



„Der Mensch braucht den Menschen“

Kann im Rheinland heute von einer „Palliativversorgung für alle“ gesprochen werden?

von Bülent Erdogan

Seit bald zehn Jahren haben schwerstkranke und sterbende GKV-Versicherte nach §§ 37b und 132d SGB V einen Anspruch auf eine Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), die es ihnen ermöglichen soll, die Sterbephase zu Hause zu verbringen, sofern es medizinisch, pflegerisch und psychosozial vertretbar ist und vom Patienten gewünscht wird.

Im Verbund mit der Palliativen Basisversorgung (PBV) im Rahmen der allgemeinen hausärztlichen Tätigkeit und der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) soll die SAPV die Palliativversorgung der gesetzlich Krankenversicherten nachhaltig

Die nordrheinweit 23 Teams der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) haben im Jahr 2015 rund 8.000 Sterbende in ihrer letzten Lebensphase betreut und begleitet. In der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung waren es mehr als 24.000 Menschen und in der Palliativmedizinischen Basisversorgung weitere circa 28.000.

Das große Bild links zeigt einen Kölner Klinikclown beim Besuch einer Dame in einem Seniorenheim. Die Kölner Klinikclowns gibt es seit 1995. Jeder Besuch beginnt mit der Frage: „Hallo, dürfen wir reinkommen?“
www.koelner-klinikclowns.de

Fotos:
Kölner Klinikclowns e. V. (linkes Bild)
Barcin/iStockphoto.com (rechtes Bild)



sicherstellen. Kann im Rheinland heute von einer „Palliativversorgung für alle“ gesprochen werden? Dieser Frage gingen Expertinnen und Experten von Ärztekammer Nordrhein und Kassenärztlicher Vereinigung (KV) Nordrhein und Alpha NRW (Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung) auf einer Veranstaltung im Dezember im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft nach. Eine Antwort, die das Symposium gab: seit April 2007 hat sich einiges zum Besseren verändert, doch der Weg ist beschwerlich – auch weil neue SAPV-Verträge künftig wahrscheinlich ausgeschrieben werden müssen.

Vergabekammer bremst SAPV aus

In der AAPV gibt es in Nordrhein derzeit 38 Versorgungsregionen mit etwa 1.500 Haus- und Fachärzten und 400 Qualifizierten Palliativärzten (QPÄ), sagte Dr. Heike Zimmermann, Referentin im Ressort Gesundheitspolitik der KV Nordrhein. Die Versorgung gestaltet sich regional unterschiedlich. So kümmern sich in Bad Honnef sechs Haus- und Fachärzte und zwei QPÄ um die Patienten. Die Versorgungsregion Essen steht Zimmermann zufolge mit 83 Haus- und Fachärzten und 13 QPÄ an der Spitze. Köln als größte Stadt in NRW ist in drei Versorgungsregionen aufgeteilt.

Die ersten SAPV-Teams im Rheinland nahmen ihre Arbeit im Jahr 2009 auf. Bis ins Jahr 2015 hinein stieg ihre Zahl auf 23. Dann, so Zimmermann, kam die 2. Vergabekammer des Bundes ins Spiel – und zu dem Schluss, dass die SAPV öffentlich auszuschreiben sei (VK 2-103/15 vom 23. November 2015). Das Oberlandesgericht Düsseldorf wies eine Beschwerde dagegen im Juni 2016 rechtskräftig zurück (VII-Verg 56/15). Seitdem herrscht also Stillstand. Weiße Flecken auf der SAPV-Landkarte sind weiterhin der Oberbergische Kreis, der Kreis Wesel und Mülheim an der Ruhr; Auswirkungen hatte die Entscheidung auch auf geplante SAPV-Teams im Kreis Euskirchen und dem Rhein-Kreis Neuss.

2015 wurden nach den Daten der KV von den nordrheinweit 23 SAPV-Teams etwas mehr als 8.000 Menschen betreut und begleitet. In der AAPV waren es 24.402 Menschen in der PBV circa 28.000. Die Zahl der Patienten in der PBV ist rückläufig. Im Gegensatz dazu zeigt der Trend für die AAPV und SAPV erfreulicherweise nach oben, erläuterte Zimmermann.

