

Eckhard Eichner, Thomas Sitte

Die 13 Aachener Thesen

Erheblicher Nachbesserungsbedarf bei der SAPV

Der seit 1. April 2007 geltende Rechtsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wird nur schleppend umgesetzt. Neben möglichen finanziell motivierten Gründen deutet dies auch darauf hin, dass die SAPV nicht ausreichend definiert ist und sich nicht ohne Widerstände in das bestehende deutsche Gesundheitswesen integrieren lässt.

Palliative Care kann als Haltung definiert werden im Sinne einer umfassenden Behandlung und Betreuung, die die bio-psycho-sozio-spirituellen Belange eines Menschen berücksichtigt. Sie befindet sich dabei in einem Spannungsfeld zwischen Ökonomie, Fürsorge und Eigeninteressen. Dabei lassen sich die unterschiedlichsten Herausforderungen benennen.

Neu an der SAPV ist nicht die Palliation. Neu ist vielmehr die Aufgabe an uns alle, Palliation in konkretem Zusammenhang, komplexer Situation, gesetzlicher Regelung und neuer Vergütungsform so zu gestalten, dass aus dieser Aufgabe Lösungen und sinnvolle Unterstützungsangebote entstehen.

Um sich diesen Herausforderungen zu stellen, trafen sich im Februar 2010 fünf Mitglieder der bundesweit agierenden Interessengemeinschaft SAPV (IG-SAPV). Gemeinsam mit der Bundesgesundheitsministerin a. D. MdB Ulla Schmid und Karl-Heinz Oedekoven wurden in der Benediktinerabtei Kornelimünster bei Aachen Thesen erarbeitet, die einen Beitrag zur weiteren Entwicklung der SAPV leisten und zum Nachdenken anregen sollen.

Es gibt aus Sicht der Verfasser erheblichen Nachbesserungsbedarf bei der Umsetzung des Gesetzes und der Verwirklichung des politischen Willens sowohl im Bereich der gesetzlichen Grundlagen als auch innerhalb der Vorgaben der Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitssystems.

Jenseits von Lobbyismus wünschen sich die Unterzeichner eine intensive und zielgerichtete Diskussion, wie Versorgung am Lebensende zu Hause gelingen kann – und nicht alleine darüber, nach welcher gesetzlichen Grundlage wie viel bezahlt werden muss.

Die Verfasser freuen sich über Rückmeldungen aller Art.

Eckhard Eichner (eckhard.eichner@klinikum-augsburg.de)
Thomas Sitte (sitte@PalliativNetz.de)

These 1:

Sterbende sind Schwache – die gesellschaftliche Verantwortung der Daseinsvorsorge Sterbender

Sterben als Lebensphase zeichnet sich durch den Verlust der leiblichen, psychischen, sozialen und spirituellen Unversehrtheit in unterschiedlichem Ausmaß aus und führt zu einer Abhängigkeit Sterbender von Dritten. Sterbenszeit ist Lebenszeit – auch als letzte Phase einer zum Tode führenden Erkrankung. Der Rechtsanspruch auf SAPV darf Schwerstkranke

und Sterbende nicht auf die Notwendigkeit der pflegerischen und medizinischen Versorgung reduzieren, sondern er muss entscheidender Impulsgeber für eine umfassende, ganzheitliche Versorgung sein.

Somit sind Sterbende Schwache und bedürfen der Fürsorge der Gesellschaft und des Staates als Teil der Daseinsvorsorge des Bundes, der Länder und der Gebietskörperschaften. Der Wert der Gesellschaft misst sich nicht zuletzt daran, wie sie mit ihren Schwachen umgeht.

These 2:

Ehrenamtliche Hospizarbeit, palliative Grundversorgung und qualifizierte allgemeine ambulante Palliativversorgung sind zwingend für spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Palliativversorgung ist ein sektorenübergreifendes Zusammenspiel von spezialisierten und nicht spezialisierten Leistungserbringern mit ehrenamtlich und hauptamtlich Tätigen. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung ergänzt die bestehenden Versorgungsstrukturen und ist damit abhängig von einer qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung. Hier bestehen erhebliche Lücken.

Die Strukturen, Qualifikationen und deren Finanzierung in der allgemeinen ambulanten medizinischen wie pflegerischen Palliativversorgung und der Hospizarbeit müssen innerhalb der bestehenden GKV-Strukturen so gestärkt werden, dass sich im Zusammenspiel von spezialisierter und allgemeiner Palliativversorgung ein für Patienten und Angehörige bedarfsgerechtes tragfähiges Netz unter Einbeziehung der ehrenamtlichen Hospizarbeit entwickelt.

