## Ausschussdrucksache

(15.06.2022)

## Inhalt:

unaufgeforderte Stellungnahme des Hausärzteverbandes M-V e. V. 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 -



Hausärzteverband M-V e.V., Neumühler Straße 22, 19057 Schwerin

Landtag Mecklenburg-Vorpommern Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Sport Frau Katy Hoffmeister Lennéstr. 1

19053 Schwerin

## Hausärzteverband M-V e.V.

Vorsitzender: St. Zutz

1. Stellvertreter: Dr. T. Schneider

Landesgeschäftsstelle

Neumühler Straße 22, 19057 Schwerin Tel.: 0385.7431-466, Fax: 0385.7431-66466

E-Mail: info@hausarzt-mv.de

www.hausarzt-mv.de

Schwerin, 15.06.2022

Stellungnahme zum Fragenkatalog zur Anhörung des Sozialausschusses am 15.06.2022

Palliativ- und Hospizversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zukunftsfest gestalten

Sehr geehrte Frau Hoffmeister, sehr geehrte Mitglieder des Sozialausschusses,

mehr als 90% der Patienten in einer palliativen Situation werden ambulant durch Hausärztinnen und Hausärzte versorgt. Daher möchten wir Ihnen diese Expertise nicht vorenthalten und übersenden Ihnen hiermit unsere Stellungnahme zum oben benannten Fragenkatalog. Darüber hinaus stehen wir Ihnen selbstverständlich für weitere Fragen zur Verfügung.

Einführend möchte ich kurz das System der **ambulanten Palliativversorgung** erläutern:

Derzeit existiert ein mehrstufiges System der ambulanten Palliativversorgung, deren Stufen sich vor allem in der Höhe der Vergütung unterscheiden.

Die Leistungen der Allgemeinen Ambulanten PalliativVersorgung (AAPV) können von allen Niedergelassenen erbracht werden. Sie stellen ein niederschwelliges Angebot für eine erste Versorgung von Palliativpatienten dar. Die Vergütung erfolgt im Rahmen des EBM.

Für die Erbringung von Leistungen der Besonders Qualifizierten und Koordinierten PalliativVersorgung (BQKPV) benötigen die Leistungserbringer eine weitere Qualifikation und ein Netzwerk von u. a. Pflegediensten, Heilmittelerbringern, Hilfsmittelversorgern, Apotheken, und einer Kooperation mit einem SAPV-Netz. Das Netzwerk ist gegenüber der KVMV nachzuweisen. Die Qualifizierung ist auch neben einer regulären Praxistätigkeit in der Niederlassung möglich. Im Rahmen dieser Versorgungsform wird unter anderem eine telefonische Bereitschaft mit 150 € pro Jahr im Rahmen des EBM vergütet.



Mit der Spezialisierten Ambulanten PalliativVersorgung (SAPV) steht eine hochspezialisierte Versorgungsform für Palliativpatienten mit besonderem ärztlichen oder pflegerischen Betreuungsbedarf zur Verfügung. Voraussetzung für eine Mitarbeit in SAPV-Teams ist für Ärzte die Zusatzbezeichnung "Palliativmedizin" und für Pflegepersonal eine Zusatzqualifikation in Palliative Care. Die SAPV-Teams verfügen ebenfalls über ein Netzwerk aus u. a. Pflegediensten, Apotheken, Palliativstation und Heilmittelerbringern. Die Zusatzbezeichnung "Palliativmedizin" ist aufgrund notwendiger Hospitationszeiten nur schwer neben einer Tätigkeit in der Niederlassung zu erwerben. Die Vergütung erfolgt auf der Grundlage von Verträgen zwischen den SAPV-Teams und den Krankenkassen mit der Zeit ca. 80 € pro Tag, zuzüglich Einsatzpauschalen.

Eine hochwertige, kontinuierliche und auch in Notfallsituationen gut verfügbare 24/7-Versorgung von Palliativpatienten ist derzeit nur in der BQKPV (150 €/Jahr) und der SAPV (80 €/Tag) finanziell abgebildet.

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?

Vertreter der Hausärztinnen und Hausärzte sollten am Runden Tisch der Hospizund Palliativversorgung teilnehmen. Aus hausärztlicher Sicht fehlt eine ausfinanzierte ambulante Palliativversorgung für Palliativpatienten ohne besonderen ärztlichen oder pflegerischen Betreuungsaufwand, der durch Hausärzte in einer 24/7-Bereitschaft sichergestellt werden könnte. Eine solche Stärkung der AAPV hätte die Chance eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

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

Grundsätzlich sehen wir die Palliativ- und Hospizversorgung auf einem guten Niveau. Insbesondere die Hospizversorgung ist allerdings nicht immer wohnortnah möglich.

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

Im Land bestehen regionale Unterschiede. Insbesondere in weniger dicht besiedelten Regionen wird es schwieriger eine Palliativversorgung sicherzustellen.

Der Hausärzteverband Mecklenburg-Vorpommern verhandelt derzeit mit der AOK Nordost eine Versorgung von Palliativpatienten durch Hausärztinnen und Hausärzte im Team mit besonders geschulten Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (Verah-Care) sowie Pflegediensten (Symptomkontrolle nach Nr. 24a Hauskrankenpflege-Richtlinie) im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (HzV).



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?

In den letzten Jahren ist im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung ein großes Engagement aller Akteure wahrnehmbar. Unseres Erachtens sollte verstärkt auf die breite hausärztliche Palliativversorgung fokussiert werden, z. B. gezielte Kommunikation an Patienten und Angehörige sowie stationäre und Pflegeeinrichtungen.

