



Rede

von

Frau RDin Maria Weigand

anlässlich der

8. Fachtagung der Bayerischen Stiftung Hospiz

Thema: *"Spezialisierte ambulante Palliativversorgung -
das haben wir doch schon immer gemacht!?"*

Schloss Schney, den 18.11.2008

Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Es gilt das gesprochene Wort

Sehr geehrter Herr Dr. Binsack,
sehr geehrter Herr Dr. Rösch,
liebe Hospizhelferinnen und Helfer,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

Einleitung

„**spezialisierte ambulante Palliativversorgung – das haben wir doch schon immer gemacht!?**“.

So oder so ähnlich klingt es zur Zeit bei Vielen, die sich im Bereich der Palliativversorgung betätigen.

Dass dem nicht so ist, und sich die Strukturen für eine **spezialisierte ambulante** Palliativversorgung weitgehend erst entwickeln müssen, möchte ich Ihnen nachfolgend erläutern.

Problematisch sind vor allem zwei Punkte:

1. Wann handelt es sich um **spezialisierte** Palliativversorgung?
2. Und wann kann eigentlich noch von **ambulanter**, d.h. häuslicher, Versorgung gesprochen werden?

Dazu später mehr.

- Anrede,**
- Palliativ-Versorgung** dass die **Palliativmedizin und die Palliativpflege** ganz allgemein an Bedeutung gewinnen, ist gut und richtig.
- Wir brauchen qualifizierte Ärzte und Pflegekräfte, die sich mit Schmerzversorgung auskennen und sich auch mental auf die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen vorbereitet haben. Dies gilt besonders für den **ambulant**en Bereich der Palliativversorgung. Denn die Menschen wollen vor allem eines: **Am Lebensende in ihrer vertrauten Umgebung bleiben. Zu Hause sterben zu dürfen darf kein Privileg für einige Wenige sein.**
- Palliativ-Ärzte** Derzeit haben wir in Bayern **rund 30 niedergelassene Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“**, hier ist also noch erheblicher ungedeckter Bedarf vorhanden.
- Palliativ-Pflege** Die **ambulante pflegerische Versorgung im Bereich Palliative Care** sieht dagegen besser aus.

Die Zahl der Fort- und Weiterbildungen ist in diesem Bereich auf einem guten Niveau. Allein im Bereich der Altenhilfe haben wir 2007 17 und 2008 25 Fortbildungsveranstaltungen zur Weiterbildung in Palliative Care gefördert.

Anrede,

SAPV

mit der Einführung des § 37b SGB V, der **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)**, in die gesetzliche Krankenversicherung, ist ein erstes wichtiges Ziel mit ganz maßgeblicher Unterstützung Bayerns erreicht worden.

Ziel der SAPV

Ziel der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung soll es nach der Gesetzesbegründung ausdrücklich sein, „dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben“.

Bedeutung der Hospizarbeit

Dass dieses Ziel nur **in Zusammenarbeit mit den Hospizdiensten und der ehrenamtlichen Hospiz-**

arbeit zu verwirklichen ist, hat der Gesetzgeber unverrückbar im Gesetz festgeschrieben und ist unbestritten („integrativer Ansatz“, § 37 Abs. 3 Nr. 2 SGB V), auch wenn in der von Interessen – vornehmlich ökonomischen – bestimmten Praxis die Gefahr besteht, dass der „medizinische Komplex“ sich diesen Bereich am liebsten alleine einverleiben würde.

Konkretisierung der SAPV zieht sich hin

Die Konkretisierung und Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zieht sich aber, zum Leidwesen der Betroffenen und der regionalen Palliativ-Projekte, weiter in die Länge.

Zwar: Richtlinie des G-BA sowie Empfehlungen

Zwar ist seit Anfang dieses Jahres die **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)** in Kraft und sind seit Juli auch die **Empfehlungen der Spitzenverbände** (nach § 132d SGB V) veröffentlicht.

