

Vortrag am 05. Dezember 2007, 18⁰⁰ Uhr
Dr. Heidi Knake-Werner,
Senatorin für Integration, Arbeit und Soziales
„Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung“

Begrüßung

...

Einleitung

Meine Damen und Herren,

nach Artikel 1 des Grundgesetzes ist die Würde des Menschen unantastbar; sie zu schützen und zu achten ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt. Dieser Verfassungsgrundsatz muss gerade und zu allererst auch gegenüber denjenigen gelten, die als Schwächste der Gesellschaft unserer besonderen Hilfe und Fürsorge bedürfen: Gegenüber Schwerstkranken und Sterbenden, die häufig nicht oder nicht mehr in der Lage sind, ihre Interessen selbst zu artikulieren und durchzusetzen.

Angesichts der existenziellen Herausforderung wird die ‚absteigende Lebensphase‘ von vielen Menschen gerade unseres Kulturkreises und unserer Zeit nicht als Gewinn oder Vollendung gesehen, sondern als schrecklich und bedrohlich empfunden. Das Sterben wird als Verlust von Autonomie und Selbstbestimmung erlebt und so lange wie möglich verdrängt oder bekämpft.

Dies hat in der Vergangenheit zu einer Tabuisierung der Themen Sterben, Tod und Trauer, die es nachhaltig zu überwinden gilt.

Die Hospizbewegung, getragen vom Ehrenamt, und die Palliativmedizin sind deshalb angetreten, die Lebensqualität von schwerstkranken und sterbenden Menschen zu verbessern und ihnen ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Voraussetzung hierfür sind die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen durch palliativärztliche und palliativpflegerische Versorgung sowie eine hospizliche psychosoziale und spirituelle Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Auf die Frage, wo Menschen sterben möchten, antworten die meisten, zu Hause, im Kreise ihrer Angehörigen und ohne Schmerzen; aber rund 70 % sterben heute in Krankenhäusern und Heimen. Deshalb muss es das Ziel von Politik und Gesundheitswesen sein, immer mehr Menschen – ihrem Willen entsprechend – ein Sterben in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Dies erfordert zu allererst verbesserte Rahmenbedingungen für ein menschenwürdiges Sterben.

Ein ganz entscheidender Schritt ist nun mit der Einführung der sog. **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung** im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes gelungen.

Erstmals wird ein gesetzlicher Anspruch auf eine **spezialisierte ambulante Palliativversorgung** eingeführt, die einen Meilenstein in der Entwicklung darstellt, mit dem vor allem die Hospiz- und Palliativversorgung eine wesentliche und tiefgreifende Stärkung erfahren wird.

Rückblick auf die Entwicklung der Hospizbewegung und Palliativmedizin

Zunächst gestatten Sie mir, vor einer **Bewertung und Einordnung** dieses neuen Leistungsanspruches eine kurze Rückschau auf die Entwicklung der Hospizbewegung und Palliativmedizin in den letzten 20 Jahren zu halten.

Während bereits im Jahr 1967 von Cicely Saunders in London das St. Christopher´s Hospice eröffnet wurde, setzte die Entwicklung von Hospizbewegung und Palliativmedizin in Deutschland erst 20 Jahren später ein. D.h. wir sind heute erst auf der Hälfte der Wegstrecke angekommen.

Im Unterschied zu England, wo der Begriff **Palliative Care** alle Maßnahmen vereint, die zu einer umfassenden Betreuung und Versorgung sterbender Menschen beitragen, haben sich in Deutschland Hospizbewegung und Palliativmedizin parallel entwickelt.

Viele Bundesländer haben mit unterschiedlichen Fördermaßnahmen bzw. komplexen Konzepten diesen Prozess unterstützt.

Später haben insbesondere veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen zur Konsolidierung und Weiterentwicklung sowie zur quantitativen Ausweitung der Versorgungsangebote beigetragen.

Die Entwicklung der Hospizbewegung

Die Hospizbewegung, entstanden aus einer Bürgerbewegung, hat insbesondere durch das Wirken der ehrenamtlichen Hospizhelfer dazu beigetragen, dass die Tabuisierung der Themen Sterben, Tod und Trauer aufgebrochen wurde und wir heute eine positive Bilanz der Entwicklung in diesem Bereich ziehen können.

Hierzu einige Beispiele:

Die ersten **stationären Hospize** wurden ohne finanzielle Absicherung errichtet. Man bediente sich eines Zuschusses über die sog. Regelung der „ausgelagerten häuslichen Krankenpflege“ und finanzierte sich ansonsten über Spenden.

Erst im Sommer 1997 – also vor 10 Jahren - wurde unter großem Druck relativ überraschend der § 39a im SGB V mit einem Anspruch auf eine stationäre Hospizversorgung eingeführt. Der Wegfall der Finanzierungsmöglichkeit über die sog. „ausgelagerte häusliche Krankenpflege“ hätte sonst das Aus für die bis dahin bestehenden stationären Hospize bedeutet.

