

Wie unser Netzwerk die Palliativversorgung befördert hat!



Foto: privat

Dr. med. Thomas Nolte

1.Vorsitzender
HospizPalliativNetz
Wiesbaden und
Umgebung e.V.



Die Not der Menschen zu Hause war alarmierend und erschütternd

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung SAPV, ein Meilenstein in der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden in Deutschland, wurde zum 01. April 2007 als verpflichtendes Versorgungsangebot der Krankenkassen im Sozialgesetzbuch V verankert. Damit hat jede(r) Betroffene einen gesetzlichen Anspruch auf diese besondere, aber unbedingt notwendige Versorgung bei schwerer Krankheit. Der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, der die Palliativversorgung ein besonderes Anliegen war, war sprichwörtlich der Kragen geplatzt. Denn die Verantwortlichen für die Umsetzung – die Kassenärztliche Vereinigung als Vertreter der Ärzteschaft sowie die Krankenkassen – konnten oder wollten nach Jahren der Verhandlungen kein Versorgungskonzept anbieten, obwohl die Notwendigkeit unbestritten war. Was ging diesem entschiedenen und absolut notwendigen Schritt der Gesundheitsministerin – die Verordnung einer Versorgungsform ex cathedra – voraus?

Dieses Gesetz hat eine Vorgeschichte, die sich maßgeblich auch in Wiesbaden abgespielt hat. In aller Bescheidenheit hat das HospizPalliativNetz Wiesbaden und Umgebung HPN – 2004 als gemeinnütziger Verein gegründet – daran mitgewirkt. Der Aufbau unserer Netzwerkstrukturen hatte bereits seit Mitte der 90er Jahre mit dem Ziel einer Verbesserung der hospizlich palliativen Versorgung begonnen. Alle Einrichtungen, alle Berufsgruppen sowie alle ambulanten oder stationären Hospizstrukturen waren und sind in diesem Dachverband zusammengeschlossen. Angetrieben durch die teils alarmierenden Berichte von Palliativpatienten initiierten wir schon Anfang 2000 ein Palliativtelefon für Wiesbaden, um Menschen in existentieller Not bei schweren Erkrankungen rund um die

Uhr helfen zu können. Die Not der Menschen zu Hause – weitgehend allein gelassen mit ihren Problemen wie Atemnot, Blutungen, Erbrechen und Schmerzen – war alarmierend und erschütternd. So gut es ging, aus unserem ehrenamtlichen Engagement heraus, leisteten wir Nothilfe. Meistens in der Nacht, wenn niemand erreichbar und eine Krankenhauseinweisung nicht mehr sinnvoll war, wurden wir angerufen. Mit jedem Einsatz wuchs unsere Motivation, nicht nachzulassen auf der Suche nach Lösungen für diesen unhaltbaren Zustand. Der häusliche palliative Versorgungsmangel in einem Land der medizinischen Maximalversorgung war so offensichtlich. Folglich schrieben wir Anfang 2000 an die hessischen Landtagsabgeordneten und versuchten so, Fürsprecher/innen für eine geregelte Palliativversorgung im ambulanten Bereich zu gewinnen. Silke Lautenschläger, die damalige hessische Sozialministerin, signalisierte darauf hin, dass sie unser Anliegen unterstützen würde.

Zum Glück hatte Ulla Schmidt, wie gesagt unsere damalige Gesundheitsministerin, in ihrer Gesundheitsreform 2000 die Integrierte Versorgung (IV) eingeführt. Sie erlaubte auch den Ärzten/innen, eigene Ideen und Konzepte zu entwickeln und zu erproben. Bei Vorliegen der zentralen Anforderungen – Verbesserung der Patientenversorgung durch multiprofessionelle Teams und Wirtschaftlichkeit – bestand die berechtigte Hoffnung, dass diese IV-Projekte als Modellprojekt realisiert würden. Dazu fand fünf Jahre nach der Einführung im August 2005 in Berlin ein Runder Tisch zur Vorstellung ausgewählter IV-Konzepte statt. Dieser war



Foto: Peter Steudtner

hochkarätig mit Vertretern aus dem Gesundheitsministerium, den Krankenkassen und Wissenschaftlern aus dem Gesundheitswesen besetzt. Aus Wiesbaden war ich eingeladen, zwei Konzepte IVR (Integrierte Versorgung bei Rückenschmerzen) und IVP (Integrierte Versorgung Palliativ) vorzustellen. Zu meiner Überraschung fanden beide Konzepte in der Runde Anklang: Die Techniker Krankenkasse (TK) war bereit, das Konzept (IVR) bundesweit und das Palliativprojekt (IVP) in Wiesbaden und Fulda probeweise einzuführen: Der einzige Wermutstropfen war, dass beide Projekte ausschließlich für Versicherte der TK waren.

Mit diesen großartigen Ergebnissen im Handgepäck kehrte ich nach Wiesbaden zurück. Jetzt hatten wir die Gelegenheit zu beweisen, dass unsere Idee und Vision

(eine rund um die Uhr Palliativversorgung zu Hause im multiprofessionellen Team) realisierbar und überfällig waren. Daraufhin wurde im Februar 2006 in einer Pressekonferenz in Wiesbaden unser integriertes Palliativprojekt von Staatsministerin Silke Lautenschläger – sie machte ihre Zusage der Unterstützung wahr, von Frau Dr. Barbara Voß, Leiterin der TK-Landesvertretung Hessen, und mir der Presse vorgestellt.

So wichtig und unverzichtbar unsere Palliative Integrierte Versorgung war, so unbefriedigend war die weiterhin fehlende Versorgung aller Nicht-TK-Versicherten. Hier kam jetzt wieder Ulla Schmidt in den Fokus: Wie eingangs erwähnt hatte sie inzwischen die Palliativversorgung, SAPV (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) genannt, zu einem verpflichtenden Instrument der Regelversorgung für Schwerstkranke gemacht. Es dauerte in Hessen allerdings von 2007 bis 2009, bis die Verträge zwischen den Palliativteams und allen Krankenkassen unter

Dach und Fach waren. Trotz des Widerstands einiger Krankenkassenvertreter in der Verhandlungsdelegation kam das Verhandlungsergebnis im bundesweiten Vergleich zügig zustande. Durch unsere palliativärztlichen und palliativpflegerischen Vorarbeiten gingen wir gut organisiert in die Verhandlungen. Vertreten durch einen inzwischen gegründeten Fachverband SAPV Hessen konnten wir auf die Erfahrungen aus unserem Konzept IVP zugreifen, so dass große Teile der Vertragsinhalte als Blaupause für die hessischen Palliativverträge übernommen wurden.

So haben ein hochmotiviertes Hospiz-Palliativ-Netzwerk in Wiesbaden, die richtigen Ansprechpartner in der Gesundheitspolitik und eine mutige Krankenkasse maßgeblich dazu beigetragen, dass in Hessen und bundesweit eine flächendeckende Palliativversorgung für Schwerstkranke und Sterbende, die SAPV, eingeführt wurde.