

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Hintergrund-Information / Palliativmedizin im ambulanten Sektor

Gibt es eine bedarfsgerechte palliativmedizinische Versorgung im ambulanten Sektor?

Nein – zumindest keine bedarfsgerechte Versorgung, die flächendeckend wäre. Neben den Trägern der allgemeinen Palliativversorgung (in erster Linie Hausärzte und ambulante Pflegedienste) gibt es nur an wenigen Standorten bzw. in wenigen Regionen Versorgungsangebote einer spezialisierten Palliativversorgung. Während es in Deutschland in den letzten 25 Jahren zu einem erfreulichen Anstieg bei der Zahl von Einrichtungen einer spezialisierten, stationären Palliativversorgung gekommen ist (Palliativstationen und Stationäre Hospize), sind vergleichbare Einrichtungen im ambulanten Sektor noch sehr selten. Für multiprofessionell besetzte ambulante Palliativdienste, die ausschließlich schwerkranke und sterbende Patienten sowie deren Angehörige betreuen bzw. die beteiligten Hausärzte und Pflegedienste konsiliarisch beraten, um eine bedarfsgerechte häusliche Versorgung in vielen Fällen erst möglich zu machen, standen bisher keine finanziellen Mittel im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Verfügung. Den Wünschen der meisten Menschen, am Lebensende zu Hause betreut zu werden, steht die Versorgungsrealität gegenüber. Zu etwa 70 Prozent sterben Menschen in Deutschland heutzutage in einer stationären Einrichtung – mit eher steigender Tendenz.

Wie hat der Gesetzgeber auf dieses Problem reagiert?

Dass es erhebliche Defizite in der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung der Bevölkerung gibt, haben in den letzten fünf Jahren mehrere Kommissionen des Bundes und der Länder festgestellt. Umfangreiche Empfehlungen, wie die vielfältigen Versorgungsprobleme in diesem Zusammenhang gelöst werden könnten, hat u.a. die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestags am Ende der 15. Wahlperiode im Sommer 2005 veröffentlicht. Die Große Koalition aus CDU/CSU und SPD hat dann im Rahmen der letzten Gesundheitsreform (GKV-WSG) zum 1.4.2007 zwei neue Paragraphen (§§ 37b und 132d) in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) eingeführt, die einen individuellen Rechtsanspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) unter bestimmten Voraussetzungen begründen und deren Umsetzung regeln. Damit sollte dem entsprochen werden, was im Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 so beschrieben worden war: „Speziell im letzten Lebensabschnitt ist die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Deutschland zu verbessern. Viele Menschen wünschen sich, auch bei schweren Erkrankungen, bis zuletzt zu Hause versorgt zu werden. Unsere heutigen Angebote tragen diesen Bedürfnissen nur unzureichend Rechnung. Daher müssen im Leistungs-, Vertrags- und Finanzierungsrecht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung Regelungen zur besseren palliativmedizinischen Versorgung verankert werden.“

Sind mit der neuen Gesetzgebung alle Probleme gelöst?

Nein – denn es werden damit lediglich Regelungen für einen relativ kleinen Patientenkreis beschrieben. Die SAPV soll ein Angebot für Menschen mit unheilbaren Erkrankungen am Lebensende sein, deren Versorgung besonders aufwändig ist und bei denen allein durch die vorhandenen Versorgungsstrukturen eine häusliche Betreuung nicht gewährleistet werden kann. Dies betrifft nach Schätzungen etwa 10 Prozent aller Sterbenden. Die Versorgung von unheilbar kranken Menschen und Sterbenden in der allgemeinen Palliativversorgung, die in erster Linie von niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie ambulanten Pflegediensten erbracht wird, wird in den neuen Paragraphen nicht geregelt und auch die stationäre Versorgung von Palliativpatienten wird im GKV-WSG nicht thematisiert.

Wie soll die „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) gestaltet sein?

Leistungserbringer der SAPV sollen so genannte „Palliative Care Teams“ sein. „Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination“, heißt es dazu im Gesetzestext (§ 37b Abs.1 SGB V). Über die Anforderungen an die Erkrankungen sowie Umfang und Inhalt der SAPV hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Ende 2007 eine Richtlinie verabschiedet, die auch Grundlage für die Empfehlungen nach § 132d SGB V war, die im Juli 2008 von den GKV-Spitzenverbänden veröffentlicht worden sind. Mit diesen Empfehlungen sollte die Umsetzung der SAPV in die Praxis geregelt werden. Dieser Prozess zieht sich allerdings aus verschiedenen Gründen bis heute hin und bisher können nur an wenigen Standorten in Deutschland Versorgungsangebote im Sinne einer SAPV gemacht werden.

Sollen die neuen Teams die bisherige Versorgung durch Hausärzte und Pflegedienste ersetzen?

Nein – sie sollen sie vielmehr bedarfsgerecht ergänzen. Hausärzte, Pflegedienste, betroffene Patienten und ihre Angehörigen sollen durch die Expertise der Teams unterstützt werden. Auch palliativmedizinische Leistungen durch die Träger der Primärversorgung könnten in diesem Zusammenhang in Zukunft besser honoriert werden, da die Versorgung Sterbender keinesfalls routinemäßig an Spezialisten abgegeben werden soll. Dort aber, wo Hausärzte und Pflegedienste aufgrund der Komplexität eines Versorgungsverlaufs zeitlich und fachlich an ihre Grenzen stoßen, sollen die „Palliative Care Teams“ auch in die Versorgung eingebunden werden können.