

Ausschussdrucksache

(08.06.2022)

Inhalt:

Stellungnahme der Frau Kirsten Jüttner (Verband der Ersatzkassen) zur Anhörung
des Sozialausschusses am 15.06.2022



Anhörung vor dem Sozialausschuss des Landtages Mecklenburg-Vorpommern am 15. Juni 2022

Palliativ- und Hospizversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zukunftsfest gestalten - Drucksache 8/396 -

Stellungnahme der vdek-Landesvertretung

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) vertritt die Interessen der Ersatzkassen und somit von etwa 700 TSD (circa 47 Prozent) gesetzlich krankenversicherten Bürgerinnen und Bürgern in Mecklenburg-Vorpommern.

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? Wo sehen Sie (weitere) Handlungsbedarfe, insbesondere von Seiten des Landes?

Mecklenburg-Vorpommern hat ca. 1,61 Millionen Einwohner. Während die Sterberate in Deutschland (ohne Covid-19) bei etwa 1,1 bis 1,2 Prozent liegt, hat Mecklenburg-Vorpommern mit etwa 22.000 Sterbefällen im Jahr eine Sterberate von 1,36 Prozent. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. geht davon aus, dass etwa 10 Prozent der schwerstkranken Menschen vor ihrem Tod eine besondere Versorgung benötigen. Zu dieser besonderen Versorgung zählen insbesondere stationäre Hospize, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) sowie Palliativstationen in Krankenhäusern.

Um die Versorgungslage in M-V näher zu bewerten und einzuschätzen, verweisen wir auf die Zusammenstellung der Versorgungsstrukturen, die wir unter Frage 2 vorgenommen haben.

Dabei sind nicht nur die genannten besonderen Versorgungsformen, sondern auch die mit dem Hospiz- und Palliativgesetz zum 01.04.2015 eingeführten Leistungen und Strukturen aufgeführt. So stehen für die Versorgung in der letzten Lebensphase außerdem die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) als Leistung der behandelnden Vertragsärzte, in stationären Pflegeheimen die gesundheitliche Versorgung in der letzten Lebensphase und in der ambulanten Versorgung die ambulanten Hospizdienste mit ihrer ehrenamtlichen Sterbebegleitung zur Verfügung.

Insbesondere die Regelungen zur AAPV – Vereinbarung zur Palliativversorgung in der haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung sind geeignet, eine kontinuierliche Betreuung auch schwerstkranker Patient:innen sicherzustellen, indem sie unter anderem alle erforderlichen Koordinationsleistungen beinhalten. Patient:innen können auf diese Weise möglichst lange durch ihre vertrauten Ärzt:innen behandelt werden. Die seit langem übliche standardisierte Steuerung von Patient:innen durch das behandelnde Krankenhaus in die SAPV sollte damit obsolet sein.

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

Die vdek-Landesvertretung bewertet die Versorgungslage in Mecklenburg-Vorpommern grundsätzlich als gut und ausreichend. Im ländlichen Raum ist eine flächendeckende Palliativ- und Hospizversorgung ebenfalls gewährleistet.

Bezugnehmend zu den Ausführungen in der Frage 1 besteht in Mecklenburg-Vorpommern ein Bedarf von ca. 2.200 spezialisierten Versorgungseinrichtungen im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung. Hierzu verweisen wir auf die beigefügte Anlage.

Insgesamt stehen in Mecklenburg-Vorpommern die nachfolgend aufgeführten Versorgungssettings zur Verfügung:

- Palliativstationen im Krankenhaus/Betten:
 - Palliativmedizinische bzw. Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung in 13 Krankenhäusern
 - 10 Tagesklinikplätze in der Palliativmedizin

- Stationäre Hospize: 10 mit insgesamt 100 Plätzen

- Teilstationäre Hospize: 1 mit insgesamt 2 Plätzen

- SAPV/SAPPV-Teams – in den Regionen: 15, davon 1 SAPPV-Team

- Ambulante Hospizdienste (Förderverfahren 2022):
 - Geförderte ambulante Hospizdienste: 16
 - Anzahl der Ehrenamtlichen (2021): 768
 - Sterbebegleitungen:
 - Erwachsene: 1.155
 - Kinder: 35
 - Fördersumme: 1.773.812,02 EUR

