



SAPV

**Spezialisierte Palliativversorgung -
als Chance für private Pflegeanbieter?**



0. Vorwort

Wer erfährt hier was ?

Vorwort: Wer erfährt hier was.....



1. **Verantwortliche von Pflegediensten** erfahren für ihre Dienste,
 - a) wie diese allgemeine Palliativkompetenz lernen und nutzen.....
 - b) wie diese Palliativpflegedienste werden können....
 - c) wie diese mit SAPV-Teams kooperieren können.....
 - d) oder Bestandteil eine (zukünftigen) SAPV-Teams werden...
2. **Verantwortliche von stationären Pflegeeinrichtungen** erfahren für ihre Alten- und Pflegeheime/-residenzen, wie diese:
 - a) Palliativkompetenz erwerben und nutzen können
 - b) mit Palliativpflegediensten kooperieren können und diese Palliativpflegenden als zusätzliches (kostenfreies) Personal einsetzen können
 - c) mit SAPV-Teams kooperieren können

Vorwort (II): Wer erfährt hier was

3. Verantwortliche von ambulant und stationär vernetzten Einrichtungen erfahren....

- a) wie sie die allgemeine Palliativkompetenz entwickeln können
- b) wie sie vernetzte Palliativpflege (ambulant-stationär) anbieten können
- c) Wie sie vernetzte SAPV-Pflege und med. Versorgung nutzen können

4. NeugründerInnen von SAPV-Teams

- a) erfahren Neues und Wichtiges zu den Verträgen nach § 37 b und 132 d SGB V
- b) erfahren, warum es Sinn macht, mit Pflegeheimen (und lokalen Pflegediensten) zu kooperieren (gerade in

Was Sie nicht erfahren

- a) **Wie Sie als Pflegheime direkt nach § 132 d SGB V abrechnen können** denn dies ist – entgegen der Gesetzesvorlage nach § 37b SGB V von den Verhandlungsführern in NRW (und auch sonst in Deutschland) nicht vorgesehen
- b) **Wie Sie als Pflege-Einrichtung direkt und eigenständig nach SAPV abrechnen können** Denn es braucht immer Ärzte für die Leistung nach SAPV und in NRW ist den Ärzten der Vorrang in der SAPV gegeben worden

Jedoch:

Palliativversorgung und auch „SAPV“ lohnt sich für ambulante und stationäre Pflege durch unterschiedliche Synergieeffekte und zahlt sich auch aus, wenn geschickte Kooperationen eingegangen werden. Näheres hier:



1. In aller Kürze: Was ist der Nutzen ?

Was bewirkt Palliativkompetenz im Pflegeheim ?
Wie hilft Palliativversorgung in Pflegediensten ?

Acht Punkte für Entscheiderinnen und Entscheider

Vorteile / Nutzen der Palliativversorgung I



1. Ihre Bewohner /Patienten / Kunden bekommen eine bessere pflegerische Versorgung, Symptom- und Schmerzkontrolle: Hier:
2. Der Nationale Expertenstandard Schmerz wird in Pflegeheim-/Pflegedienst-spezifischer Weise umgesetzt (z.B. Orientierung am multimorbiden und 7 oder dementiell erkrankten Patienten); Sie erfüllen somit auch die MDK-Richtlinie (13.7., 16.7.) zum Thema Schmerz.

Vorteile / Nutzen der Palliativversorgung II



3. Sie bereiten Ihre Einrichtung auf eine bessere interne und externe Vernetzung vor:
 - möglich auch SAPV: § 37b Abs. 2 / § 132 d SGB V in Vernetzung mit Palliativärzten (eventuell § 140)
4. Sie haben ein gutes Konzept für die Integration von Freiwilligen / Hospizbegleitern
 - Finanzierung nach § 39 a, 2 SGB V
 - im Heim auch: § 82 b SGB XI

Vorteile / Nutzen der Palliativversorgung III



5. Sie verbessern Ihr öffentliches Ansehen und geben sich zusätzliche klare Profilm Merkmale mit hoher Marketingrelevanz. Die Charakteristika „Selbstbestimmung“, „optimale Schmerzbehandlung“, „bessere (palliativ-)ärztliche Präsenz“ und „gute Pflege selbst für Schwerstkranke und Sterbende“ sind Kernpunkte des Palliative-Care-Gedankens und werden in Ihrer Einrichtung nachweislich umgesetzt.
6. Sie orientieren sich vorausschauend an den spezifischen Bedürfnissen zukünftiger Heimbewohner z.B. Aufnahme nach Krankenhausentlassung. So haben Sie stets eine gute Belegung.

