

SAPV – DER LANGE WEG ZUR



Dr. med. Achim Rieger

In Deutschland sterben täglich circa 230 Menschen, die eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) benötigen würden, schätzt das Palliativnetz Bochum. Das würde bedeuten, dass im Jahr etwa 83.000 Patienten Anspruch auf die neue Leistung hätten, die die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender verbessern soll. Seit April 2007 existiert für gesetzlich Versicherte der Rechtsanspruch auf SAPV. Die Umsetzung verläuft jedoch nur schwerfällig.

Von Ulrike Hempel



GUTEN PALLIATIVVERSORGUNG

Die Entstehung der SAPV

• Die SAPV ist im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) seit April 2007 neu in das SGB V als eigenständiger Leistungsanspruch aufgenommen worden und gesetzlich Versicherten zugesagt: „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (§ 37b SGB V). Die Ergänzung des SGB V gründet auf dem anerkannten gesellschaftlichen Ziel, dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben. Bisher wurde dieses Ziel in Deutschland bei weitem noch nicht erreicht, es werden nun aber Normen geschaffen, dies zu ermöglichen und den Schutz der Würde des sterbenden Menschen zu verbürgen.

• Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde vom Gesetzgeber beauftragt, das Nähere über die Leistungen zu bestimmen (Wer hat Anspruch auf SAPV?). Der G-BA beschloss die „Richtlinie zur Versorgung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ am 20. Dezember 2007.

• Die Spitzenverbände der Krankenkassen schlossen die von ihnen gemäß § 132d Abs.2 SGB V zu erlassenden „Empfehlungen“ am 23. Juni 2008 ab. (Wer darf SAPV anbieten?)

• Die Parlamentarische Staatssekretärin im BMG, Marion Caspers-Merk (SPD), berichtete am 10. November

2008 dem Gesundheitsausschuss des Bundestages zum Stand der SAPV-Umsetzung: Alle rechtlichen Voraussetzungen und Grundlagen für Verträge der Krankenkassen zur Erbringung von SAPV sind gegeben; Krankenkassen haben Verträge zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) abgeschlossen; die Krankenkassen planen, Verträge zur AAPV fortzuführen und ggf. eine Anpassung im Sinne § 132d Abs.2 SGB V (SAPV-Einzelverträge) bzw. entsprechend der Richtlinie vom G-BA vorzunehmen; bisher existieren nur vereinzelt Verträge; die Krankenkassen wollen zur flächendeckenden SAPV-Versorgung Verträge landesweit und kassenübergreifend abschließen; die Krankenkassen behaupten, dass trotz fehlender Verträge alle Versicherten, die Anspruch auf SAPV haben, die neue Leistung erhalten, die Abrechnung per Kostenerstattung erfolgt, im ersten Halbjahr 2008 sollen laut den GKV-Rechnungsergebnissen etwas mehr als 1 Million Euro aufgewendet worden sein.

• SAPV-Krisengespräch am 19. November 2008 im BMG mit Krankenkassenvertretern und Leistungserbringern zum aktuellen Stand. Ergebnis: Alle Krankenkassen sagten zu, möglichst zeitnah in der Fläche Verträge zur SAPV abzuschließen.

• Auf BERLINER ÄRZTE-Anfrage gibt das BMG im März 2009 Auskunft über die Existenz folgender fünf Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern deutschlandweit: Deutsche BKK in Gifhorn (Niedersachsen), BKK Nord in Hamburg, AOK-Brandenburg in Brandenburg (Neuruppin) und ein Vertrag mit fünf Partnern (Managementgesellschaften) in

Sachsen-Anhalt mit der AOK-Sachsen-Anhalt. Das BMG bezieht sich auf Auskünfte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP).

