

Michael Wunder

Ambulante Palliativversorgung biprofessionell oder multiprofessionell?

Der Ausgangspunkt

Am 22.06.2005 legte die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ ihren Zwischenbericht „Verbesserung der Versorgung schwerst Kranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ vor. Vor dem Hintergrund der berechtigten und nachvollziehbaren Ängste vieler Menschen vor Schmerzen in der letzten Phase ihres Lebens, vor einem Sterben im Krankenhaus in Einsamkeit und Isolation, forderte die Enquete u.a. die flächendeckende Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung SAPV, um die schwierige und durch vielfache Anforderungen gekennzeichnete Versorgung schwerst kranker und sterbender Patienten in der häuslichen Umgebung sicherzustellen. Dies sollte entsprechend der einhelligen Ansicht aller beteiligten Fachleute, Praktiker und Politiker durch den Aufbau multiprofessioneller Palliative Care Teams, PCTs, geschehen, die die dafür notwendige palliativmedizinische, palliativpflegerische, psychosoziale und spirituelle Unterstützung des Patienten als Komplexleistung erbringen sollten (Bundestagsdrucksache 15-5858 Seite 5).

Zugegeben: ein höchst anspruchsvolles Unternehmen, das neben der direkten Verbesserung der Versorgung und dem Paradigmenwechsel von der Kuration zur Palliation auch etliche strukturreformerische Herausforderungen enthält:

- statt Krankenhaus oder Heim bestmögliche Versorgung in der eigenen Häuslichkeit
- statt dem Nebeneinander der Dienstleister Arzt und Pflegedienst Leistungserbringung durch ein Team der Medizin, der Pflege und der psychosozialen Berufe
- statt Behandlung des einzelnen Patienten Behandlung von Patient und Angehörigen und
- statt Spaltung in Professionelle und Laien geregelte und gewollte Kooperation der Professionellen mit den pflegenden Angehörigen und ehrenamtlichen Hospizmitarbeitern.

Die ersten Reaktionen auf den fast provokativen Enquete-Bericht waren ermutigend. Die Gesundheitsministerin sprach offen von der Notwendigkeit der flächendeckenden Einführung der Palliative Care Teams. Der Koalitionsvertrag der Großen Koalition vom 11.11.2005 sah vor, Hospizarbeit und Palliativmedizin zu stärken.

Verfolgt man nun den weiteren Prozess der politischen Realisierung und des letztendlichen Kleinraspeln des ursprünglich großen Wurfs in den Einzelverträgen zwischen Kassen und Leistungserbringern ergibt sich aber ein geradezu deprimierendes Bild.

Der Weg vom Berg in die Niederung

Schon im Gesetzgebungsprozess wurde der Anspruch auf Multiprofessionalität relativiert. Erfreulicher Weise folgte der Gesetzgeber zwar der Enquete und formulierte in § 37b SGB V einen gesetzlichen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, definierte diese aber lediglich als ärztliche und pflegerische Leistung plus ihrer Koordination. Nur noch in der Benennung des Ziels (Betreuung der Versicherten in ihrer vertrauten häuslichen und familiären Umgebung) konnte eine vage Einbeziehung psychosozialer Leistungen gesehen werden, wobei das Nähere dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen wurden, auf dem nun alle Hoffnungen ruhten.

Aber auch der GB-A definierte in seiner Richtlinie vom 20.12.2007 die SAPV als palliativmedizinisch-pflegerische Leistung. Psychosoziale Leistungen sollten nur „in enger Zusammenarbeit, zum Beispiel mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten“ erbracht werden. Gleichwohl legte er fest, dass eine Erkrankung, um in den Indikationsbereich der SAPV zu kommen, „soweit fortgeschritten sein muss, dass die Verbesserung der Symptomatik und Lebensqualität, sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen“ (§ 3, Abs.3). Ein bemerkenswerter Widerspruch: ein wesentliches Bestimmungsmerkmal der betreffenden Patienten (die Notwendigkeit der psychosozialen Betreuung) soll nur durch Leistungen abgedeckt werden, die lediglich „in enger Zusammenarbeit“ mit dem PCT, nicht von ihm selbst erbracht werden. Alle Forderungen von Fachverbänden, wie beispielsweise der DGP, in §5 der Richtlinie sozialarbeiterische und psychologische Leistungen als Teil des PCTs auszuweisen, blieben ungehört und wurden in den sich schon damals abzeichnenden Verteilungskämpfen zwischen Medizin und Pflege aufgerieben. Die Devise war: erst mal wollen wir überhaupt etwas beschließen, Feinheiten können wir später nachbessern. Dies rächt sich heute.

