

Stellungnahme der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)*

zum Gutachten „Palliativversorgung in Niedersachsen“ (Erweiterte Fassung / Stand: 18.6.2005)

Im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen wurde von der Medizinischen Hochschule Hannover (Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung) ein Gutachten unter dem Titel „Palliativversorgung in Niedersachsen. Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung“ erstellt und Mitte März der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) nimmt dazu wie folgt Stellung.

Die DGP begrüßt es, dass dem Thema der Palliativversorgung von den Auftraggebern ein so hoher Stellenwert eingeräumt wurde, dass sie Fördermittel für die Erstellung eines dementsprechenden Gutachtens zur Verfügung gestellt haben. Es ist das erste Mal in Deutschland, dass eine Analyse der regionalen Palliativversorgung sowie Empfehlungen zur Weiterentwicklung in einem Bundesland von öffentlichen Stellen in Auftrag gegeben worden sind.

Bei der Bewertung der Ergebnisse kommt die DGP zu einem differenzierten Urteil.

Ein Großteil der in dem Gutachten zur Analyse der derzeitigen Palliativversorgung gemachten Äußerungen, stellt sich aus Sicht der DGP genauso dar und findet deshalb Zustimmung. Hierzu gehören vor allem die grundsätzlichen Aussagen, dass die bisherige Palliativversorgung in Niedersachsen „nicht bedarfsgerecht“ und die Finanzierung palliativmedizinischer Leistungen „nicht kostendeckend“ ist, aber auch, dass adäquate Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten nur „unzureichend vorhanden“ sind, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen, kurz: dass die Palliativversorgung einen „geringen Stellenwert im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen“ habe. Und dies obwohl, wie die Gutachter zu Recht schreiben, „die zunehmenden Forderungen nach Verbesserung der Palliativversorgung zum Teil als Reaktion auf die Debatte um aktive Sterbehilfe zu sehen sind“. Ebenso wie die Gutachter unterscheidet die DGP Strukturen der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung und hält den Auf- und Ausbau entsprechender Einrichtungen für dringend notwendig. Die DGP unterstützt auch die Forderung, dass „Palliativmedizin im Rahmen von Pflichtveranstaltungen im Studium zu lehren“ sei und das „Palliativmedizin auch in den Fort- und Weiterbildungen einen größeren Raum einnehmen“ sollte. In all diesen durchaus zentralen Punkten sieht sich die DGP in ihrer bisherigen Einschätzung durch die Ergebnisse des Gutachtens bestätigt.

Andererseits enthält das Gutachten – insbesondere in seinen Empfehlungen – Anteile, die von der DGP sehr kritisch gesehen werden, weshalb die in unserer Stellungnahme vom 31.3.2005 formulierte Kritik an dieser Stelle etwas ausführlicher erläutert werden soll.

1) Im Gutachten werden wesentliche Besonderheiten der Palliativversorgung an entscheidenden Stellen nicht ausreichend klar, teilweise missverständlich, mitunter auch falsch dargestellt.

Die Begriffe „Palliativversorgung“ und „Palliativpatient“ werden nicht immer im gleichen Sinne benutzt und zwischen der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung wird nicht immer ausreichend trennscharf differenziert. Vor allem die Aussagen über die „Palliativversorgung“ von „Palliativpatienten“ in Pflegeheimen sowie durch Pflegedienste und Vertragsärzte halten wir für fragwürdig. Da in den entsprechenden Kapiteln nicht mehr deutlich zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung unterschieden wird, scheinen diese Strukturen wiederholt den Einrichtungen der spezialisierten Palliativversorgung (Palliativstationen, Stationäre Hospize, Ambulante Palliativdienste, Ambulante Hospizdienste) zu gleichen

– zu Unrecht. Durch das Fehlen einer klaren Unterscheidung von allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung anhand der erbrachten palliativ-ärztlichen und palliativ-pflegerischen Leistungen sowie durch eine unterschiedliche Definition von „Palliativpatienten“ bei den Einrichtungen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung, können die Antworten der jeweiligen Einrichtungen zwar ausgewertet und interpretiert, kaum aber wirklich miteinander verglichen werden.