- AAPV: 101 qualifizierte Ärzte gemäß § 7 Absatz 7 der Anlage 30 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (Vereinbarung zur Palliativversorgung)

- Leistungserbringer nach § 132g SGB V (Stand 05/2022):
 - 82 vollstationäre Pflegeeinrichtungen
 - 35 Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen

- Palliative-Care-Beauftragte in vollstationären Pflegeheimen:

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten die Refinanzierung der Vorhaltung zusätzlichen hauptamtlichen Personals (Palliative-Care-Beauftragte). Aufgaben des hierfür vorgehaltenen Personals sind unter anderem die konzeptionelle Verankerung des Themas Palliative-Care und Sterbebegleitung in der Einrichtung und die Erarbeitung und Pflege von Einrichtungsstandards zur Sterbebegleitung und Palliative-Care. Darüber hinaus fungierten diese Mitarbeiter:innen als Multiplikator für die Umsetzung und Einhaltung der konzeptionell verankerten hospizlichen Grundsätze, der Multiprofessionalität des Betreuungsteams sowie des gelingenden Miteinander von ehrenamtlicher und hauptamtlicher Begleitung und Betreuung.

- Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V:
 - Nr. 24a der HKP-Richtlinie - Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten
 - Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt - insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation - Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden - Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen.

Die Leistung Nr. 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses.

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

Der Bedarf an Hospiz- und Palliativleistungen in Mecklenburg-Vorpommern wird durch die vorhandenen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen gedeckt (vgl. Antwort zur Frage 2). Aus Sicht der vdek-Landesvertretung ist die Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern sichergestellt.

Dem Verband der Ersatzkassen e. V. liegen keine Informationen darüber vor, dass in Mecklenburg-Vorpommern erforderliche palliativmedizinische/-pflegerische Versorgung nicht geleistet werden konnten.

Darüber hinaus wird im Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung vom 16.12.2020 dargestellt, dass die Versorgung mit Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in allen Landkreisen und kreisfreien Städten des Landes Mecklenburg-Vorpommern sichergestellt ist.¹

Mit der Finanzierung der erforderlichen Hospiz- und Palliativleistungen trägt die gesetzliche Krankenversicherung einen wesentlichen Teil zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung schwerstkranker Menschen in der letzten Lebensphase bei.

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?

Aus Sicht der vdek-Landesvertretung arbeiten die Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung eng und sehr engagiert für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung zusammen.

Der „Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung“ gewährleistet den regelmäßigen Austausch aller Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern, um gemeinsam mögliche Herausforderungen zu bewältigen.

Da keine Versorgungsdefizite bekannt sind, sehen die Selbstverwaltungen keinen akuten Handlungsbedarf, sind im Bedarfsfall aber gesprächsbereit.

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?

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es aktuell zwei teilstationäre Hospizplätze, die in einem stationären Hospiz integriert sind.

Zu Beurteilung, ob und in welcher Region der Bedarf an weiteren teilstationären Hospizplätzen in M-V besteht, liegen dem Verband der Ersatzkassen e. V. keine Daten vor.

¹ Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Stand der Entwicklung sowie der vertraglichen Umsetzung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 16.12.2020: Seite 16

Die Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa stammen aus den Jahren 2010/2011. Die Bedarfsanalyse in Teil 2 weist explizit darauf hin, dass die Versorgungsstrukturen in den verschiedenen Ländern nur bedingt vergleichbar sind, sich ggf. Kompensationen herausgebildet haben. Zu Tageshospizen wird angemerkt: ...dass in vielen Ländern Tageshospize nicht als wesentliches Versorgungsangebot betrachtet und stattdessen andere Modelle palliativer Versorgungsleistungen angeboten werden.