Mit dem § 39a SGB V ist übrigens ein Novum im Sozialversicherungsrecht eingeführt worden, denn erstmals sind die Kosten nur zu 90 % gedeckt und 10 % müssen durch die Träger der stationären Hospize selbst aufgebracht werden. Mit dieser Regelung wollte man dem von ehrenamtlichem Engagement und Spenden getragenen Hospizgedanken gerecht werden.

Im Jahr 2002 wurde schließlich auch die Förderung der ambulanten Hospizarbeit durch die Krankenkassen ins SGB V (§ 39a Abs. 2) aufgenommen

Die Einführung des Fallpauschalensystems (DRG) in Krankenhäusern war ein weiterer Meilenstein mit sichtbaren Auswirkungen auf die Palliativ- und Hospizversorgung. War man zunächst davon ausgegangen, dass durch das Wirken der Hospizbewegung die neue Versorgungsstruktur „das stationäre Hospiz“ sich zukünftig selbst überflüssig machen würde, so haben sich Hospize insbesondere seit der Einführung der DRG als fester, nicht mehr wegzudenkender Bestandteil im Gesamtversorgungssystem des SGB V etabliert. Dies hat in den letzten Jahren u.a. dazu geführt, dass aufgrund der finanziellen Zwänge sterbende Patienten immer häufiger aus Krankenhäusern in stationäre Hospize verlegt werden.

Im Bereich der Palliativmedizin lassen sich folgende Entwicklungsetappen skizzieren:

Die erste Palliativstation entstand 1983. Bis 1993 stieg ihre Zahl auf 18. Die folgenden Jahre waren durch eine enorme Entwicklungsdynamik gekennzeichnet mit einer weiteren Steigerung der Anzahl der Palliativstationen auf heute rd. 140.

Seit 1997 gibt es das erste Lehrbuch Palliativmedizin. Die erste Professur für Palliativmedizin wurde 1999 in Bonn etabliert. Heute gibt es 6 Lehrstühle in Deutschland.

Hinweis auf Koalitionsvereinbarung, dass sich die Koalition für den verstärkten Ausbau der Altersforschung an den Berliner Hochschulen einsetzt und dabei für die Koalition vorrangig Lehrstühle für Gerontologie und Palliativmedizin an der Charité, die Einrichtung eines Lehrfaches soziale Gerontologie an den Fachhochschulen und die kontinuierliche geriatrische Weiterbildung vor allem der Hausärzte sind.

Von der Bundesärztekammer wurde im Jahr 2003 mit der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung die Zusatzweiterbildung für den Bereich Palliativmedizin verabschiedet.

Eine ausreichende Finanzierung stationärer Palliativmedizin ist bis heute nicht endgültig und sachgerecht geregelt. Das Fallpauschalensystem ist nicht darauf ausgerichtet, multimorbide Patienten ressourcengerecht abzubilden. Für 2005 – 2007 gab es daher eine Zwischenfinanzierung für Palliativstationen. Eine endgültige Lösung ist derzeit meines Wissens nicht in Sicht.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich bis heute eine rasante Entwicklung vollzogen hat. Nach Angaben des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V. (ehemals Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz) gibt es heute in Deutschland:

**1.450 ambulante Hospizdienste,
rund 150 stationäre Hospize und
rund 140 Palliativstationen an Krankenhäusern.
Über 80.000 Menschen engagieren sich ehrenamtlich für die Hospiz- und Palliativarbeit
in Deutschland.**

Meine Damen und Herren,
trotz der von mir skizzierten Fortschritte in der Entwicklung kommt der Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ zur „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ vom 22. Juni 2005 (BT. Drs. 15/5858) zu der Feststellung, dass das allgemein anerkannte gesellschaftliche Ziel, dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben, nicht in einer diesem humanitären Anspruch genügenden Weise erreicht wird. Dies zeigt sich vor allem darin, dass ein Großteil der Patienten im Krankenhaus verstirbt. Anzustreben ist deshalb eine flächendeckende Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung.

Ein weiterer Faktor, den es zu berücksichtigen gilt, ist nicht zuletzt die demografische Entwicklung in Deutschland, wie auch in anderen westlichen Ländern, die in Zukunft zu einem weiteren überproportionalen Anstieg des Anteils der Menschen führen wird, die älter als 65 Jahre sein werden. Diese Veränderung der Altersstruktur ist mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen und Tumorerkrankungen verbunden und führt bereits aktuell aber auch mittel- und langfristig zu einem weiter zunehmenden Bedarf an medizinischer und

pflegerischer Behandlung, Betreuung und Begleitung sowie menschlicher Fürsorge am Lebensende.

Vor diesem Hintergrund ist die Neuregelung des § 37b SGB V nicht hoch genug zu bewerten und zu würdigen.

Ein erfreulicher Nebeneffekt dabei ist, dass nun endlich die palliativmedizinische Versorgung bei Ärzten und in der breiten Öffentlichkeit den ihr zustehenden Stellenwert erhalten hat. Heute bezweifelt kaum noch jemand, dass eine hochwertige und adäquate Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden sinnvoll und notwendig ist.

Bisher bestand für eine ambulante Palliativversorgung kein gesonderter Leistungsanspruch und wurde daher auch nicht gesondert vergütet; es sei denn, einige Länder bzw. Krankenkassen hatten Sondervereinbarungen getroffen.

