracht kommen:

- Mitwirkung an palliativmedizinischen Qualitätszirkeln und Palliativkonferenzen
- Kontinuierliche Fortbildung in Palliativmedizin und Schmerztherapie

Die Umsetzung der Richtlinien und deren praktische Auswirkungen sollten wissenschaftlich begleitet werden. Die entsprechenden Ergebnisse sollten zur Überarbeitung der Richtlinien genutzt werden. Ein hierfür verbindlicher Zeitraum wäre in den nun zu verabschiedenden Richtlinien festzusetzen.

Impressum:

Der Sonder Hospiz Info Brief ist eine Informationsschrift der Deutschen Hospiz Stiftung.

Geschäftsstelle: Europaplatz 7, 44269 Dortmund, Tel. 0231 / 73 80 73-0, Fax 023 1/ 73 80 73-1
Informationsbüro Berlin, Chausseestraße 10, 10115 Berlin, Tel. 030 / 2 84 44 84 - 0, Fax 030 / 2 84 44 84 - 1
Informationsbüro München, Baldestraße 9, 80469 München, Tel. 089 / 20 20 81 - 0, Fax 089 / 20 20 81 - 11
Internet: www.hospize.de

Spendenkonto: 111 111 111, Stadtparkasse Dortmund, BLZ 440 501 99

Die Deutsche Hospiz Stiftung ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts mit Sitz in Düsseldorf. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 22.09.2004, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.