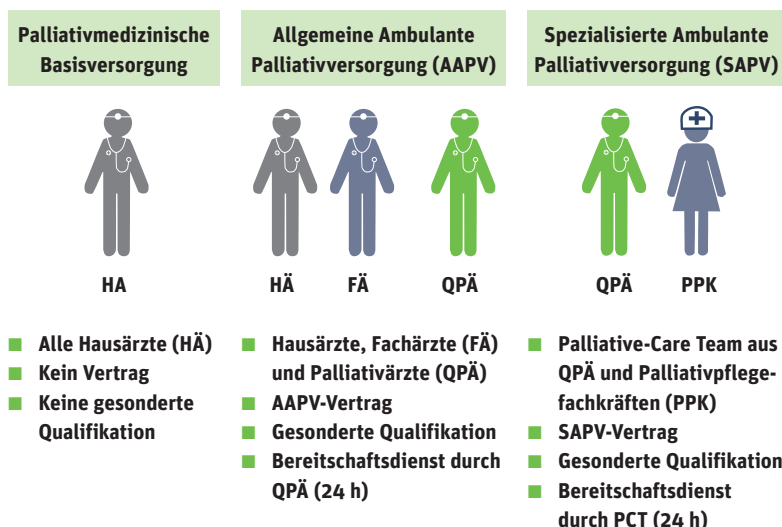
Für die AAPV stellte Achim Merling, stellvertretender Leiter der Vertragsabteilung der KV Nordrhein, einige Datenreihen aus der Erst- und Abschlussdokumentation der Verträge vor. Danach konnten etwa 57 Prozent der AAPV-Patienten zuhause oder im Pflegeheim versterben, weitere 22 Prozent verstarben in einem Hospiz. Etwa sechs von zehn Patienten verstarben infolge einer onkologischen Erkrankung. Einer von drei AAPV-Patienten verstarb laut Merling innerhalb von fünf Tagen nach Aufnahme in den Vertrag, innerhalb des ersten Monats waren es 54 Prozent. Die Hauptdiagnose bei den dokumentierten AAPV-Patien-

ten, die länger als zwölf Monate betreut wurden (3,9 Prozent), waren bösartige Neubildungen mit einem Anteil von 45 Prozent, gefolgt von Psychischen und Verhaltensstörungen mit 16 und Erkrankungen des Nervensystems mit neun Prozent. Aufgrund von Differenzen zwischen den Erst- und Abschlussdokumentationen sind die Zahlen mit Bedacht zu interpretieren, allerdings erlauben sie gleichwohl eine erste Bestandsaufnahme.

Palliation ist immer individuell

Hausärzte seien „mittlerweise sehr regelmäßig“ auch in Pflegeeinrichtungen aktiv, sagte Karl-Heinz Wagner, Koordinator der Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte des Netzwerks Palliativmedizin Essen. „Wenn von irgendwoher ein Hinweis kommt, dass ein palliativer Betreuungsbedarf bestehen könnte, gehen wir in der Regel dort hin und setzen uns zusammen.“ Grundlage für die Tätigkeit ist neben Handlungsempfehlungen für bestimmte Symptome und Situationen auch die Offenheit, in gemeinsamen, auch interprofessionellen Besprechungen die eigenen Prämissen und Verfahrensweisen immer wieder zu hinterfragen: „Kann das nicht auch alles anders sein? Haben wir uns vertan, die Situation falsch eingeschätzt? Gibt es andere Optionen?“ In diesem Zusammenhang müsse auch bei den von Pflegeheimen eingesetzten Checklisten, auf denen insbesondere der Wille der Pflegebedürftigen festgehalten wird, ein hoher Qualitätsstandard eingehalten werden. Checklisten seien ein hervorragendes Instrument, wenn sie

Ebenen der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein



Quelle: KV Nordrhein

von „Tag zu Tag und Mensch zu Mensch ganz einzigartig angepasst“ würden.

Generell, so Wagner, befänden sich Palliativärzte in der paradoxen Situation, „Einzigartigkeit zu organisieren“: Auf der einen Seite habe man die jeweils spezifische Situation des Sterbenden zu berücksichtigen – auf der anderen Seite sei die Zielsetzung, die Qualität der medizinisch-pflegerischen Versorgung durch die Entwicklung einrichtungsübergreifender Standards flächendeckend anzuheben. Vieles sei in den Heimen besser geworden, allerdings sei in manchen Einrichtungen weiterhin ein großer persönlicher Einsatz notwendig, um die Situation so zu gestalten, „dass es erträglich bleibt“, sagte der Essener Haus- und Palliativarzt.