Mit der Einführung des Anspruchs auf eine **spezialisierte ambulante Palliativversorgung**, wird erstmals in diesem Versorgungssektor dem gesundheitspolitischen Grundsatz „ambulant vor stationär“ Nachdruck verliehen. Gleichzeitig wird aber auch – und hierauf möchte ich besonders aufmerksam machen - zwischen allgemeiner und **spezialisierter ambulanter Palliativversorgung** unterschieden.

*D.h. die **allgemeine Palliativversorgung** wird nach der Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin als die Begleitung und Behandlung von Palliativpatienten und ihren Angehörigen in der Primärversorgung durch niedergelassene Ärzte und Pflegende sowie weitere Berufsgruppen – jeweils mit palliativer Basisqualifikation - verstanden. Sie findet statt in der eigenen Häuslichkeit (z.B. durch niedergelassene Ärzte und Pflegedienste) oder in stationären Einrichtungen (z.B. Krankenhäusern und Pflegeheime).*

Die Versorgung richtet sich an palliativmedizinischen Therapiezielen und –inhalten aus, wobei geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter je nach Bedarf aktiv eingebunden werden. Erst, wenn die therapeutischen Möglichkeiten nicht ausreichen, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, sind die Strukturen der **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung** einzubeziehen.

Diese wird durch die Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin wie folgt definiert:

Die **spezialisierte ambulante Palliativversorgung** richtet sich an Palliativpatienten und deren Angehörige, bei denen die Intensität oder Komplexität der symptomatischen Belastung den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (ambulant oder stationär) oder die Einweisung auf eine Palliativstation notwendig macht – vorübergehend oder dauerhaft. Sie erfolgt auf einer ausschließlich auf Palliativversorgung ausgerichteten Versorgungsstruktur. Diese zeichnet sich aus durch bedarfsorientiertes Case Management der notwendigen palliativen Versorgung, Multiprofessionalität, 24-stündige Erreichbarkeit und Spezialistenstatus (durch Weiterbildung und Erfahrung) der primär in der Palliativversorgung tätigen einzelnen Leistungserbringer. Das Team führt regelmäßig multiprofessionelle Fallbesprechungen durch und arbeitet eng mit den Strukturen der Primärversorgung (z.B. niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie den Einrichtungen der Hospizbewegung zusammen.

Kurze Darstellung der Inhalte der Neuregelung: §§ 37b, 92, 132d

Ich möchte Ihnen nun kurz die Inhalte der **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung** vorstellen, die in den Paragraphen 37b, 92 und 132d des SGB V geregelt sind.

§ 37b beschreibt zunächst den anspruchsberechtigten Personenkreis. Dies sind Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen.

Weiterhin wird geregelt, wer die Leistung verordnen darf, und wie die Leistung zu erbringen ist. Hier ist besonders hervorzuheben, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowohl die ärztlichen als auch pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination umfasst und insbesondere auf Schmerztherapie und Symptomkontrolle abzielt, um den Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Abschließend wird gefordert, dass die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen sind.

Im Absatz 2 wird der Leistungsanspruch auf spezialisierte Palliativversorgung auf Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen ausgedehnt.

Absatz 3 regelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. September 2007 das Nähere über die Leistungen bestimmen soll.

Hierbei geht es insbesondere um die Anforderungen an die Erkrankungen sowie um den besonderen Versorgungsbedarf der anspruchsberechtigten Personen, ebenso um Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen, wobei gewachsene Versorgungsstrukturen dabei berücksichtigt werden sollen.

§ 92 enthält die Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses.

§ 132d regelt auf der Grundlage der Richtlinie die Erbringung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage von Verträgen von Krankenkassen mit Leistungserbringern, den sog. Palliative-Care-Teams.

Für die Vergütung und Abrechnung über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung müssen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen vereinbaren.

In diesen Empfehlungen sind die sächlichen und personellen Anforderungen der Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung und Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung festzulegen.

Was bedeutet das für die Praxis

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird dazu beitragen,

- ein Sterben zu Hause zu ermöglichen, wann immer dies möglich und gewünscht wird,
- eine angemessene und flächendeckende Infrastruktur möglichst ohne regionale Versorgungslücken zu entwickeln und

- Krankenhauseinweisungen durch qualifizierte und klar strukturierte Unterstützungsangebote zu vermeiden helfen.

Bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung handelt es sich um eine Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen, die durch die sog. Palliative Care Teams, bei Bedarf auch rund um die Uhr erbracht werden kann und darauf abzielt, die Betreuung dieser Versicherten in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Die Leistung ist primär medizinisch ausgerichtet und umfasst die Befreiung oder Linderung von Symptomen (z.B. Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Verwirrtheit und Depressionen). Der Leistungsanspruch umfasst auch die Koordinierung der einzelnen Teilleistungen.

Voraussetzung hierfür ist neben der Etablierung der neuen Palliative Care Teams eine Strukturierung der Versorgungsabläufe im Sinne der Integration sowie darüber hinaus die Bildung von multidisziplinären Netzwerken.

Dadurch werden die Qualität und Effizienz erhöht und nicht zuletzt auch mehr Transparenz für die an der Versorgung schwerkranker und sterbender Patienten beteiligten Berufsgruppen sowie für Patienten und Patientinnen und deren Angehörige erreicht.

