Landtag Mecklenburg-Vorpommern
8. Wahlperiode
Sozialausschuss

Ausschussdrucksache 8/105

Ausschussdrucksache

(08.06.2022)

Inhalt:

Stellungnahme des Herrn Dr. Röhr (Schloss Bernstorf gGmbH) zur Anhörung des Sozialausschusses am 15.06.2022

Fragenkatalog zur Anhörung des Sozialausschusses am 15.06.2022
Antworten Dr. Röhr Geschäftsführer vom Hospiz Schloss Bernstorf

1. Welche Maßnahmen wären aus Ihrer Sicht erforderlich, um die Palliativ- und Hospizversorgung, vor allem mit Blick auf die Zukunft, weiter zu verbessern? Was sind aktuelle Themen/Herausforderungen in den Bereichen Hospiz- und Palliativversorgung?

In einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern ist es zwingend notwendig, die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung räumlich und strukturell zu planen sowie zu fördern. In der aktuellen Rahmenvereinbarung sind die Bedürfnisse und Besonderheiten gerade der ländlichen Räume nur eingeschränkt berücksichtigt. Des Weiteren sollte die Koordinierungsstelle für die Angebote stärker finanziell gefördert und eine Bedarfsplanung für M-V erstellt werden. Ein hohes Leistungsniveau der Anbieter setzt zudem auch eine starke und funktionsfähige LAG inklusive der Vernetzung mit dem Land und den Kostenträgern sowie über die Einbringung der landesspezifischen Belange und Interessen auf Bundesebene voraus.

Eine große Herausforderung im Bereich der stationären Hospize ist die unzureichende Refinanzierung der Einrichtungen. Von den Krankenkassen werden insbesondere die Sachkosten nicht vollständig anerkannt und der Personalschlüssel, wie in der Rahmenvereinbarung nach § 39 a SGB V geregelt, nicht 1:1 von den Krankenkassen anerkannt. Individuelle Bedarfslagen und Besonderheiten der einzelnen Häuser und Regionen werden nicht bei der Bemessung des Bedarfstagessatzes berücksichtigt.

Nach der aktuellen Rahmenvereinbarung bemisst sich der Bedarfstagessatz unter anderem nach dem Belegungsdurchschnitt der letzten drei Jahre, das führt dann zum Beispiel bei sinkender Belegungszahl vollautomatisch zur Unterdeckung und zu nachhaltigen Verlusten, da sich die Personal- und Sachkosten nicht automatisch verändern. Das gesamte Verfahren der Tagessatzverhandlungen ist viel zu bürokratisch und kleinteilig bis hin zur Kleinmütigkeit, die der großen Aufgabe der Palliativversorgung in keinster Weise gerecht wird.

Darüber hinaus zählt M-V zu den Bundesländern mit den niedrigsten Spendenaufkommen, besonders große, trägerunabhängige Einrichtungen haben Probleme, die 5 % Spendenanteil überhaupt zu erreichen.

Eine weitere Herausforderung für Hospize ist besonders in ländlichen Bereichen die Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei Krankheitsausfällen und Urlauben durch Ärzte.

Die Tendenz, nur noch Pflegefachkräfte in Hospizen einzusetzen, geht am eigentlichen Bedarf der Häuser bzw. ihrer Gäste vorbei, verursacht zusätzliche Kosten und unnötige Personalknappheiten.

2. Wie bewerten Sie die Palliativ- und Hospizversorgung grundsätzlich in Mecklenburg-Vorpommern, insbesondere mit Blick auf den ländlichen Raum?

Wie in allen Bundesländern mit hoher Flächenausdehnung ballen sich die Angebote im städtischen Bereich und fehlen auf dem flachen Land. Die Leistungen werden von den vorhandenen Strukturen menschlich und fachlich hochkompetent erbracht, können aber naturgemäß den weit höheren Bedarf nicht decken. Hier scheint es ratsam, sich von versäulten Angebotsstrukturen zu lösen und die vorhandenen Dienste flexibler zu machen.

Die besonderen Anforderungen der ländlichen Räume werden in keinster Weise in der Rahmenvereinbarung und auch den Vergütungsverhandlungen beachtet. Es ist zum Beispiel deutlich schwieriger, Fachkräfte zu bekommen, viele Funktionen, wie die eigene Küche etc. müssen selbst vorgehalten werden, es sind zeit- und kostenaufwändige Fahrdienste erforderlich, ehrenamtliche Mitglieder sind wesentlich schwieriger zu finden und zu halten, allein wegen der langen Anfahrtszeiten und auch der Kosten.

3. Wird der Bedarf im Land, insbesondere regional, gedeckt? Was tun die Akteure der Selbstverwaltung, um den Bedarf zu decken? Ist das ausreichend?

Von Seiten der Selbstverwaltung ist eine Initiative zur Bedarfsdeckung nicht zu erkennen, engagierte Projekte scheitern an hohen Anfangshürden. Die restriktive Verhandlungspolitik in den Tagessatzverhandlungen führt dazu, dass insbesondere die kostenintensiven stationären Hospize sich immer mehr am finanziellen Limit bewegen, da sie keine Spielräume haben, die Bedarfsdeckung strukturell zu verbessern.