• Der Hamburger Rechtsanwalt Dr. jur. Peter Holtappels¹⁾ stellt angesichts der Verzögerungstaktik der Krankenkassen die Frage nach „öffentlich-rechtlichem Rechtsbruch“ und „vorsätzlich und offenen Ungehorsam“ der Vorstände der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber dem deutschen Parlament.

• So lange SAPV von den Krankenkassen nicht über entsprechende Verträge flächendeckend zur Verfügung gestellt wird, können sich Versicherte diese Leistung selbst beschaffen und von den Kassen Kostenerstattung verlangen. (Details zum Vorgehen mit Vorlage Kostenübernahmeschreiben, Formular SAPV-Verordnung etc. im Internet unter www.sapv.de.)

Statt Verträge nur träge

„Die Krankenkassen hatten lange genug Zeit“, bemängelt Dr. med. Achim Rieger, Facharzt für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin in Berlin. Aber statt Verträge abzuschließen, hätten sie Gesundheitsfonds und Honorarreform sowie EBM 2009 abgewartet. Rieger ist unzufrieden, erst jetzt würden wesentliche Fragen diskutiert: Es müsse doch geklärt sein,

.....
¹⁾ Dr. jur. Peter Holtappels: Vorsätzlicher Widerstand gegen das Parlament, Anmerkungen zur Einführung der SAPV aus Sicht eines Juristen in: Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin, MED. KOMM. Verlag München, Ausgabe 01/03/2009, S. 12-13.

wie man mit der Budgetfrage bei den Medikamenten umgeht. „Da müssen sich KBV und Spitzenverband endlich einigen.“ Bewährte Initiativen wie der gemeinnützige Verein Home Care Berlin sind ohne Verträge existenzgefährdet. Rieger arbeitet seit 1997 im palliativmedizinischen Dienst zur häuslichen Versorgung schwerstkranker Krebspatienten. Jährlich werden in Berlin rund 2.000 krebserkrankte Menschen von Home Care-Ärzten versorgt. „Trotz mehrfacher Versuche“, sagt Rieger, „haben sich die Krankenkassen in Berlin nichtgesprächsbereit gezeigt.“ Home Care führte im Herbst Gespräche mit der AOK Berlin, die dann den Kontakt abbrach und nie wieder aufnahm.

„...dann bin ich bald draußen“

Rieger kritisiert, dass jegliche Transparenz fehle, wie die Kassen das Gesetz umsetzen wollen. „Zieht sich das noch weiter so hin, dann bin ich bald draußen“, versichert der Arzt, denn er arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis, die die Hauptleistung in der Palliativversorgung erbracht hat und erbringt, aber nicht adäquat vergütet bekommt. Ursprünglich sollte die Honorarreform für ambulant tätige Ärzte finanziell von Vorteil sein, doch davon merkt Rieger nichts. Das Regelleistungsvolumen (RLV) liegt ungefähr bei 36 Euro, das ist die Summe die er pro Patient pro Quartal bekommt, einschließlich aller Hausbesuche. Bis auf jene, die er zu Unzeiten wie etwa in der Nacht machen muss, die kann er auch außerhalb des RLV abrechnen. Ansonsten ist die Versorgung der Patienten im Wesentlichen damit abgegolten, abgesehen von kleineren Zuschlägen, „mit denen haben wir dann maximal eine Vergütung von 45 bis 50 Euro pro Quartal.“

Hoffnung auf Nachbesserung

Mit Sorge stellt Rieger fest, dass schwerkranke Menschen immer seltener von Kollegen zuhause aufgesucht werden. Laut der Zeitschrift „Angewandte



Prof. Dr. med. H. Christof Müller-Busch

Schmerztherapie und Palliativmedizin“ zeigen erste Rückmeldungen aus Berliner Pflegeheimen einen dramatischen Rückgang der Hausbesuchstätigkeit. „Ich hoffe, dass sich vielleicht rückwirkend für das laufende Quartal eine Nachbesserung erzielen lässt“, sagt Rieger. Immer häufiger bekommt er Angebote, Patienten gegen private Vergütung zu versorgen, die er nicht annimmt. Ab August 2009, wenn das erste Quartal vergütet wird, kann er vermutlich seine Unkosten nicht mehr decken. Dann muss er Praxis und Standort aufgeben.

