

Strukturen und Finanzierung der Palliativversorgung

06/2009 Sylt - Palliativkurs

Palliativversorgung

**Von ambulanter Hospizarbeit
zu stationären Hospizen und
zur spezialisierten ambulanten
Palliativ-Pflege und Pflege im Heim**

1985 - 1998 - 2002 - 2007

Kurze Geschichte: Hospiz in D.

80-er Jahre: Hospizvereine gründen sich
als Gegenbewegung zum
Gesundheitssystem

90-er Jahre: Hospize werden ab 1998
gemäß § 39 SGB V finanziert

Ab 2002: Ambulante Hospizdienste
gemäß § 39a Abs. 2 SGB V

Ab 2005: Überlegungen: Ausweitung auf
ambulante Palliativmedizin

Palliativbehandlung im KH (Schindler)

- Im Jahr **2005** wurde eine neue Leistung im „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ (**OPS**) kodierbar gemacht:
die „**Palliativmedizinische Komplexbehandlung**“ (**8-982**).
Es ist fraglich, ob sie den Aufwand von Palliativstationen (Hoher Personalschlüssel! Viele „weiche“ Leistungen!) im DRG-System adäquat wiedergeben kann.
- Ab **2007** erhalten Krankenhäuser für die Betreuung von Patienten, bei denen die Leistung **OPS 8-982.1-3** kodiert wird, ein **Zusatz-Entgelt (ZE 60)**
2007: 1.101,46 € **2008: 1.365,89 €** **2009: 1.347,43 €**
- Palliativstationen können seit 2005 als „**Besondere Einrichtung**“ (**BE**) anerkannt werden (Vergütung erfolgt über **tagesbezogene Entgelte**)
- Aber: **Nur ca. 25-30 %** aller Krankenhäuser mit Palliativstationen nutzen bisher diese Möglichkeit (da sie keinen ökonomischen Vorteil einbringt)

Fünf Arten ambulanter Dienste

Ambulante Hospizgruppe/initiative (Stufe 1 BAG)

Ambulanter Hospizdienst (AHD - Stufe 2 BAG)

Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst (AHPD-Stufe 3 der BAG-Hospiz)

Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungs- und Palliativpflegedienst (AHPPD Stufe 4)

Ambulanter Palliativpflegedienst (APD - keine Ehrenamtlichen – siehe DGP)

AHPPD + APD: je drei Palliativ-Fachpflegekräfte

Auf dem Weg zur amb. Palliativpflege 1

Seit 2002: Modellprojekte in verschiedenen Bundesländern und Städten (Berlin, Göttingen, NRW, Saarland, Vorpommern)

Mai 2005: Enquetekommission des Bundestages Ethik und Recht in der modernen Medizin fordert Ausbau der ambulanten Palliativpflege

Herbst 2005: Koalitionsvertrag Palliativmedizin soll gefördert werden

Auf dem Weg 2 (ab 2006)

Januar 2006: Papier der BAG Hospiz und DGP zu AHPZ

Juni 2006: Stärkung des Bestehenden durch Landesgesundheitsministerkonferenz

Juli 2006: Eckpunkte der Gesundheitsreform

September 2006: § 37 b SGB V in vorläufiger Form wird bekannt gemacht (folgt)

Vorläuferbeispiele: 1. AHPZ (Saarland)

Definition: Ambulante Hospiz- und Palliativ-Zentren

Konzeption der BAG Hospiz und
DGP zur

- flächendeckenden
- ambulanten und
- sektorenübergreifenden

Hospiz- & Palliativversorgung in
Deutschland

Vorläuferbeispiele: Palliativnetzwerke

Palliativnetzwerke (z.B. Köln, Essen, Celle, modifiziert Berlin) = lockerer Verbund und
Palliativstützpunkte (Niedersachsentgutachten)
= fester Organisationsverbund:

- zwischen **spezialisierten Trägern**:
ambulanter Hospizdienst, ambulanter Palliativpflegedienst, Schmerzambulanz, Hospiz, Palliativstation, eventuell palliativkompetentes Pflegeheim)
- **Bestehender Träger** übernimmt Verantwortung nach **innen und außen** und koordiniert die gezielte, abgestufte Patienten- (und Angehörigen) Versorgung.

NRW-Konzept/Personalbedarf

Die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und weitere Partner haben in Nordrhein-Westfalen ein "Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW" vereinbart.

In diesem Programm wird bei einer Teamgröße von **8 Vollzeitkräften ein Bedarf von einem Versorgungsteam auf ca. 250.000 Versicherte** angenommen. Diese Größenordnung kann als Anhaltspunkt für eine bedarfsgerechte Versorgung angesehen werden.

79. Gesundheitsministerkonferenz der Länder am 30.6.2006 TOP 9.3. (1)

Zum Thema „Aufbau einer sektoren-übergreifenden, insbesondere ambulanten, palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung“ hat die Gesundheitsministerkonferenz am 30.6.2006 einstimmig beschlossen:

Die Konferenz hält es für notwendig, eine ambulante und sektorenübergreifende palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung baldmöglichst aufzubauen.

Landesgesundheitsminister 2006 (2)

Ehrenamtliche Hospizarbeit (stellt)
eine wesentliche Säule der
Sterbebegleitung dar..

Landesgesundheitsminister 2006 (3)

Gefahren einer nicht vertretbaren
Kostensteigerung...

Die Gesundheitsminister sprechen
sich deshalb vorrangig dafür aus, die
gezielte Förderung eines effektiven
Zusammenwirkens bereits
bestehender Strukturen und
Professionen zu entwickeln.

SAPV – § 37 b SGB V

Gesetz und Umsetzung

§ 37b / 132 d SGB V

- 06/2005 Bericht der Bundestags-Enquete-Kommission
- 11/2005 Koalitionsvertrag von CDU/CSU & SPD
- 10/2006 Einbringen eines Gesetzentwurfs (GKV-WSG) mit Begründung
- 02/2007 Verabschiedung des GKV-WSG im Bundestag
- 04/2007 Das GKV-WSG tritt am 1.April 2007 in Kraft (§§ 37b & 132d)
- 09/2007 1.Entwurf einer G-BA-Richtlinie zur SAPV
- 10/2007 Stellungnahmeverfahren (ca. 30 stellungnahmeberechtigte Org.)
- 12/2007 Verabschiedung der SAPV-Richtlinie durch den G-BA
- 02/2008 Genehmigung der Richtlinie durch das BMG
- 03/2008 Die SAPV-Richtlinie tritt am 12.März 2008 in Kraft (BAnz)
- 03/2008 Erstes Informationsgespräch zu § 132d SGB V (ca. 30 Tn)
- 07/2008 Veröffentlichung der Gemeinsamen Empfehlungen nach 132d

§ 37 b Abs. 1 SGB V (1.4.2007)

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.

Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen.

§ 37b Abs. 1 Teil 2

**Die spezialisierte ambulante
Palliativversorgung umfasst
ärztliche und pflegerische
Leistungen einschließlich ihrer
Koordination insbesondere zur
Schmerztherapie und
Symptomkontrolle**

§ 37 b Abs. 1 Teil 3

**...und zielt darauf ab, die
Betreuung der Versicherten nach
Satz 1 in der vertrauten häuslichen
Umgebung zu ermöglichen.**

**Dabei sind die besonderen
Belange von Kindern zu
berücksichtigen.**

§ 37 b Abs. 2 SGB V Satz 1

Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des XI Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung.

§ 37 b Abs. 2 SGB V Satz 2

Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

Finanzplan: Jahresausgaben

(Gesetzentwurf, S. 267) Budget zur
Verbesserung der Palliativversorgung in

2007rd. 0,08 Mrd. € (verfallen)

2008 rd. 0,13 Mrd. € (0,125 verfallen)

2009 rd. 0,18 Mrd. € (verfallen:90%?)