Für die Patienten bedeutet das, dass der neue Leistungsanspruch ihnen bei begrenzter Lebenserwartung zusteht und sie aufgrund einer besonderen Schwere oder Häufigkeit unterschiedlicher Symptome einen besonderen Versorgungsbedarf aufweisen, und dennoch ambulant versorgt werden könnten. Nach Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin haben ca. 10 % aller Sterbenden einen solchen besonderen Versorgungsbedarf, der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abzudecken ist. Die übrigen Palliativpatienten werden weiterhin in den derzeitigen Strukturen, insbesondere durch Vertragsärzte, Pflegedienste und stationäre Einrichtungen palliativmedizinisch versorgt.

Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist die Verordnung durch einen Arzt und die Genehmigung durch die Krankenkassen. Die Leistung kann nicht nur von Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, verordnet werden, sondern auch von entsprechend qualifizierten Krankenhausärzten. Damit wird gewährleistet, dass ohne zeitlichen Verzug im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erbracht werden kann. Das Genehmigungsverfahren durch die Krankenkassen ist ebenfalls so auszugestalten, dass kein Zeitverzug entsteht.

Darüber hinausgehende Begleitleistungen (z.B. Sterbebegleitung und Begleitung der Angehörigen) gehören nicht zum Leistungsanspruch und sind weiterhin ergänzend, beispielsweise von ambulanten Hospizdiensten, zu erbringen.

Diese Regelung finde ich persönlich sehr schade, denn aufgrund der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten im gegliederten Gesundheitswesen in Deutschland ist es besonders für die Versorgung Sterbender erforderlich, dass alle Beteiligten eng und ohne Zeit- und Reibungsverlust zusammenarbeiten, Versorgungsgrenzen schnell überwunden, Kompetenzen gebündelt und Kooperationen zwischen beteiligten Berufsgruppen erzielt werden.

Im Gesetzgebungsverfahren hat die Hospizbewegung zumindest soweit Einfluss nehmen können, dass die die Interessen der Hospize vertretenden Organisationen an der Erarbeitung der Richtlinie und der Empfehlungen nach § 132d beteiligt werden und die bereits von mir zitierte Regelung in den § 37b Abs. 3 eingeflossen ist, dass im Sinne eines integrativen Ansatzes die Leistungserbringer mit ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen zusammenarbeiten, wobei die gewachsenen Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen sind.

So wie sich die beiden Richtungen – Hospizbewegung und Palliative Care – in Deutschland unterschiedlich entwickelt haben, so stehen sie auch jetzt leider weiterhin nebeneinander und müssen über Vereinbarungen miteinander kooperieren. Dies ist auch insofern schade, weil gerade durch die Rahmenvereinbarungen für stationäre Hospize und für die ambulante Hospizarbeit bereits viele wichtige Grundlagen gelegt wurden und hier fachliche Kompetenzen gebündelt sind, die umfassend in die Arbeit der neu zu bildenden Palliative Care Teams einfließen könnten.

So sieht die **Rahmenvereinbarung für die Voraussetzung der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit** beispielsweise vor, dass neben der Sterbebegleitung u.a. palliativpflegerische Beratung durch die Dienste zu erbringen ist. Dazu müssen die Koordinatoren/Fachkräfte neben einer abgeschlossenen Berufsausbildung (Krankenschwester/-pfleger oder Altenpflegerin/Altenpfleger) und einer mindestens dreijährigen hauptberuflichen Tätigkeit in diesem Beruf, einen Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme von 160 Std., den Nachweis eines Koordinatoren-Seminars von 40 Std. und den Nachweis eines Seminars zur Führungskompetenz von 80 Std. erbringen.

Stationäre Hospize hingegen sind bereits jetzt als Keimzellen der regionalen palliativen und hospizlichen Versorgung zu betrachten. Da die ärztliche Betreuung in Hospizen durch Hausärzte – oder wie in Berlin durch Home Care-Ärzte - organisiert ist, sind Hospize auf enge Kooperationen mit Ärzten, aber auch mit regional tätigen Pflegediensten im Rahmen der Überleitung der Patienten sowie mit den in der Region befindlichen Krankenhäusern angewiesen. Die erforderlichen Netzwerke bestehen also schon.

Es wäre also wünschenswert gewesen, wenn alle an der Betreuung beteiligten Berufsgruppen Teil der neu zu bildenden Palliative Care Teams wären, einschließlich des neuen Vergütungssystems.

Zu den verbesserten Rahmenbedingungen für Kinder und Kinderhospize

Was die Forderung nach der Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern im Zusammenhang mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung angeht, so gibt es eine Verbindung zur Neureglung im § 39a Abs. 1 SGB V. Parallel wurde hier für Kinderhospize die Höhe der Eigenbeteiligung von 10 % auf 5 % gesenkt.

Außerdem wurde hier verfügt, dass die Rahmenvereinbarungen sowohl für stationäre als auch ambulante Hospizleistungen, die die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Spitzenorganisationen der Hospize schließen, den Besonderheiten von Kinderhospizen ausreichend Rechnung tragen müssen.

