

4.5. Fazit

Die spezialisierte Palliativversorgung ist in den bayerischen Krankenhäusern auf hohem Niveau ausgebaut. Durch die Aktualisierung des Fachprogramms für Palliativversorgung in Krankenhäusern im Jahr 2023 wurde den bisherigen Entwicklungen im DRG-System und der S3 Leitlinie Palliativmedizin Rechnung getragen. Neue Versorgungsangebote der spezialisierten Palliativversorgung müssen sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren. Ein besonderer Schwerpunkt sollte künftig auf der Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus liegen, um möglichst vielen Menschen eine adäquate Betreuung bei fortgeschrittener Erkrankung und am Lebensende zu ermöglichen.

Autoren:

Für die AG 4:

Prof. Dr. Claudia Bausewein (Direktorin der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin & Lehrstuhlinhaberin für Palliativmedizin an der LMU München)

Prof. Dr. Christoph Ostgathe (Lehrstuhlinhaber für Palliativmedizin an der Universitätsklinik Erlangen)

5 Arbeitsgruppe 5: Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

5.1. Hintergrund

Die Versorgung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten unterscheidet sich deutlich von der Versorgung anderer Patientinnen und Patienten. Während in der kurativen Versorgung die Heilung im Vordergrund steht, liegt der Schwerpunkt in der palliativen Versorgung auf der Fürsorge und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren An- und Zugehörigen. Durch die Linderung von Leid durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen und anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art wird eine Verbesserung der Lebensqualität für Patientinnen und Patienten sowie deren An- und Zugehörigen angestrebt. Die Leistungen werden unter Berücksichtigung des individuellen sozialen Umfeldes vor allem durch Hausärztinnen und Hausärzte, Krankenpflegedienste sowie ambulante Hospizdienste und ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter erbracht.

Ein ganz besonderer Aspekt ist die Tatsache, dass sich die ambulante Versorgung aus vielen verschiedenen Leistungserbringern mit jeweils eigenen leistungsrechtlichen Hintergründen zusammensetzt, die zum Wohle der Patientinnen und Patienten sowie deren An- und Zugehörigen zusammenarbeiten müssen. Die Besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen sind im Positionspapier der Arbeitsgruppe 2: Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen (Seite 38ff) berücksichtigt und zu beachten.

In der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure sowie Strukturen, die in der Versorgung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten eine Rolle spielen, bayernweit aber nicht einheitlich entwickelt sind. Sie alle stehen vor verschiedenen Herausforderungen, die es hinsichtlich einer verbesserten Versorgungssituation der betroffenen Menschen zu bewältigen gilt. Zu diesen Beteiligten und Strukturen zählen neben den Hausärztinnen und Hausärzten, Pflegediensten, ambulanten Hospizdiensten auch die spirituelle Begleitung in Form von Spiritual Care, die psychosoziale Unterstützung außerhalb der ambulanten Hospizdienste, die Trauerbegleitung, sowie die Vernetzung mit Communities und Migrantenselbstorganisationen als wichtiger Bestandteil der Palliativversorgung. Weitere wichtige Leistungserbringer im Netzwerk der AAPV sind Apotheken und (Physio-) Therapieberufe, die eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen (Herbst et al. 2017) und in der AAPV deutlich an Bedeutung gewinnen müssen.

5.2. Ziele

Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) hat den Versorgungsanspruch für Betroffene und An- und Zugehörige klar beschrieben. Die Schwierigkeit bei der Entwicklung eines Konzepts für Bayern liegt unter anderem darin, dass zwar Ansprüche beschrieben, aber bisher keine personellen und/oder finanziellen Lösungen für ihre Erreichung benannt wurden. Das vorliegende Konzept soll zu einer flächendeckenden, vernetzten, koordinierten, leistungsgerecht vergüteten ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung für ganz Bayern beitragen. Die ehrenamtlich und hauptamtlich Mitarbeitenden in der Versorgung sind maßgeblich für die Qualität verantwortlich. Dies setzt fachliche und soziale Kompetenz voraus, die auch durch Aus-, Fort- und/oder Weiterbildung gewährleistet werden muss.