Vorteile / Nutzen der Palliativversorgung IV



7. Sie optimieren Abläufe. Das spart Zeit und Nerven. Ihnen gelingen z.B. gute ethische Entscheidungen mit Rechtsicherheit (z.B.: Notfallpläne)
8. Sie entdecken (neue) Ressourcen Ihrer Mitarbeiter und stärken diese. Die Mitarbeiter können sich besser entfalten. Sie fördern dabei die Mitarbeiterzufriedenheit und –motivation. Damit beugen Sie dem Burn-Out vor und stärken die Mitarbeitergesundheit. Die Arbeit wird Ihnen und Ihren Mitarbeiterinnen mehr Freude machen, da Sie in Vielem besser vorankommen.



2. Gesetze nach § 37b / 132 d SGB V

Überblick

§ 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

Fünf Arten ambulanter (Hospiz-)Dienste

Ambulante Hospizgruppe/initiative (Stufe 1 BAG)

Ambulanter Hospizdienst (AHD - Stufe 2 BAG)

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

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

Ambulanter Palliativpflegedienst (APD - keine
Ehrenamtlichen – siehe DGP)

AHPPD + APD: je drei Palliativ-Fachpflegekräfte

NRW: Sonderfinanzierung Palliativpflege

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.

Finanzplan: Jahresausgaben 37 b SGB V

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

2007 rd. 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

§ 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.

