

Ausschussdrucksache

(14.06.2022)

Inhalt:

Stellungnahme des Herrn Andreas Jülich
(Sprecher Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)
zur Anhörung des Sozialausschusses am 15.06.2022

hier:

Antrag der Fraktion der CDU
**Palliativ- und Hospizversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zukunftsfest
gestalten**
- Drucksache 8/396 -

Fragenkatalog
zur Anhörung des Sozialausschusses am 15.06.2022 Beratung
des
Antrages der Fraktion der CDU

**Palliativ- und Hospizversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zukunfts-
fest gestalten**

- Drucksache 8/396 –

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?

- Insgesamt hat sich die Situation in den letzten 10- 20 Jahren deutlich verbessert- Danke!
- $\frac{3}{4}$ der Sterbenden sollen/wollen zuhause sterben, deshalb ist besonders die Stärkung des ambulanten Sektors wichtig
- In MVP gibt es derzeit (nur) 100 besonders qualifizierte niedergelassene Kollegen für die Palliativmedizin (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä). Dies ist zu wenig!
- Angedacht war die Versorgung von ca 10 % palliativen Patienten durch SAPV Team- derzeit meines Wissens ca 25 %-in MVP- was ein guter Wert ist
- Es gibt keine besondere Vergütung der ambulanten Pflege bei der palliativen Versorgung!
- Das Entlass -Management vom Krankenhaus in die Häuslichkeit (gerade wenn der Patient nicht von einer Palliativstation kommt) ist häufig Mangelhaft, es fehlt vor allem an Kommunikation und „Freitagsentlassungen“ sind nicht hilfreich
- Verbesserungsmöglichkeiten

Ambulant

- Stärkere Weiterbildung im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (also niedergelassene Kollegen) -
- Stärkung der „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä“- Zuständig beides KV
- Weiterbildung der ambulanten Pflege und dort bessere Vergütung bei der Versorgung von Palliativpatienten (also mehr Zeit) um Krankenhauseinweisungen zu vermeiden

Stationär

- Einweisungen von Palliativpatienten in das Krankenhaus geschehen oft aus sozialen Gründen (Überforderung der Familie und ggf Symptomkontrolle). Das sind akute Situationen und sind nicht planbar. Es fehlen Palliativbetten, das müssen nicht immer Palliativstationen sein, aber Palliativbetten. Diese müssen in der Lage sein ambulante Patienten akut (an der Notaufnahme und Intensivstation vorbei) aufzunehmen. Das spart sinnlose Notfälle mit Notarzt und RTW (Kosten zwischen 800- 1600 €/Einsatz)
- Jedes Krankenhaus braucht einen Palliativbeauftragten bzw. Konsildienst (Ärztlich und Pflegerisch) zur Versorgung der Patienten auch auf der Normalstation und besseren Überleitung in den ambulanten Sektor
- Stärkere Weiterbildung der Pflege im palliativen Sektor
- Verbesserung der Palliativsituation in den stationären Pflegeeinrichtungen- jedes Heim- aber einer bestimmten Größe bräuchte eine Palliativpflegekraft
- Der Notfallplan zur Vermeidung der Krankenhauseinweisung ist nach einem Jahr Bearbeitung und zwei Jahren Coronazeit von Schwerin nicht weiterverfolgt worden und sollte nun bald finalisiert werden
- Die Rettungsmedizin (Notfallsanitäter, Notärzte, Leitstellen) müssen in die Palliativmedizin eingebunden werden zur Vermeidung von unnötigen Einsätzen und Abfrage des Disponenten ob es sich um einen palliativen Patienten handelt- dann ggf Information an den Hausarzt/SAPV. Erst wenn dies nicht das Ergebnis bringt sollte überlegter Einsatz ohne Wiederbelebung beim sterbenden Patienten erfolgen- dann mit Information an den Hausarzt ggf am nächsten Tag.

Weiterbildung

- Bevölkerung

Es muss hier eine bessere Weiterbildung geben. Jeder weiß, dass ich bei einem Herzinfarkt innerhalb einer Stunde ins Krankenhaus muss. Ähnliches Grundwissen muss es bei der Bevölkerung geben

 - Was ist Palliativmedizin?
 - Pall. Netzwerke müssen bekannt gemacht werden
 - Symptomlinderung „ich muss nicht mit Schmerzen sterben“
 - Und und und

Die Weiterbildung muss in den Kommunen laufen aber der Anstoß kann von Schwerin kommen. In anderen Ländern gibt es „Nachbarschaftstage,, oder ähnliches zur Weiterbildung. Ähnliches trifft für die Weiterbildung in Schulen zu
- Medizinstudenten/Facharztausbildung
 - Eine Grundausbildung erfolgt bereits im 5. Studienjahr
 - Es fehlt eine systematische Weiterbildung in der Facharztausbildung (jeder Arzt hat mit Tod und Sterben zu tun aber es wird nicht unterrichtet!), vorstellbar ist 1 Woche

bis 1 Monat Weiterbildung während der 60 Monate
Facharztausbildung

- Pflege

Sind die Hauptbehandler !