2010 rd. 0,24 Mrd. € (?)

2011 rd. 0,24 Mrd. €

usw.

Vision 2018 (nach T. Schindler, DGP)

Einrichtungen	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2018
Stationäre Hospize											
Zahl der stat. Hospize	58	70	83	90	99	108	120	125	135	145	250
Gezahlte Zuschüsse	11,0	14,6	19,1	21,8	25,0	25,2	33,7	38,9	42,6	46,0	80,0
Amb. Hospizdienste											
Zahl geförderter AHD					304	396	463	519	547	597	1000
Fördersumme					6,0	8,2	11,4	13,9	17,0	19,7	40,0
SAPV											
Verträge mit PC-Teams										???	330
GKV-Aufwendungen										0,5	240

Richtlinie des g-ba zu §37b – 12.03.2008

Siehe www.g-ba.de und dort eingeben unter „Suche“: SAPV.

Die Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgungsrichtlinie SAPV-Richtlinie wurde im Sommer 2007 erstellt, lange diskutiert und am 20.12.2007 verabschiedet.

Das BMG hat am 14.2.2008 die Richtlinie genehmigt und Modifikationen empfohlen

Bis Mitte März 2008 galt die Einspruchsfrist. Am 12. März trat die SAPV in Kraft.

SAPV Richtlinie § 1 , Abs. 1

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten **häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen** (§ 72 Abs. 1 SGB XI) zu ermöglichen.

Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.

SAPV 1, 4

Die SAPV **ergänzt** das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste.

Sie kann als **alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung** erbracht werden.

Andere Sozialleistungsansprüche bleiben **unberührt**.

SAPV § 2

§ 2 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn

1. sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist (§ 3) und
2. sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine **besonders aufwändige Versorgung** (§ 4) benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen **auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI) erbracht** werden kann.

SAPV § 3, 3

Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die **Verbesserung von Symptomatik** und Lebensqualität sowie die **psychosoziale Betreuung** im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder **Monate** gesunken ist.

SAPV § 4

Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder **nur unter besonderer Koordination ausreichen** würden, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen.

Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines **komplexen** Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und / oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein **interdisziplinär**, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt.

SAPV § 4, Forts.

Ein Symptomgeschehen ist in der Regel **komplex**, wenn **mindestens eines** der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- - ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- - ausgeprägte **neurologische** / **psychiatrische** / **psychische** Symptomatik
- - ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- - ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- - ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore
- - ausgeprägte urogenitale Symptomatik

SAPV § 5, 1

Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der **ambulanten Krankenbehandlung** soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen.

Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche **Koordination** der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die **Beratung, Anleitung und Begleitung** der verordnenden oder behandelnden Ärztin oder des verordnenden oder behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132d SGB V.

SAPV § 5,2

SAPV wird ausschließlich von **Leistungserbringern nach § 132d SGB V** erbracht.

Sie wird nach Bedarf **intermittierend oder durchgängig** erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. 4), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen.

Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- - **Beratungsleistung,**
- - **Koordination der Versorgung,**
- - **additiv unterstützende Teilversorgung,**
- - **vollständige Versorgung**

erbracht werden.

Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

SAPV § 5, 3: Inhalte der SAPV

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer **multiprofessionellen Zusammenarbeit**
- **Symptomlinderung** durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen
- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht
- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care entspricht
- Führung eines individuellen **Behandlungsplans**, vorbeugendes **Krisenmanagement**, Bedarfsinterventionen

SAPV § 5, 3: Inhalte der SAPV

- **Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft** rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer **Angehörigen** zur palliativen Versorgung einschließlich **Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod**
- Spezialisierte **Beratung** der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung
- **Psychosoziale** Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger **Zusammenarbeit** z. B. mit **Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten**
- Organisation regelmäßiger **Fallbesprechungen**
- **Dokumentieren** und **Evaluieren** der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV

SAPV § 6: Zusammenarbeit

1. Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und **bedarfsgerecht** erbringen; die diesbezügliche Koordination ist sicherzustellen.

Hierüber sind verbindliche **Kooperationsvereinbarungen** schriftlich oder mündlich zu treffen.

Kooperationspartner ist **auch der ambulante Hospizdienst**, der **auf Wunsch der** Patientin oder des Patienten an der Versorgung beteiligt wird.

Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt im Einzelfall Kooperationspartnerin oder Kooperationspartner werden.

Das Nähere regeln die Verträge nach § 132d SGB V.

2. Die **vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten.**

SAPV § 6,3-5

(3) Es ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen **Informationen** über die vorhergehende Behandlung unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen ausgetauscht werden.

(4) Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen.

(5) Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist **vernetztes** Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar.

Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen **Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg** zu fördern und auszubauen.

SAPV § 7 Verordnung von SAPV

1. SAPV wird **von der behandelnden Vertragsärztin oder von dem behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet.**

Satz 1 gilt für die Behandlung durch die **Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt** bei einer oder einem von ihr oder ihm **ambulant versorgten** Patientin oder Patienten **entsprechend.**

Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die **Entlassung** einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt die **Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 7 Tage.**

2. Die ärztliche Verordnung erfolgt auf einem zu vereinbarenden **Vordruck**, der der Leistungserbringung **nach dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf** (§ 5 Abs. 2) Rechnung zu tragen hat und Angaben zur **Dauer** der Verordnung enthält.

SAPV § 8

Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse

Die Krankenkasse übernimmt **bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbrachten Leistungen** entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, **wenn** die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 spätestens an dem **dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag** der Krankenkasse **vorgelegt** wird.

Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.

SAPV § 37 b SGB V und § 132 d

Die SAPV - Richtlinie trat am 12. März 2008 nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger Nr. 39 (S. 911) vom 11.03.2008 in Kraft.

Näheres regeln die Vertragspartner gemäß § 132d SGB V. Am 19. März fand dazu eine Anhörung statt. Es gab vorab einen wenigseitigen Entwurfstext der Krankenkassen, der jedoch nicht veröffentlicht wurde.

Die Verabschiedung einer Bundesrahmenempfehlung fand im Juli 2008 statt. Es wird nun Anpassungen (keine Landesrahmenempfehlungen) auf Landesebene geben, die das Bisherige berücksichtigen und fortführen.

Anschließend entstehen lokale Verträge.

Auflagen/Empfehlungen BMG Feb. 2008

Sehr geehrte Damen und Herren,

der o.g. nach § 94 SGB V vorgelegte Beschluss über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gemäß § 37b Abs. 3 SGB V vom 20. Dezember 2007 wird nicht beanstandet und kann daher in Kraft treten.

Die Nichtbeanstandung wird jedoch mit folgenden Auflagen verbunden:

- Im Rahmen der nächsten Überarbeitung der Richtlinie ist in § 7 Abs. 1 der letzte Halbsatz wie folgt zu fassen: „**in der Regel jedoch längstens für 7 Tage**“.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (**G-BA**) **berichtet** dem Bundesministerium für Gesundheit **jährlich** – erstmals zum 31. Dezember 2009 – über die **Leistungsentwicklung** im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dabei sind insbesondere folgende Fragen zu beantworten:
 - Wird durch die Richtlinie den besonderen Belangen von **Kindern** genügt?
 - Welche Rückwirkungen ergeben sich auf andere Leistungsbereiche (z.B. **häusliche Krankenpflege**) und besteht ggf. **Nachbesserungsbedarf**?

BMG 2/2008 (2)

Begründung:

- Grundsätzlich entspricht eine zeitliche Begrenzung der Verordnung der Intention des Gesetzes, die das Verordnungsrecht der Krankenhäuser als ein Element der nahtlosen Überleitung in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ansieht und nicht als Recht zur Dauerverordnung. Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass die **Begrenzung auf 7 Tage zu kurz** ist, etwa dann, wenn ein Palliativpatient mit einer **Lebenserwartung von nur wenigen Tagen** aus dem Krankenhaus entlassen wird und SAPV erhält. In diesen Fällen ist es **kaum zumutbar**, nach 7 Tagen – u.U. in der akuten Sterbephase – noch eine Anschlussverordnung eines Vertragsarztes einzuholen.

