

Thomas Sitte, Fulda

Die Realität der Vernetzung

Ein konkretes Beispiel aus der Praxis

Die gesetzlichen Grundlagen des Anspruchs auf SAPV und einige wichtige Rahmenbedingungen zur Umsetzung sind in dieser und anderen Ausgaben von „Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin“ ausreichend erläutert worden. Mit diesem Artikel sollen einige Probleme und mögliche Fallstricke beschrieben werden, mit denen wir in Osthessen zu kämpfen hatten. Wer eine ambulante Palliativversorgung aufbauen will, kann diese Fehler vermeiden – oder auch gerne erneut begehen, um daraus die notwendigen Schlüsse zu ziehen.



Thomas Sitte, Palliativmediziner im PalliativNetz Osthessen, Fulda

Die Arbeit des PalliativNetz Osthessen (PNO)

In Osthessen ist die Bevölkerungsdichte niedrig, die Überalterung schreitet voran und insgesamt geht die Bevölkerung zurück. Die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung wird schwieriger, immer mehr Hausarztstühle bleiben vakant.

In Osthessen starben vor Bestehen unseres Netzes über 50% der Patienten in Krankenhäusern. Das Konzept des PNO wirkt diesem Trend entgegen (Abb. 1).

Das PNO nutzt die vorhandene gesundheitswirtschaftliche Infrastruktur und wirtschaftliche Stärke der Region Fulda, gestaltet diese durch Vernetzung effizienter und verbessert dadurch die palliative Versorgung in der Region.

Die sektoren- und berufsgruppenübergreifende Kooperation setzt Potenziale frei; hierfür wurde eine effiziente Struktur geschaffen. Ziel des PNO sind:

- Konzeption geeigneter Unterstützungsstrukturen,
- wertorientierte Unternehmensführung und
- wissenschaftliche Begleitung der Projekte.

Träger des Netzes

1999 erfolgte die Gründung einer Anästhesiepraxis mit dem Ziel, eine ambulante Palliativversorgung aufzubauen. Schwer-

punkte sind die Aus-, Fort-, Weiterbildung haupt- und ehrenamtlicher Mitarbeiter. Es wird die Kooperationen mit allen Berufsgruppen angestrebt.

Schon 1996 begann informell die Patientenversorgung. Aus dem stationären Bereich heraus wurden in der Region von Kollegen bereits Patienten in die Häuslichkeit begleitet. Dies gelang aber erst in einem größeren Umfang mit der Niederlassung in einem Kassenarztstuhl.

Formelle Gründung

Im August 2006 wurde das PalliativNetz Osthessen GbR gegründet. Es wurde eine feste vertragliche Bindungen mit Leistungserbringern aller Bereiche eingegangen.

Leistungsumfang

Das Spektrum der Leistungen umfasst den gesamten Inhalt der SAPV. Es besteht ständige Einsatzbereitschaft; jederzeit ist auch in schwierigen Situationen daheim

und in stationären Einrichtungen eine erfolgreiche Krisenintervention möglich.

Vertraglich eingebundene Fachgruppen:

- ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst,
- ambulante Pflege,
- Apotheke,
- Ergotherapie,
- Ernährungsberatung,
- Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- Hospital-Support-Team,
- Palliativärzte/-ärztinnen,
- Palliativbetten,
- Palliative-Care-Team (PCT),
- Physiotherapie,
- psychologische und psychoonkologische Begleitung,
- Sozialdienst,
- stationäre Kurzzeitpflege,
- Sozialstation der häuslichen Krankenpflege,
- spirituelle Betreuung/Seelsorge,
- stationäres Hospiz,
- stationäre Behandlung.

Es besteht eine enge fachliche und räumliche Kooperation mit Internisten, Geriatern, Pulmonologen, Chirurgen, Orthopäden, Nuklearmedizinern, Kieferchirurgen, Radiologen, Labors und anderen Disziplinen in einem Ärztehaus.

Zusatzbezeichnungen für Palliativversorgung

Für Palliativmedizin, Palliative Care und Psychoonkologie usw. liegen abgeschlossene Weiterbildungen vor. Auf diesen Gebieten wird auch aktiv weitergebildet, was ein Grundprinzip des Netzes ist.

