

Selbstbestimmt leben, in Würde sterben

Probleme der palliativen Versorgung in ländlichen Regionen

DR. ERIKA OBER, HOSPIZ-INITIATIVE ODENWALD E.V.



Die palliative Versorgung steht in ländlichen Regionen vor spezifischen Problemen – in diesen Landstrichen erschweren die ohnehin bestehenden Strukturprobleme der ambulanten und stationären Versorgung die Arbeit von in der Palliativversorgung tätigen Ärzten und Pflegekräften. Der wachsende Mangel an Hausärzten sowie hohe Strukturvorgaben etwa bei der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) behindern oftmals eine ausreichende ambulante Palliativversorgung. Krankenhäuser im ländlichen Raum können die hohen personellen Ressourcen für eine Palliativeinheit in vielen Fällen nicht kostendeckend durch die Erlöse aus Fallpauschalen abbilden – und dies, obwohl der Anteil multimorbider, chronisch kranker Patienten höher ist als in Ballungsräumen. Hinzu kommt, dass die palliative Versorgung viel zu oft allein auf dem Engagement ehrenamtlich Tätiger beruht.

Palliative Versorgung sollte immer wohnortnah möglich sein, um für die Betroffenen Besuche durch die Angehörigen so oft wie möglich zuzulassen.

Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Die Allgemeine ambulante Palliativversorgung durch einen Hausarzt, den ambulanten Pflegedienst und ehrenamtliche Hospizhelfer/innen ist in der Regel in ländlichen Gebieten möglich, häufig ist sie die einzige Form von palliativer Versorgung, die angeboten wird.

Probleme ergeben sich durch:

- Mangel an Hausärzten in ländlichen Regionen, gelegentlich mangelnde Kompetenz und mangelnde Bereitschaft bei manchen Hausärzten.
- Verzögerte und nicht angemessene Versorgung bei akuten Krisen und zu Zeiten des hausärztlichen Bereitschaftsdienstes (Notarzteinsatz, Einweisung in Akutkrankenhäuser).
- Überforderung von Arzt, Pflegedienst, Angehörigen und Pflegeheim bei komplizierten Verläufen.
- Eine Übernahme von Patienten aus Onkologischen Zentren in häusliche Versorgung ist in der Regel wegen der komplexen Situation, dem erhöhten Versorgungsaufwand und Betreuungsbedarf, sowie wegen oft fehlender Akzeptanz von Patient und Angehörigen nicht möglich.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die SAPV ist ein Team aus Palliativärzten und Palliativ-Care-Pflege (PCT), mit einer eigenständigen Organisationsform,

die sich primär bis ausschließlich mit der ambulanten Palliativversorgung beschäftigt und einen Bereitschaftsdienst rund um die Uhr bereithält.

Probleme in ländlichen Regionen:

- Zu geringe Bevölkerungsanzahl und zu große Flächen, so dass die SAPV nicht kostendeckend arbeiten kann (erforderlich ist eine Bevölkerung von ca. 250.000 und dabei möglichst kurze Wege).
- SAPV-Team soll sich um besonders aufwändige Patienten kümmern – der Katalog der zu betreuenden Patienten entspricht dem der Palliativstation in Krankenhäusern; eine Versorgung von AAPV-Patienten ist durch den hausärztlichen Notdienst im Notfall nicht leistbar.
- Sehr umständliche und hochgradig bürokratische Genehmigung der SAPV-Versorgung durch die Kostenträger mit zeitlich sehr verzögerter Finanzierung; die Teams müssen bis zu einem Jahr auf das Geld warten und somit vorfinanzieren.
- Mangelnde Unterstützung der ländlichen Regionen für die Einrichtung und den Unterhalt eines SAPV-Teams im Aufbau – in Bayern wird z.B. zum Aufbau eines SAPV-Teams eine Arztstelle zeitweise finanziert, in Hessen läuft diesbezüglich nichts. Ländliche Regionen haben häufig nicht die erforderliche Einwohnerzahl und damit nicht die notwendige Zahl von aufwändigen Palliativpatienten, um kostendeckend zu arbeiten. Die fehlende Möglichkeit, bei Notfällen und im Bereitschaftsdienst alle Palliativpatienten zu behandeln, ist besonders unbefriedigend, da damit die ungenügende Versorgung in ländlichen Regionen

auch mit einer SAPV nicht entscheidend zu verbessern ist.