Eine bedarfsgerechte Palliativversorgung sollte für alle betroffenen Bürgerinnen und Bürger in Bayern folgende Punkte umfassen:

- Förderung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase.
- Versorgung in der vertrauten Umgebung ermöglichen.



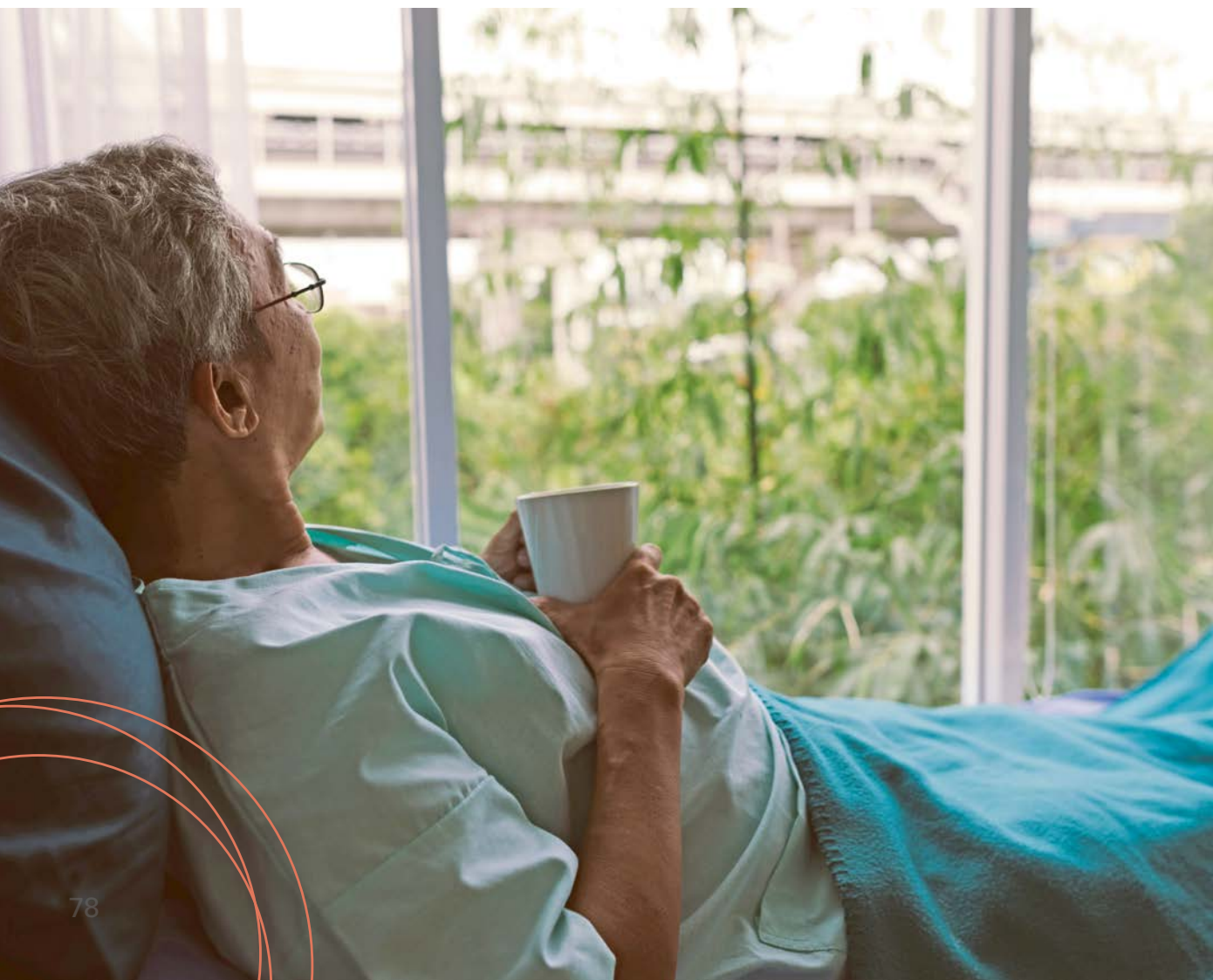
- Unterstützung der An- und Zugehörigen.
- Vermeidung bzw. Linderung belastender Symptome.
- Vermeidung unerwünschter und belastender Krankenhauseinweisungen und Notarzteinsätze.
- Optimierung der sektoren- und strukturübergreifenden Behandlungsabläufe.
- Interdisziplinär und multiprofessionell vernetzte Versorgung.
- Zeitgerechte und ressourcenschonende palliative Versorgung.