Dieser Linie folgt nämlich auch die „Gemeinsame Empfehlung“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen vom 23.06.2008, in der die Definition medizinische plus pflegerische Leistungen fortgeschrieben wird. Auch die Floskel von der „engen Zusammenarbeit“ mit den psychosozialen Berufsgruppen wird wiederholt (Punkt 4.1 der Empfehlung). Aber: „Soweit weitere Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen / Sozialpädagogen, Psychologinnen / Psychologen) vertraglich eingebunden werden, haben diese eine Zusatzweiterbildung in Palliative Care oder eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen“ (Pkt.5.4. der Empfehlung).

Man reibt sich verwundert die Augen: der Marginalisierung der nicht medizinischen und nicht pflegerischen Leistungen folgt deren Durchregulierung. Ein Eiertanz.

Betrachtet man nun die Vertragsgestaltung der Kassen auf Landesebene, soweit sie bisher überhaupt zustande gekommen sind, setzen sie diese Hin und Her fort. Psychosoziale Leistungen werden erwähnt, deren Finanzierung aber nicht geregelt oder ins Belieben des einzelnen Teams gestellt. Als Beispiel hierfür ziehe ich den Hamburger Vertrag heran, der zwischen den Hamburger Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und mittlerweile 5 PCT's abgeschlossen worden ist.

Der Hamburger SAPV-Vertrag

Der Hamburger Vertrag beschreibt Inhalt und Umfang der SAPV als „diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungen, sowie Beratung, Anleitung und Begleitung durch die verordnenden oder behandelnden Ärzte, sowie die sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer der Patienten und ihrer Angehörigen“ (§ 4, Abs.1). Psychosoziale Berufsgruppen sind damit zunächst nicht explizit ausgeschlossen. In § 20 des Vertrages heißt es dann aber unter dem Stichwort Vergütung „die ärztlichen und pflegerischen, bzw. kombinierten Leitungen im Rahmen der SAPV werden als Komplexpauschalen vergütet“. Ansonsten wiederholt der Vertrag die Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände, dass die SAPV auch psychosoziale Unterstützung „in enger Zusammenarbeit zum Beispiel mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten“ umfasse.

Es verwundert nicht, dass es unterschiedliche Lesarten des Vertrages gibt. Zum einen kann man ihn so interpretieren, dass psychosoziale Leistungen nur durch kooperierende Dienste, die anderweitig refinanziert werden müssen, zu organisieren ist, die Pauschalen aber nur für die ärztlichen, pflegerischen und koordinierenden Leistungen verwendet werden dürfen. Zum anderen, dass mit der vielfältigen Erwähnung psychosozialer Leistungskomponenten diese durchaus aus der Komplexpauschale mit finanziert werden können, wenn das PCT dies von sich aus beschließt und konzeptionell gebründet.

So auch die Praxis in Hamburg, in der es PCTs gibt, die von sich aus in ihren Konzepten zum Beispiel sozialarbeiterische Leistungen aufgezählt haben und dieses Konzept durch den Vertragsabschluss als Grundlage ihrer Arbeit anerkannt bekommen haben. Andere Teams dagegen sehen eine solche Leistung in ihren Konzepten nicht vor und arbeiten lediglich biprofessionell.

Psychosoziale SAPV-Arbeit – immer noch ein Desiderat

Wie wichtig die Hinzuziehung psychosozialer Kompetenz ist, zeigen immer wieder Fallbeispiele aus der Praxis, in denen es um Zustände der Angst, der Unruhe und der Depression geht oder auch um schwierige administrative Fragen der Patienten, die

diese nicht mehr selbst erledigen können. Ein ausschließlich pflegerisch und ärztlich aufgestelltes PCT kann in solchen Fällen durch die Aufgabenübertragung an einen ehrenamtlichen Hospizdienst oder an lediglich kooperierende, nicht in eine Fallbesprechung eingebundene, professionelle Partner keine angemessene Versorgung sicherstellen.

Im Einzelnen müssen dabei die Berufsgruppen der Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, der Physiotherapeuten und andere Therapeuten, wie beispielsweise Musiktherapeuten, und der Psychologen und Psychotherapeuten differenziert betrachtet werden. In jedem dieser Berufe gilt aber, dass die herkömmlichen Finanzierungssysteme für deren Leistungen im Rahmen der SAPV nicht ausreichen.

Sozialpädagogen haben keine Einzelabrechnungsmöglichkeit und müssen deshalb, sofern sie überhaupt zusätzlich zu einer anderen Festanstellung von einem PCT abrufbar sein sollen, ihre Stunden zu einem entsprechenden Honorarsatz mit dem PCT abrechnen. Physiotherapeuten können bestimmte Leistungen beim schwer kranken oder sterbenden Patienten über ihre herkömmlichen Systeme abrechnen, wobei es allerdings Schwierigkeiten bei der Abrechnung des Hausbesuchs geben kann. Sie brauchen also zumindest eine Zufinanzierung aus dem Topf des PCTs. Bei freien Therapeuten, wie beispielsweise Musiktherapeuten, die oft in hohem Maße sinnvolle Arbeit und Beiträge zur Versorgung schwerst kranker und sterbender Patienten leisten können, ist die Finanzierung gänzlich auf einen Stundensatz, der durch das PCT zu liquidieren ist, angewiesen.