BMG (3)

Das Gesetz schreibt vor, dass die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen sind (§ 37b Abs. 1 Satz 4 SGB V). Es ist zu überprüfen, ob die Richtlinien in ihrer jetzigen Form diesen besonderen Belangen gerecht werden. Darüber hinaus sind die Auswirkungen der Richtlinie auf andere Versorgungsbereiche zu überprüfen (z.B. häusliche Krankenpflege). Insbesondere ist darüber zu berichten, ob außerhalb des Bereichs der SAPV Verbesserungen der Palliativversorgung erforderlich sind.

BMG (3)

Die Auflagen stehen einem Inkrafttreten des vorgelegten Richtlinienbeschlusses nicht im Wege.

Darüber hinaus werden folgende Hinweise gegeben:

Die Leistung soll nur durch Leistungserbringer abgegeben werden, die in einer **interdisziplinären** Versorgungsstruktur, bestehend aus qualifizierten Ärzten und Pflegekräften unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind (**Palliative Care Teams**). Der Gemeinsame Bundesausschuss wird gebeten, an geeigneter Stelle eine entsprechende Ergänzung in der Richtlinie vorzunehmen.

BMG (4)

Es wird davon ausgegangen, dass es für die Kompetenzen der im Palliative Care Team tätigen Ärzte nicht darauf ankommt, in welcher ärztlichen Funktion sie im übrigen tätig sind. **So hat zum Beispiel ein Arzt, der im übrigen im Krankenhaus tätig ist, aus dem Team heraus die gleichen Kompetenzen zur Verordnung von Arzneimitteln, wie ein Arzt, der im übrigen als Vertragsarzt tätig ist.**

§ 132 d SGB V

**SAPV-Richtlinie und §132 d –
Situation und Stand Juni 2009**

§ 132 d SGB V

Die „Gemeinsame Erklärung“ nach § 132d Abs.2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wurde mit Datum vom 23.06.2008 von den Krankenkassen veröffentlicht und (un-) abgestimmt mit den Spitzenverbänden.

u.a.: https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/A-Rahmenempfehlung_132d_230608_1961.pdf

Verträge SAPV – Stand 11.05.2009

Saarland – ohne Veröffentlichung

Nordrhein – ohne Veröffentlichung / ununterzeichnet

Niedersachsen/Gifhorn – jedoch weiterhin nur mit einer BKK (Unklarheit bei Heilmitteln; nicht öffentlich bekannt)

Hamburg – nur ein Vertrag mit einer BKK (mit Krankenhauskostenübernahmerrisiko)

Westfalen-Lippe: am 9.5. Vertragsabschluss verkündet

Brandenburg: ein Vertrag unterzeichnet (Neuruppin)

Sachsen-Anhalt: flächendeckende Verträge mit fünf Managementgesellschaften (unveröffentlicht)

Links zu Verträgen

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/?sid=546641 Vertrag und <http://www.sapv.de/wl.html> **Westfalen Lippe**

<http://www.pkgodzik.de/VERTRAG%20SAPV-Vertrag%20111108.pdf> **Vertrag Hamburg**

<http://www.pkgodzik.de/Mustervertrag%20SAPV%20S-H.pdf> Vertragsentwurf aus **Schleswig-H.**

http://www.pkgodzik.de/Mustervertrag_SAPV%20vdek.pdf **Mustervertrag VDeK**

<http://www.kvno.de/presse/meld2009/sapv.htm>
(Pressemeldung **Nordrhein**; Formulare)

SAPV ohne Vertrag

SAPV ohne Vertrag jetzt schon nutzen:

<http://www.aerztezeitung.de/e-paper/frames/pdferstellen.aspx?issue=6385>
siehe auch: www.sapv.de

Kassenpatienten können jetzt schon (mit Klageandrohung) spezialisierte palliativärztliche Leistungen in Anspruch nehmen auf GOÄ Basis. In Musterfällen (Dr. Thöns/Bochum, aber auch in Lüneburg und Hamburg) wurde dem stattgegeben.

Hausärztliche Verordnungsgebühr EBM

Für die erstmalige Verordnung von SAPV kann der Vertragsarzt die Kostenpauschale 40860 (Erstverordnung 25 Euro) und die Nr. 40862 (Folgeverordnung 15 Euro) abrechnen. Die Nrn. 40860 und 40862 werden außerhalb des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens und zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert. Siehe : http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/09_04/prin0904/sapv_vordruck.html

Für RLP:

<http://www.kv-rlp.de/thema/news-aktuelles/news-aktuelles-details/article/aufnahme-von-kostenpauschalen-fuer-die-verordnung-der-palliativmedizin.html>

EBM 40 860 / 40 862 RLP

40860 Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V - einmal im Behandlungsfall 25 Euro

40862 Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V
- höchstens zweimal im Behandlungsfall 25 Euro

Konzeptentwicklung

Fallzahlen, Betriebswirtschaft u.a.

Sterbefälle, Sterbealter

Von 80 Mill. Einwohner sterben jährlich ca. 0,8 Mill Einwohner, d.h. 1% der Bevölkerung

821.627 Verstorbenen (im Jahr 2006) wurden 0-7 Tage alt: 1324, 8-31 Tage alt: 426 ein bis zwölf Monate alt 829 Kleinkinder, das sind **2.579 verstorbene Kleinkinder**,

Kinder und Jugendliche von **1 bis 20 Jahre**: 1-5 Jahre alt 528; 5-10 Jahre alt 355; 10-15 Jahre alt: 429 und 15-20 Jahre alt: 691 und somit insgesamt **2003 Kinder und Jugendliche**.

In der Altersgruppe von **20 bis 65 Jahren** sterben jährlich bundesweit **weniger als 100.000 Personen**

in den höheren Altersgruppen folgende Menschengruppen: **65-70 Jahre: 75.000 Personen; 70-75 Jahre: 90.000 Personen; 75-80 Jahre: 120.000 Personen macht zusammen 285.000 Menschen**. Dies ist beinahe **ein Drittel** der Verstorbenen und diese werden oft in der letzten Phase von Pflegediensten versorgt, viele dementiell erkrankt und leben bisweilen im Heim.

Und in den Altergruppen **80-85** sterben 150.000 Personen; **85-90**: 120.000 Personen und **90 und mehr**: 130.000 Personen insgesamt **400.000 Verstorbene** und damit mehr als **die Hälfte der Verstorbenen**.

Hohes Sterbealter und Sterbeorte

Von den über 80 Jährigen, die die Hälfte aller Sterbenden ausmachen, wohnt jetzt (und wird auch in Zukunft wohnen) ein großer Teil im Heim,

- Von 284.000 Pflegebedürftigen im Alter von 80 – 85 leben etwa 153.000 (Zahlen vom Jahr 2005) im Heim, wo sie letztlich auch sterben
- Von den 85-90 Jährigen leben (und sterben) 134.000 im Heim.
- Von den über 90 Jährigen 188.000 Pflegbedürftigen leben und sterben fast alle im Heim, nämlich 175.000 Personen.

