

Grundlage nach § 132 d⁴ unterschrieben. In Westfalen wurden SAPV und AAPV in einem Vertrag vermengt, die Bedingungen werden als so problematisch angesehen, dass bis zum Erscheinen Ihres Artikels kein (!) Leistungserbringer unterschrieben hat und dies auch nicht absehbar ist. Daneben gibt es Insellösungen für einen winzigen Patientenkreis. In Hessen gelang es uns, durch einen einmaligen und für die Kassen völlig unerwarteten Schlichterabschluss aller aktiven Leistungserbringer einen für alle Beteiligten etablen Vertrag zu erringen, der mit dem ursprünglichen Kas senentwurf nicht mehr viel gemein hat. Er steht mit allen Daten zum Download unter www.laph.de bereit. Vermutlich ist es der *zurzeit angemessenste* SAPV-Vertrag in Deutschland, der jetzt zum Muster für andere Bundesländer wird. Aber auch hier: nur für die Ersatzkassen. Der Rest sträubt sich beharrlich, und wir versorgen weiter unbezahlt.

Was nicht erwähnt wurde: Die Sicherstellungspflicht haben seit dem 1. April 2007 die Krankenkassen, nicht die KV, nicht die Ärzte, nicht die hoch engagierten Palliative-Care-Teams, die in ruiniöse Vorleistungen treten, weil

die Anfragen Sterbender nicht einfach ignorieren, sondern die notwendige menschliche und medizinische Hilfe bieten. Im Gesundheitsfonds 2009 wurden nach Informationen aus dem Gesundheitsministerium 200 Millionen Euro hineingerechnet für die SAPV. Bisher hätten also für die wenigen Teams fürstliche 120 Millionen Euro in diesem Jahr zur Verfügung gestanden. Ausgegeben wurde nach seriösen Schätzungen für SAPV sicher deutlich unter fünf Millionen Euro. Was geschieht mit dem Rest? Könnte man damit nicht die bisher geleistete SAPV refinanzieren? Die Entwicklung der Verträge ist ein Skandal in unserer Wohlstandsgesellschaft, der gerne verdrängt wird, da Sterbende und Schwerstkranke keine Lobby haben . . .

Jetzt, wo Verträge anstehen oder auf den Markt kommen, möchten viele partizipieren. Plötzlich schießen „Palliative-Care-Teams“ aus dem Boden. Wer sichert die Qualität? Interessant ist es, dass einige Kassen, die in den Verhandlungen taktierten und verzögerten, auf Qualitätsmerkmalen beharrten, eine hohe Messlatte anlegten, plötzlich die Einstellung ändern. Gibt es einen Vertrag, dann heißt es, ganz schnell flächendeckend irgendwelche Vertragspartner zu finden. Ob diese annähernd in der Lage sind, die SAPV-Kriterien zu erfüllen, scheint plötzlich zweitrangig zu werden.

Ein letztes Problem. Es gibt nur eine sehr begrenzte Anzahl an adäquat weitergebildeten Mitarbeitern. Hiervon sind nur wenige erfahren in der ambulanten Palliativversorgung. Von diesen Wenigen steht nur ein Bruchteil dem Arbeitsmarkt zur Verfügung. Wer soll die über 200 notwendigen Teams leiten, welche Pflegenden oder Ärzte sollen eigenverantwortlich draußen im flachen Land Entscheidungen treffen, die in vielen Kliniken nicht ohne Weiteres getroffen werden können? Ich behaupte, dass es fünf bis zehn Jahre dauern muss, um in Deutschland flächendeckend SAPV-Teams aufzubauen, die den Namen auch verdienen. Aber die Konkurrenz um die Sterbenden beginnt . . .

Thomas Sitte, Gerloser Weg 23 a, 36039 Fulda

Der Hausarzt wird einbezogen

Bereits am 2. Juni 2009 hat der „Hospiz-Palliativ-Stützpunkt Rheinhessen-Pfalz“ seine Arbeit aufgenommen. Der Stützpunkt versorgt, gemäß den Vorgaben der Kassen und des Gesetzgebers, eine Region mit 250 000 Einwohnern. Ziel des Stützpunktes ist es, todkranken Menschen daheim in den eigenen vier Wänden ein würdevolles, nahezu schmerzfreies Sterben zu ermöglichen und den ebenfalls schwere Stunden durchlebenden Angehörigen professionellen Beistand zu gewähren.

Die Aufteilung des Stützpunktes erfolgte in vier regionale Netze, was insofern sinnvoll erschien, da es sich um eine große zu versorgende Fläche handelt. Die regionalen Netze haben jeweils Netzwerkleiter . . . Eingebunden sind die Pflegedienste mit Palliative-Care-Ausbildung sowie die Hospizdienste aus der Region. Leiter des Stützpunktes ist Dr. Oswald Burkhard aus Worms, welcher es als Herausforderung ansieht, völlig neue Organisationsstrukturen zu schaffen. . . In Worms gibt es bereits seit sechs Jahren einen interdisziplinären Qualitätszirkel für Palliativmedizin. Damit die Arbeit auf mehrere verteilt wird, wurden drei Gruppen gebildet. Eine Steuerungsgruppe, eine Gruppe für die Öffentlichkeitsarbeit und eine Arbeitsgruppe Pflege . . .

Oberstes Ziel des Stützpunktes ist es, den Hausarzt immer mit in den Ablauf einzubeziehen. So können nur Hausärzte die Palliativpatienten im Stützpunkt einschreiben. In besonderen Fällen können es aber auch Klinikärzte vornehmen. Da bisher noch keine Gelder von den Kassen geflossen sind, hat man sich auch noch nicht für eine Rechtsform entschieden. Das Gelingen des ganzen Projektes ist auch auf die Kooperation mit dem Wormser Gesundheitsnetz (WoGe) e.G. zurückzuführen . . .

Da es in Hessen schon Verträge mit der DAK gibt und die Verhandlungen in Rheinland Pfalz noch laufen (dort soll ausgehend vom Ministerium eine einheitliche Regelung mit allen Kassen gefunden werden), werden die Vorgaben des DAK-Vertrages als Abrechnungsbasis genommen. Hier handelt es sich um Pauschalen, deren Verteilung durch einen Schlüssel noch festgelegt werden soll. Ziel ist es, allen Beteiligten eine faire Bezahlung zukommen zu lassen. Vorgesehen ist, dem Hospiz am Jahresende prozentual einen Betrag als Spende zukommen zu lassen . . .

Dr. med. Friedel Rohr, Erster Vorsitzender
Gesundheitsnetz Region Alzey e.V., Alzeyer Weg 2,
55234 Framersheim