Beispiel: Die Darstellung in Kapitel 4 („Stand der Palliativversorgung“) bezieht sich ausschließlich auf die spezialisierte Palliativversorgung, ohne dass es hier betont wird. Wenn, wie in diesem Kapitel, „Palliativversorgung“ wie selbstverständlich mit „spezialisierte Palliativversorgung“ gleichgesetzt wird, an anderen Stellen des Gutachtens der „Palliativpatient“ aber definiert wird als ein Mensch mit einer fortgeschrittenen Erkrankung und eine vermutlichen Lebenserwartung von weniger als sechs Monaten, dann ist in den anderen Kapiteln natürlich die Versorgung dieser Menschen auch „Palliativversorgung“. Es wird deutlich, dass diese Unschärfe an verschiedenen Stellen des Gutachtens zu Missverständnissen führen muss, da letztendlich unterschiedliche Dinge miteinander verglichen werden.

Als inhaltlich falsch wertet die DGP darüber hinaus die Charakterisierung eines „Palliativpatienten“ im Zusammenhang mit der Befragung von Pflegeheimen, Vertragsärzten und ambulanten Pflegediensten. Die benutzte Definition (fortgeschrittenes Stadium einer Erkrankung plus Lebenserwartung < sechs Monate) mag sich zwar an die Definition eines „Hospizpatienten“, wie sie auch in den einschlägigen Rahmenvereinbarungen beschrieben wird, anlehnen, blendet allerdings zwei wichtige Aspekte in diesem Zusammenhang völlig aus.

Erstens: Palliativmedizin soll schon frühzeitig im Verlauf von unheilbaren und zum Tode führenden Erkrankungen wirksam werden und nicht erst in den letzten sechs Lebensmonaten - was auch die WHO in ihrer aktuellen Definition von Palliative Care sehr deutlich herausgestrichen hat: „Palliative Care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering **by means of early identification** and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative Care ... **is applicable early in the course of illness**, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life ... and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.“ (Hervorhebung in fetter Schrift durch DGP)

Zweitens: Die benutzte Definition unterstellt, dass jeder absehbar (bzw. innerhalb von sechs Monaten) an einer fortgeschrittenen Krankheit Sterbende ein „Palliativpatient“ sei. Dies wird von der DGP nicht so gesehen. Bei unkomplizierten Sterbeverläufen sollte nicht davon gesprochen werden, dass ein „Palliativpatient“ zu versorgen wäre. Und nicht jeder „Palliativpatient“, so sei ergänzend hinzugefügt, bedarf einer spezialisierten Palliativversorgung.

2) Aufgrund der missverständlichen Terminologie sind die Berechnungen zur Kostensituation aktueller und alternativer Versorgungsstrukturen zu hinterfragen. Da diese Berechnungen auch als Grundlage in die Empfehlungen zur Weiterentwicklung mit eingeflossen sind, besteht hier erheblicher Klärungsbedarf.

Die Darstellung der Finanzierung der (allgemeinen oder spezialisierten?) Palliativversorgung in Pflegeheimen sowie durch Pflegedienste und Vertragsärzte – die immerhin etwa 90 Prozent des Volumens der Modellrechnungen ausmachen – ist in höchstem Grade missverständlich.

Zur Darstellung der Kosten der gegenwärtigen Palliativversorgung: Nachvollziehbar bleibt aus Sicht der DGP allein die Berechnung der Kosten für Palliativstationen und Stationäre Hospize und (mit Abstri-