Für Tageshospize ist in den Standards grundsätzlich festgehalten, dass für 150.000 Einwohner ein Tageshospiz mit mindestens sechs Plätzen zur Verfügung stehen sollte. Der Schwerpunkt ihrer Versorgung liegt auf dem kreativen Erleben und der sozialen Betreuung. Das entspricht der Beschreibung der über 250 Tagespflegeeinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern, in denen auch Pflegebedürftige mit einem hohen Pflegegrad soziale Betreuung in Anspruch nehmen können.

Die vdek-Landesvertretung hat den für die Anhörung vorgelegten Fragenkomplex dahingehend verstanden, dass es sich um die hochspezialisierte medizinische und pflegfachliche Sicherstellung der Versorgung in den letzten Lebenswochen schwerstkranker und sterbender Menschen handelt. Sie bewertet es als schwierig, die Versorgung in teilstationären Hospizen im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern bedarfsgerecht (und wirtschaftlich) zu erbringen. Die Herausforderungen bestehen vor allem in der Zumutbarkeit für die Patient:innen, ggf. täglich lange Wege- und Fahrtzeiten zurücklegen zu müssen.

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?

Mecklenburg-Vorpommern verfügt über 14 SAPV-Teams und ein SAPPV-Team für die Versorgung mit Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)/spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV).

Den Ersatzkassen liegen keine Hinweise vor, die darauf hindeuten, dass die vorhandenen Versorgungsstrukturen der SAPV/SAPPV nicht ausreichen, die spezialisierte Versorgung auch im ländlichen Raum sicherzustellen.

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?

In Mecklenburg-Vorpommern stehen aktuell 14 SAPV-Teams zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und ein SAPPV-Team zur spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV) zur Verfügung.

Die „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa“ gehen von einem Palliativteam je 100.000 Einwohner aus. Darauf nimmt auch der – Evaluationsbericht „Die Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ 2. Auflage – Bezug. Die „Standards“ gehen von einer Personalausstattung eines multiprofessionellen Kernteams von vier bis fünf Mitarbeiter:innen aus. Der Evaluationsbericht beschreibt durchschnittlich 15 Mitarbeiter:innen, 10 Pflegenden und fünf Ärzte:innen, sowie weitreichende Kooperationen mit durchschnittlich 24,4 Ärzte:innen je Team.

Der Evaluationsbericht stellte zwar räumliche Lücken bei Versorgung im Umkreis von 50 km um den jeweiligen Standort eines SAPV-Teams fest, konstatierte aber gleichzeitig, dass auch außerhalb dieses Radius Versorgung stattfand. Das ist aus Sicht der Ersatzkassen auf die teilweise dezentrale Organisation der Teams und die entsprechenden Standorte von beteiligten Pflegediensten sowie Ärzt:innen zurückzuführen. Aus Sicht der Ersatzkassen ist damit eine flächendeckende, bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung gegeben.

Die Herausforderungen des Personalmangels in allen Bereichen des Gesundheitssystems werden regelmäßig gemeinsam auch mit den Akteuren der Hospiz- und Palliativversorgung beraten, um Lösungen zu finden.

Dies gilt für den gesamten Bereich der Pflege: Konkret wurde im Jahr 2019 die Pflegeausbildung reformiert. Zu den Partnern gehören die in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege relevanten Akteure wie Bund, Länder, Kommunen, Wohlfahrts-, Berufs- und Trägerverbände mit ihren rund 30.000 Mitgliedseinrichtungen, Sozialpartner, Kostenträger und die Bundesagentur für Arbeit. Durch die Reform der Pflegeberufe wird die Ausbildung zur Pflegefachperson in Deutschland modernisiert und attraktiver gemacht sowie der Berufsbereich der Pflege insgesamt aufgewertet. Um die Einführung der neuen Pflegeausbildungen zu flankieren, wurde im Rahmen der "Konzertierten Aktion Pflege" im Januar 2019 vom Bundesfamilienministerium die "Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023)" mit insgesamt 111 Maßnahmen gestartet, die unter anderem die Umsetzung einer Informations- und Öffentlichkeitskampagne vorsieht. Ein zentrales Ziel der Offensive ist es, die Zahl der Auszubildenden und ausbildenden Einrichtungen bis 2023 um zehn Prozent zu erhöhen.