These 3:

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird durch Palliative Care Teams erbracht

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss multiprofessionell im Team erbracht werden, um den Nöten der Betroffenen und ihrer Angehörigen bedarfs- und bedürfnisgerecht begegnen zu können.

Die Definition des Leistungserbringers von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung als Palliative Care Team unter Bezugnahme der internationalen Definition vermeidet Fehlstrukturen und führt zu größerer Eindeutigkeit. Hierzu gehört auch die Einbeziehung von Sozialarbeit, weiteren Therapeuten und Seelsorge, wie dies in der spezialisierten stationären Palliativversorgung selbstverständlich ist.

Ein Palliative Care Team ist eine eigenständige, multiprofessionelle Organisationseinheit fester Mitglieder mit der erforderlichen Sachausstattung und entsprechender Qualifikation.

Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene muss es eigene spezialisierte Teams geben, um den besonderen Belangen dieser Patientengruppe gerecht zu werden.

These 4: **Bürokratie am Lebensende darf Versorgung nicht behindern**

Garant qualifizierter ambulanter Palliativversorgung ist nicht die Kontrolle der erbrachten Leistungen, sondern die Qualifikation der Teams. Palliativversorgung basiert auf gegenseitigem Vertrauen.

Die dreifache Unterschrift der Betroffenen auf Muster 63 (SAPV-Verordnungsblatt) ist für Sterbende eine bürokratische Überforderung in einer existenziellen Grenzsituation. Nachfragen, zusätzliche Formulare und Prüfungen dienen weniger dem Ziel einer spezialisierten Versorgung denn deren Verhinderung.

Die Ablehnungen der Kostenübernahme für verordnete SAPV dürfen bundesweit nicht willkürlich, sondern müssen nach einheitlichen, definierten Bewertungskriterien erfolgen, die die gesetzlichen Anforderungen nicht überschreiten und nachvollziehbar sind.

Um zusätzliches menschliches Leid durch eine undurchschaubare Bürokratie zu verhindern, darf die Ablehnung der Kostenübernahme nicht ohne vorherige Rücksprache mit dem Palliative Care Team an die Betroffenen geschickt werden.

These 5: **Forschung zur SAPV in Deutschland muss finanziert werden**

Die Palliativmedizin wird bislang von der Forschungsförderung in Deutschland vernachlässigt. BMBF, BMG, DFG, EU und Stiftungen gaben zwischen 2000 und 2005 nur 4,3 Mio. € für Forschung oder 1,2% der Gesamtausgaben hierfür aus, während die Aufwände der Krankenkassen für das letzte Lebensjahr der Menschen mehr als 50% der Gesamtkosten der GKV betragen.

Die Forschungsmittel für SAPV, Palliativmedizin, Palliativversorgung und Hospizarbeit wie auch der supportiven Therapien müssen erheblich (Faktor 10 bis 30) gesteigert werden.



Die 13 Aachener Thesen wurden Anfang Februar 2010 in der Benediktinerabtei Kornelimünster bei Aachen aufgestellt; v.l.n.r.: Karl-Heinz Oedekoven, Stolberg; Andreas Müller, Dresden; Eckhardt Eichner, Augsburg; Thomas Sitte, Fulda; Bundesgesundheitsministerin a. D. Ulla Schmid; Veronika Schönhofer-Nellessen, Aachen; Abt Friedhelm; Paul Herrlein, Saarbrücken.

These 6: **Palliative Versorgung in Palliative Care Teams braucht Ausbildung, Fortbildung und Lehre**

Es besteht ein erheblicher Fachkräftemangel im Bereich der spezialisierten Palliativversorgung.

Um die spezialisierte ambulante Palliativversorgung rasch weiterzuentwickeln und um diese langfristig als Leistung flächendeckend anbieten zu können, müssen die Palliative Care Teams dauerhaft die Möglichkeit zur Ausbildung von Mitarbeitern inklusive der dazugehörigen Finanzierung erhalten.

These 7: **Palliative Versorgung in Palliative Care Teams braucht adäquate Verordnungsmöglichkeiten**

Die fehlenden Verordnungsmöglichkeiten von Laboruntersuchungen, Überweisungen, Einweisungen, Transportscheine und die Verordnung häuslicher Krankenpflege behindern unnötigerweise die tägliche Arbeit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gerade in

schwierigen Situationen. Ärzte in Palliative Care Teams müssen in allen Verordnungs- und Versorgungsmöglichkeiten ihren ambulant tätigen Kollegen gleichgestellt werden.