Mit der nur für Kinderhospize vorgesehenen Absenkung des Eigenanteils auf 5 % werden die höheren Infrastruktur- und Personalkosten der Kinderhospize berücksichtigt, die z.B. durch die Einbeziehung der Familienangehörigen in die Hospizarbeit entstehen., Im § 37b Abs. 1 S. 4 wird geregelt, dass auch Kinder die Leistung in Anspruch nehmen können und deren besondere Belange zu berücksichtigen sind. Am Stellungnahmeverfahren zu der Richtlinie haben sich deshalb auch sehr viele pädiatrische Fachverbände beteiligt.

Zum Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung in Pflegeheimen

Meine Damen und Herren,

ebenfalls ein Novum ist die Vorschrift, dass den Vertragsparteien die Möglichkeit eingeräumt wird, in stationären Pflegeeinrichtungen eine der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung entsprechende Leistung durch die speziellen Palliativteams oder durch Personal der Pflegeeinrichtung selbst zu erbringen.

Im erst genannten Fall ist durch Absprachen sicherzustellen, dass die ambulanten Palliativteams Zugang zu den Einrichtungen erhalten.

Die Leistungserbringung durch Personal der Pflegeeinrichtung setzt voraus, dass dieses aufgrund seiner Qualifikation in der Lage ist, die spezialisierte Palliativversorgung zu erbringen. Im Ergebnis bedeutet dies, dass die stationäre Pflegeeinrichtung entweder einen auf Palliativmedizin spezialisierten Arzt beschäftigt oder mit einem derartigen Arzt zumindest einen Kooperationsvertrag schließt. Die stationären Pflegeeinrichtungen müssen, wenn sie Leistungen durch das Personal erbringen, dieselben Voraussetzungen erfüllen wie die ambulanten Palliativteams.

Meine Damen und Herren,

ich denke, dass die Heime zur Umsetzung dieses neuen Leistungsanspruchs vor ganz besondere Herausforderungen gestellt werden.

Denn wie Sie der Presse in den letzten Wochen und Monaten entnehmen konnten, ist viel über Qualitätsmängel in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung sowie über das Sterben der Heimbewohner berichtet worden.

Das GKV-WSG als auch der Referentenentwurf zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz greifen mit Gesetzesinitiativen dieses Thema auf.

So gibt es im SGB V die Möglichkeit, dass Heime sich Verträgen der Integrierten Versorgung nach § 140d anschließen können.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht die Möglichkeit zur vertraglichen Gestaltungen von angestellten Heimärzten vor.

Bei den letzten Vergütungsverhandlungen in der vollstationären Pflege hat man auf diese Herausforderung reagiert und für die Verbesserung der Versorgung der sterbenden Pflegebedürftigen in Heimen einen Zuschuss für die unabdingbare Qualifizierung des Personals zur palliativen Geriatrie gewährt.

Die Begründung dazu lautet:

„Obwohl die Begleitung Sterbender zu den originären Aufgaben der Pflegeheime gehört, zeigen die in Berlin durchgeführten Erhebungen, dass noch annähernd jeder zweite Heimbewohner nicht im Pflegeheim, sondern im Krankenhaus verstirbt. Um das Ziel einer würdigen Sterbebegleitung zu erreichen, müssen sich die Pflegeheime noch stärker auf die Bedürfnisse der Sterbenden einstellen, auch durch spezielle Konzepte im Umgang mit Sterbenden. Sie müssen ihren Mitarbeitern Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit Sterbenden durch gezielte Qualifizierungen vermitteln und sie befähigen, die Verantwortung zu übernehmen und diese nicht einem Krankenhaus zu übertragen.“

Da der Gesetzgeber, mit dem GKV-WSG der Verbesserung der medizinischen Versorgung Rechnung trägt, wurde für seine Umsetzung auch auf der pflegerischen Ebene gesichert, dass die Pflegekräfte der Heime gezielt fortgebildet werden. Die erforderlichen Maßnahmen wurden mit 0,30 €/je Berechnungstag berücksichtigt.“

In Berlin beschäftigen sich bereits seit geraumer Zeit einige Heime mit der sog. **Palliativen Geriatrie**. Beispielhaft möchte ich das Unionhilfswerk nennen, das zu diesem Thema schon zwei Tagungen durchgeführt hat und derzeit dabei ist, das Personal seiner 4 Heime entsprechend zu qualifizieren. Herr Müller vom UHW hat dem letzten Runden Tisch das neue überzeugende Konzept vorgestellt, das letztlich in ein derzeit in Planung befindliches Kompetenzzentrum in Reinickendorf münden soll.

In Berlin wurden mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes die sog. Chronikereinrichtungen und Krankenhäuser in vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI umgewandelt. Das bisherige System der angestellten bzw. vertraglich gebundenen Ärzte war damit aufgehoben. Als Antwort wurde daraufhin in einer begrenzten Anzahl dieser ehemaligen Einrichtungen das sog. Berliner Modell eingeführt. Dieses wird heute als beispielgebendes Modell über die Grenzen Berlins hinaus propagiert.

Nach den neuen rechtlichen Möglichkeiten versucht nun die AOK und IKK sowie ansatzweise weitere interessierte Krankenkassen das Modell Care Plus einzuführen. Hier werden Heimärzte sowie Therapeuten in einer Managementgesellschaft angestellt und über diese vergütet.

Nun kommt mit der neuen Regelung nach § 37b Abs. 2 noch eine Forderung zur weiteren Verbesserung der ärztlichen aber auch der pflegerischen Versorgung der Heimbewohner hinzu.

Zum aktuellen Umsetzungsstand

Die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu erlassene Richtlinie zur Ausgestaltung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wurde am 13. September als Entwurfsfassung veröffentlicht und gleichzeitig das notwendige Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Hierzu gab es im Frühjahr eine Ausschreibung im Bundesanzeiger, nach der sich Institutionen zur Teilnahme am Stellungnahmeverfahren bewerben konnten.

Die Frist für die Abgabe der Stellungnahmen betrug 4 Wochen, d.h. zum jetzigen Zeitpunkt müssten bereits alle Stellungnahmen der über 20 am Verfahren teilnehmenden Institutionen vorliegen.

Wie einer Pressemitteilung zu entnehmen war, ist der Gemeinsame Bundesausschuss bemüht, mit hohem Zeitdruck die Richtlinie bis zum Jahresende in ihrer Endfassung zu veröffentlichen.

Erst danach wird man mit der Erarbeitung der Empfehlungen nach § 132d beginnen können. Auch für diese Regelung werden erfahrungsgemäß weitere Monate ins Land gehen, so dass m.E. voraussichtlich im Sommer des kommenden Jahres mit den ersten Vertragsabschlüssen zu rechnen ist.

Zum Entwurf der Richtlinie zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Wie ich bereits ausführte, liegt die sog. **SAPV-Richtlinie** vom Gemeinsamen Bundesausschuss vor, in der die Leistungsinhalte zur **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung** konkretisiert werden.

Sie können diese nachlesen unter www.g-ba.de.

Uneingeschränkt zu teilen sind m.E. die **Ziele und Anspruchsvoraussetzungen**.

Bei den **Anforderungen** an die Erkrankungen wird glücklicherweise auf einen Katalog von Erkrankungen verzichtet, sondern eine Definition von „nicht heilbar, fortschreitend und weit fortgeschritten“ vorgenommen.

Ebenso wird definiert, was unter **besonders aufwändiger Versorgung** zu verstehen ist. Es muss sich nämlich um ein komplexes Symptomgeschehen handeln, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbes. zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt.

Von besonderer Bedeutung sind m.E. **Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung**, wobei ich betonen möchte, dass diese Leistung ausschließlich durch Leistungserbringer nach § 132d – das heißt die neu zu bildenden Palliative Care Teams - erbracht werden soll.

Dazu heißt es, dass sie stufenweise, intermittierend oder durchgängig erbracht wird, soweit die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht.

Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als Beratungsleistung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützende Teilleistung oder vollständige Versorgung erbracht werden.

Dann folgt der lange Katalog der **Inhalte der Palliativversorgung**, zu denen gehören:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizhelfern im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderer Maßnahmen
- apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z.B. Medikamentenpumpe)
- palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern
- spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreichen.
- Führung eines individuellen Behandlungsplans rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschl. Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod
- spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung
- psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z.B. Seelsorge Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten
- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen - Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

§ 6 regelt die **Zusammenarbeit der Leistungserbringer**, zu der entsprechende verbindliche Kooperationsvereinbarungen, z.B. mit Hospizdiensten, zu treffen sind, um die notwendige Koordination und zeitnah Informationen aller Beteiligten sicherstellen zu können.

Vernetztes Arbeiten ist innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, psychotherapeutischer, psychologischer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.

Schließlich wird regelt, wer die Leistung **verordnen** darf und wie die **Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse erfolgen soll**.

Zu § 132d

Zu § 132d ist besonders hervorzuheben, dass diese Leistung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist, weil es sich um eine ärztliche und pflegerische Komplexleistung einschließlich von Koordinierungsanteilen handelt, die über Leistungsart und –umfang der vertragsärztlichen Versorgung hinausgeht.

Diese Leistung ist daher in dieser Weise bisher nicht erbracht und nicht vergütet worden.

Um an bereits bestehende Strukturen anknüpfen zu können, können alle bereits existierenden Leistungserbringer (z.B. Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Pflegedienste, Krankenhäuser, Hospize, Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI) in diesem neuen Leistungssegment tätig werden, wenn sie die Anforderungen an die Leistungserbringung durch entsprechende vertragliche Regelungen erfüllen.

Die Verträge sind nur in dem Umfang abzuschließen, wie sie für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind, ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht somit nicht.

Die vertraglich gebundenen Leistungserbringer haben primär die Aufgaben; die SAPV zu erbringen. Sie können jedoch auch für andere im Bereich der Palliativmedizin tätige Leistungserbringer beratend tätig werden und tragen somit insgesamt zur Qualitätssicherung der palliativmedizinischen Versorgung bei.

Ansonsten müssen zunächst die Empfehlungen abgewartet werden, in denen die sächlichen und personellen Anforderungen, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung und Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV festgelegt werden.