Der Sozialausschuss hat am 01.06.2022 eine Anhörung zur Pflegeberufegesetzgebung durchgeführt, die dem Grunde nach bestätigte, dass die Ausbildungsreform erfolgreich war. Einige Zielsetzungen, wie beispielsweise die Erhöhung der Ausbildungszahlen, konnten aufgrund der Corona-Pandemie noch nicht vollständig umgesetzt werden.

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

Der Verband der Ersatzkassen e. V. sieht derzeit keine Veranlassung, die Qualifikation „Palliative Care“ grundsätzlich als Baustein in die Ausbildung zur Pflegefachkraft zu integrieren, da in der Ausbildung bereits Bausteine der Qualifikation enthalten sind.

Die Qualifikation „Palliative Care“ ist deutlich umfangreicher und umfasst die Mindestinhalte, wie sie im SAPV-Rahmenvertrag vereinbart sind.

9. Wie bewerten Sie folgende Vorschläge,

- a) telemedizinische Modellprojekte für den ländlichen Raum als ergänzendes Angebot,

Vor dem Hintergrund des Personal- und Fachkräftemangels im Gesundheitssystem sowie der sich weiter entwickelnden Digitalisierung sehen die Ersatzkassen großes Potential in der Implementierung telemedizinischer Angebote.

Gerade in der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung bieten sich vielfältige Möglichkeiten der konsiliarischen Beratung. Und auch innerhalb der SAPV-Teams bietet die telemedizinische Unterstützung von Pflegefachkräften durch Ärzt:innen vielfältige Ansätze in der Versorgung.

Doch nicht umsonst sehen die Verträge mit den SAPV-Teams eine 24-Stunden-Rufbereitschaft sowie deren Finanzierung auch für die ärztlichen Vertragspartner vor. Hier gilt es, die Erfordernisse genau abzuwägen.

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

Zur Bewertung, ob die Einrichtung einer landesweiten Koordinierungsstelle zur Vernetzung der haupt- und ehrenamtlichen Akteure sinnvoll ist, muss zunächst geklärt werden, welche Aufgaben diese Koordinierungsstelle konkret übernehmen soll. Des Weiteren muss analysiert werden, ob vorhandene Koordinierungsstrukturen diese Aufgaben bereits übernehmen bzw. übernehmen könnten.

Die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen stellt aufgrund der Komplexität der Anforderungen und Bedürfnisse der Betroffenen hohe Anforderungen an das gegliederte Versorgungssystem. Im Mittelpunkt der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen steht das Ziel, eine gute Versorgung bei schwerer Erkrankung und am Lebensende zu gewährleisten. Hierzu zählt auch, Menschen in ihrer letzten Lebensphase Orientierung und Unterstützung zu geben, ihre Lebensqualität zu verbessern, ihre Autonomie und Würde zu erhalten sowie ihnen ein Leben und Sterben individuell in der gewünschten Umgebung zu ermöglichen. Versicherten stehen im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung umfangreiche Leistungen und Unterstützungsangebote zur Verfügung. Die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen wird dabei durch unterschiedliche Akteur:innen sowie Netzwerke getragen, die ihre Leistungen professionell erbringen. Sie werden in ihrer Arbeit wesentlich durch kommunale Strukturen und eine Vielzahl ehrenamtlicher Helfer:innen unterstützt.