Aber:

Die **Frage der Rahmenvertragsgestaltung** für Verträge mit den Kassen und die entscheidende **Frage der Vergütung der Leistungen der spezialisierten**

ambulanten Palliativversorgung, sind aber nach wie vor offen. Die Kassen arbeiten nach eigenen Angaben mit Hochdruck an der Entwicklung von gemeinsamen, d.h. für alle Kassen und Kassenarten geltenden, Rahmenverträgen zur SAPV. Das hat den großen Vorteil, dass die Palliative Care Teams später nicht mit jeder einzelnen Kasse einen Vertrag schließen, sondern nur einen Vertrag, der dann für alle Kassen gilt. Wie Sie wissen, schließen die Leistungserbringer hier direkt Verträge. Die KV ist nicht dazwischen geschaltet auch wenn sie zugesagt hat, die Vertragsverhandlungen für Ihre Mitglieder zu unterstützen. Nachdem es zunächst hieß, dass erste Verträge noch im November geschlossen werden könnten, sieht es derzeit so aus, als ob die ersten SAPV Verträge wohl **nicht vor Anfang 2009** geschlossen werden dürften.

Kritik an mangelnder Konkretisierung

Die **Richtlinie des G-BA und die Empfehlungen der Spitzenverbände haben auch Kritik auf sich gezogen**, da sie wenig griffig sind und auf echte

Konkretisierungen offener Regelungsbereiche verzichten.

Keine Übergangsregelungen

Bei den personellen Anforderungen **fehlen z.B. Übergangsregelungen hinsichtlich der Qualifikation** der Leistungserbringer – der Ärzte und Pflegekräfte.

Wer die **Qualifikations-Latte** aber von Anfang an derart hoch anlegt, der darf sich nicht wundern, wenn es lange dauert bis jemand diese überspringt.

Der zügigen Bereitstellung einer flächendeckenden spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind diese Anforderungen in den Empfehlungen jedenfalls nicht dienlich.

Beim Expertenkreis Hospiz- und Palliativversorgung letzte Woche, an dem auch Vertreter der Kassen teilgenommen haben, wurde der Forderung nach Übergangsregelungen Nachdruck verliehen.

Anrede,

Frage:

wann liegt aber nun spezialisierte ambulante Pallia-

tivversorgung vor?

§ 4 Richtlinie

Die **Richtlinie des G-BA** macht dazu **in § 4** verbindliche Vorgaben: Es bedarf einer **besonders aufwändigen Versorgung**, die nicht in den allgemeinen ambulanten Versorgungsformen im Palliativbereich – einschließlich der Leistungen eines ambulanten Hospizdienstes – möglich ist.

Komplexes Symptomgeschehen

Dies setzt ein „komplexes Symptomgeschehen“ voraus, dessen Behandlung besonderer palliativmedizinischer und / oder palliativpflegerischer Kenntnisse und Erfahrungen bedarf und ein interdisziplinär abgestimmtes Versorgungskonzept erfordert.

Der Palliativpatient, der eine SAPV braucht, verfügt also stets über eine in besonderer Weise **ausgeprägte Symptomatik**, z.B. über eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik, die mit den normalen Mitteln der Palliativmedizin und Pflege nicht in den Griff zu bekommen ist. Also Fälle, die bisher zwangsläufig stationär zu behandeln waren. In zahlreichen von der

Bayerischen Stiftung Hospiz geförderten sog. Ambulanten Palliativ-Care-Teams wurde bewiesen, das – soweit die Rahmenbedingungen es zulassen – auch schwere Symptome zu Hause behandelt werden können.

Ich merke immer wieder , dass die SAPV mit einer besseren Basisversorgung verwechselt wird und davon ausgegangen wird, dass bei stärkerer Symptomatik nach wie vor eine stationäre Versorgung erforderlich ist. Das wird z.B. deutlich, wenn mit der SAPV durch eine Palliativstation die ambulante Betreuung zwischen den stationären Aufenthalten sichergestellt werden soll. Wenn der Patient in der Palliativstation eingestellt wurde und bei erneuten Komplikationen wieder eingewiesen werden soll, dann ist die Betreuung dazwischen der Basisversorgung zuzurechnen.