Und deshalb sind annahmbarer weise von den 400.000 Verstorbenen über 80, die auch meist pflegebedürftig sind, zwischen 250.000 und 350.000 Menschen zuletzt im Heim gewesen und dort (bzw. „notfallmäßig“ ins Krankenhaus verlegt) verstorben

Musterregionen:

Städtisch (mehr als 200.000 Personen im Landkreis bzw. in 30 km Kilometer Entfernung und 30 Autominuten Erreichbarkeit um einen Mittelpunkt herum, annehmbare Bevölkerungsdichte über 300 EW/km²): z.B.: Mainz/Umgebung/Ingelheim, Ludwigshafen/Umgebung. Koblenz/Umgebung, Trier mit Umgebung,

Ländlich (zwischen 200.000 und 100.000 Personen im Landkreis bzw. Gebiet, d.h. in 30 km Kilometer Entfernung / max. 30 Autominuten Erreichbarkeit um einen Mittelpunkt herum, Bevölkerungsdichte zwischen 150 und 300 EW/km²), z.B.: Neuwied, Worms, Kaiserlautern, Germersheim, Montabauer, Alzey, Bad Dürkheim jeweils mit Umgebung

sehr ländlich (weniger als 100.000 Personen in Landkreisen mit großen Flächen, d.h. in einem Gebiet von 30 km Kilometer Entfernung / max. 30 Autominuten Erreichbarkeit um einen Mittelpunkt herum), alle anderen Gebiete. (genauere Untersuchungen dazu sind notwendig)

Sterbende pro Musterregion

Von 100.000 Menschen versterben: 1.000.

Von diesen 1.000 versterben plötzlich (ohne SAPV /AAPV): 500

Von den 500 nicht plötzlich versterbenden sterben: 250 an Tumorerkrankungen und 250 an anderen Erkrankungen

Von 250 Tumorerkrankten brauchen 175 – 170 AAPV und 75 – 80 SAPV.

Von den 250 Nicht-Tumorerkrankten brauchen 210 keine PV bzw. AAPV und 40 SAPV.

Sterbende + SAPV Bedarf pro Region

Von den 80 tumorerkrankt Versterbenden einer Musterregion mit 100.000 Einwohnern braucht jeder Erkrankte durchschnittlich 30 Tage SAPV, d.h.: 2.400 Behandlungstage pro Jahr (80 Behandlungsmonate / Jahr)

Von den 40 nicht-tumorerkrankt Versterbenden einer Musterregion mit 100.000 Einwohnern braucht jeder Erkrankte durchschnittlich 90 Tage SAPV, d.h.: 3.600 Behandlungstage /Jahr (120 Behandlungsmonate /Jahr)

Die insgesamt 6.000 Behandlungstage (200 Behandlungsmonate pro Jahr bedeuten $6000 : 360$ bzw. $200 : 12$), dass stets nur **16 - 17 Patienten** gleichzeitig behandelt werden müssten, davon ca. 7 Tumorerkrankte ($2.400:360$) und ca. 10 Nicht-Tumorerkrankte ($3600:360$).

SAPV-Behandlungsorte (Tumor)

Von den 16-17 SAPV Bedürftigen gibt es stets ca. 7 parallel zu versorgende Tumorerkrankte pro Musterregion mit 100.000 Einwohnern. Sie leben und werden versorgt in dieser letzten Lebensphase:

- Von den Tumor (und anders) Erkrankten in einem **Hospiz** (weniger als 1,5 % der Gesamtverstorbenen) und auf einer **Palliativstation** (weitere 1,5 % der Versorgten): **weniger als eine Person**
- Von den restlichen 6 Tumorerkrankten, ca. **fünf bis sechs Tumorerkrankte Zuhause** (auch wenn sie oft zum Sterben ins KH verlegt werden).
- Und andere Tumorerkrankte: ca. **einer im Heim**

SAPV – Behandlungsorte (nicht-Tumor)

Von den jeweils 10 parallel zu versorgenden SAPV Bedürftigen, die nicht an Tumoren erkrankt sind,

- leben ca. 8 im Pflegeheim (siehe auch die anderen Zahlen oben)
- lebt ca. zwei Personen noch zuhause.

Fazit:

**In Musterregionen von 100.000 Menschen
Bevölkerung ist anzunehmen, dass jeweils
ca. 8 im häuslichen Bereich lebende
Personen und 9 im Pflegeheim lebende
Personen gleichzeitig (im Durchschnitt)
SAPV brauchen und auch nutzen werden.**

SAPV Bedarf und SAPV In-Anspruchnahme

Achtung: Von den 16 – 17 Sterbenden mit SAPV Bedarf werden wahrscheinlich nur die Hälfte erreicht, nämlich 8 Erkrankte.

Gründe:

- Kommunikations- Konkurrenz-Probleme mit Hausarzt / behandelnden Pflegedienst / Heim
- Nicht-Erkennen zu spätes Erkennen des Bedarfs
- Non-Compliance / Kein Wunsch nach „fremden Experten“

Lösungen

- Palliativmedizin für Nicht-Tumorerkrankte sollte vorrangig sein.
- Kooperationen mit heimen sind nötig
- Kooperationen mit Hausärzten/ Pflegedienste sind ein Muss
- Frühe Erkennung des Bedarfs ist nötig und deshalb breite palliative Schulung von Pflegenden und Ärzten

Beratungsbereiche:

Neben den „Verhandlungsführern in verschiedenen Bundesländern (hier: KV, Spitzenverbände) werden in der Abschlussphase Beratungen durch andere Professionen sinnvollerweise genutzt:

Rechtberatung: u.a.: www.anwalt-rothe.de

Betriebswirtschaftliche Beratung: über Dr. Sittig
<http://www.sapv.de/SAPVBetriebswirt21.2.2009.pdf>

Strukturentwicklung: www.mediacion.de

Beispiel: Betriebswirtschaftliches

	monatlich	jährlich	Anzahl	Gesamtkosten Jährlich €
Palliativmediziner	11.000,-	132.000,-	4	528.000,-
PalliativeCare Nurse	6.000,-	72.000,-	8	576.000,-
Koordinator	7.000,-	84.000,-	1,5	126.000,-
Bürokraft	2.500,-	30.000,-	0,5	15.000,-
Psychologin	3000,-	36.000,-	1	36.000,-
Sozialarbeiter	3000,-	36.000,-	1	36.000,-
Steuerberater	500,-	6.000,-	1	6.000,-
Hausärzte (15,-€/Tag/Pat)	7.000,-	84.000,-		84.000,-
Büroräume/Miete	1.000,-	12.000,-		12.000,-
Ausrüstung	1.000,-	12.000,-		12.000,-
Betriebsausgaben	2.500,-	30.000,-		30.000,-
Autos	750,-	9.000,-	3	27.000,-
Versicherungen	2.500,-	30.000,-		30.000,-
Gesamtkosten				1.518.000,-

© Dr. Hans-Bernd Sittig / PACE

Beispiel: Tagessatzberechnung

Kostenermittlung SAPV Tagespauschale

Kosten für 1 SAPV-Team nach SGB V = 1.518.000,- € pro Jahr

Kosten für 1 SAPV-Team nach SGB V = 4.171,- € pro Tag

4.171,- € Tageskosten / 15 Parallelpatienten

Kosten für 1 SAPV-Team nach §§ 132 d ff SGB V = 278,- € pro Pat. je Tag

Mit einer Patienten-Tagespauschale von

278,- €

kann ein SAPV-Team nach §§ 132 d ff SGB V die
spezialisierte ambulante Palliativversorgung von
Schwerstkranken in der Lebensendphase
nach §§ 132 d ff SGB V sicher stellen

© Dr. Hans-Bernd Sittig / PACE

Beispiel: „Nur Beratungskosten“

Kostenermittlung SAPV ausschließlich Beratung + Koordination

Fixkosten (Vorhaltekosten + Koordination):	1145,- € / d
24-h-Bereitschaftsdienstkosten (QPA & QPD):	480,- € / d
- Ber.-QPA 24 h x 12,50 € / h	= 300,- € / d
- Ber.-QPD 24 h x 7,50 € / h	= 180,- € / d

Tagespauschale bei ausschließlicher Beratung & Koordination

(d.h. es gibt kein QPA oder QPD, der zum Patienten hinfahren und ihn behandeln kann !)

1625,- € / Tag

Durchschnittliche Tagespauschale

bei ausschließlicher Beratung & Koordination

109,- € pro SAPV-Patient bei angenommen 15 Patienten

© Dr. Hans-Bernd Sittig / PACE

Wunschliste / Eckpunkte (T. Schindler)

■ Wunschliste

- ☞ Verträge gemeinsam und einheitlich abschließen
(worst case: viele unterschiedliche Verträge mit verschiedenen Kassen)
- ☞ Idee der Teamarbeit im engeren Sinn (Palliative Care Team) nicht opfern
- ☞ SAPV muss Haupt- oder Schwerpunkttätigkeit sein
- ☞ Interdisziplinarität und Multiprofessionalität in der Versorgungspraxis verankern (Sektorengrenzen überwinden)
- ☞ Zugangsgerechtigkeit zu den im Bedarfsfall Not-wenigen Versorgungsformen (Stichworte: Flächendeckung, Pädiatrie, Geriatrie)
- ☞ Transparenz: Gemeinsame Dokumentation & Evaluation
- ☞ Hohe Priorität auch der allgemeinen Palliativversorgung
(Stärkung dieser immer betreuungs- und zeitintensiven Tätigkeit)

Gemeinsame Empfehlungen § 132 d

Die Krankenkassen haben am 23. Juli 2008 größtenteils ohne Rücksicht auf die weiteren Anbieter der Versorgung und ohne Experten so genannte „Gemeinsame Empfehlungen nach § 132 d Abs. 2 SGB V erlassen. Hier wird empfohlen, wer die Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V durchführen kann/darf. Dies wird nun auf Landesebene angewandt. Die Empfehlungen sind jedoch nicht verpflichtend. Landes-Krankenkassen könnten auch Ausnahmen und Übergangsregelungen zulassen. Die Empfehlungen selbst sind wegen überzogener Anforderungen sind auf Kritik gestoßen.

§ 132 d, 2: 1. Zielsetzung

1.1 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen.

1.2 Die SAPV ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung.

1.3 Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Empfehlungen fortlaufend auswerten und diese erforderlichenfalls weiterentwickeln.

2. Zulassungsvoraussetzungen

2.1 SAPV wird von Leistungserbringern erbracht, mit denen die Krankenkasse zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung einen Vertrag geschlossen hat. Sie wird intermittierend oder durchgängig nach Bedarf als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht. Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ist Rechnung zu tragen.

2.2.

2.2 Bei der Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung sind die bereits bestehenden Strukturen so weit wie möglich einzubeziehen. Auf die bereits tätigen Leistungserbringer ist zurückzugreifen, soweit sie die erforderlichen Anforderungen erfüllen. Verträge sind nur in dem Umfang abzuschließen, wie sie für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind. Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht.

2.3.

2.3 Eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV ist insbesondere dann gegeben, wenn sie wohnortnah ausgerichtet ist und die Palliativpatienten, die einen besonderen Versorgungsbedarf haben, der durch die allgemeine Palliativversorgung nicht gewährleistet werden kann, ausreichend und zweckmäßig mit der Leistung der SAPV versorgt werden können. Die bedarfsgerechte Versorgung zeigt sich auch darin, dass es mit der Leistung der SAPV mehr Menschen als bisher ermöglicht wird, in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu führen.

2.4.

Der Versorgungsbedarf kann in einzelnen Regionen unterschiedlich sein. Indikatoren für die Bedarfslage können insbesondere sein,

- die regionale Siedlungsstruktur,
- die Altersstruktur,
- epidemiologisch relevante Erkrankungen sowie
- die demografische Entwicklung.

So ist zwischen Regionen geringer, mittlerer und hoher Bevölkerungsdichte zu unterscheiden.

Die Unterscheidung ist ggf. nicht allein auf der Ebene der Bundesländer durchzuführen, sondern kann bis auf die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte vollzogen werden, um dem erheblichen Unterschied in der Bevölkerungsdichte auch innerhalb der Bundesländer gerecht zu werden. Nach derzeit vorliegenden Schätzungen haben bis zu 10 Prozent aller Sterbenden einen solchen besonderen Versorgungsbedarf, der im Rahmen der SAPV abzudecken ist.

3. Inhalt und Umfang der Leistungen

3.1 Inhalt und Umfang der zu erbringenden SAPV-Leistungen ergeben sich aus der gemäß der SAPV-Richtlinie nach § 37b SGB V in Verbindung mit § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 14 SGB V ausgestellten und genehmigten Verordnung. Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 der SAPV-Richtlinie spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

3.2.-4.

3.2 Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen. Soweit die allgemeine Palliativversorgung ausreichend ist, darf SAPV nicht erbracht werden.

3.3 Im Falle der Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf ist der Versorgungsumfang der SAPV so weit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung anzustreben.

3.4 In den Vereinbarungen über die SAPV sind Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass für den Palliativpatienten eine reibungslose Versorgung mit Arznei- Heil- und Hilfsmitteln auch weiterhin gewährleistet ist.

4. Organisatorische Voraussetzungen

4.1 Die Leistungen der SAPV werden durch spezialisierte Leistungserbringer erbracht. Spezialisierte Leistungserbringer sind nach Nr. 5.2 qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte und nach Nr. 5.3 qualifizierte Pflegefachkräfte, die orientiert an der Konzeption eines Palliativ-Care-Teams fachübergreifend ggf. auch in Kooperation mit anderen Professionen (s. Nr. 5.4) eng zusammenarbeiten. Sie erfüllen ergänzend besondere sächliche Voraussetzungen nach Nr. 4.4 und Nr. 4.5, die für eine spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung erforderlich sind. Eine psychosoziale Unterstützung ist in enger Zusammenarbeit z.B. mit ambulanten Hospizdiensten nach § 39a Abs. 2 SGB V, Seelsorge und Sozialarbeit zu gewährleisten.

4.2.

4.2 Die spezialisierten Leistungserbringer sind Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie arbeiten mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, wie Hausärzten und ambulanten Hospizdiensten gemäß § 39a Abs. 2 SGB V eng zusammen (integrativer Ansatz). Mit den regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern sind Kooperationsvereinbarungen schriftlich abzuschließen und der Krankenkasse vorzulegen.

4.3.

4.3 Die spezialisierten Leistungserbringer arbeiten nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzept, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung (inkl. der personellen und sächlichen Ausstattung) sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind. Das Konzept ist der Krankenkasse vorzulegen.

4.4.

4.4 Die spezialisierten Leistungserbringer haben als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:

- eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation
- Arzneimittel (inkl. BtM) für die Notfall/Krisenintervention
- Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der

Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z.B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen)

- eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.

4.5.

4.5 Die spezialisierten Leistungserbringer müssen über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für

- die Beratung von Patienten und Angehörigen
- Teamsitzungen und Besprechungen
- die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und Hilfsmitteln verfügen. Sofern eine Aufbewahrung von Medikamenten erfolgt, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtM-G) fallen, ist ein BtM-Schrank (§ 15 BtM-G) erforderlich.

5. Personelle Anforderungen

5.1 Die spezialisierten Leistungserbringer stellen sicher, dass das für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch den spezialisierten Leistungserbringer eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patienten, deren Angehörigen und die an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen ist. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Ärztin/eines Arztes und/oder einer Pflegefachkraft zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.

5.2.

5.2 Die nach Nr. 4.1 tätigen Ärztinnen und Ärzte verfügen über

- eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung)

und

- Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten,

z. B. in der häuslichen Umgebung oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre.

5.3.

5.3 Die nach Nr. 4.1 tätigen Pflegefachkräfte verfügen über:

- die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin / Altenpfleger (dreijährige Ausbildung aufgrund einer landesrechtlichen Regelung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung

und

- den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden

und

- Erfahrung durch mindestens eine zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren; davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung.