Um die Hospiz- und Palliativversorgung weiter zu stärken, wurde in § 39d SGB V (i. d. F. des GVWG²) geregelt, dass die Krankenkassen „die Koordination der Aktivitäten in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch eine Netzwerkkoordinatorin oder einen Netzwerkkoordinator“³ mitfordern. Die Förderung soll dabei gewährleisten, dass bestehende Strukturen und bestehendes ehrenamtliches Engagement grundsätzlich erhalten bleiben. Die bisher und auch weiterhin Verantwortlichen sollen sich nach dem Willen des Gesetzgebers nicht zurückziehen; vielmehr soll die Finanzierung der Netzwerke durch die Förderung der Krankenkassen ergänzt und verbessert werden. Deshalb wird die Förderung an die Bedingung geknüpft, dass sich auch Kreise und kreisfreie Städte („kommunale Träger“) im Rahmen der ihnen obliegenden Daseinsvorsorge an der Förderung der Netzwerke in jeweils gleicher Höhe wie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen beteiligen. Die Beteiligung der kommunalen Träger soll sich dabei nicht in einer ideellen Unterstützung erschöpfen, sondern muss in einer finanziellen Beteiligung etwa an den Personal- und Sachkosten des Netzwerkkoordinators bestehen. Grundsätzlich ist in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt ein Netzwerk zu fördern, um die Netzwerkarbeit in einer Region zu konzentrieren.

- c) Einrichtung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes zur Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors.

Die Verzahnung des stationären und ambulanten Sektors ist nicht nur für die Palliativversorgung eine Herausforderung.

Klassischerweise ist ein Konsiliardienst im Krankenhaus Standard. Der palliative Konsiliardienst leistet spezialisierte palliative Fachberatung und Unterstützung für anderes Klinikpersonal, Patienten und deren Familien sowie andere Behandler in der Versorgungsstruktur des Krankenhauses. Er bietet formelle und informelle Ausbildung an und vernetzt sich mit anderen Diensten innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Palliativkonsilteams bieten in erster Linie Unterstützung für Behandler in anderen Krankenhausabteilungen und Polikliniken, die nicht in Palliativversorgung spezialisiert sind. Ein zentrales Ziel des Palliativkonsilteams ist die Linderung der zahlreichen Symptome der Palliativpatienten in verschiedenen Abteilungen des Krankenhauses durch ein Mentoring des diensthabenden Personals und durch Unterstützung der Patienten und ihrer Angehörigen. Des Weiteren soll die Expertise in Palliativmedizin und -versorgung in diesem Umfeld zur Verfügung gestellt werden.

Unterstützung und Fortbildung wird in den Bereichen Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitliche Versorgung und psychosoziale Unterstützung angeboten. Dies beinhaltet die konsiliarische Mitbetreuung von Patienten auf einer Vielzahl von verschiedenen Abteilungen und die Beratung anderer Behandler. Die Entscheidung über und die Umsetzung von Therapien und Interventionen bleibt dabei jedoch in der Verantwortung des betreuenden medizinischen Personals.

² Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG), veröffentlicht im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021, Teil I Nr. 44, 19. Juli 2021, hier: S. 2756.

³ § 39d Abs. 1, ebd.

Das Ziel eines Palliativkonsilteams ist die Verbesserung der Betreuung, um die Entlassung von der Akutstation zu fördern und den Übergang von stationärer zu ambulanter Betreuung zu vereinfachen. Maßnahmen seitens des Teams können ein gut begleiteter Wechsel des Patienten auf die Palliativstation oder die Koordination zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sein.

Auch in der ambulanten Palliativversorgung ist die konsiliarische Unterstützung etabliert. So können SAPV-Teams gemäß Versorgungsvertrag nicht nur die Vollversorgung eines Patienten oder einer Patientin übernehmen, sondern ggf. auch eine sogenannte Teilversorgung. Die ärztliche Versorgung bleibt dann weitgehend in der Hand der auch bisher behandelnden Ärzte. In diesen Fällen ist eine palliativmedizinische konsiliarische Unterstützung durch den Palliativmediziner erforderlich.

d) Einführung eines landesweiten Fortbildungsangebotes „Palliative Care“

Die bereits vorhandene Qualifikation „Palliative Care“ umfasst die Mindestinhalte entsprechend der Vereinbarung des SAPV-Rahmenvertrages. Der Verband der Ersatzkassen sieht keinen Mehrwert in der Einführung einer landesweiten Fortbildung der „Palliative Care“.

e) landesweite Unterstützung bei der Ausbildung von ehrenamtlichen Hospizbegleitern?