Anrede!

ambulante Versorgung

bei der **SAPV** geht es darum, die häusliche Versorgung sterbender Menschen zu ermöglichen, damit sie ihr Leben **im vertrauten zu Hause** beenden können,

auch wenn sie einer besonders aufwändigen Palliativversorgung bedürfen. Klar ist, dass im ambulanten Bereich solche Strukturen bislang noch fehlen. Wenn der Satz „das haben wir doch schon immer gemacht“ zutreffen würde, stellt sich die Frage, wieso derzeit 80 bis 90 Prozent der Menschen im Krankenhaus und im Alten- und Pflegeheim versterben.

Denn – seien wir ehrlich – die Leistungsanreize gerade für Hausärzte, die sich in der Vergangenheit um sterbende Menschen kümmern wollten, waren nicht vorhanden. **Teilweise wurde ein ärztliches Engagement sogar durch die Vergütungssysteme noch bestraft.** Mir sind einige Fälle von Ärzten bekannt, deren Engagement für Sterbende sie an die physischen und finanziellen Grenzen gebracht hat.

Die SAPV bietet hier die einmalige **Chance**, zumindest die spezialisierten ambulanten Palliativleistungen angemessen abrechnen zu können.

Basisversorgung

Eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung braucht aber eine Basis auf die sie aufbauen

kann. Für die **palliative Basisversorgung** müssen neue leistungsgerechte Vergütungssysteme erst entwickelt und umgesetzt werden. Dafür ist der **Einheitliche Bewertungsausschuss in Berlin** verantwortlich, der aus Vertretern der Kassenärzte und der Kassen besteht.

Erst vor Kurzem hat sich das Bayerische Sozialministerium und unsere ehemalige Staatsministerin Christa Stewens dort ganz massiv **für eine Verbesserung der Vergütung palliativer Basisleistungen eingesetzt.**

Wir denken, dass dieser Druck Bayerns aufrecht erhalten werden muss, auch wenn **der Bereich der Palliativmedizin nach der Kabinettsneubildung nun durch das Gesundheitsministerium** wahrgenommen wird. Sie haben von den Veränderungen sicher schon gehört. Wo letztlich die Grenze gezogen wird, ist derzeit noch offen. Wir gehen davon aus, dass der Hospizbereich im Sozialministerium bleibt. Das Referat Krankenversicherung und damit auch die

Palliativmedizin werden wohl in das Gesundheitsministerium wechseln. Sie können davon ausgehen, dass die Zusammenarbeit weiterhin reibungslos erfolgen wird.

Anrede!

Hospizidee und Palliativmedizin als Einheit

wenn es uns gelingt, die moderne **Palliativversorgung unter dem Dach und als Teil der Hospizidee** für die Menschen in Bayern weiter zu verbessern, dann ist auch der Wunsch nach einem „Sterben in Würde“ in der vertrauten Umgebung zu realisieren. Neun von zehn Menschen möchten zu Hause sterben, dort wo sie gelebt haben. Und wir haben die Chance mehr Menschen als bisher, diesen Wunsch zu erfüllen. Dazu ist ein **Miteinander** von ehrenamtlicher Hospizarbeit und moderner Palliativversorgung im ambulanten Bereich unverzichtbar.

Schluss

Ich möchte die Hospizidee auch in Zukunft als einen ganzheitlichen Ansatz verstehen, der sich auf vielfältige Weise für sterbende Menschen einsetzt. Ich hof-

fe, dass die SAPV hier künftig ein Erfolgsmodell wird und wieder ein humanes Sterben zu Hause und eine Lebensqualität bis zuletzt ermöglicht.

Vielen Dank!