Die Situation stelle sich sehr unterschiedlich dar, sagte auch Dr. Thomas Joist, Geschäftsführer des SAPV-Teams Köln rechtsrheinisch. Manchmal müsse eine Aushilfs-Pflegeschwester einspringen, die im Zweifel letztlich eine Krankenhausaufweisung veranlasse, auch wenn der Pflegebedürftige diese in der Verfügung abgelehnt habe. In anderen Fällen sei sogar eine SAPV nicht mehr notwendig, weil feste Hausärzte 24-Stundendienste im Rahmen der AAPV organisiert hätten. Man müsse das Bewusstsein dafür schaffen, „dass das Leiden nicht aufhört, nur weil man die Tür zum Pflegezimmer“ hinter sich schließe. „Der Mensch braucht am Lebensende den Menschen, in irgendeiner Form. Und wenn das Ehrenamtliche sind, die in einem Netzwerk der SAPV organisiert werden können – oder von den Heimen. Hauptsache, es ist jemand da, das ist das Entscheidende“, sagte der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Palliativmedizin und Spezielle Schmerztherapie.

Teams kennen ihre Patienten gut

Statistisch werde jeder Heimbewohner einmal im Jahr ins Krankenhaus eingewiesen. Dort, wo AAPV- und SAPV-Netzwerke aktiv seien, sinke „die Einweisungsraten dramatisch, weil die Patienten bekannt sind“. So dokumentierten die Palliativ-Netzwerke den Versorgungsverlauf intensiv. Nach den Worten von Joist ist das mit den bisher vorhandenen Checklisten, wie sie manches Pflegeheim entwickelt hat, so nicht möglich.

Joist warnte davor, Kollegen im KV-Notdienst mit Entscheidungen über Patienten in palliativer Situation zu überfordern: „Ich kenne Patienten, die haben fünf Minuten vor ihrem Tod noch ihre Meinung geändert.“ Auch habe sich sein SAPV-Team, trotz vorliegender Patientenverfügung und Zustimmung des Bevollmächtigten, einmal mit der Androhung einer Klage seitens der Angehörigen eines Patienten konfrontiert gesehen, weil man keine Maximalversorgung in die Wege geleitet habe. Einem Arzt im Notdienst zuzumuten, solch schwierige Entscheidungen innerhalb von wenigen Minuten zu treffen, hält Joist nicht für richtig. **RA**



Foto: weseetheworld/fotolia.com

Dreistufiges System

PBV:

Die Palliativmedizinische Basisversorgung ist allen Hausärzten im Rahmen ihrer normalen Tätigkeit möglich, eine besondere Qualifikation oder die Teilnahme an einem Vertrag ist nicht notwendig.

sind sogenannte Palliative-Care-Teams (PCT) aus qualifizierten Palliativärzten und Palliativpflegekräften, die Kooperation mit einer spezialisierten Apotheke und einem Hospizdienst sowie die 24-Stunden-Rufbereitschaft durch das PCT.

AAPV:

Die Allgemeine ambulante Palliativversorgung richtet sich an Haus- wie Fachärzte und wird ergänzt um Qualifizierte Palliativärzte (QPÄ); Voraussetzung ist die Teilnahme am Basiskurs Palliativmedizin im Umfang von 40 Stunden und die kontinuierliche Teilnahme an Fortbildungen. QPÄ haben die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin absolviert. Die AAPV sieht eine ärztlich koordinierte, 24-stündige Rufbereitschaft vor, eine detaillierte Aufnahme- wie Abschlussdokumentation und gemeinsame Fallbesprechungen und Konsile der Kooperationspartner (Hospizvereine, Hospize bzw. ambulante Hospizdienste, Psycho-soziale Betreuungsangebote, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, SAPV-Team oder vergleichbare Strukturen oder die Selbsthilfe oder Seelsorger).

Kooperationsverträge mit Heimen

Mit dem 2015 in Kraft getretenen Hospiz- und Palliativgesetz ist der Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung erweitert worden: Pflegeheime sind verpflichtet, mit Haus- und Fachärzten Kooperationsverträge abzuschließen. Ärztinnen und Ärzte, die sich daran beteiligen, erhalten eine zusätzliche Vergütung. Die KV Nordrhein hat einen Musterkooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 Satz 1 SGB V für die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen entwickelt (siehe Links unten)

Informationen im Web

- www.kvno.de/10praxis/25vertraeg/palliativ/index.html
- www.kvno.de/downloads/vertraege/mustervertrag_pflegeheimversorgung.pdf

SAPV:

Hauptmerkmal der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung