

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung



Dr. Elisabeth Albrecht



Dr. Max Kaplan

Jede neue Spezialisierung kennt das Problem der Differenzierung zwischen Allgemeinwissen sowie den nachweislich nützlichen Erkenntnissen durch das entstehende Fachgebiet. Gerade die Linderung von Leiden ist älteste ärztliche Aufgabe. Nun schafft das gerade verabschiedete Gesundheitsreformgesetz einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Diese kann nur in enger Zusammenarbeit mit den Hausärzten aufgebaut werden, welche weiterhin den größten Teil der palliativen Betreuung im häuslichen Umfeld übernehmen werden.

Was steht im Wettbewerbs-Stärkungsgesetz? ^{1,2}

Seit Jahren besteht das Problem, dass Palliativmedizin als Spezialisierung gerade im ambulanten Bereich nicht von den gesetzlichen Krankenkassen gesondert honoriert werden konnte, da die Versorgung palliativer Patienten als Teil der hausärztlichen Leistung gesehen wurde. Dies trifft zwar für die allgemeine Betreuung zu, hat jedoch den Aufbau einer spezialisierten Versorgung behindert, und dies gerade in dem Bereich, der eigentlich Schwerpunkt der Palliativmedizin sein sollte, nämlich im häuslichen Umfeld. Dies wurde nun geändert: Die Gesetzesänderung schafft einen Anspruch des Patienten auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Darunter ist eine

¹ GKV-Wettbewerbs-Stärkungsgesetz §§ 37 b, 132 d Sozialgesetzbuch V.

² Ausführungen im Rahmen der Expertengespräche zur Entwicklung eines Konzeptes für ein abgestuftes und vernetztes Versorgungssystem zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender in Bayern, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.

³ Gutachten zur Palliativmedizin und Hospizarbeit im Auftrag der Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ Februar 2005; www.dgpalliativmedizin.de/pdf/Gutachten%20Jaspers-Schindler%20endfassung%2050209.pdf; WHO: Palliative Care: The solid Facts, 2004. www.euro.who.int/document/E82931.pdf

Komplexleistung aus palliativer ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit sowie die Koordination des Betreuungsnetzes gemeint. Sie kann von ambulanten Palliative Care Teams durchgeführt werden und darf auch in Alten- und Pflegeheimen zusätzlich zur dort bereits geleisteten Pflege erbracht werden.

Den Bedarf schätzt der Gesetzgeber auf etwa zehn Prozent aller Sterbenden. Da es sich um einen zusätzlich geschaffenen Leistungsanspruch handelt, der überwiegend Patienten betrifft, die derzeit stationär eingewiesen werden müssen, aber durch eine intensiviertere ambulante Betreuung im gewohnten Umfeld bleiben könnten, ist konsequenterweise hierfür eine zusätzliche Finanzierung geschaffen worden.

Als mögliche Träger solcher Teams kommen zum Beispiel niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, Pflegeheime, Hospize in Frage. Bei der flächendeckenden Entwicklung dieser mobilen Palliativteams sollen gewachsene Strukturen berücksichtigt werden. Die psychosoziale Stützung der Patienten und Familien bleibt weiterhin Aufgabe der Hospizvereine, mit denen eine enge Kooperation gefordert wird.

Die Palliativteams werden auf ärztliche Anordnung hin zugezogen. Sie können dann die Patienten mitbetreuen oder auch die Primärversorger beraten. Für die Patienten bedeutet dies eine zusätzliche Absicherung im Notfall, da die Teams eine interne 24-Stunden-Rufbe-

reitschaft gewähren müssen. Nähere Ausführungsbestimmungen werden durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) im Laufe des Jahres festgelegt.

Schritte bei der Realisierung

Die Gesetzesänderung schafft endlich die Grundlage, Entwicklungen auf dem Gebiet von Palliative Care voranzutreiben, die im europäischen und amerikanischen Ausland bereits deutlich weiter vorangekommen sind ³. Wie soll man aber eine solche Versorgung auf- und ausbauen?

Zunächst stellt sich die Frage, welche palliative Betreuung derzeit ambulant geleistet wird. Im Rahmen der Expertengespräche, die zum Thema Palliativmedizin und Hospizarbeit regelmäßig vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen einberufen werden, ist festgestellt worden:

- Die palliative Versorgung wird derzeit von Hausärzten und Pflegediensten durchgeführt. Diese zeitaufwändige und belastende Arbeit wird in beiden Berufsgruppen nicht ausreichend honoriert.
- Eine explizite Aus- oder Weiterbildung in Palliative Care ist noch nicht in die Pflicht-Curricula der beteiligten Berufsgruppen integriert.

Appell

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Die allgemeine Palliativmedizin gehört wie bisher federführend in die Hände der Hausärzte – allerdings nicht als Ehrenamt und verbessert durch Wissensvermittlung. Um alle Ärzte mit diesem zentralen Thema ihres Berufes vertraut zu machen, sollte das Medizinstudium stärker als bisher Themen aus der Palliativmedizin berücksichtigen, etwa den natürlichen Sterbeprozess, Kontrolle der wichtigsten Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, ethisch-rechtliche Fragestellungen, Fragen zur Familiendynamik, zum Einfluss spiritueller Probleme. So wie es im stationären Bereich bereits spezialisierte Einrichtungen für komplexe palliativmedizinische Situationen gibt, nämlich Palliativstationen und stationäre Hospize, so können dank der Gesetzesänderung nun auch aufsuchende spezialisierte Palliativteams aufgebaut werden. Hoffentlich können sie bald flächendeckend hinzugezogen werden – zur Unterstützung der Hausärzte und Pflegedienste und als das, was den Betroffenen und ihren Familien noch geboten werden kann: als bestmögliche Entlastung, um wertvolle Zeit trotz schwerster Krankheit in Geborgenheit ertragen, vielleicht sogar gestalten zu können.

- Es besteht ein wachsendes Weiterbildungsangebot durch die Hospizakademien (München, Nürnberg, Würzburg, Bamberg) sowie weiteren Anbietern. Somit werden laufend interessierte Pflegekräfte und Ärzte qualifiziert, wobei es für Betroffene bisher kaum Informationsmöglichkeit gibt, um derartige Fachkräfte ausfindig zu machen.
- Gut entwickelt sind die Hospizvereine und -initiativen (insgesamt 128, davon werden 46 nach § 39 a Sozialgesetzbuch V gefördert).
- Vereinzelt gibt es bereits Modelle zur ambulanten spezialisierten Palliativversorgung.

Als ersten wichtigen Schritt gilt es also, das ärztliche Angebot an ambulanter Palliativmedizin in Quantität und Qualität sowie das Interesse an diesbezüglicher Weiterbildung zu erfassen sowie gleichzeitig die Erlaubnis einzuholen, die gewonnenen Daten bei Anfragen weiterzugeben. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns wird einen entsprechenden Fragebogen ent-

wickeln, der über die Quartalsabrechnung allen Niedergelassenen zugestellt und – hoffentlich – beantwortet wird.

Das weitere Vorgehen teilt sich in zwei Aufgaben: der Förderung der allgemeinen Palliativversorgung sowie der Etablierung der spezialisierten mobilen Palliativteams.

Allgemeine Palliativversorgung

Die wichtigste Maßnahme zugunsten der Betroffenen besteht darin, die Arbeit von Hausärzten und Pflegediensten fachlich und finanziell zu fördern. An den Universitäten sollte nach Vorbild der Ludwig-Maximilians-Universität München palliativmedizinisches Know-how ins Curriculum integriert werden. Innerhalb der jetzt tätigen Ärzteschaft bestehen naturgemäß Unterschiede in der Kompetenz in Palliativmedizin. Hier sollte das Angebot zur Weiterbildung weiter ausgebaut werden. Bewährt hat sich bereits ein 40-Stunden-Kurs, der bundesweit für Ärzte angeboten wird (nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.), aber auch Module zum Beispiel innerhalb der strukturierten hausärztlichen Fortbildung und Kompetenzerhaltung (SHFK) sind vorstellbar. Dadurch ist gewährleistet, dass der durch seine Facharztweiterbildung für die palliativmedizinische Versorgung qualifizierte Hausarzt seine fachliche Kompetenz erhält und aktualisiert.

Ein niedergelassener Arzt ist darauf angewiesen, wirtschaftlich sinnvolle Leistungen zu erbringen. Derzeit stellt eine Erhöhung der Quote

an Schwerstkranken einen wirtschaftlichen Risikofaktor dar. Wer eine qualitative Anhebung der palliativen Allgemeinversorgung fordert – und das ist die wichtigste Voraussetzung für die spezialisierte ambulante Palliativmedizin –, muss die faire Bezahlung dieser Tätigkeit gewährleisten. Ein mögliches Instrument dafür ist ein Strukturvertrag, der verhindert, dass der zeitliche und fachliche Mehraufwand für Palliativpatienten auf Grund der Budgetierung nicht adäquat finanziert wird.

Spezialisierte mobile Palliativteams

Die wenigen in Bayern existierenden Modelle, welche sich über Spenden und teilweise durch Verträge über die Integrierte Versorgung finanzieren, zeigen eine große strukturelle Varianz und liefern damit bereits den Beweis, dass es wohl viele Wege zum gemeinsamen Ziel gibt. Die Erkenntnisse aus diesen Modellen werden helfen, die Tätigkeit mobiler Dienste in Bayern aufzubauen, allerdings müssen erst die Vorgaben durch den GB-A abgewartet werden.

Fest steht, dass es in naher Zukunft einen hohen Bedarf an Palliative-Care-Pflegekräften (160-Stunden-Kurs) sowie Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ geben wird. Deshalb müssen nun die Aus- und Fortbildungskapazitäten ausgebaut werden.

Dr. Elisabeth Albrecht, Internistin, Dollingerstraße 9, 93049 Regensburg, und Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer

Hausarztverein und Hospizverein verbessern palliative Versorgung

Um die ambulante Versorgung Schwerstkranker zu verbessern, haben der Verein „Hausärzte Erlangen und Umgebung“ und der Hospizverein Erlangen mit Unterstützung der Bayerischen Stiftung Hospiz zum 1. Februar einen besonderen Vertrag geschlossen. Die Bayerische Stiftung Hospiz fördert das Modell mit 17 000 Euro und die Beatrice-Fritsch-Stiftung, eine Unterstiftung der Bayerischen Stiftung Hospiz, fördert das Modell mit weiteren 8000 Euro.

Die durch die Vereinbarung ins Leben gerufene vernetzte ganzheitliche Intensiv- und Hospizversorgung ist für Versicherte aller Krankenkassen gedacht, die an einer unheilbaren Erkrankung in einem fortgeschrittenen Stadium leiden und die Symptome auf physischer, psychischer oder psychosozialer Ebene haben, teilten der Vorsitzende der Hausärzte Erlangen und Umgebung, Dr. Jürgen Binder und die Vorsitzende des Hospizverein Erlangen, Dr. Brigitte Hoffmann, mit. Jeder Patient in einer solchen Situation könnte vom teilnehmenden Hausarzt in die vernetzte ambulante palliativ-hospizliche Versorgung aufgenommen werden.