In der Begründung des Gesetzes wird an dieser Stelle das in NRW bereits erprobte 'Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung' herangezogen. Hier war bei einer Teamgröße von 8 Vollzeitkräften ein Bedarf von einem Versorgungsteam auf 250.000 Versicherte angenommen worden. Diese Größenordnung könne als Anhaltspunkt für eine bedarfsgerechte Versorgung angesehen werden.

Zur Berliner Situation

Zur Entwicklung der Hospize und Palliativmedizin und deren Strukturen

Ende der 80er Jahre ist der erste ambulante Hospizdienst errichtet worden.

Heute gibt es **16** von den Krankenkassen **geförderte Hospizdienste** und 2 ohne Förderung.

2 Hospizdienste sind auf die Begleitung von sterbenden Kindern und ihren Familien ausgerichtet.

Allein in den geförderten Hospizdiensten sind weit über **900 ehrenamtliche Hospizhelferinnen und -helfer tätig!**

1 weiterer Hospizdienst betreut Sterbende in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.

2 Hospizdienste sind in Krankenhäusern tätig.

Die erste **Palliativstation** entstand zu Beginn der 90er Jahre im damaligen Krankenhaus Spandau im Rahmen eines Bundesmodellprogramms.

Heute gibt es **4 Palliativstationen mit insgesamt 37 Betten.**

Ihr weiterer Ausbau ist durch die Einführung der DRG ins Stocken geraten, weil man deren Auswirkungen auf diesen Leistungskomplex bisher nicht abschätzen konnte.

Im Jahr 1998 wurde das **erste Hospizkonzept** verabschiedet und das erste stationäre Hospiz errichtet.

Heute verfügen wir über **9 stationäre Hospize mit insgesamt 129 Plätzen** - eines davon ist ein Kinderhospiz.

Nach heutigem Kenntnisstand werden mindestens 2 weitere Hospize geplant.

Die **Zentrale Anlaufstelle Hospiz** hat im Oktober ihr 10-jähriges Bestehen gefeiert. Hier finden Betroffenen, Interessierte aber auch Gesundheits- und Sozialeinrichtungen umfassende Beratung und Informationen rund um die Themen Sterben, Tod und Trauer.

Im ambulant ärztlichen Bereich verfügt Berlin mit dem seit 1992 bestehenden **Home Care Projekt**, das aus **21 in der Regel onkologischen Schwerpunktpraxen** mit je einem angestellten Home Care-Arzt besteht, über ein spezialisiertes Versorgungssystem. Bisher war dieses Projekt nur auf die palliativmedizinische Versorgung von Tumorpatienten ausgerichtet. Ich gehe davon aus, dass Ihnen dieses Projekt bekannt ist und ich es Ihnen nicht näher vorstellen muss.

Der Vollständigkeit halber nenne ich an dieser Stelle auch das **spezialisierte Versorgungsangebot für HIV- und Aidspatienten** mit speziellen Aidspraxen und Pflegediensten. Mir ist nicht bekannt, inwieweit diese Zielgruppe auch unter die neue Regelung fallen wird.

Im ambulanten Pflegesektor hat Berlin mit **weit über 400 Pflegediensten** ein ausreichendes Angebot – man kann sagen - eher ein Überangebot, wobei nicht jeder dieser Dienste über einen Vertrag nach SGB V und SGB XI verfügt.

Da das Land an der Vertragsgestaltung nach SGB V nicht beteiligt ist, haben wir über diesen Bereich am wenigsten Kenntnisse in Bezug auf die palliativpflegerische Versorgung. Wir wissen nur, dass ca. 30 Pflegedienste bereits jetzt eng mit den Home Care-Ärzten kooperieren, so dass man diesen Diensten zumindest unterstellen muss, über entsprechende fachliche Kompetenzen zu verfügen. Inwieweit die Voraussetzungen nach § 132d erfüllt werden, bleibt abzuwarten.

Runder Tisch Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin

Im Jahr 2005 wurde das **Hospizkonzept** fortgeschrieben und als wichtigstes Ergebnis der **Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin** gegründet.

Ggf. Hinweis auf Internetseite unseres Hauses bzw. Pflegeportal unter berlin.de, wo das Hospizkonzept zu finden ist.

Durch ihn sollen Aktivitäten gebündelt, ihre Transparenz erhöht und die gesundheitliche und pflegerische Versorgung unter den Aspekten Bedarfsnotwendigkeit, Zugänglichkeit, Bürgernähe und Qualitätssicherung in der palliativen und hospizlichen Versorgung optimiert werden.

Er besteht aus ca. 35 Mitgliedern: Vertreterinnen und Vertretern der Politik (SenIAS, SenGUV, Fraktionen des Abgeordnetenhauses), aus den die Interessen der Hospize und Palliativversorgung vertretenden Organisationen (Landesarbeitsgemeinschaft, PalliativZentrum Berlin-Brandenburg, Home Care Berlin e.V. und Zentrale Anlaufstelle Hospiz), der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Berliner Krankenhausgesellschaft, der Wohlfahrtsverbände und privaten Pflegeverbände, der Berufsverbände sowie einer Weiterbildungseinrichtung und der Patientenbeauftragten.