Massive Interessenkonflikte

„Es ist bedauerlich, dass die einseitige Orientierung auf die SAPV mit einem Sonderetat Begehrlichkeiten geweckt hat und dadurch massive Interessenkonflikte entstanden sind“, sagt Prof. Dr. med. H. Christof Müller-Busch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Momentan laufe alles auf eine Übergangslösung hinaus, die hohen Anforderungen an die Palliativ-Care-Teams (PCT) sind leider nicht überall umsetzbar, auch wenn Qualität ein

wichtiger Aspekt der Palliativversorgung ist, aber: 1. gibt es zu wenig Ärzte und Pflegekräfte, die über das Fachwissen zur SAPV verfügen und ein gemeinsames Team bilden und 2. gibt es Abstimmungs- und Kommunikationsprobleme an den Schnittstellen bzw. hinsichtlich der Vergütung im Team, die den multiprofessionellen Ansatz behindern. Müller-Busch erklärt das am Beispiel: Wenn es etwa eine Pauschale von 180 Euro oder 200 Euro am Tag pro Patient gibt, geht es intern darum, wie viel bekommt der Arzt und wie viel der Pflegedienst, so dass von Ärzten und Pflegediensten teilweise eher Einzel Leistungsvergütungen favorisiert werden.

Schnelles Verfahren: Auto-Abwrackprämie

DGP-Präsident Müller-Busch kritisiert: „Wenn ich mir überlege, dass die sogenannte Abwrackprämie in Deutschland in kürzester Zeit umgesetzt wurde, bei der Frage der SAPV jedoch divergierende Interessen und die Konkurrenz der Beteiligten dazu führen, dass sich die Umsetzung unerträglich hinzieht, dann kann das nicht im Sinne der Betroffenen sein.“ Jeder Player versucht, für sich das Beste heraus zu holen, anstatt ein gemeinsames Verantwortungsgefühl zu entwickeln, um Interessenkonflikte nicht zu Lasten der Betroffenen auszutragen.

Müller-Buschs Forderungen: Auf Antrag werden Patienten, die die Kriterien für die SAPV erfüllen, schnellstmöglich gut und adäquat versorgt, die zur Betreuung dieser Patienten bereitstehenden kompetenten Versorger werden im Rahmen von Modellkalkulationen angemessen vergütet. Es sollten rasch Qualitätszirkel eingerichtet werden, in denen ein Erfahrungsaustausch aller Beteiligten über Probleme erfolgt und die Versorgung weiter optimiert werden kann.



Foto: privat

Dr. med. Birgit Weihrauch

Schon bestehende Strukturen erhalten

Mit der Einführung der SAPV ist eine große Chance eröffnet worden. „Eine Chance, die – nun aber auch zeitnah – ergriffen werden muss, um zu einem systematischen und qualitätsgesicherten Ausbau zu kommen“, appelliert Dr. med. Birgit Weihrauch, Staatsrätin a. D., Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands e.V. (DHPV). Modellprojekte zeigen, dass bei einer guten ambulanten Versorgungsstruktur die Relation umgedreht werden kann: Heute sterben rund 70 Prozent der Betroffenen in Krankenhäusern, 30 Prozent in der häuslichen Umgebung, so die Vereinsvorsitzende.

SAPV heiÙe jedoch nicht, macht es irgendwie. Es bedürfe des multiprofessionellen Ansatzes und der hospizlichen und palliativen Netzwerke, in die die PCTs eingebunden sind. Nur so entstehen nach Weihrauchs Ansicht wirklich neue integrative ambulante Versorgungsstrukturen, in denen die Leistungen der SAPV als Komplexleistungen erbracht werden können. Daher fordert sie bei der Umsetzung der SAPV: Auf den schon bestehenden Strukturen muss

eine systematische Zusammenarbeit vieler Partner organisiert und entwickelt werden. Insbesondere bedarf es der engen Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten sowie der Zusammenarbeit der Leistungserbringer der allgemeinen mit denen der spezialisierten Palliativversorgung. „Wir brauchen nicht einzelne Verträge mit der Pflege und einzelne Verträge mit den Ärzten, sondern ein System, das umfassend und ganzheitlich den Bedürfnissen der Betroffenen Rechnung trägt“, so Weihrauch.

Übergangsfrist für Qualifikationserwerb

Dr. med. Carl-Heinz Müller, stellvertretender Vorsitzender der KBV, hebt hervor, dass nicht jeder Anspruch auf SAPV habe, sondern nur circa 10 Prozent der Sterbenden in Deutschland. Verordnet wird die SAPV vom Krankenhausarzt oder vom behandelnden Hausarzt, ausgeführt vom PCT. Zum Team sollte ein entsprechend qualifizierter Arzt, eine entsprechend qualifizierte Pflegekraft sowie einer Psychosozialkraft gehören. Nach Empfehlung der Spitzenverbände gibt es Qualifikationsanforderungen für Ärzte: eine vorgeschriebene Zusatzweiterbildung Palliativmedizin mit 160 Stunden sowie Erfahrungen aus der ambulanten Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten in den letzten drei Jahren bzw. einer einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit. Müller fordert die Einführung einer Übergangsfrist für den Qualifikationserwerb. „Dafür müssen jetzt verlässliche und langfristig geltende Rahmenbedingungen geschaffen werden“, so Müller, um die SAPV-Leistungserbringer zu motivieren, den zeitlichen und finanziellen Aufwand zu erbringen. Die KBV schlägt vor, dass möglichst viele Ärzte, freiwillig eine 40-Stunden-Basisqualifikation machen, um dann die Arbeit in den Versorgungsteams zu unterstützen. Der Anspruch ist, dass multidisziplinäre PCTs nach festen Regeln zusammenar-

beiten und in ganz Deutschland existieren. Dann müssen Regelungen getroffen werden, die den PCTs ermöglichen, mehrere Standorte zu betreuen oder aber auch „halbe“ Teams zuzulassen. Das heißt, sie können auf die qualifizierten ärztlichen Mitglieder anderer Teams zurückgreifen.

Klare Übergänge

Die lückenlose Überleitung von der stationären in die ambulante Versorgung ist neben Schmerztherapie, Symptomkontrolle, psychosoziale Begleitung des Patienten und der Angehörigen zentrale Aufgabe der SAPV. Hinzu kommen unter anderem noch die Gewährleistung einer 24-Stunden Rufbereitschaft, die Kooperation mit Krankenhäusern, Pflegediensten, Hospizen, ehrenamtlich tätigen Personen und komplementären Diensten sowie die adäquate Einbindung der Angehörigen. Momentan fürchtet die KBV ausufernde Bürokratie. So lange die Kassen individuell Verträge machen, bekommen Ärzte des PCTs eigene Betriebsstättennummer (BSNR). Müller: „Das kann bedeuten, dass bei fünf verschiedenen Kassen und fünf verschiedenen Verträgen fünf Betriebsstättennummern bestehen.“

Warum die SAPV scheitern könnte

Müller spricht ein weiteres Problem an: Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) ist nicht geregelter Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Ebenfalls sollte es eine klare Abgrenzung zwischen AAPV und SAPV geben, denn ihr Inhalt ist keineswegs hinreichend präzise definiert. Auch hier sind zeitnahe Lösungen gefordert: In die neue EBM muss eine vernünftige Klärung der Schmerztherapie bzw. AAPV-Abrechnung eingeführt werden. Für die Verordnung und Abrechnung der Leistungen im Rahmen der SAPV müssen pragmatische, unbürokratische Ansätze her. Die Arzneimittelversorgung soll praktikabel und rechtssicher gestalten sein. Im Moment werden die Verord-

nungen aus der SAPV-Pflege unter den allgemeinen Arzneimitteln und den allgemeinen Hilfsmitteln gebucht. Probleme sieht Müller:

1. In der Schnittstelle zwischen PCTs und den mit behandelnden Haus- und Fachärzten: Sie muss nahtlos sein und gewährleisten, dass dann, wenn der SAPV-Arzt nicht zur Verfügung steht, weiter Behandlung stattfindet.

2. Wenn die Überführung von der AAPV in die SAPV nicht funktioniert. Gerade weil es momentan keine klaren Leistungsdefinitionen gibt, muss dies geübt



Dr. med. Carl-Heinz Müller

und geschult werden. Deswegen sollten auch möglichst viele Ärzte den 40-Stunden-Basiskurs machen.

3. Dass die unterschiedlichen Vertragslösungen eine flächendeckende Versorgung regional nicht einheitlich regeln: Könnte heißen, dass verschiedene Teams mit verschiedenen Verträgen bei verschiedenen Krankenkassen tätig sind.

Die Sicht der Kassen

„Vierorts können die Leistungserbringer die an die Empfehlungen geknüpften hohen qualitativen und strukturellen

INTERVIEW

„Die Kassen zum Jagen tragen“



Interview mit Marion Caspers-Merk (SPD), Parlamentarische Staatssekretärin und MdB zur SAPV.

BÄ: Warum verläuft die Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nur schleppend, obwohl alle rechtlichen Voraussetzungen und Grundlagen für Verträge der Krankenkassen zur Erbringung von SAPV gegeben sind?

Caspers-Merk: Die Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung verläuft deshalb so langsam, weil sie von den Kassen nicht als Element gesehen wird, mit dem man wirbt, sondern als zusätzliche Leistung, die sie

zunächst eher abwehrend gesehen haben. Die Schwierigkeit ist, dass es sich um eine neue Leistung handelt, das heißt, zunächst mussten die Qualitätsanforderungen definiert und dann die Art der Leistung verhandelt werden. Auch die Frage der Vergütung galt es zu klären. All dies war ein langwieriger Prozess, den viele Kassen nicht mit Engagement und Energie unterstützt haben. Zeitweilig hatte man den Eindruck, die Kassen mussten zum Jagen getragen werden. Deshalb war es besonders wichtig, den Druck sowohl auf die Einzelkassen als auch auf den Spitzenverband zu erhöhen, um die Umsetzung auch gegen große Widerstände durchzusetzen. Die Zusage des Spitzenverbandes Bund hat lange auf sich warten lassen. Erst seit November 2008 ist bekannt, dass die SAPV überwettbewerblich organisiert werden soll. Das heißt, es werden Musterverträge zur Verfügung gestellt, die als Richtschnur gelten sollen für die konkreten Verträge vor Ort. Bisher gibt es ganz wenige Einzelverträge, aber noch kein flächendeckendes Angebot.

BÄ: Kann sich das BMG auf die unverbindliche Zusage der Krankenkassen

verlassen, umgehend mit der flächendeckenden Umsetzung zu beginnen?

Caspers-Merk: Kann man sich im Gesundheitswesen überhaupt auf Zusagen von Beteiligten verlassen? Natürlich bin ich zunächst mal der Ansicht, dass man an den guten Willen appellieren sollte, aber wir werden als Gesetzgeber die Umsetzungsschritte weiterhin sehr zielstrebig begleiten, so wie wir das in der Vergangenheit schon getan haben. Es gab nachdrückliche Gespräche hier im Haus, es gab viel Druck, den wir den Kassen gemacht haben und es gab im Rahmen von Expertenanhörungen im Fachausschuss eine Richtung, die vorgegeben wurde. Für die Politik ist es elementar zu erfahren, wo es konkret hakt.

BÄ: Wird von Seiten des BMG weiter Druck aufgebaut?

Caspers-Merk: Wir werden uns regelmäßig die Fortschritte vom GKV-Spitzenverband berichten lassen. Der Politik ist es sehr ernst: Wir haben ein Versorgungsproblem von schwerstkranken Menschen in Deutschland, deshalb muss die SAPV schnellstmöglich umgesetzt



Reiner Glasmacher

Anforderungen an die SAPV noch nicht erfüllen“, meint Reiner Glasmacher, stellvertretender Hauptabteilungsleiter Leistungen und Beiträge der Barmer Ersatzkasse. In vielen Bundesländern arbeiten zwar schon Teams, deren Leistungen in Einzelfällen erstattet werden, aber Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V gibt es noch nicht. Glasmacher bemängelt, man habe zur Zeit keinen genauen Überblick, wo in Deutschland schon Strukturen vorhanden sind und PCTs gebildet werden könnten. „An entsprechende Informationen kommen wir über die Fachgesellschaften, zum Beispiel welche Kapazitäten in welcher

Region bestehen“, so der Experte. Die Krankenkassen haben sich grundsätzlich darauf geeinigt, dass die Umsetzung der SAPV kein Wettbewerbsfeld ist.

Die Barmer engagiert sich innerhalb des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek). „Wir wollen einen Vertrag schaffen, der auch vor Ort musterhaft umgesetzt werden kann.“ Damit soll berücksichtigt werden, was der Gesetzgeber angedacht hat, aber auch auf die Erfahrungen der Fachgesellschaften DGP und DHPV zurückgegriffen werden. Die Diskussion, was SAPV ist und was nicht, sollte nicht vereinzelt geführt werden. Deshalb gibt

werden. Aber vom Gesetzblatt bis zur Umsetzung ist es ein weiter Weg, der im Interesse der Betroffenen abgekürzt werden muss. Sollte in nächster Zeit gar nichts in Gang kommen, muss man neben Berichtspflicht und Gesprächen weitere Maßnahmen überdenken. Gesetzgeberisch ist alles klar. Wir haben in Deutschland aber, entgegen vieler Vorurteile, keine Staatsmedizin. Bei uns müssen die Selbstverwaltungspartner die gesetzlichen Rahmenbedingungen umsetzen. Es ist sehr schwierig, wenn man von der Politik immer fordert, sich um jedes Detail zu kümmern. Entweder man hat eine Selbstverwaltungsstruktur, dann ist sie auch eigenverantwortlich für die Umsetzung verantwortlich. Oder man hat keine Selbstverwaltung, dann muss alles die Politik richten. Ich bin für die Selbstverwaltung, aber sie muss auch ihren Job machen.

BÄ: *Glauben Sie, dass der multiprofessionelle Ansatz der SAPV ein Hemmnis darstellt?*

Caspers-Merk: Es ist immer schwierig, eine neue Leistung von den bisher erbrachten abzugrenzen. Viele Mediziner haben sich auf den Standpunkt festgelegt, dass haben wir doch bislang schon gemacht. Ein weiteres Problem ist, die Kooperation mit nichtärztlichen

Berufen und die Interdisziplinarität auch mit abzubilden. Dieser Ansatz ist im deutschen Gesundheitswesen ein Stück weit Neuland und bisher noch nicht sehr weit verbreitet. Hinzu kommt meines Erachtens, dass Themen wie unheilbare Krankheiten, Schmerzfremheit, Sterbebegleitung Bereiche sind, die stark tabuisiert werden, sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei den Ärzten sowie den nicht-ärztlichen Heilberufen. Es ist überfällig, dass man hier einen Schritt weiter kommt. Ich kenne engagierte Berufsgruppen, die sehr auf die Einführung der SAPV gedrängt haben und die über Jahre in Vorleistung gegangen sind.

BÄ: *Waren Probleme nicht vorhersehbar?*

Caspers-Merk: Doch, wir haben gewusst, dass die Einführung schwierig wird. Aber nur, weil etwas schwierig ist, kann man ein gesundheitspolitisches Erfordernis nicht fallen lassen, sondern muss den Prozess begleiten. Meine Erfahrungen als Drogenbeauftragte bei der Einführung von größeren Angeboten im Methadon-Bereich sind, dass man dem System auch die Chance geben muss, sich auf neue Herausforderungen einzustellen.

BÄ: *Vom Gesetzgeber waren für die Aufbauphase April bis Dezember 2007 Ausgaben in Höhe von 80 Millionen Euro prognostiziert worden, für 2008 waren 130 Millionen Euro veranschlagt. Die tatsächlich abgerufenen SAPV-Leistungen beliefen sich nur auf einen kleinen Bruchteil der kalkulierten Kosten. Was bedeutet das für 2009 und die kommenden Jahre?*

Caspers-Merk: Das, was die Gesetzliche Krankenversicherung jetzt zur Verfügung hat, sind rund 168 Milliarden Euro. Man darf bei der aktuellen Diskussion nicht verkennen, dass wir mit Einführung des Gesundheitsfonds 11 Milliarden Euro mehr im Versorgungsbereich haben als im Jahr zuvor. Ein Teil davon war auch gezielter Aufwuchs für die ambulante Palliativmedizin. Wir haben aber keine Summen für bestimmte Bereiche reserviert, sondern es gibt einen Gesamtopf, der finanziert wird. Und dieser Topf muss so sein, dass diese zusätzlichen Leistungen erbracht werden können. Beides ist der Fall gewesen: Wir haben mehr Mittel zur Verfügung gestellt, die auch für diesen Bereich ausgegeben werden sollten.

BÄ: *Vielen Dank für das Gespräch.*

Das Interview führte Ulrike Hempel.

es den gemeinsamen Entwurf eines Mustervertrags der Ersatzkassen. Ansprechpartner ist die jeweilige vdek-Landesvertretung. Der Mustervertrag hat zum Ziel, dass bundesweit die gleichen Inhalte geregelt sind. Die Verhandlungen werden regional geführt, mit dem Ansinnen, diese Verträge auch kassenübergreifend abzuschließen. Glasmacher versichert: „Das BMG kann sich auf die Zusage vom 19. November 2008 verlassen. Es werden alle Anstrengungen unternommen, um möglichst zeitnah in der Fläche Verträge zur SAPV abzuschließen“. Die Barmer gehe aktiv auf die anderen Kassen zu, um ein gemeinsames Konzept zu erstellen. Das betreffe Fragen wie: Ist die Verordnung der Schmerzmittel im Notfall geregelt? Wie sieht die Organisation und Qualifikation in den PCTs aus? Auch zu regeln sind die Ermächtigungsfragen für Krankenhausärzte. Das müsse mit der KBV geklärt werden. Ob das Geld für die SAPV zur Verfügung steht? Glasmacher: „Der Gesundheitsfonds ist von Expertenteams kalkuliert worden. Dabei wurde auch die SAPV berücksichtigt. In welcher Höhe ist nicht bekannt.“