Palliative Versorgung im regionalen Krankenhaus

Regionale Krankenhäuser in ländlichen Regionen haben häufig Probleme mit der Versorgung von Palliativpatienten. Im Vergleich zu Krankenhäusern in Ballungsgebieten haben sie einen höheren Anteil an multimorbiden, chronisch kranken, pflegebedürftigen Patienten, die überdurchschnittlich personelle Ressourcen benötigen, jedoch mit der DRG nicht kostendeckend abgebildet werden können

Allgemeine ambulante Palliativversorgung – AAPV

- durch Hausärzte ohne Zusatzqualifikation – für Ärzte seit 2013 per EBM gesondert abrechenbar
- häufig die einzige Form der palliativen Versorgung auf dem Lande
- Probleme durch Mangel an Hausärzten (Überalterung), mangelnde Kompetenz, Verständnis und Bereitschaft, Überlastung der vorhandenen Praxen durch zu viele Patienten
- Überforderung von Arzt, Pflegedienst und Angehörigen führt in Ermangelung von Alternativen oft zur Fehleinsweisung ins Krankenhaus, dies v.a. Freitagnachmittags und am Wochenende

Quelle: Dr. Erika Ober



Die AAPV ist seit 2013 per EBM gesondert abrechenbar und häufig auf dem Land die einzige verfügbare palliative Versorgung.

Palliativversorgung im regionalen Krankenhaus:

- Durch höheren Anteil an multimorbiden, chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen auf dem Lande – Überalterung
- Palliativstationen sind organisatorisch selbstständige Einheiten mit mindestens 5 Betten
- in ländlichen Regionen sind die Rahmenbedingungen für eine kostendeckende Lösung nicht gegeben (etwa 2 Betten für 100.000 Einwohner)

Quelle: Dr. Erika Ober



Im regionalen Krankenhaus mangelt es auf dem Land häufig an den nötigen Rahmenbedingungen für eine Palliativstation.

und zusätzlich regelmäßig vom MDK mit Regress belegt werden, da das Entlassungsmanagement zeitraubend ist und in der Regel die Verweildauer überschritten wird.

Einige Krankenhäuser in ländlichen Regionen haben trotz der ungünstigen Bedingungen eine ausreichende palliative Versorgung aufgebaut, die bisher mit der OPS 8-982-1 für Krankenhäuser ohne Palliativstation zusätzlich zur normalen stationären Abrechnung abrechenbar ist. Eine ausreichende Palliativversorgung ist deshalb ein Qualitätskriterium für ein Krankenhaus in ländlichen Regionen und diese Krankenhäuser verdienen eine Anerkennung

für eine dringend notwendige Leistung, die trotz zunehmenden ökonomischen Drucks erbracht wird.

Die für das Jahr 2015 vorgesehene Beschränkung der Palliativversorgung im Krankenhaus auf organisatorisch selbstständige Palliativstationen (OPS 8-98e) würde die Versorgung in ländlichen Regionen weiter verschlechtern. Die Einrichtung einer Palliativstation mit mindestens fünf Betten als abgeschlossene selbstständige Einheit ist für onkologische Zentren und für Krankenhäuser in Ballungsgebieten zu leisten. Ländliche Regionen haben nicht diese Häufigkeit an besonders aufwändigen Palliativpatienten, so dass eine eigenständige Palliativstation nicht kostendeckend zu betreiben ist.

Hospiz

Ein Hospiz sollte auch in ländlichen Regionen zu betreiben sein, auch immer mehr Haushalte in ländlichen Regionen werden zu Zwei-Personen-Haushalten, sodass eine häusliche Palliativversorgung wegen Gebrechlichkeit des Partners nicht durchführbar ist. Auch sind Hospizplätze in Ballungsgebieten knapp und eine Belegung durch Ortsfremde ist deshalb oft nicht möglich. Wenn dies dennoch gelingt, bedeutet es für die häufig älteren und nicht ausreichend mobilen Angehörigen pro Besuch zwischen 35 und 50 Kilometern an Fahrtstrecke.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – SAPV