These 8: **Palliative Versorgung in Palliative Care Teams braucht bedarfsgerechte Versorgung in der Abgabe von Betäubungsmitteln**

Die fehlenden Möglichkeiten der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung behindern unnötigerweise und verteuern die tägliche Arbeit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gerade in schwierigen Situationen.

Die aktuell gültige Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) muss für eine bedarfsgerechte Versorgung von Palliativpatienten durch Palliative Care Teams novelliert werden. Hierzu gehören u. a. die direkte Abgabe von Betäubungsmitteln an Patienten, eine patientenungebundene Verschreibung von Betäubungsmitteln und die Vorhaltung eines Notfalldepots für Betäubungsmittel in den Räumen des Palliative Care Teams.

These 9:
Palliative Versorgung in Palliative Care Teams braucht bedarfsgerechte Versorgung mit Medikamenten

Die fehlenden Abgabemöglichkeiten von Medikamenten sowie die fehlende Möglichkeit, Medikamente im Todesfall in den Notfallbedarf des Palliative Care Teams zu übernehmen, behindern unnötigerweise und verteuern die tägliche Arbeit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gerade in schwierigen Situationen.

Palliative Care Teams müssen auch nach dem Apothekengesetz mit Apotheken direkt kooperieren dürfen. Das Apothekengesetz untersagt nach § 11 (1) grundsätzlich jede direkte Kooperation mit Ärzten. Ausnahme sind u. a. die in § 140a SGB V „Integrierte Versorgung“ genannten Verträge.

Die Kooperation von Palliative Care Teams mit Apotheken im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung muss analog den Verträgen nach § 140a SGB V der integrierten Versorgung gesetzlich verankert werden.

These 10:
Die SAPV braucht Anschubfinanzierung

Um eine flächendeckende Versorgung mit SAPV sicherzustellen, bedarf es der Anschubfinanzierung der SAPV. Dies obliegt den Krankenkassen, in deren Budget seit Beginn der SAPV die Gesamtkosten der SAPV eingestellt waren. Die notwendige Anschubfinanzierung kann deshalb nicht zu Lasten der Leistungserbringer erfolgen.

Die für die SAPV vorgesehenen, aber nicht dafür verbrauchten Finanzmittel sollten im Fond nicht für andere Ausgaben, sondern nur für Zwecke der SAPV verwendet werden.

These 11:
Die Sicherstellung des Rechtsanspruches ist angemessen umzusetzen

Die Krankenkassen müssen befähigt werden, ihren Auftrag zur flächendeckenden

Sicherstellung mit SAPV und SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene wahrzunehmen. Der hierfür anzulegende Mindestqualitätsstandard sollte eine zügige Etablierung von SAPV begünstigen und ist stufenweise zu erhöhen. Die Qualität der Versorgung hat Vorrang vor dem Ziel der Flächendeckung.

Die SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene muss parallel zur Erwachsenen-SAPV aufgebaut werden.

These 12:
SAPV braucht adaptierte Qualitätssicherung und Dokumentation

Validierte Instrumente für eine sinnvolle Qualitätssicherung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung fehlen bundesweit. Die Gefahr, stattdessen quantifizierbare Daten anzuhäufen und daraus nicht zulässige Schlüsse zu ziehen, ist erheblich.

Eine bundesweite Vergleichbarkeit der SAPV mit validierten Instrumenten muss aufgebaut und gewährleistet werden.

These 13:
Landesweit einheitliche und kassenartenübergreifende Verträge sind notwendig

Die Vertragsgestaltung und die regionalen Einzelverträge stehen häufig im Widerspruch zum kooperativen Ansatz der SAPV und behindern maßgeblich deren Umsetzung. Eine gemeinsame Interessenvertretung der Leistungserbringer ist dadurch kaum möglich. Diese ist aber entscheidend für die Erreichung der Ziele von SAPV.

Landesweit einheitliche und kassenartenübergreifende Verträge sind geboten. Eine stärkere Einbindung der Ministerien der Länder ist wünschenswert.

Aachen, 5. Februar 2010

Eckhard Eichner, Augsburg
Paul Herrlein, Saarbrücken
Andreas Müller, Dresden
Veronika Schönhofer-Nellessen, Aachen
Thomas Sitte, Fulda