- Jede Pflegekraft braucht eine Grundausbildung in der Palliativmedizin. Dies sollte mindestens 10 h sein. Es gibt aber auch 40 h. Die Palliative Care Ausbildung 160 h ist sinnvoll aber nicht für viele leistbar
- Grundausbildung in den Heimen- mindestens 10 h um das Wesen der Palliativmedizin, Notfallplan, Symptombehandlung zu lernen

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

Grundsätzlich gut- mit Verbesserungsmöglichkeiten, ländlicher Raum schwieriger gerade für die Allgemeinmediziner. Hier müsste es neue Wege geben (Aufgabe der KV) Zusammenschluss mehrere Ärzte, besonders qualifizierte Ärzte. In Vorpommern ausreichend Kapazität für SAPV auch auf dem Land vorhanden.

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

Vorpommern: insgesamt gut, schwierig ist die Situation nach 18 Uhr wenn die Arztpraxen zu haben und $\frac{3}{4}$ der Patienten werden ja von den niedergelassenen versorgt. Der Bereitschaftsdienst kann nicht alles leisten. Wichtig wären hier Notfallpläne zur Vermeidung von Krankenhaus Einweisungen und medikamentöse Notfallpläne zur Vermeidung von Notfällen in der Nacht (alle Medikamente müssen vor ort sein)

Anmerkung: viele Medikamente in der Palliativmedizin (zur Vermeidung von Notfällen und Akuteinweisungen) sind off label. Wenn sie durch Hausärzte eingesetzt/verordnet werden besteht die Möglichkeit des Regresses durch die KV noch nach Jahren. Dies ist in der SAPV nicht so? Dies muss dringend geändert werden zur besseren medikamentösen Versorgung von Palliativpatienten durch die niedergelassenen Kollegen.

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?

Dies kann Frau Dr Anweiler besser beantworten

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?

Siehe 4.

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?

Der Hauptbehandler bleibt der Hausarzt! Für ihn muss es mehr Zeit geben seine Patienten zu versorgen. Eine Möglichkeit wäre der stärkere Einsatz von VERAH innerhalb der Praxis. Die ambulante Pflege ist die Hauptstütze für den Hausarzt. Deshalb muss diese fachlich weitergebildet werden und mehr Zeit für Einsätze haben. Pflege und Hausärzte sind auch finanziell deutlich preiswerter als jeden Patienten durch die SAPV zu betreuen.

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?

Aus meiner Sicht in Vorpommern nun ausreichend Teams

Medizinisches Personal (Pflege und Ärzte) müssen weiter ausreichend und systematisch ausgebildet werden

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

160 h sind zu viel, nicht leistbar – 10 h mindestens – 40 h (inklusive Praktikum) wären sinnvoll

9. Wie bewerten Sie folgende Vorschläge,

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

Telemedizin in der Palliativmedizin ist schwierig. Die Patienten wollen eine Betreuung vor Ort, mögliche Ansatzpunkte

- Beratung von Kollege zu Kollege
- Verlaufskontrollen nach Besuchen (Heime, Häuslichkeit, ländlicher Raum) um Wege zu sparen. Die wichtigen Besuche müssen Vor Ort erfolgen
- Überleitung vom Krankenhaus in die Häuslichkeit und umgekehrt
- Wundverlaufskontrollen
- Zwischengespräche – auch psychologische mit Angehörigen

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

sinnvoll wenn alle Beteiligten einbezogen werden und alle Informationen bekommen

c. Einrichtung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes zur Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors, erfolgt ja bereits in den größeren Krankenhäusern, sicher nicht überall leistbar- aber „palliativ Beauftragter“ sollte es in allen Krankenhäusern geben mit entsprechender Qualifikation, unbedingt auch Pflege mit einbeziehen zur Überleitung!

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

Prinzipiell ja, aber muss es zentral sein oder doch nicht besser in den Kreisen angesiedelt. Auch hier sollten alle einbezogen werden und nicht am ambulanten Sektor vorbei. Es wäre nicht gut alles von oben zu regeln – Unterstützung immer.

f. landesweite Unterstützung bei der Ausbildung von ehrenamtlichen Hospizbegleitern?
unbedingt

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

Ich glaube nicht?

b) Verbesserung der Kooperation zwischen den Leistungserbringern

c)

Erfolgt bei uns nur weil jeder jeden kennt- es ist unsystematisch, kaum Vernetzung innerhalb des ambulanten Sektors

d) Palliativmedizinischer Konsiliardienst , teilweise eingerichtet

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

f) Förderung der Qualifizierung – siehe oben könnte verbessert werden

g) Zum Problem häuslicher Überforderung , nicht deutlich verbessert

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

12.

Dafür brauch es eine kleine Arbeitsgruppe

13. Wo werden explizite Einsatzgebiete der Telemedizin gesehen?

Siehe oben