Bei Psychotherapeuten, liegt die Sache nun wieder anders, da diese im Prinzip mit der Kasse abrechnen können, sofern sie niedergelassen sind. Die herkömmlichen Finanzierungen von Psychotherapien (5 probatorische Sitzungen, dann Antrag auf 25 oder 50 weitere Sitzungen) verbieten sich jedoch vor dem Hintergrund, um den es hier geht, vollständig und versagen auch als Finanzierungssystem. Die Psychologen, die im Rahmen der SAPV tätig werden, arbeiten zeitlich nur begrenzt mit ihren Klienten und nicht mit der Perspektive, in probatorischen Sitzungen die Grundlage für eine längere Therapie zu klären. Da nicht abzusehen ist, dass die Kassen hier eine Sonderform neben der psychotherapeutischen Refinanzierung einführen, sind auch sie auf eine Direktfinanzierung durch den Topf des PCT's angewiesen, wenn ihre Hilfe in Anspruch genommen wird. Hinzu kommen auch die Einsatzmöglichkeiten von Psychologen ohne Therapietitel und der Einsatz von Psychologen und Psychotherapeuten als Berater und Begleiter der PCT Mitarbeiter, um hier Prozessen der Überlastung und des burn-out vorzubeugen. Auch hier ist eine Finanzierung nur aus den Einkünften des PCTs denkbar.

Dies alles bedenkend, hat der Runde Tisch SAPV in Hamburg aus der Not heraus als ersten Schritt beschlossen, alle prinzipiell zur Verfügung stehenden psychosozial Tätigen mit oder in Palliativ-Weiterbildung in einen Personalpool aufzunehmen, aus dem die PCTs fallweise und stundenweise psychosoziale Leistungen gegen

Rechnungsstellung abrufen können. Dies kann natürlich nur ein allererster Schritt sein.

Ausblick

Der Anspruch, die ambulante spezialisierte Palliativversorgung durch ein Team ärztlicher, pflegerischer und psychosozialer Leistungserbringer sicherzustellen, ist im Laufe des komplexen Prozesses der Realisierung (Gesetzgebung – Gemeinsamer Bundesausschuss – Empfehlung der Spitzenverbände - Verträge der Kassenverbände mit den Leistungserbringern) Stück für Stück aufgegeben und von einer multiprofessionellen auf eine ärztlich-pflegerische biprofessionelle Leistung reduziert worden.

Der Einsatz psychosozialer Kräfte – konzeptionell ein Kernstück des Selbstverständnisses des Palliative Care Ansatzes – ist damit ins Belieben des einzelnen Teams gestellt worden und durch die Finanzierungsvereinbarung erschwert oder sogar unmöglich gemacht. Diese Entwicklung steht in erheblichem Widerspruch zum Ausgangspunkt und zum eigentlichen Anliegen einer Palliativversorgung, die die Menschen in ihren Ängsten und ganz verschiedenen Bedürfnissen auf allen Ebenen erreichen will.

Der Hamburger Weg, einen Pool der psychosozialen Fachkräfte zu bilden, die für die einzelnen PCTs im Bedarfsfalle abrufbar sind, kann nur ein Zwischenschritt sein, der auch aufweisen soll, dass es diese anderen Berufsgruppen gibt und dass sie unverzichtbar sind. Für die Fachverbände, aber auch für die PCTs selbst stehen die politische Einforderung der Multiprofessionalität und damit neue Verhandlungen über eine adäquate Finanzierung psychosozialer SAPV-Arbeit an, um den sich abzeichnenden neuen Missstand der Unterversorgung im ambulanten Palliativbereich vorzubeugen und um das Gesamtunternehmen nicht weiter zu diskreditieren.

Zeichen 12.550

Michael Wunder
geb. 1952, Dr. phil., Dipl.-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut,
Leiter des Beratungszentrums der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg, einer Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung;
Leiter eines Entwicklungshilfe-Projektes der Behindertenhilfe und Psychiatrie in Rumänien;
Autor zahlreicher Beiträge zur Medizin im Nationalsozialismus, Behindertenhilfe, Biomedizin und Bioethik,
Mitglied der Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" in der 14. und 15. Legislaturperiode im Deutschen Bundestag, hier u.a. zusammen mit Prof. Dr. E. Klaschik Autor des Palliativberichts des Enquete ,
Mitglied des Deutschen Ethikrates

Korrespondenzadresse:
Evangelische Stiftung Alsterdorf
Beratungszentrum Alsterdorf
Paul-Stritter-Weg 7
22297 Hamburg
Tel: + 49 – 40 – 50773566,
Fax: + 49 – 40 – 50773777,
e -mail: m.wunder@alsterdorf.de