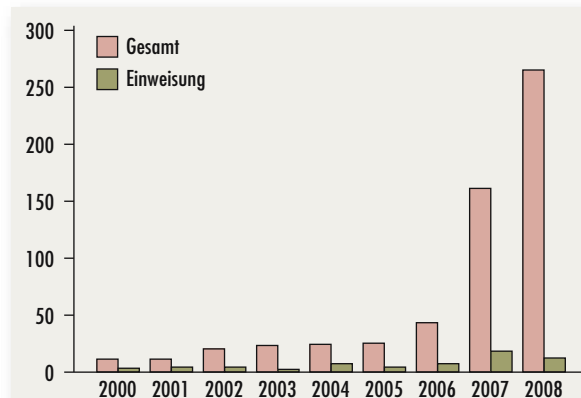


Abb. 1: Verstorbene Palliativpatienten pro Jahr und Klinikanweisungen im Gebiet des PNO. Die Zahl der Klinikeinweisungen lag insgesamt niedrig, evident ist aber der Vergleich der Gruppen mit und ohne Fentanyl-Nasenspray zur Symptomkontrolle. Ohne Nasenspray wurden am Lebende 22% eingewiesen, mit nasalem Fentanyl nur 5%.



Den Wunsch erfüllen, zu Hause zu sterben

Über 70 % der Deutschen möchten in ihrer Lebensendphase zu Hause bleiben. Leider ist dieses Ziel derzeit infolge der stark unterschiedlichen Infrastruktur der palliativen Versorgung in Deutschland nur für 25–65 % der Menschen zu erreichen.

Wir haben die bekannten Projekte analysiert und entsprechend deren Stärken und Schwächen für unsere Patienten in der Region Osthessen optimiert. Mit unserem PalliativNetz erreichen und betreuen wir Patienten im Umkreis von rund 50 km.

Grundlage ist die telefonische 24-Stunden-Erreichbarkeit von Palliativmediziner und Palliative-Care-Fachkraft mit kompetenter Beratung und umgehenden Besuchen im Notfall. Sind die Wege zum Patienten nicht in zehn Minuten zurückzulegen, muss die Möglichkeit der Akutbehandlung von Atemnot, Schmerz, Unruhe durch Pflegenden vorausschauend sichergestellt werden.

Personeller Aufwand

Stellenschlüssel: Ca. 2,5 Ärzte, vier Palliative-Care-Fachkräfte und ca. 1,5 andere Mitarbeiter (u. a. Verwaltung) versorgen im Jahr 2008 über 300 Patienten.

Kostendeckung

Die Leistungen werden weitgehend unentgeltlich erbracht. Da die gesetzlich garantierte SAPV von den Kassen nicht umgesetzt wurde, fehlten pro Patienten 1000–3000 €.

2007 verstarben 161, 2008 265 vom PNO versorgte Patienten. Schnell wird klar, dass die steigende Bekanntheit ohne vertragliche Basis für das Team deletär sein kann und mangelnde Kooperation der Kassen für eine begrenzte Zeit nur durch Selbstaussbeutung kompensiert werden kann, bevor das System zusammenbricht.

Besonderheiten

Durch vielfältige Vernetzung, besonders auch der niedergelassenen Ärzteschaft und von Institutionen, kann die Versor-

gung der Patienten quer durch alle Versorgungsebenen erfolgen.

Herausragende Besonderheit ist die von uns entwickelte Symptomkontrolle durch individuell und beliebig konzentrierbares Fentanyl-Nasenspray. Damit können am Lebensende Durchbruchschmerzen, akute Angst und Atemnot sofort und nicht invasiv behandelt werden; Klinikeinweisungen wegen dieser Symptome kommen nicht mehr vor.

Schwachpunkte und Probleme

Da die Finanzierung weiterhin völlig ungesichert ist, kann das Personal nicht der Nachfrage entsprechend aufgestockt werden.

Eingeleitete Maßnahmen zur Verbesserung

Unsere Praxis betreut seit rund zehn Jahren in immer größerem Umfang ambulant und stationär Palliativpatienten in allen Stadien und mit dem ganzen Spektrum möglicher Diagnosen gemeinsam mit Hausärzten, Hospizdienst, Pflegediensten und vielen anderen. Durch kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit auf zahlreichen Ebenen ist es uns gelungen, immer mehr Patienten zu erreichen, die eine Palliativversorgung benötigen. Hierbei muss man von vorneherein viele Rückschläge in Kauf nehmen.

Wer sich für palliative Arbeit interessiert, erfährt schnell, dass es nur wenige Gebiete in der Medizin gibt, in denen man tatsächlich so ganzheitlich Patienten und deren Familien begleiten darf wie in der Palliativversorgung. Mit einer gelungenen Symptomkontrolle als Voraussetzung kann die Betreuung zu Hause bis zum Ende erfolgreich sein, wenn auch die psychosozialen und spirituellen Fragen angemessen berücksichtigt werden.