4. Wie wird das Engagement zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung von den einzelnen Akteuren im Land beurteilt? Setzen sich die Krankenkassen, Selbstverwaltungsorgane etc. ausreichend für eine bessere Versorgung ein oder gibt es hier weiteren Handlungsbedarf oder Konflikte/Probleme?

Insbesondere von Seiten der Kostenträger wird gerne auf das „Diktat der Vergleichbarkeit“ hingewiesen, gleichzeitig aber übersehen, dass die Voraussetzungen der Leistungserbringung sehr diversifiziert sind. Mangelnde Transparenz, eine unzureichende Kooperation und Koordination unter den Leistungserbringern erschwert zusätzlich eine bedarfsgerechte und auskömmlich finanzierte Leistungserbringung.

Des Weiteren ist die Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize an einigen Stellen zu ungenau z.B. hinsichtlich der Personalausstattung. Lediglich der Personalschlüssel für ein Hospiz mit 8 Betten ist definiert, jedoch nicht der Personalschlüssel für Häuser mit mehr als 8 Betten. Die Aussage, dass die Angaben nicht linear hochgerechnet werden können, sind für die Verhandlung nicht ausreichend, da hierdurch den Krankenkassen ein großer Spielraum gewährt wird. Hier besteht akuter Handlungsbedarf.

5. Laut den Standards der europäischen Richtlinien (Teil 2) zur Hospiz- und Palliativversorgung fehlen in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt elf Tageshospize. In welcher Region, in welchem Landkreis, sehen Sie hier vorrangig Bedarf?

k.A.

6. In welcher Weise müssten die Versorgungsstrukturen zeitnah angepasst werden, damit auch die schwerstkranken Patienten im ländlichen Raum gleichermaßen eine spezialisierte Versorgung durch ein spezialisiertes ambulantes Palliativversorgungs-Team (SAPV-Team) erhalten können?

Hier kann nur versucht werden, die bereits vorhandenen Strukturen und Angebote zu nutzen, personell zu verstärken und finanziell solide auszustatten. Eine Reinform der Leistungserbringung wie im städtischen Bereich ist weder finanzier- noch organisierbar.

7. In Mecklenburg-Vorpommern fehlen zu den bestehenden zwölf ambulanten spezialisierten Palliativteams (SAPV-Teams) weitere vier bis fünf SAPV-Teams. Gibt es hier angesichts des Personalmangels und der Konkurrenz bei der Personalgewinnung im Medizinischen Bereich einen Lösungsansatz, weiteres Personal zu generieren?

k.A.

8. Sollte die Qualifikation „Palliative Care“ nicht grundsätzlich als Baustein in die Ausbildung zur Pflegefachkraft integriert werden?

Nein, denn neben der reinen Wissensvermittlung setzt Palliative Care auch sehr stark auf die persönliche Einstellung zu Sterben, Tod und Trauer.

9. Wie bewerten Sie folgende Vorschläge,

a. *Telemedizinische Modellprojekte für den ländlichen Raum als ergänzendes Angebot,*

   Gute Idee.

b. *Einrichtung einer landesweiten Koordinierungsstelle zur Vernetzung der haupt- und ehrenamtlichen Akteure,*

   Gute Idee.

c. *Einrichtung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes zur Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors,*

   Gute Idee. Dies gibt es in anderen Bundesländern schon länger.

d. *Einführung eines landesweiten Fortbildungsangebotes „Palliative Care“*

   Gute Idee.

e. *landesweite Unterstützung bei der Ausbildung von ehrenamtlichen Hospizbegleitern?*

Gute Idee, aber neben der reinen Unterstützung bei der Ausbildung sollte auch die Werbung für das Ehrenamt und die Steigerung der Attraktivität des Ehrenamtes bedacht werden, denn besonders im ländlichen Bereich ist es sehr schwer, ehrenamtliche Mitarbeiter zu finden. Dort reicht nur die Unterstützung bei der Ausbildung nicht aus.

10. Sind die Handlungsempfehlungen aus der 2. Auflage des Evaluationsberichts vom Dezember 2019 noch aktuell?

a) *Zugang und Erreichbarkeit: Integration von eHealth und Telemedizin in die Hospiz- und Palliativversorgung*

Ja.

b) *Verbesserung der Kooperation zwischen den Leistungserbringern*

Ja.

c) *Palliativmedizinischer Konsiliardienst*

Ja.

d) *Koordinierungsstelle (ist bereits eingerichtet und wird vom Land mit 9.000 EUR jährlich gefördert)*

Ja. Allerdings ist die Förderung durch das Land viel zu gering.

e) *Förderung der Qualifizierung*
-

f) *Zum Problem häuslicher Überforderung*
-

11. Wie funktioniert die Vernetzung der relevanten Akteure? Wo werden ggf. Verbesserungsmöglichkeiten gesehen?

k.A.

12. Wo werden explizite Einsatzgebiete der Telemedizin gesehen?

Bei der Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit SAPV-Team sowie bei der Diagnostik und Therapie des Hospizgastes.