§ 37 b Abs. 1 Teil 3



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

§ 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

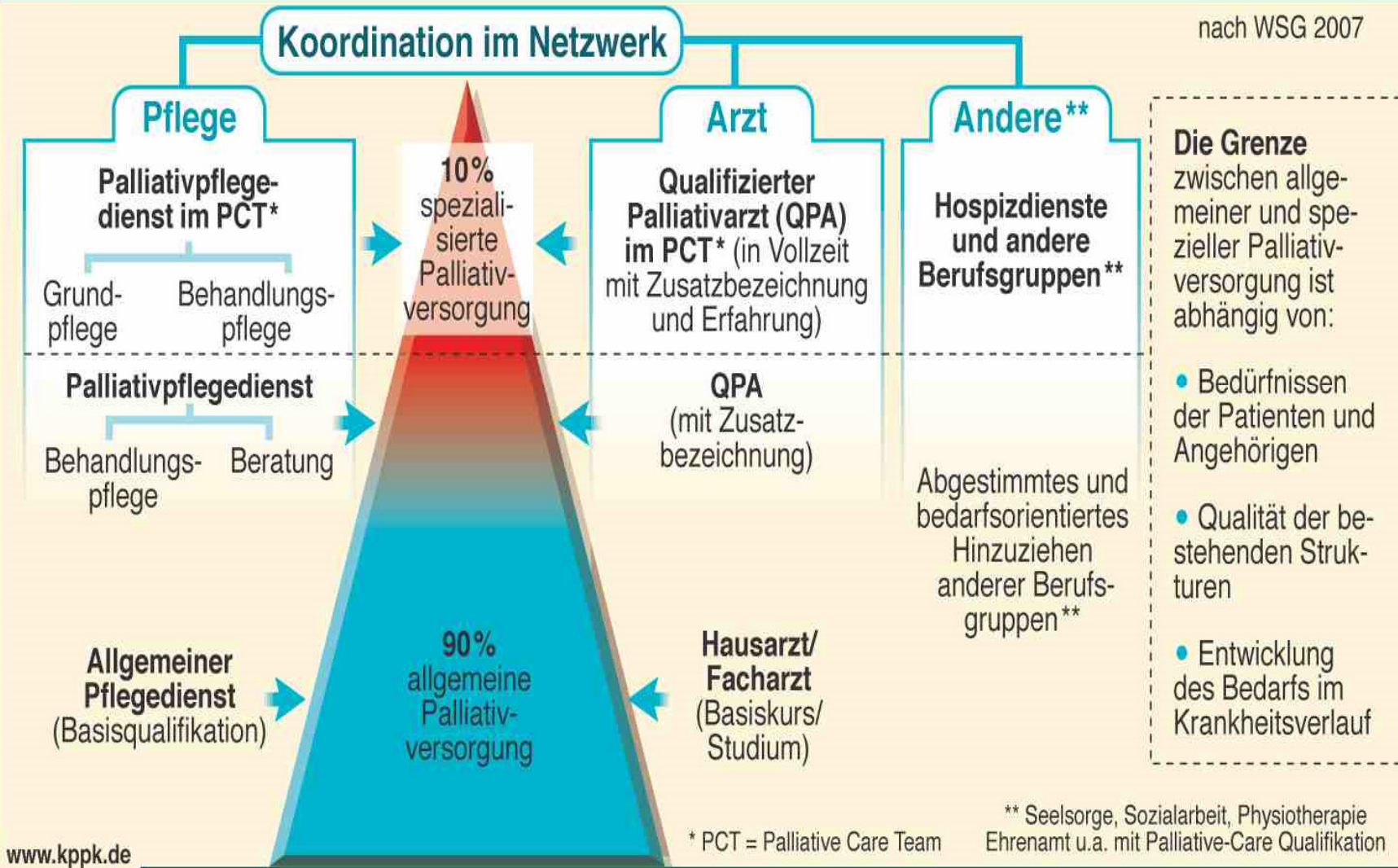


Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird;



Struktur der Versorgung von Palliativpatienten

nach WSG 2007



Die Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgungsrichtlinie SAPV-Richtlinie am 20.12.2007 verabschiedet und trat am 12. März 2008 trat die SAPV in Kraft.

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

SAPV Richtlinie 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**.

§ 2 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn

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 Richtlinie § 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 Richtlinie § 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 Richtlinie § 5, 1



Die SAPV umfasstzusätzlich 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.

§ 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



3. Fallzahlenberechnung

Für Konzepte

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**: 120.00 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 ca. 200.000 Pflegebedürftigen im Alter von **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.

Musterregionen (gültig für Flächenländer)

- **Großstädtisch (über 250.000 Einwohner)**
- **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)
- **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),
- **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),

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



4. Verträge

Stand 29. Mai 2009

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

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 15 Euro

Verträge SAPV – Stand 27.05.2009



Saarland – ohne Veröffentlichung; § 140 Vertrag

Nordrhein – Veröffentlichung seit 30.04./ ununterzeichnet (?)

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

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

Westfalen-Lippe: am 9.5. Vertragsabschluss verkündet

Brandenburg: Neuruppin, Brandenburg an der Havel und Bad
Saarow abgeschlossen; später: Teltow-Fläming, Dahme, Potsdam,
Potsdam-Mittelmark. Weitere: Frankfurt/Oder, Cottbus Oder-Spree.

Sachsen-Anhalt: flächendeckende Verträge mit fünf
Managementgesellschaften (unveröffentlicht. Experten sagen:
„Knebelverträge“)

Hessen – veröffentlicht Anfang Mai – ca. sieben Verträge (geplant:
mehr als ein Dutzend)

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)

Und: www.vdek.com – Suche: „Palliativ“

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

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 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)

SAPV ohne Vertrag. Jetzt schon nutzen !



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.



5. Berechnen

Betriebswirtschaft

Beispiel: Betriebswirtschaftliches

<http://www.sapv.de/SAPVBetriebswirt21.2.2009.pdf>



	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,-
Bürokräft	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



6. Und nun: Was bedeutet das für uns ?

Individuelle Fragen und mögliche Antworten
für private Pflegedienste und Pflegeheime
Und: Weitere Infos unter www.MediAcion.de



MediAcion

Beratung . Palliativkurse . Projektwerkstätten



Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

Herzlich willkommen!

