

-- -- -- -- -- -- -- -- -- --

Facharzt für Allgemeinmedizin

- Klin. Geriatrie, Umweltmedizin, Suchtmedizin. Grundversorgung –  
Hausarztpraxis Leimbeck & Klapsch, Braunfels

-

Weilburger Str. 42 (priv), Lindenstr. 2 (prax), 35619 Braunfels, [www.hausarzt-braunfels.de](http://www.hausarzt-braunfels.de)

0 64 42 / 68 28 (priv/AB), ~ / 62 08 (prax), ~ / 96 22 20 (fax), +49-171/ 69 131 86  
(mobil), [leimbeck.landarzt@web.de](mailto:leimbeck.landarzt@web.de)

-

Landesärztekammer Hessen, Vizepräsident

Im Vogelsgesang 3, 60 488 Frankfurt/Main

069 / 9 76 72 - 0, ~ / 9 76 72 - 111 (Sekretariat Fr.Nettke-Wagner), ~ / 9 76 72 -166  
(fax), [www.laekh.de](http://www.laekh.de)

== == == ==

### **Beitrag zum Mittelhessischen Hospiz- und Palliativmedizintag 25.04.07, Gießen**

l) Die Landesärztekammer Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts, mithin eine Behörde mit hoheitlichen Aufgaben (Berufsordnung, Weiterbildungsordnung u.v.a.; z.B. auch Schlichtungsstelle), ist im Hessischen Heilberufsgesetz aus dem existenziellen Grund des Patientenschutzes verankert. Daraus bezieht die Vertretung der über 29.500 in Hessen tätigen Ärztinnen und Ärzte Pflicht und Rechtfertigung, sich um die Versorgung und Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen des Landes zu kümmern.

Schlüsselsätze des Vortrages:

- Ziel und Ergebnis des Tages sollte ein Mittelhessischer Hospiz- und Palliativmedizinischer Runder Tisch sein, der interdisziplinär, interinstitutionell und multiprofessionell allen Akteuren die Möglichkeit zur Kooperation und Koordination gibt und die Basis für Verhandlungen mit Leistungsträgern darstellt.

- Die Landesärztekammer gewinnt ihre Erfahrungen aus der langjährigen Förderung der Vernetzung palliativmedizinischen und hospizlichen Fach- und Organisations-Wissens durch einen Ausschuss (in dem sich Erfahrene und Praktiker aus ganz Hessen regelmäßig austauschen), durch eine Ständige Konferenz (in der auch das Hessische Sozialministerium und ein großer Kassenverband vertreten sind) und durch die jährliche Ausrichtung der Fachtagung (die letztmalig am 31.01.07 knapp 300 in die Arbeit Eingebundene aller Berufe und Disziplinen versammelte).

- Die nun gegebenen Möglichkeiten zur Institutionalisierung und Strukturierung der Palliativmedizin (und des Hospizwesens) durch Berücksichtigung in Gesetzestexten werden von der Landesärztekammer nachdrücklich begrüßt.

- Ohne ehrenamtliches Engagement, ohne kirchliche Unterstützung und Einrichtungen wie Diakonie und Caritas, ohne KASA und ohne Sponsoring und Mäzenatentum gäbe es in Hessen keine palliativmedizinische und hospizliche Versorgung. Noch viel zu viele Menschen sind in ihrer letzten Lebensphase nicht an dem Ort, an dem sie sich wünschen zu sterben.

- Angesichts der demographischen Entwicklung, des technischen Fortschrittes und dem zunehmenden Kostendruck benötigen Palliativmedizin und Hospizwesen in Hessen unbedingt sichere und zukünftige Sicherheit gebende Finanzierungsgrundlagen, sowohl für den stationären und den ambulanten, als auch für den hospizlichen, den pflegerischen, den psychosozialen und den seelsorgerischen Bereich.

- Onkologie ist nicht Palliativmedizin und vice versa ist Palliativmedizin nicht Onkologie. Ca. ¼ derer, die palliativmedizinischer Betreuung bedürfen, sind onkologische Patienten – neben unheilbaren, einen frühen Tod erlebende nicht-onkologisch Erkrankte werden viele geriatrische und gerontopsychiatrische Patienten in der Endphase ihres Lebens zu Palliativ-Versorgungspflichtigen. Im stationären Bereich finden sich bis auf wenige Ausnahmen keine ausreichenden palliativmedizinischen Kenntnisse für die individuelle und schon gar nicht für die Flächenversorgung der Bevölkerung (trotz 25 Jahren Onkologiemodell Hessen).

- Innerhalb der hessischen Ballungsräume rund um große klinische Strukturen ist die Versorgungslage ausreichend, meist sogar gut mit nur wenigen Defiziten – eindeutige Mängel bestehen aber über die Stadtgrenzen hinaus in der Fläche des Landes: quer Hessen fehlen vielerorts Strukturen und Institutionalisierung. Die bestehenden und die zu implementierenden Strukturen sollten idealerweise die Individualität der Sterbephase des betroffenen Menschen ermöglichen und das Individuelle der geographischen Region berücksichtigen.

- Es ist notwendig, technologische Plattformen zu nutzen bzw. zu entwickeln, die ein technologisch basiertes Netz und elektronisch nutzbare Notfallakten ermöglichen. Genauso notwendig ist eine Qualitätssicherung mit Evaluationspotential zur Verbesserung der Transparenz und der Möglichkeit, verschiedene Versorgungsmodelle vergleichen zu können – aber ohne wesentliche zusätzliche Bürokratie und ohne Verschiebung von für die tatsächliche Arbeit benötigte Finanzmittel in dieses Qualitätsmanagement.