Es können sich immer wieder neue Probleme auftun, die zu lösen sind, aber auch neue Chancen. Die positiven Rückmeldungen, die persönliche Befriedigung – das, was wir für unser eigenes Leben mitnehmen dürfen, – ist mehr, als wir emotional investieren.

So kann man mit wenig Aufwand in der eigenen Freizeit etliche Patienten hervorragend versorgen. Stellt sich Erfolg

ein, werden Vorträge und Veranstaltungen nachgefragt. Mit der Bekanntheit nehmen die Patientenzahlen zu.

Dann darf man aber eine solide wirtschaftliche Basis nicht aus dem Auge verlieren, denn sonst wird sich eine chronische Unterfinanzierung der Leistungserbringung immer mehr auswirken – und es kommt zur zunächst kaum merklichen „Dekompensation“ der Versorgung.

Dies war unser Hauptproblem, weil wir das PalliativNetz „zu früh“ aufgebaut haben. Wir kamen an einen Scheidepunkt:

- Soll man alle Patienten, die nachfragen, (quasi ehrenamtlich) angemessen, zweckmäßig und wirtschaftlich versorgen?
- Oder sollten wir die knappe Zeit in Vertragsgestaltung und Lobbyarbeit investieren?

Steigende Patientenzahlen können nur mit einer vertraglich verbindlichen Struktur angemessen versorgt werden. Wir haben deshalb vor drei Jahren das Netz in eine GbR umgewandelt und versucht, mit einzelnen Kassen Verträge zur Palliativversorgung auszuhandeln. Dies bedeutet einen kaum tolerablen hohen zeitlichen Aufwand. Auch wenn solche Verhandlungen fachlich möglich sind, ist das

Netzkosten, Personalbedarf

Die Kosten für ein Palliative-Care-Team (PCT), das 250–300 Patienten versorgt, sind erheblich: Wichtig sind die Vorhaltekosten der Bereitschaft für Arzt und Pflege. Dazu kommen pro Stunde am Patienten rund zwei Stunden für Verwaltung, Koordination, Besprechung usw.

- 4,5 Palliativmediziner
- 8,5 Palliativpflegekräfte
- 1 Psychoonkologe
- 1 Sozialarbeiter
- 1 Physiotherapeut
- 1,5 Sekretariat

Personalkosten pro Jahr ca.	€ 1 100 000,—
Mehrarbeit Kooperationspartner	€ 250 000,—
Büro und Material	€ 150 000,—
Teamkosten pro Jahr	€ 1 500 000,—

Geschichte des PNO im Überblick

- Seit 1999 ambulante Palliativversorgung durch kassenärztliche Praxis
- Kontinuierliches Angebot von Vorträgen aller Art, Kursen, Workshops, Qualitätszirkeln, großen und kleinen Veranstaltungen zur Palliativversorgung
- Juli 2006 erste offizielle Anfrage bei AOK-Hessen
- Im Herbst 2006 wurden Versorgungsanträge für mehrere Patienten gestellt und abgelehnt, die Patienten wurde auch ohne kostendeckendes Honorar umfassend betreut.
- 1.10.2006: erster SAPV-ähnlicher Vertrag mit BKK Landesverband Hessen abgeschlossen
- 1.1.2007: weiterer SAPV-ähnlicher Vertrag mit der Techniker-Krankenkasse
- Die meisten Kassen verschoben von uns angestrebte Verhandlungen immer wieder.
- 1.7.2007: SAPV-ähnlicher Vertrag mit der Knappschaft
- Auf Anfragen von Patienten, Angehörigen und uns verweigerten viele Kassen konsequent die Übernahme der Leistungskosten bis zum heutigen Tag. Deshalb begannen wir auch, rückwirkend für versorgte und verstorbene Patienten Prozesse gegen diese Kostenträger mit Unterstützung der Hinterbliebenen zu führen.
- Seit April 2009 SAPV-Verträge

Ergebnis meist mager. An Arbeitszeit haben wir für Struktur- und Vertragsentwicklung deutlich mehr als ein Arztjahr investiert.

Deletär ist insbesondere, wenn Versorgungsverträge zu ungunstigen Bedingungen abgeschlossen werden. Finanziell unzureichende Verträge führen mit gewisser Verzögerung zu größeren Defiziten, Mindereinnahmen werden in guter Hoffnung vor sich hergeschoben, wie im Hamsterrad beginnt man zu arbeiten. Dadurch wird eine notwendige Konsolidierung mehr behindert als gefördert. Besonders schwierig war es für uns, solange wir als sehr gut aufgestelltes, regionales Netz versuchten, Verträge mit mehreren Kassen abzustimmen.