chen) für Ambulante Hospizdienste und Ambulante Palliativdienste. Für die komplette spezialisierte Palliativversorgung im Land Niedersachsen werden demnach von der GKV etwa 12,5 Mio € pro Jahr ausgegeben. Nicht nachvollziehbar und im Grunde inakzeptabel ist aus Sicht der DGP die Kostenberechnung für die Palliativversorgung in Pflegeheimen, bei Pflegediensten und Hausärzten, die mit insgesamt ca. 190 Mio € pro Jahr angegeben wird (und weil das so ist, so wird argumentiert, wird dort eben auch Palliativversorgung betrieben). Pauschal wird angenommen, dass 10 Prozent aller Pflegeheimpatienten Palliativpatienten wären und auf der Basis der allgemeinen Verteilung der Pflegestufen werden die Kosten im Rahmen der Vergütung über SGB XI berechnet. Allein durch die Palliativversorgung in Pflegeheimen schlagen dadurch ca. 170 Mio € pro Jahr zu Buche. Die damit entgoltenen Leistungen sollen ein Gemisch von Leistungen der allgemeinen und speziellen Palliativversorgung sein, haben mit eigentlicher Palliativversorgung aber wenig zu tun. Es sind primär Kosten, die für grundpflegerische Leistungen bei Sterbenden anfallen. Deutlich kritisiert die DGP hier die Gleichsetzung der Leistungen im Rahmen des SGB XI mit palliativen Leistungen. Ein zentraler Satz im Gutachten ist dieser: „Die Versorgung von Palliativpatienten wird in diesen Vorschriften [SGB XI] ausdrücklich berücksichtigt, indem für Leistungen von Patienten mit Erkrankungen, die ein über das übliche Maß hinausgehenden Pflegeaufwand (der Pflegestufe III) bedürfen, eine höhere Vergütung gewährt werden kann.“ (S.28). Die Vergütung über SGB XI hat jedoch, wenn überhaupt, nur etwas mit der Vergütung im Rahmen einer allgemeinen Palliativversorgung zu tun und bezieht sich ausschließlich auf Maßnahmen der Grundpflege. Eine spezielle Palliativversorgung wird damit nicht entgolten. Auch die Kosten der Palliativversorgung durch Pflegedienste (ca. 10 Mio €) und durch Hausärzte (ca. 11 Mio €) sind in einer Weise berechnet worden, die aus Sicht der DGP nicht haltbar ist.

Zur Darstellung der Kosten der alternativen palliativen Versorgungsmodelle: Die Kosten für die alternativen Modelle werden im Rahmen der Gutachtenlogik größtenteils nachvollziehbar berechnet. Aber: Wesentliche Veränderungen ergeben sich praktisch nur durch eine Erhöhung des Postens für Hospize, der in allen Bedarfsmodellen den Zuwachs der Kosten für die empfohlenen Palliative Care-Betten (in Hospizen, Heimen und Krankenhäusern) darstellen soll. Die Kosten für die Einrichtung der empfohlenen Stützpunkte bleiben insgesamt niedrig, da diese ja aus dem Personalpool aller beteiligten Einrichtungen gespeist werden sollen – eine Konstruktion, die die DGP weder für richtig noch für realisierbar hält. Die unverändert in Anschlag gebrachten Kosten der allgemeinen Palliativversorgung durch Pflegeheime, Pflegedienste und Vertragsärzte sind auch hier aus den oben genannten Gründen nicht haltbar. Zu unrecht beziehen sich also sämtliche Angaben zu Kostensteigerungen und Mengenausweitungen auf die ursprünglich berechnete Summe von ca. 200 Mio €.

3) Anders als die Gutachter favorisiert die DGP – aufgrund der in vielen palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland gemachten Erfahrungen – den Auf- und Ausbau konkreter fassbarer struktureller Einheiten in Gestalt von Palliativstationen und ambulanten Palliativdiensten und lehnt die von den Gutachtern empfohlenen Konzepte der „Palliative Care-Betten“ und der „virtuellen Personalpools“, die aus verschiedenen Einrichtungen gespeist werden sollen, ab. Für eine multiprofessionelle und sektorenübergreifende Palliativversorgung scheinen uns feste Teamstrukturen inhaltlich sehr viel geeigneter und auch organisatorisch leichter realisierbar zu sein als das von den Gutachtern favorisierte „Stützpunkt“-Konzept.

Die DGP plädiert deshalb zum einen für eine gleichmäßig über das Land verteilte Einrichtung von Palliativstationen, die palliativmedizinische Kompetenz am besten bündeln können und auch sektorenübergreifend anbieten sollen, zum anderen für die Etablierung ambulanter Palliativdienste, die als ein wesentliches Element ihres Angebots eine 24-h-Erreichbarkeit gewährleisten müssen.