5.4.

5.4 Soweit weitere Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen, Psychologinnen oder Psychologen) vertraglich eingebunden werden, haben diese eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen.

6. Qualitätssicherung

6.1 Die spezialisierten Leistungserbringer sind verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Sie nehmen regelmäßig an palliativmedizinischen/- pflegerischen Fortbildungen teil und führen möglichst halbjährlich multidisziplinäre Qualitätszirkel durch, an denen auch die übrigen in der Versorgung Tätigen teilnehmen. Die spezialisierten Leistungserbringer sollen sich außerdem an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

6.2.

6.2 Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und auf Wunsch der Krankenkasse als Konzept vorzulegen. Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und - soweit vorhanden - allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Es soll kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein.

6.3.,4.

6.3 Die Teilnahme an Supervision ist zu ermöglichen. Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen sind in überschaubaren Intervallen durchzuführen; die inhaltliche und zeitliche Organisation ist den Beteiligten überlassen.

6.4 Die spezialisierten Leistungserbringer erstellen einen jeweils individuellen Behandlungsplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.

3. Teil: Konkrete Umsetzungen: Welche Möglichkeiten gibt es ?

**Anhand von Beispielen bestehender
Modelle und Verträge**

Kooperationsverträge nach § 140

Home Care Berlin (18 Ärzte) und Heidelberg, Bielefeld:
Arztbasierte Modelle; Dresden (KH + 2 Fachärzte +
Hausärzte)

Brückenschwestern Baden-Württemberg (60 Pflegende
plus Hausärzte)

Krebsschmerzinitiative Vorpommern (2 Teams mit je 3
Ärzten und 3 Pflegenden für je 250.000 Bewohner mit
jährlich 40 Pat.)

Singen (KH, Fach-/Hausärzte, Pflege, EA: nur 2-5
Pat./Jahr); SUPPORT Göttingen (nur teils aktiv)

Füssen und Würzburg

NRW-Palliativpflege ambulant

Die Vergütung der Leistungen beträgt je Einsatztag 85,- € (die ersten 7 Tage – pauschal)

Damit sind sämtliche Leistungsansprüche nach § 37 SGB V und §§ 36 ff. SGB XI abgegolten. Vertrag nach § 132 a SGB V und § 72 SGB XI.

Orte: Bonn, Borken, Düsseldorf, Erftkreis, Erkelenz, Erkrath, Hagen, Köln, Lennestadt, Recklinghausen, Troisdorf, Wuppertal.

Minimum: 2 Voll- und 2 Teilzeit- Kranken-Palliativ-Pflegende und 10 geschulte Ehrenamtliche.

Saarland Modell (siehe AHPZ)

Palliative Behandlungspflege i.R. von § 37 SGB V +
Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V, § 72 SGB XI,
Vereinbarung nach § 45 SGB XI, Rahmenvereinbarung
nach § 39a Absatz 2 SGB V.

Palliative Behandlungspflege: Tagespauschale von z.
Zt. 67,60 Euro + Anleitung: Pauschale von 200 Euro für
mindestens 6 Stunden + Pflegeleistungen: Vergütung
entsprechend Leistungsverzeichnis ambulante Pflege
nach SGB XI im Saarland.

Wiesbaden

Pauschalvergütung pro Tag der Versorgung in den letzten drei Lebensmonaten auf 185 €. Sollte der Patient länger als drei Monate überleben, reduziert sich die Tagespauschale auf 110 € für die nächsten drei Monate.

Aufgrund des Aufwandes zu Betreuungsbeginn wird die Tagespauschale – auch bei schnellem Tod – immer für mindestens 7 Tage gezahlt.

Leistung für ALLES: Arzt, Pflege, Medizin, Physio, Klinik, Transporte ... (und nur TKK Patienten)

Regensburg

Ziel: möglichst wenig Bürokratie, deshalb keine Einzelleistung – aber auch keine Fallpauschalen, da Leistungen am Patienten außerordentlich variieren. Vereinbarung: Fahrtzeit ist Arbeitszeit. 5 Pauschalen für Integrierte Versorgung (IV):

50 Euro für Beratungsgespräch ohne Aufnahme in IV

100 Euro für Erstgespräch mit Aufnahme in IV

31 Euro pro angefangener Stunde Arbeitszeit: Pflege = Medizin

15 Euro pro Stunde Sitzwache (nicht die eigenen PC-Kräfte)

3 Euro pro Patient und Tag für Bereitschaft

Ärztin rechnet ihre Leistungen weiterhin normal über die KV ab.

Info: PALLIAMO e.V.

(www.palliamo.de)

Hamburg

Scheinbar werden die ersten Patienten
behandelt gemäß § 37 b SGB V
Arztkosten / Pflegekosten zum Satz von
315 Euro /Tag.

Bochum

Sterbende Patienten mit schweren Symptomen haben Anspruch auf „spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV)“. So hat es der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch festgeschrieben. Doch anstatt dies tatsächlich umzusetzen, weigern sich die meisten Krankenkassen, überhaupt Verhandlungen mit Palliativärzten aufzunehmen. Damit ist nun Schluss.

Bochum II

Nun hat das Landessozialgericht eine Ersatzkasse zur Kostenübernahme verurteilt. Elisabeth P. schwerst demenzkranke Heimpatientin mit abfaulendem Bein, dauernd unruhig, Vernichtungsschmerzen hat Anspruch auf Kostenübernahme für qualifizierte Hilfe. Der behandelnde Palliativmediziner Dr. Thöns, Vorstand im Palliativnetz Bochum: Ein langer Weg ist nun zu einem erfolgreichen Ende gekommen. Die Krankenkasse, die vormals Leistungen kürzte, die bei Patienten in Heimen abgerechnet wurden, behauptete vor Gericht „es ist für alles gesorgt, wir können 12 Vertragsärzte benennen und die Patientin braucht die Versorgung gar nicht“. Doch die benannten Ärzte waren gar nicht für SAPV qualifiziert.

Bochum III

Auch ein Onkologe, der seit Jahren keine Hausbesuche bei Sterbenden mehr gemacht hatte und der auch nicht über eine Zusatzweiterbildung verfügt, wurde benannt. Von Demenz hatte er keine Ahnung. Diese „Lösung auf dem Papier“ wurde vom Gericht kassiert – die Versorgung muss vor Ort gesichert sein – so wie es der Gesetzgeber gewollt hat. Denn seit dem 1.4.2007 heißt es im Sozialgesetzbuch § 37b unmissverständlich: „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. ...“

SAPV ohne Vertrag. Jetzt schon !

SAPV ohne Vertrag jetzt schon nutzen:

<http://www.aerztezeitung.de/e-paper/frames/pdferstellen.aspx?issue=6385>

siehe auch: www.sapv.de

Kassenpatienten können jetzt schon (mit Klageandrohung) spezialisierte palliativärztliche Leistungen in Anspruch nehmen auf GOÄ Basis. In Musterfällen (Dr. Thöns/Bochum, aber auch in Lüneburg und Hamburg) wurde dem stattgegeben.

Gifhorn

Eingebundene Hausärzte im Palliativnetz

GIFHORN (ärztezeitung/cben). Die Deutsche BKK und das Palliativnetz Gifhorn in Niedersachsen haben den nach eigenen Angaben bundesweit ersten Vertrag zur Versorgung Sterbender nach den Maßgaben der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) geschlossen.