Der Runde Tisch hat bisher zweimal getagt. In der letzten Sitzung hat er sich mit der Neuregelung zur SAPV beschäftigt. Hierzu wurde der Teilnehmerkreis um den Verband der Hausärzte erweitert, um deren Belange bei der Umsetzung ebenfalls berücksichtigen zu können.

In zwei Beiträgen aus der Praxis wurden interessante Umsetzungsmodelle vorgestellt. Im Ergebnis der Diskussion wurde eine Arbeitsgruppe gegründet. Sie beschäftigt sich mit der konkreten Umsetzung des SAPV in Berlin und wird dem Runden Tisch zu gegebener Zeit eine Empfehlung unterbreiten.

Die AG besteht aus 15 Mitgliedern. Ihre Zusammensetzung ermöglicht es, die Interessen einer großen Zahl von ambulanten, stationären Einrichtungen, der Krankenkassen sowie ehrenamtlicher Strukturen an der Gestaltung der neuen Umsetzung zu beteiligen.

Umsetzungsziele

Auf der Grundlage der Richtlinie und den ausstehenden Empfehlungen soll, basierend auf den bestehenden Versorgungsstrukturen in Berlin ein flächendeckendes, vernetztes und von interdisziplinärer Zusammenarbeit geprägtes Versorgungskonzept entwickelt werden.

Hierzu verfügt Berlin im Gegensatz zu manch anderem Bundesland über eine gute Ausgangssituation.

Bei der Überführung in rechtlich saubere und vor allem vertragsfähige Strukturen wollen wir, dass die Zusammenarbeit der Dienste und Berufsgruppen und die flexible Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten nicht verloren gehen. D.h. unter anderem, wir werden schauen, dass die Ärzte, Pflegedienste und Hospizdienste, die jetzt schon gut zusammenarbeiten, in die Lage versetzt werden, auch zukünftig Partner der Kostenträger zu sein und weiterhin für die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender Verantwortung übernehmen.

Voraussetzung dafür sind qualitative Standards, die sich bisher in der Palliativversorgung etabliert haben. So wollen wir unbedingt dazu beitragen und die große Chance des Gesetzes nutzen, dass die bisherigen, gut funktionierenden Kooperations- und Betreuungsmodelle nicht zerrieben werden, wenn sie möglicherweise von den Kassen eher in einen Kosten- als einen Qualitätswettbewerb gedrängt werden.

Bedarf an spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

2 Rechenmodelle

Bedingt durch unser großstädtisches Ballungsgebiet, müssen wir, sobald die Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 vorliegen, genau abwägen, wie sich der Bedarf in Berlin darstellen wird.

Zurzeit können wir anhand der aktuellen Mortalitätsstatistik und der empfohlenen 10 % Anspruchsberechtigten auf SAPV durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin die Zahl der insgesamt Anspruchsberechtigten errechnen und diese nach Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen differenzieren.

10 % der **31.523 Sterbefälle** im Jahr 2006 ergeben ca. **3.150 Versicherte mit Anspruch auf SAPV**.

Davon sind im Alter von 1 – 19 Jahren insgesamt 87 Sterbefälle zu berücksichtigen, d.h. 9 Patienten dieser Altersgruppe hätten Anspruch auf eine SAPV.

Betrachtet man die Sterbefälle nach den Hauptdiagnosegruppen, so ergibt sich folgende Rangfolge:

1. Krankheiten des Kreislaufsystems mit 12.155 Sterbefällen
2. Neubildungen (8.291), darunter die bösartigen Neubildungen mit insgesamt 8.095 Sterbefällen
3. Krankheiten des Atmungssystems mit 2.293 Sterbefällen
4. Krankheiten des Verdauungssystems mit 1.581 Sterbefällen
5. Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit 1.029 Sterbefällen

Berücksichtigen wir je 10 % nur dieser 5 Hauptdiagnosegruppen so ergeben sich allein rd. 2.500 Anspruchsberechtigte.

Eine andere Rechnung lässt sich auf der Grundlage des bereits zitierten NRW-Programms anstellen:

Berlin hat ca. 3.400.000 Einwohner. Sollte auch in Berlin 1 PCT (mit 8 Vollzeitstellen) auf 250.000 EW etabliert werden, so bedeutet das nur etwa **13 – 14 PCT**.

Sie können daraus ableiten, dass für diesen neuen Leistungsanspruch nur sehr wenige hochqualifizierte neue Versorgungsstrukturen notwendig sein werden, ja – betrachtet an dem schon Vorhandenen – haben wir bereits jetzt eine Überversorgung!

Ich möchte aber noch einmal betonen, dass wir heute noch keine Entscheidungen treffen können, sondern erst die Empfehlungen auf Bundesebene abwarten müssen.

Dabei scheint es mir wichtig zu sein, noch einmal zu betonen, dass durch das Gesetz erstmals zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung unterschieden wird.

Wir, aber insbesondere die Leistungserbringer, sind daher aufgerufen, neben der neuen spezialisierten ambulanten Palliativversorgung insbesondere auch eine qualifizierte allgemeine Palliativversorgung zu gewährleisten.

Auch hierzu, glaube ich, gibt es noch viel zu tun.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!