Eine gut funktionierende AAPV ist die Basis für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). Die AAPV ist die wichtigste Säule für eine flächendeckende ambulante Palliativversorgung. Je höher die Qualität der AAPV, desto besser können sich die SAPV-Teams auf die schwersten Fälle konzentrieren.

5.3. Bestehende Maßnahmen und Versorgungsstrukturen

Alle an der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringer unternehmen jeweils in ihren Bereich unterschiedliche Anstrengungen, um die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen zu verbessern. Bisher arbeiten sie jedoch häufig nebeneinander und wenig vernetzt, anstatt gemeinsam und koordiniert die systematische Umsetzung der Hospiz- und Palliativversorgung zu gestalten. Einzelne Projekte und Modelle für die AAPV wie die Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung, das Erlanger Hausarztmodell oder die Integrierte ambulante Hospiz- und Palliativversorgung (IAPV) haben versucht, die AAPV entscheidend zu verbessern. Keines der Modelle konnte sich aber landesweit durchsetzen und blieb entweder regional begrenzt oder wurde mangels Beteiligung wieder eingestellt. Allen Modellen gemeinsam ist eine verbesserte Finanzierung und die vernetzte und koordinierte Zusammenarbeit im Rahmen der AAPV.

Während die SAPV gesetzlich und strukturell klar geregelt ist und in Bayern auch weitgehend flächendeckend mit einer leistungsgerechten Finanzierung umgesetzt wird, fehlen der AAPV strukturelle Konzepte, eine leistungsgerechte Finanzierung und somit eine klare Verankerung im Gesundheitswesen. Deshalb ist insbesondere die AAPV deutlich zu verbessern.



5.4. Empfohlene Maßnahmen

Wie bereits unter 5.3. „Bestehende Maßnahmen und Versorgungsstrukturen“ (Seite 77) dargestellt, ist die Koordination und die geförderte Kooperation zwischen den einzelnen beteiligten Leistungserbringern der Schlüsselfaktor in der Versorgung von Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten. Eine Verbesserung der Versorgung kann nur durch gemeinsames Handeln erreicht werden. Diese Notwendigkeit wird von allen Beteiligten gleichermaßen beschrieben. Regionale Vernetzung sowie ein gezielter und strategisch-systematisch geförderter Aufbau der AAPV-Strukturen unter Einbeziehung der Sozialen Arbeit, Förderung der Seelsorge sowie der kultursensiblen Begleitung tragen maßgeblich zur Verbesserung der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen bei.

Es wird deutlich, dass die bereits in der Zielsetzung angemahnten Personal- und/oder Finanzierungslösungen dringend erforderlich sind. Alle Leistungserbringer der AAPV weisen auf Finanzierungslücken oder den nicht geregelten Personaleinsatz hin.

Besondere Herausforderungen stellen die zunehmend alleinlebenden Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten, die wachsenden psychosozialen Bedürfnisse, die notwendige An- und Zugehörigenarbeit, die Begleitung in Trauerphasen, die kulturelle Vielfalt in der Begleitung und Versorgung und die Betroffenen dar, die derzeit noch nicht in gleichem Maße von den Versorgungsangeboten erreicht werden. Die Anerkennung der Sozialen Arbeit, der Seelsorge, der niedergelassenen Apotheken und der Physiotherapie als integrale Bestandteile der Hospiz- und Palliativversorgung wird ebenso zur Verbesserung der Versorgungssituation beitragen wie die kulturelle Kompetenz der Leistungserbringer, unter anderem mit dem Ziel der Bildung transkultureller Teams. Dabei sind die noch ausstehenden personellen und finanziellen Sicherungen zu berücksichtigen. Ebenso ist die geförderte Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligten unter Einbezug der ambulanten Hospizdienste für die Verbesserung der AAPV notwendig.