„Wir haben festgestellt, dass das Konzept der Palliativ-Care-Teams in einer ländlichen Region wie bei uns nicht gut funktioniert“, sagte Dr. Armin

Saak, Allgemeinmediziner und Palliativmediziner vom Gifhorer Palliativnetz der „Ärzte Zeitung“. Deshalb haben beim Gifhorer Modell die Hausärzte den Hut auf. Wenn ein Kollege einen sterbenden Patienten in die SAPV überleiten will, so kann er einen der beiden Koordinatoren des Ärztenetzes anrufen. Nach spätestens einem Tag kommt der Koordinator auf Hausbesuch und stellt fest, ob die Bedingungen für eine SAPV vorliegen.

Für die Einschreibung in den Vertrag erhält der Hausarzt 80 Euro als Fallpauschale. Die Spezialisten erhalten pro Patient und Woche 200 Euro. Dazu kommen Pflege und Koordinationspauschalen, sowie ein Konsiliardienst, der leistungsbezogen abgerechnet wird. Die Deutsche BKK zahlt zwischen 1000 bis 3000 Euro pro Patient für maximal acht Wochen, sagte Dr. Thorsten Heberlein, Vorstandsberater der Deutschen BKK. ■

NRW Vertrag (Nordrhein) - Kurzeinblick

Die Leistungen der SAPV sind nur dann Vertragsgegenstand, wenn sie ausschließlich in einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur erbracht werden. Die Personalstärke eines Palliative-Care-Teams bestimmt sich u. a. durch die Anforderungen zur Erbringung ärztlicher und pflegerischer Leistungen, der 24-Stunden-Erreichbarkeit für betreute Versicherte, der qualifizierten Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten und der regionalen strukturellen Eigenheiten, die u. a. Fahrtzeiten betreffen könnten. Sie ergibt sich dennoch grundsätzlich aus der regionalen Struktur. Die Anpassung der Personalstärke auf regionale Erfordernisse regeln die Vertragspartner. Das Palliative-Care-Team besteht aus mindestens 3 spezialisierten/qualifizierten Ärzten und mindestens 4 qualifizierten Pflegefachkräften, die fachübergreifend in Kooperation mit anderen Professionen eng zusammenarbeiten. Kooperationen mit mindestens einer Apotheke und mindestens einem ambulanten Hospizdienst, die die Voraussetzungen des § 7 Abs. 1 b) erfüllen, sind verpflichtend. Das Palliative-Care-Team ist ausschließlich oder schwerpunktmäßig in der SAPV tätig. Es gewährleistet eine weitgehende personelle

Vertrag NRW – Westfalen Lippe - Kurzeinblick

Für einen Planungsbereich bilden mindestens drei palliativmedizinisch qualifizierte Ärzte (Zusatzweiterbildung „Palliativ-Medizin“ im Umfang von zurzeit 160 Stunden nach der Weiterbildungsordnung einer Landesärztekammer) mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten (mindestens 75 Patienten

Vertrag NRW – Westfalen Lippe - Kurzeinblick

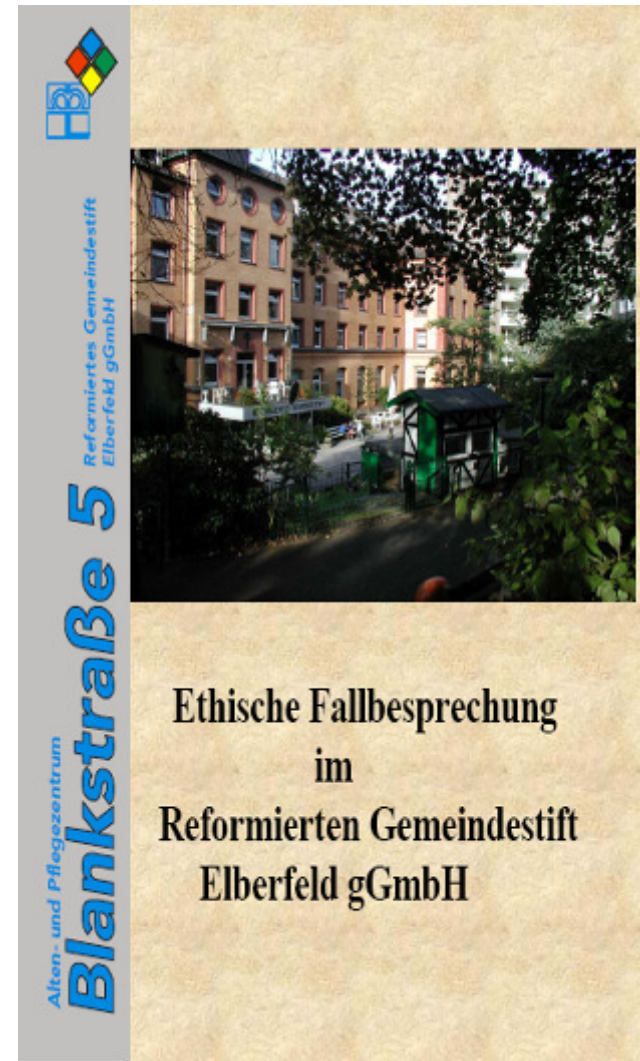
oder einjährige klinische Tätigkeit in einer Palliativabteilung eines Krankenhauses in den letzten 3 Jahren) einen regionalen PKD. Der PKD beschäftigt mindestens eine 3-jährig examinierte Pflegefachkraft mit Abschluss einer Palliativ-Care-Weiterbildung im Umfang von zurzeit 160 Stunden als Koordinationskraft.
(Übergangsregelungen gelten)

Teil 4: Und im Pflegeheim ?

Besonderheiten: Heim: Beispiel Ethik

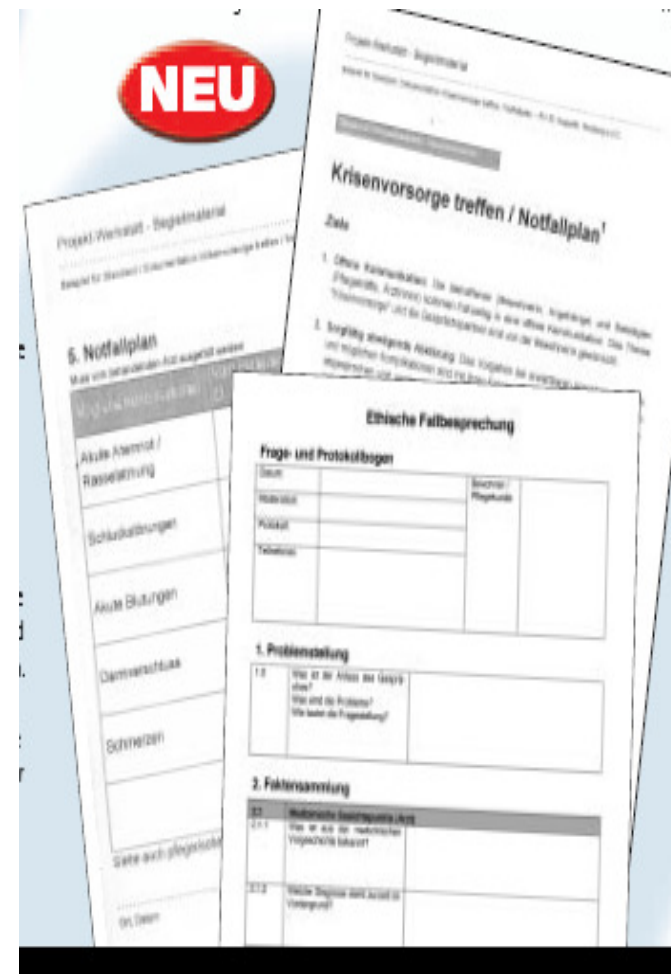
Umsetzung Indikators 6:
Ethik im Konflikt.

Ethische Fallgespräche
am evangelisch - ref.
Gemeindestift seit 2006
mit hausinterner
Moderation für Ärzte,
Pfleger, Familie.