- Die schon gesammelten Erkenntnisse und Erfahrungen der palliativmedizinisch und im Hospizwesen Arbeitenden müssen genutzt werden; ein Nicht-Einbinden und Nicht-Beteiligen dieser bei der Entwicklung von Versorgungsstrukturen und Vertragsverhandlungen zu Finanzierungsmodellen auf gleicher Augenhöhe stellt eine unerträgliche Ressourcenvergeudung dar und verachtet bisher Geleistetes. Die existierenden Modelle der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind bisher nicht wissenschaftlich-vergleichend beurteilt worden.

- Nach jahrelangem Nichts- bis Wenigtun der Krankenversicherungen bieten diese nach Inkrafttreten des neuesten Gesundheitsreformgesetzespaketes, u.a. des GKV-WSG zum 01.04.2007, nun ein Vertragsmodell nach § 140a SGB V (Integrierte Versorgung) an, damit also den die Leistungen Erbringenden I.V.-Verträge (die generell je zur Hälfte durch den Krankenhaussektor und aus dem Honorar der Vertragsärzteschaft finanziert werden). Dieses Vertragsmodell wird intensiv beworben und soll über Onkologische Zentren die palliativmedizinische Versorgung organisieren bzw. koordinieren. Die Versorgungssituation in der Fläche und die Basisversorgung der Betroffenen scheint hierbei aber unbeachtet zu bleiben.

- Zu beachten ist, dass neben IV-Verträgen das GKV-WSG die Möglichkeit eröffnet, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung flächendeckend nach § 37b SGB V einzuführen – dessen Umsetzung ist von den Richtlinien abhängig, die der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 30.09. erlassen muss. Dieser Paragraph fordert die Berücksichtigung der gewachsenen Versorgungsstrukturen, d.h. Berücksichtigung des Bestehenden, also der Hospize, Hospizinitiativen und Palliativstationen, der palliativ ausgerichteten Pflege- und Beratungsdienste, der palliativ versorgenden Haus- und Facharztnetze usw. Insofern ist zu fragen, ob vor IV-Vertragsabschluss nach § 140a nicht wenigstens die Umsetzungs-Richtlinien des G-BA zum § 37b SGB V abgewartet werden sollten, um vergleichen zu können und sich keine Wege verbaut zu haben. Vielleicht sollte sogar die Möglichkeit von Verträgen nach §§ 73 b und c geprüft werden.

II) Im Verein ArztNotruf für die Region Lahn-Dill, kurz ANR, ist der größte Teil der Ärzteschaft des Lahn-Dill-Kreises organisiert. Er dient als Plattform für Kommunikation, Kooperation und Koordination innerärztlich, mit den anderen Berufsgruppen in der Kranken- und Gesundheitsversorgung und mit den Bürgern des Kreises. Projekte sind z.B. die im wissenschaftlich begleiteten Dialog mit den Bürgern entstandenen Kataster der Versorgungsdefizite und prioritären Ziele zur Verbesserung der Versorgung.

Ein wichtiges Ergebnis ist die Definition der Schnittstellen und deren Organisation; daraus entstand u.a. die bundesweit einmalige Neustrukturierung der Notfallversorgung der Bevölkerung durch Kooperation des vertragsärztlichen Notfall-Bereitschaftsdienstes mit der Integrierten Zentralen Rettungsleitstelle des Kreises. Während der Schließungszeiten der Praxen ist über eine kreisweit einheitliche Telefonnummer ein Arzt in der Leitstelle für Erstabfrage, Dringlichkeitseinschätzung und Koordination des vertragsärztlichen Dienstes in Zusammenarbeit mit Rettungsdienst und Notruf erreichbar und zuständig. In der Leitstelle wäre die Technologie für eine elektronische Notfallakte vorhanden!

Ein weiteres, in Verwirklichung begriffenes Projekt, CIMECS genannt, steht für digitale, internetbasierte Kommunikation zwischen dazu Autorisierten (z.Zt. einige Krankenhäuser und Praxen der Region), um den Austausch sensibler Daten sicher und schnell zu jeder Zeit zu ermöglichen.

Die Basisphilosophie des ANR ist, den Patienten und sein Problem in den Mittelpunkt der Bemühungen zu stellen, um eine Problemlösung, zumindest eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen. Dazu werden Programme und Module zur Behebung von Defiziten entwickelt (Nahziele: Definition des regionalen palliativmedizinischen Versorgungs- und Strukturierungsbedarfes, noch bessere Erreichbarkeit von Notfallpraxen, schmerztherapeutische und palliativmedizinische Qualitätszirkel bzw. Fort- und Weiterbildung, Lösen des BtM-Versorgungsproblems, Regressschutz für die die Hauptlast der im stationären Hospiz anfallenden Verordnungen Tragenden, Verbesserungen in der schmerztherapeutischen Verordnungsproblematik usw.). Diese Programme werden, wenn sie Strukturfragen betreffen, im nächsten Schritt möglichen Leistungsträgern zur Umsetzung angeboten.

Da jeder Prozess der letzten Lebensphase eines Menschen individuell ist, müssen vorhandene und zukünftige Strukturen diese Individualität zulassen.