Um die AAPV weiterentwickeln und dem Wunsch nach einem selbstbestimmten und würdigen Leben und Sterben in der eigenen Häuslichkeit gerecht zu werden, sind folgende Punkte zu regeln:

- Flexible Leistungsangebote und deren Refinanzierung in der Pflege.
- Miteinander von SAPV und AAPV.
- Finanzierung frühzeitiger und vorausschauender Beratungen (Gesundheitliche Versorgungsplanung analog § 132g SGB V auch im ambulanten Bereich).
- Finanzierung von Beratungen/Begleitungen auch ohne Einsatz von Ehrenamtlichen bei ambulanten Hospizdiensten.

- Geförderte regionale Vernetzung von Kommunen und Krankenkassen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe.
- Verbesserung der Personalsituation in Form von ausreichend ausgebildetem Personal in den Berufsgruppen.
- Ausbau der AAPV.
- Verbesserung der Palliativkompetenzen auch als Aufgabe regionaler Vernetzung.
- Erweiterung der Professionen: systematische Einbindung und Finanzierung der Sozialen Arbeit und der Seelsorge.
- Stärkung der kulturellen Kompetenz u.a. durch Bildung transkultureller Teams.
- Herstellen der Zugangsgerechtigkeit auch für Wohnungslose und weiteren Personen in schwierigen Lebensverhältnissen.

Aus Sicht der Arbeitsgruppe sind daher folgende konkrete Maßnahmen zu empfehlen:

Verbesserung der Vernetzung

- Förderung des Ausbaus von Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerken auf allen politischen Ebenen, auch durch Mitwirkung und Mitfinanzierung der Kommunen vor Ort und durch die Kostenträger.
- Ausbau der Beratungsmöglichkeiten für die SAPV, z.B. wenn AAPV-Strukturen nicht ausreichend vorhanden sind, oder um rechtzeitige Einbindung („early integration“) zu gewährleisten.
- Integration seelsorglicher und kultursensibler Angebote in die vernetzte und koordinierte Leistungserbringung.
- Anerkennung von Physiotherapie und niedergelassenen Apotheken als elementare Bestandteile der Hospiz- und Palliativversorgung.

Verbesserung der Vergütung

- Leistungsgerechte Honorierung von sprechender Medizin und Palliativversorgung im hausärztlichen Bereich.

- Anerkennung einer kommunikationsgestärkten Versorgung im pflegerischen Bereich durch eine leistungsgerechte Vergütung.
- Finanzierung von Beratungen zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung im ambulanten Bereich.
- Finanzielle Förderung von Projekten zur Verbesserung der Versorgungssituation schwerkranker und sterbender Menschen und ihrer An- und Zugehörigen außerhalb der Regelversorgung in Abstimmung mit den Versorgern.
- Aufnahme von nicht geförderten Leistungen ambulanter Hospizvereine in die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 SGB V, zum Beispiel Beratungsleistungen ohne anschließende ehrenamtliche Begleitung, Trauerbegleitung, Stellen für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, kultursensible Begleitung und Leistungen der ehrenamtlichen Vorstände.
- Aufnahme psychosozialer Fachkräfte in die feste Struktur der SAPV-Teams.
- Finanzierung von Palliative Care-Fortbildungsangeboten inkl. Spiritual Care und Kultursensibilität.
- Aufnahme von patientenfernen Tätigkeiten in die Vergütung, z.B. von SAPV-Teams und ambulanten Hospizdiensten (Leitungsaufgaben, Personalgewinnung...).