- SAPV: Team aus Palliativärzten und Palliativ-Care-Pflege (PCT) mit eigenständiger Organisationsform und 24-Stunden-Bereitschaftsdienst
- Seit 2007 ist SAPV im SGB V als Leistungsanspruch für gesetzlich Versicherte geregelt – keine flächendeckende Umsetzung
- SAPV muss durch Hausarzt/Krankenhausarzt verordnet werden – dieser entscheidet, ob der Patient persönlich ergänzende Palliativversorgung benötigt oder nicht...
- SAPV kann ab 250.000 Einwohnern kostendeckend arbeiten

Ländliche Regionen, geringere Fallzahlen
weitere Wege, weniger erwirtschaftet



keine Kostendeckung möglich

Für SAPV Teams: Länderspezifische Lösungen

Bayern leistet sich eine großzügige Anschubfinanzierung:

150.000 € Startkapital - 15.000 € pro Jahr vom Land Bayern (Stand 06.11.2013)



Quelle: Dr. Erika Ober



Obwohl seit 2007 gesetzlich verankert, ist bis heute keine flächendeckende Umsetzung der SAPV gelungen.

Das Problem eines Hospizes in ländlichen Regionen ist die Finanzierung der Immobilie. Für die Einrichtung eines Hospizes gibt es keine Fördermittel, man ist auf Spenden angewiesen. Ländliche Kreise sind in der Regel überschuldet und können keine Mittel zur Verfügung stellen. Große Unternehmen oder private Spender, welche zur Gründung eines Hospizes etwa ein bis zwei Millionen Euro spenden könnten, sind in ländlichen Regionen eher die Ausnahme. Selten findet sich eine caritative Organisation als Träger.

Zusammenfassung

Ländliche Regionen werden in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung benachteiligt:

- Die hausärztliche Versorgung ist z.B. durch weite Wege, häufige und nicht lukrative Bereitschaftsdienste aufwändiger als in Ballungsgebieten, dies führt zu einem zunehmenden Mangel an Hausärzten in ländlichen Regionen.
- Krankenhäuser in ländlichen Regionen haben mehr pflegebedürftige Patienten mit deutlich schlechterer Erlössituation und weniger komplexe Operationen mit ausreichenden Erlösen. Der politisch erwünschte Verdrängungswettbewerb im Gesundheitswesen trifft sie als erste.
- Die Strukturanforderung von SAPV und Palliativstation sind für ländliche Regionen die gleichen wie für Ballungsgebiete, obwohl in ländlichen Regionen weniger Patienten zu versorgen sind.

Trotzdem bleibt die Forderung nach einer ausreichenden Palliativversorgung auch in ländlichen Regionen bestehen, eine Versorgung in den Zentren erfüllt die berechtigten Ansprüche der Patienten auf eine häusliche oder regionale Versorgung nicht. Wie dies auf der Grundlage der derzeitigen Gesetzeslage erfolgen soll, kann nicht beantwortet werden. Ehrenamtliche Initiative ist notwendig, als alleinige Ressource jedoch nicht ausreichend.

Dass fast die gesamte Palliativversorgung auf dem Lande durch Ehrenamtliche geleistet wird, welche sich oft über Jahre hinweg engagieren und oft keine oder nur wenig Unterstützung von der Politik und den Verantwortlichen erhalten, darf nicht so weiter gehen.

Ein für die Gesellschaft so wichtiges Thema kann nicht nur über das Ehrenamt abgebildet werden.

E-Mail-Kontakt: erika.ober@obernet.de

DR. MED. ERIKA OBER



Dr. Erika Ober hat Humanmedizin in Saarbrücken, Köln und Heidelberg sowie Psychologie studiert. 1978 wurde sie als Ärztin approbiert, seit 1983 Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Sie arbeitete unter anderem in der Urologischen Universitätsklinik Homburg und der Frauenklinik der Städtischen Klinik Saarbrücken, bevor sie sich 1985 mit ihrem Ehemann als Frauenärztin in Michelstadt (Odenwald/Hessen) niedergelassen hat. Zwischen 2002 und 2005 war Ober Mitglied des Deutschen Bundestags und dort im Gesundheitsausschuss tätig. Von 1997 bis 2009 war sie Mitglied im Kreistag Odenwaldkreis. Ehrenamtlich tätig ist Ober außerdem in Wohlfahrtsverbänden, ambulanten Pflegediensten und in der Hospiz-Initiative Odenwald.