Beispiel: Krisenvorsorge/Notfallplan

Ein Krisenvorsorgeplan erarbeitet mit Bewohnern, Angehörigen (Betreuern) die (mutmaßlichen) Behandlungswünsche und lässt diese durch Verordnungen von einem Arzt rechtlich absichern (siehe rechts und nächste Folie)



Notfallplan

Mögliche Komplikationen	Pat.-Wille Mutmaßlich/tat.	Behandlungs- Verordnung
Atemnot		
Akute Blutung		
Schluckstörung		
Darmverschluss		
Schmerz		

Handbuch: Palliativkompetenz entwickeln

- Ziele und Leitlinien entwickeln
- Schmerzen und Symptome behandeln
- Mit Ehrenamtlichen kooperieren
- Netzwerke knüpfen
- Existenzielles sichern / „Ich Sorge vor“
- Krisen / ethische Konflikte moderieren
- Situation nach dem Versterben gestalten
- Mitarbeiter stärken
- Finanzierungsmöglichkeiten entdecken
- In die Öffentlichkeit gehen
- Nachhaltigkeit sichern
- Schulungs- und Unterrichtsmaterialien

Herausgeber: *J. Steurer*

2 Ordner, DIN A4, ca. 600 Seiten, inkl. CD-ROM und Newsletter „Palliative Care kompakt“

ISBN 978-3-89947-368-1

mit Behr's NewsService

€ 89,50 zzgl. MwSt.

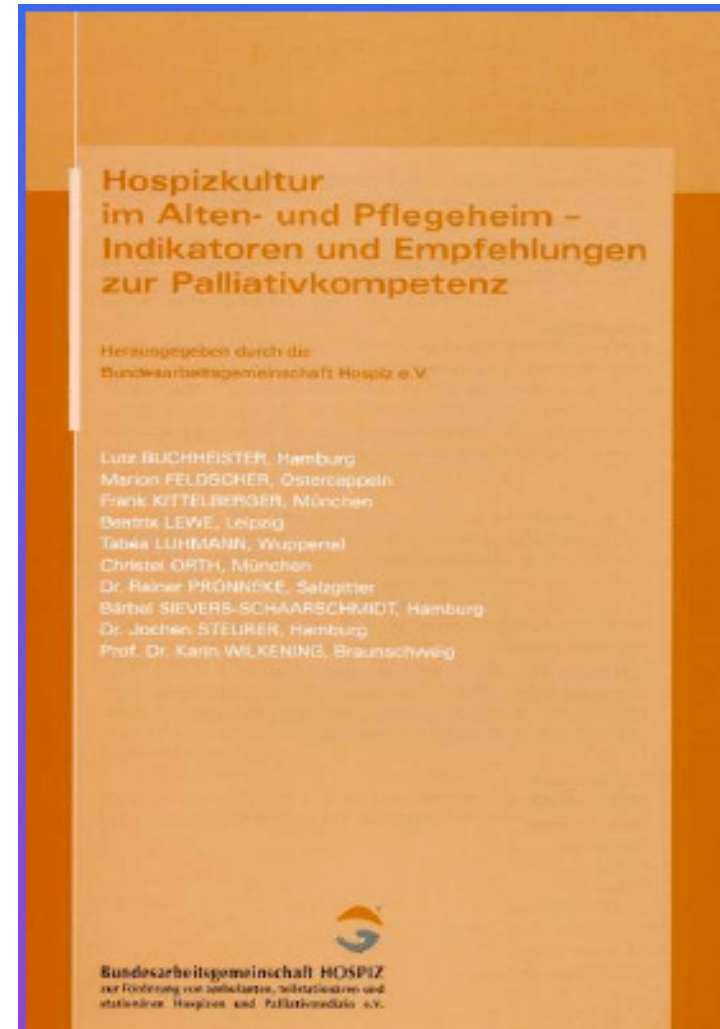


20 Indikatoren für Palliativkompetenz

Das kleine
Standardwerk:

BAG Hospiz
Oktober 2005 und
Feb. 2006:

*Hospizkultur im Alten-
Pflegeheim –
Indikatoren und
Empfehlungen zur
Palliativkompetenz*



...mit 20 Indikatoren
Sylt 06-2009 Memoried und MediAcion

Beispiel: Träger engagieren sich

DW Hannovers (2004-2006)

Fachtag 20.03.2006

Projekt-Abschlussbericht:

Leben am Lebensende.
Diakonische Leitlinien zu
Palliative Care, Sterbebeglei-
tung und Abschiedskultur.

Download:

<http://www.diakonie-hannovers.de/>

[downloads/lebenamlebensende.pdf](http://www.diakonie-hannovers.de/downloads/lebenamlebensende.pdf)



DW-Bund: Leben bis Zuletzt

Anpassung der BAG Hospiz
Leitlinien (Okt. 2006): Die
diakonischen Leit-Bilder:

Leben bis Zuletzt

Die Implementierung
von Hospizarbeit und
Palliativ-betreuung in
Einrichtungen der
stationären Altenhilfe

Download:
www.diakonie.de/texte

Nr. 17 und Nr. 18



Mini-Historie: Palliativkompetentes Heim

Gruppenprozessphase seit 2004:

2004: AK Hospiz des DW Hamburg und Leitlinienprozess auch für sieben Heime (DW, MediAcion)

2004/06: Leben am Lebensende: Projekt der Diakonie Hannovers

2004/07: Initiative Hospizarbeit und Palliative Care des DW Bayern (GGsD und MediAcion); Initiativen des DW in NRW

2006/07: z.B.: bpa Thüringen (Uni Erfurt); Private Heime (auch bpa / Vitanas) in Hamburg (MediAcion, Bildungszentrum Schlump); DW Hamburg (DFA); DW Niedersachsen (MediAcion); DRK Niedersachsen (MediAcion, Bildungszentrum Schlump);

2008: bpa NRW Projekt I (MediAcion, Uniklinik Essen) (auch: DRK II und DW II in NDS) in 2009 : Projekte in Stade + Thüringen


220 Häuser beteiligen sich, ca. 100 haben abgeschlossen

Beispiel Bayern – Gruppenprozess 2005-2007

17 Heime + Dienste in der Projektwerkstatt Stein



Projektwerkstatt Hamburg

- Förderer: Hamburger Behörde für Soziales und Gesundheit
- Träger: MediAccion,  DRK Bildungszentrum
- Teilnehmer: 6 private Pflegeheime (davon fünf im
- **Zeit: Juni 2006 bis Juni 2007**



Projektwerkstatt in Hannover (Diakonie 2006-2008)



Zwölf Heime setzen das Palliativprojekt des DW konkret um

Palliativprojekt - NRW (April 2008)



12 private Einrichtungen aus Westfalen starten einen spezifischen Palliativkurs und ein Projekt zur Umsetzung

Das Buch für die Pflegekraft: Kurz und handlungsorientiert

Palliative Care in Pflegeheimen

Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte.

**Von Jochen Steurer,
Christine Behrens,
Christoph Gerhard u. a.
Schlütersche, Okt. 2008.
160 Seiten, 16.90 Euro.**



Nachhaltigkeit ?

Durch vier Initiativen wurde/wird die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Palliativkompetenz im Heim in der Frühphase und mittleren Phase untersucht:

- BAG Hospiz- Fachgruppe: Expertise 2005
- Bayerische-Stiftung-Hospiz: Expertin Donata Beckers: „Da-Sein, wenn es still wird.“ 2006
Download: <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/heft7daseinwennesstillwird.pdf>
- BSC-Gruppe: Kennzahlenerhebungen (Wuppertal, 2006-2008, Mönchengladbach)
- Bewohnerbefragung/Angehörigenbefragung (FH Braunschweig, 2007-2008)
- Uni HS Vechta (Promotion von C. Wichmann, 2008)

Ende Vortrag / Diskussion

Weitere Infos unter www.mediacion.de