Hier leistet der Hausärzteverband durch sein Netzwerk Hausärztliche Ambulante PalliativVersorgung (HAPV) bereits einen wesentlichen Beitrag durch gezielte Fortbildungen und Informationsveranstaltung zu bestehenden Versorgungsstrukturen.

Für eine flächendeckende Versorgung in der AAPV fehlt derzeit eine Finanzierung für die 24/7-Bereitschaft durch Niedergelassene. Lediglich mit der AOK Nordost gibt es dazu derzeit Verhandlungen.

- 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?
  - Hinsichtlich der Errichtung von Tageshospizen sollte zunächst eine Bedarfsermittlung entsprechend den Landkreisen beziehungsweise städtischen / ländlichen Regionen erfolgen.
- 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?
  - Durch eine Stärkung der AAPV ist eine Entlastung der SAPV-Teams von "leichteren", weniger betreuungsintensiven Palliativpatienten möglich. Dadurch könnte die hochspezialisierte Versorgungsstruktur der SAPV gezielt den schwerstkranken Patienten zur Verfügung gestellt werden.
- 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?

Der Fokus sollte auf einen <u>gezielten</u> Personaleinsatz gelenkt werden. Bereits in der Palliativversorgung tätiges medizinisches Personal sollte nicht überfordert, sondern, wenn möglich entlastet werden.

8. Sollte die Qualifikation "Palliative Care nicht grundsätzlich als Bausteln in die Ausbildung zur Pflegefachkraft integriert werden?

In der Ausbildung zur Pflegefachkraft sollte es zumindest ein Angebot für eine Qualifikation "Palliative Care" geben. Pflegekräften in Ausbildung könnten zudem Praktikumsplätze in der Palliativversorgung angeboten werden, um so einen ersten Kontakt zu Tätigkeiten in diesem Bereich zu ermöglichen.

- 9. Wie bewerten Sie folgende Vorschläge,
  - a. telemedizinische Modellprojekte für den ländlichen Raum als ergänzendes Angebot,

Gerade die Betreuung von Palliativpatienten erfordert ein hohes Maß an Beziehungsmedizin. Eine Entlastung durch Telemedizin erscheint derzeit, bis auf einige gezielte Anwendungen, nicht darstellbar.

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

Hier sollte der Runde Tisch der Hospiz- und Palliativversorgung eine größere Rolle spielen und allen haupt- und ehrenamtlichen Akteuren eine Vernetzungsmöglichkeit bieten und stellt eine gute Basis für eine regionale und landesweite Kooperation dar.

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

Für den hausärztlichen Bereich gibt es bereits zahlreiche Möglichkeiten einer Konsultation mit einem stationär oder ambulant tätigen Palliativmedizin.

d. Einführung eines landesweiten Fortbildungsangebotes "Palliative Care"

Grundsätzlich ist die Einführung eines landesweiten Fortbildungsangebotes "Palliative Care" zu begrüßen.

e. landesweite Unterstützung bei der Ausbildung von ehrenamtlichen Hospizbegleitern?

Eine landesweite Unterstützung bei der Ausbildung von ehrenamtlichen Hospizbegleitern begrüßen wir.

- 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



- c. Palliativmedizinischer Konsiliardienst
- d. Koordinierungsstelle (ist bereits eingerichtet und wird vom Land mit 9.000 EUR jährlich gefördert)
- e. Förderung der Qualifizierung
- f. Zum Problem häuslicher Überforderung
- 11. Wie funktioniert die Vernetzung der relevanten Akteure? Wo werden ggf. Verbesserungsmöglichkeiten gesehen?

Für den hausärztlichen Versorgungsbereich hat der Hausärzteverband Mecklenburg-Vorpommern das Netzwerk Hausärztlich Ambulante PalliativVersorgung (HAPV) gegründet. Es erarbeitet Standards bei der (hausärztlichen) Versorgung von Palliativpatienten, bietet u. a. die Möglichkeit monatlicher Telefon-/Video-Konferenzen zum Austausch über versorgungsrelevante Fragen und führt landesweite Veranstaltungen zur Qualifizierung / Fortbildung von Hausärztinnen und Hausärzten durch. In den nächsten Jahren sollte die interdisziplinäre und intersektorale Vernetzung vorangetrieben und strukturiert werden. Ein wichtiger Baustein einer guten Palliativversorgung ist eine frühzeitig im Krankheitsverlauf etablierte interdisziplinäre Behandlungsplanung, z. B. zwischen Neurologen, Internisten, Onkologen und den Akteuren der palliativen Versorgung, insbesondere der Hausärztinnen und Hausärzte. Ebenso ist die intersektorale Zusammenarbeit an der Schnittstelle stationärer und ambulanter Versorgung unbedingt zu verbessern. Gerade hier ist eine primäre Einbindung der betreuenden Hausärztinnen und Hausärzte unabdingbar.

12. Wo werden explizite Einsatzgebiete der Telemedizin gesehen?

Aus hausärztlicher Sicht ist die Telemedizin nur bedingt geeignet, die ambulante Palliativversorgung zu verbessern. Eine "Überwachung" von Palliativpatienten ist fast nie notwendig. Vorstellbar wäre eine gemeinsame Betreuung von Patienten mit z. B. schwierigen Wunden durch Dermatologen und Hausärztinnen und Hausärzte. Dies ist allerdings auch momentan schon möglich.

Schwerin, 15.06.22

Vorsitzender HÄV MV