Relativ spät, aber doch früher als in den anderen Ländern, haben wir eine landesweite Vernetzung angestoßen und alle Vertragsfragen landesweit konsentiert. Trotz der Geschlossenheit gelang kein Durchbruch, solange wir versuchten,

mit einem möglichst großen Konsortium der Kassen gleichzeitig einen gemeinsamen Vertrag zu entwerfen. Wesentlich effektiver und schneller zielführend ist es, mit einigen „Willigen“ zügig zum Abschluss zu kommen. Die Rahmenbedingungen für die SAPV sind jetzt günstig: Der politische Druck auf die Kassen nimmt zu, sodass sie zu Vertragsabschlüssen bereit sein werden, an die vor einigen Monaten noch nicht zu denken war.

Spezielle Probleme in Pflegeeinrichtungen, Hospizen

Wir betreuen kontinuierlich zunehmend Bewohner von Pflegeeinrichtungen palliativ. Aus Altenheimen werden am Lebensende über 30% der Patienten ins Krankenhaus eingewiesen und versterben dort. Das kann im Einzelfall notwendig sein, da akute Erkrankungen im Alter und bei Multimorbidität ein höheres Mortalitätsrisiko haben. Allerdings sollte auch hier schon bei der Indikationsstellung der Patientenwunsch stärker berücksichtigt werden. Ein steigendes Risiko der Erkrankung muss noch gründlicher als sonst mit der möglichen Belastung durch eine aufwendige Therapie abgewogen werden.

In Pflegeeinrichtungen ist eine einheitliche Palliativversorgung besonderen Spannungen ausgesetzt. In der Regel existieren viele verschiedene gut begründete Haltungen, Einstellungen, medizinische Ausbildungen nebeneinander. Auch die wirtschaftlichen Zwänge berechtigter finanzieller Interessen widersprechen sich oft. Versucht man als Praxis oder als Palliativnetz nun, die Situation für alle Patienten in den verschiedenen Einrichtungen gleich gut zu lösen, kommt man schnell an die Grenzen der zeitlichen Ressourcen.

Checkliste: „Wie gründe ich ein Palliativnetz?“

- „2-Jahres-Plan“ aufstellen
- Personalbedarf ermitteln (Qualifikationsvoraussetzungen, regionale Gegebenheiten)
- Zeitaufwand und Kostenrahmen schätzen
- Vertraglichen Rahmen geben
- Mandat für Gespräche mit Kostenträgern

Von allen Seiten wird eine engere Zusammenarbeit aber gewünscht. Wie kann diese dann umgesetzt werden? Es sollten die Ressourcen gebündelt werden. Oft betreut ein PCT Patienten in verschiedenen Einrichtungen. Wenig Sinn macht es, wenn man versucht, die Standards in allen Einrichtungen anzugleichen. Wesentlich effektiver ist es, mit der Einrichtung, bei der die meisten Patienten betreut werden, klare Kooperationen einzugehen. Alle Seiten profitieren dann von regelmäßig angebotenen Fortbildungen und Konferenzen.

Eine solide Wissensvermittlung ist wichtig. Die Entwicklung einer palliativen Haltung, die alle tragen können, ist die Basis einer gedeihlichen Zusammenarbeit. Insbesondere ethische Fallbesprechungen über schwierige Entscheidungsfindungen sind eine hervorragende und hocheffektive Möglichkeit für den Aufbau des gegenseitigen Vertrauens. Entscheidend ist es, dass man wirklich alle Fragen im Team ausreichend beantwortet und ethisch unterschiedliche Einstellungen berücksichtigt werden. Kann ein Teammitglied eine Entscheidung nicht mittragen, kann es sich dann entsprechend aus der Versorgung zurücknehmen, um nicht in Konflikte zu kommen.

Einige Fragen muss sich der behandelnde Arzt in jedem einzelnen Fall immer wieder von Neuem gemeinsam mit dem Pflegepersonal stellen:

- Muss ich überhaupt (noch) therapieren?
- Was muss ich überhaupt (noch) therapieren?
- Besteht das Risiko, dass ich mit dieser Therapie die Lebensqualität des Patienten erheblich beeinträchtige?
- Wie kann ich in dieser Situation die Lebensqualität des Patienten mit größter Wahrscheinlichkeit verbessern?

Thomas Sitte
 Facharzt für Anästhesiologie,
 spezielle Schmerztherapie,
 Algesiologe DGS, Palliativmedizin,
 Tauchmedizin GTÜM, manuelle Medizin,
 Notfallmedizin, psychosomatische
 Grundversorgung, Sportmedizin
 PalliativNetz Osthessen
 Gerloser Weg 23a, 36039 Fulda
 E-Mail: sitte@sapv.de