Strukturen entstehen nicht über Nacht

Nach Auffassung von Frank Sieners, Bereichsleiter Versorgung bei der Techniker-Krankenkasse, war nicht damit zu rechnen, dass Deutschland blitzartig ein flächendeckendes qualitativ hochwertiges SAPV-Angebot haben würde. Die TK habe großes Interesse daran, so schnell wie möglich Verträge abzuschließen, versichert Siener. Verhandlungen liefen derzeit. Bis die Verträge abgeschlossen sind, würden diese Leistungen bereits über Kostenerstattung übernommen. Siener sieht den Hauptgrund für fehlende Vertragsabschlüsse darin, dass die Komplexität der SAPV angesichts von komplett neuen Leistungen, bisher nicht vorhandenen Strukturen und einer Vielzahl von Leistungserbringern unterschätzt wurde. Nach Kenntnis der TK

gibt es bundesweit nur 1.800 Palliativmediziner. Es wäre wünschenswert, wenn man im Rahmen einer bestimmten Übergangsfrist Ärzte und Pflegekräfte schon jetzt als vertragsfähig akzeptieren würde. Das müssten nach Siener die beiden vertragsschließenden Parteien untereinander regeln. Mittelfristig müssten sich Leistungserbringer jedoch entsprechend den Vorschriften für die SAPV weiterbilden. Die Kassen schöpfen laut Siener die Möglichkeiten, nach Kooperationspartnern zu suchen, aus. Man könne aber schlecht auf Verdacht in der Zeitung inserieren „Krankenkassen suchen Palliativ-Care-Teams“.

Stichwort Finanzierung: Der TK-Haushalt ist so aufgestellt, dass ausreichend Geld für die SAPV zur Verfügung steht. Sollte der Haushaltsansatz einmal nicht ausreichen, wird er entsprechend dem Bedarf nachträglich aufgestockt. Wird oder wurde der Posten nicht ausgeschöpft, fließt das Budget in den neuen Haushalt wieder mit ein. Siener: „Wir sind ja keine Spar- sondern eine Krankenkasse.“

Fazit:

Zwei Jahre nach Inkrafttreten der gesetzlichen Regelungen zur SAPV warten Patientinnen und Patienten, aber auch viele Palliativärzte und -pflegekräfte, dringend darauf, dass der Rechtsanspruch für Patienten auf eine spezialisierte Palliativversorgung in vertrauter häuslicher Umgebung realisiert wird.

Verträge:

- Die Krankenkassen müssen zügig zu Vertragsabschlüssen mit den Leistungserbringern gem. § 132d SGB V kommen.
- Da die Krankenkassen fordern, die notwendigen vertraglichen Grundlagen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen landesweit kassenübergreifend zu regeln, sollen sie zeitnah die entsprechenden Voraussetzungen dafür schaffen.

PCT:

- Kurzfristig: Einführung einer Übergangsfrist, die Ärzten und Pflegekräften ermöglicht, die erforderlichen Leistungen zu erbringen. Langfristig muss die theoretische und praktische Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften auf das Qualifikationsniveau der Empfehlungen forciert werden.

- Um auch in ländlichen Gebieten eine SAPV zu sichern, müssen Regelungen getroffen werden a) die den PCTs ermöglichen, mehrere Standorte zu betreuen oder b) „halbe“ Teams zulassen, die auf die qualifizierten ärztlichen Mitglieder anderer Teams zurückgreifen können.

SAPV/AAPV:

- Die SAPV ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, im Gegensatz zu den allgemeinen palliativmedizinischen Leistungen. Es bedarf einer klaren Abgrenzung zwischen allgemeiner und spezialisierter palliativmedizinischer Versorgung, denn ihr Inhalt ist nicht hinreichend präzise definiert.

Evaluation:

- Die Umsetzung der SAPV muss evaluiert werden. Voraussetzung ist eine Dokumentationsgrundlage, die aussagefähige und vergleichbare Daten liefert. Nur so kann nachgesteuert werden. Das BMG hat den G-BA um jährliche Berichte gebeten, erstmals vorzulegen zum 31. Dezember 2009.

Verfasserin:

Ulrike Hempel
Medizinjournalistin

Literatur:

Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin, Ausgabe 01/03/2009
MED.KOMM. Verlag München, S. 12-13.

Aufsätze zu den Rechtsgrundlagen der Palliativmedizin auf www.palliativ-rissen.de/download