Den Ersatzkassen liegen keine Hinweise vor, die einen aktuellen Handlungsbedarf bei der Ausbildung von ehrenamtlichen Hospizbegleitern begründen. Den 16 geförderten ambulanten Hospizdiensten stehen 768 ehrenamtliche Hospizbegleiter zur Verfügung. Im Rahmen der Förderung der ambulanten Hospizdienste wird auch die erforderliche Ausbildung der ehrenamtlichen Begleiter refinanziert. Engpässe beim Zugang zu der Ausbildung sind der vdek-Landesvertretung nicht bekannt.

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

Die Handlungsempfehlungen sollten aus Sicht des Verbandes der Ersatzkassen dahingehend überprüft werden, ob sie die tatsächliche Versorgungslage der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern mit den eingebrachten Einschränkungen noch wiedergeben.

Schon im Dezember 2019 wiesen die Autor:innen auf eine teilweise ungenügende Datenlage hin. Rückschlüsse auf die Versorgungslage waren trotz Einschränkung möglich.

Auch der Evaluationsbericht hat die Entwicklung von der spezialisierten Versorgung der stationären Hospize und der SAPV hin zu einer schon viel früher greifenden allgemeinen ambulanten Palliativversorgung nur ansatzweise gestreift. Das ist in der Historie der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland begründet, in der seit Ende der 90er Jahre die stationären Hospizversorgung im Fokus standen, seit 2009

die spezialisierte Versorgung im Rahmen der SAPV ausgebaut wurde und erst seit 2016/2017 zumindest im Rahmen der Krankenversicherung die (allgemeine) ambulante Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen gesetzlich geregelt wurde.

In der Realität wird die Palliativversorgung von einer Mehrzahl von aufeinander aufbauenden spezialisierten Angeboten dominiert. Dem steht die Versorgung durch die AAPV gegenüber, die bisher wenig evaluiert wurde und aus Sicht der Ersatzkassen in den Fokus der Palliativversorgung rücken muss.

Soweit das Ministerium also eine 3. Auflage der Evaluation planen sollte, sollte insbesondere die ambulante „nicht spezialisierte“ Palliativversorgung im Zentrum der Untersuchung stehen.

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

Die Vernetzung der relevanten Akteure in der Versorgung ist in den Verträgen mit den Krankenkassen geregelt – wie „gut“ sie bzw. die Zusammenarbeit tatsächlich funktioniert, kann von Seiten der vdek-Landesvertretung nicht beantwortet werden. Die Frage ist eher von den an der Anhörung beteiligten Leistungserbringern zu beantworten.

Die darüber hinaus gehende Vernetzung der relevanten Akteure im Gesundheitswesen findet unter anderem zweimal pro Jahr mit dem „Runden Tisch zur Hospiz- und Palliativversorgung“ statt, in dem sich Vertreter:innen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern, der Leistungserbringer, der Krankenkassen und der Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz und Palliativversorgung/SAPV austauschen.

12. Wo werden explizite Einsatzgebiete der Telemedizin gesehen?

Aufgrund steigender Patient:innenzahlen gewinnt die Palliativmedizin immer mehr an Bedeutung.

Die Ersatzkassen sehen den ergänzenden Einsatz der Telemedizin vorrangig in der sektorenübergreifenden Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer. Dort ist sie ein geeignetes Mittel zur Information und Konsultation im Rahmen der palliativen Versorgung zwischen den Leistungserbringern.

Des Weiteren könnte die Telemedizin dazu beitragen, die ambulante Palliativversorgung in der Häuslichkeit zu verbessern. Die ambulante Versorgung dieser Patient:innen kann hinsichtlich regelmäßiger Hausbesuche von medizinischem Personal gerade in dünn besiedelten Gebieten mit starken strukturassoziierten Veränderungen an ihre Grenzen stoßen. Hier könnten beispielsweise Videosprechstunden als Kommunikationsmedium dienen.

Palliativ und Hospizversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

-  Stationäre Hospize
-  SAPV-Teams
-  Ambulante Hospize