Verbesserung des Bewusstseins in der Bevölkerung

- Ausweitung der Weiterbildungsangebote und -pflichten für Leistungserbringer.
- Aufnahme von Spiritual Care und kultursensiblen Aspekten in die Curricula der Leistungserbringer, soweit noch nicht geschehen.
- Weiterer Ausbau einer Trauerkultur, z.B. durch Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in Kindergärten und Schulen oder durch Unterstützungsangebote in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe.
- Öffentlichkeitsarbeit für die breite Bevölkerung, insbesondere auch im Hinblick auf die kulturelle Vielschichtigkeit der Hospiz- und Palliativversorgung und die sich verändernden psychosozialen Aspekte.



- Unterstützung von Angeboten zur Sensibilisierung von Kindern und Erwachsenen zu den Themen Sterben, Tod und Trauer.
- Förderung der Attraktivität des Pflegeberufs, u. a durch Verbesserung der Rahmenbedingungen.

5.5. Fazit

Zur Verbesserung der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung bedarf es neben einer leistungsgerechten Finanzierung der einzelnen Akteurinnen und Akteure, der Qualifizierung der einzelnen Mitarbeitenden und der Vernetzung auch des Aufbaus und der Weiterentwicklung regionaler Hospiz- und Palliativnetze. Dazu gehören auch die Anerkennung und die Finanzierung der damit verbundenen Koordination als gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Gerade im Hinblick auf den demografischen Wandel in Verbindung mit dem medizinischen Fortschritt wird die AAPV an Bedeutung gewinnen und von immer mehr Menschen in Anspruch genommen werden. Es muss eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein, die dafür notwendigen Voraussetzungen zu schaffen.

Eine ausführliche Positionierung der AAPV ist in Form einer Langfassung als Anlage beigefügt*, ebenso die Einzelpositionierungen der verschiedenen Akteure.

Autoren:

Gregor Sattelberger (LV SAPV Bayern), Dagmar Grabner (AWO), Johannes Keller (bpa), Dr. Julia Berendt (LGL), Harald Braun (ELKB), Günter Beucker (Diakonie), Thomas Hackenberg (vdek), Goran Todorovic (KVB), Yasemin Günay (DGP Bayern), Tanja Poenitsch (BHÄV), Konrad Göller (BHPV), Dr. Doris Unterreitmeier (BLAK), Stefan Meier (Akademie für Hospizarbeit und Palliativmedizin Nürnberg), Markus Noris (LV Bayern Physio-Deutschland, als Gast), Verena Walter (BHPV), Katja Goudinoudis (DGP), Timo Grantz (BHPB), Christof Oswald (DBfK, redaktionelle Überarbeitung), Cornelia Alheid (LCV Bayern, redaktionelle Überarbeitung)

6 Arbeitsgruppe 6: Innovative Hospiz- und Palliativversorgung

6.1. Hintergrund

Mit Blick auf die Zukunft, den demographischen Wandel und die Tatsache, dass die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung (HPV) noch zu wenige Menschen erreichen, Randgruppen und/oder Menschen mit Migrationshintergrund nur unzureichend erreicht werden, wird die Aufgabe, die knapper werdenden Ressourcen gerechter auf mehr Betroffene zu verteilen, noch wichtiger. Immer mehr Menschen sind von unheilbaren, fortschreitenden Krankheiten und damit einhergehender Pflegebedürftigkeit betroffen. Die Verläufe sind länger und komplexer geworden, so dass sich die letzte Lebensphase zum Teil verlängert hat. Wir stellen fest, dass die betroffenen Menschen häufig zu spät im System der Hilfeleistungen aufgenommen werden.

Hinzu kommt, dass Bayern als Flächenstaat im Vergleich zu anderen Bundesländern eine geringere Dichte an stationären Hospizbetten aufweist, insbesondere in den dünn besiedelten großflächigen Gebieten. Dies kann, auch bedingt durch Wartezeiten auf einen freien Platz in einem stationären Hospiz, zu einem „Rückstau“ der Patientinnen und Patienten auf den Palliativstationen und/oder zu Überbelastungen bei pflegenden An- und Zugehörigen zu Hause führen.

Eine innovative Weiterentwicklung abgestufter und bedarfsgerechter Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung ist daher dringend geboten, um dem gesetz-

* Die Anlagen stehen online zur Verfügung und sind über den QR-Code auf Seite 99 abrufbar.