*Verträge zur SAPV der
KV WL und Nordrhein*



Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

Es begrüßt Sie

Anke Stuckmann, Landesbeauftragte

Rechtsanwältin

bpa Geschäftsstelle Nordrhein-Westfalen

Hintergrund

04/07: Sozialgesetzbuch V, § 37 b - Recht auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird verankert.

03/08: Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert: Wer hat Anspruch auf die Leistung

**06/08: Die Krankenkassen veröffentlichen als letzten Schritt Richtlinien nach § 132 d SGB V :
Wer darf SAPV anbieten ?**

Damit gilt: Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf SAPV.

Gleichwohl sahen viele Krankenkassen ihre Zahlungsverpflichtung nicht (z.B. Knappschaft, IKK, BKK aktiv).

Nun haben fast alle Krankenkassen in Nordrhein Westfalen Verträge zur Palliativversorgung gemacht. Teillösungen einzelner Krankenkassen gibt es daneben in weiteren Regionen (z.B. Hessen, Hamburg, Gifhorn, Schleswig Holstein und den neuen Bundesländern.) Bundesweit hat die Barmer Ersatzkasse Verträge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ausgeschrieben - sie ist damit die Vorreiterkrankenkasse.

2. Hintergrund

➤ Ergebnis:

Bis Mitte 2007 waren gerade einmal 24 Dienste dem Kassenentwurf beigetreten (inkl. Modellprojekt-Teilnehmer)

05/2009:

ca. 100 Dienste sind dem Vertrag zur Erbringung von allgem. amb. pall. Versorgung beigetreten (kurz. AAPV);

alle -bis auf drei Dienste- haben mittlerweile mind. vier Pflegekräfte die den Basiskurs PalliativCare, d.h. den 160-h- Kurs, abgeschlossen haben.

§ 132d[1] Spezialisierte ambulante Palliativversorgung SGB V:

Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach [§ 37b](#) Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. 2In den Verträgen ist ergänzend zu regeln, in welcher Weise die Leistungserbringer auch beratend tätig werden.

(2) **Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt** gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Empfehlungen

1. die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
3. Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung fest.

Weitere gesetzliche Grundlagen:

§ 132 d SGB V (s.o.)

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von SAPV vom 20.12.2007

Gemeinsame Empfehlung der Kassen und Leistungserbringer nach § 132d SGB V vom 23.06.2008

Für welche Patientengruppe wird SAPV erbracht? (1/2)

Im Fokus der Palliativ-Versorgung stehen Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, die an den körperlichen Symptomen dieser Erkrankung und den mit ihr einhergehenden psychosozialen und spirituellen Problemen leiden.

Palliativ-Patienten im Sinne dieser Vereinbarung sind Patientinnen und Patienten, -die an einer unheilbaren Krankheit leiden, die so weit fortgeschritten ist, dass lediglich eine Lebenserwartung von wenigen Tagen, Wochen oder Monaten zu erwarten ist, -bei denen kurative Behandlungen ausgeschöpft und im Sinne des Patienten nicht mehr angezeigt sind, -bei denen eine ambulante Palliativ-Versorgung im häuslichen Umfeld möglich und gewünscht ist und -bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist

Für welche Patientengruppe wird SAPV erbracht? (2/2)

(2) Die Notwendigkeit einer ambulanten Palliativ-Versorgung kann sich insbesondere bei folgenden Krankheitsbildern ergeben:

- Fortgeschrittene Krebserkrankung
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS
- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsamen fortschreitenden
Lähmungen
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz- oder Lungenerkrankung.

Teilnehmende KK in WL

- AOK
- Einige BKK'n, die nicht Mitglied der BKK VAG sind
- Signal Iduna IKK
- Landwirtschaftliche KK NRW
- Knappschaft
- VDEK

Teilnehmende KK in Nordrhein:

- AOK
- BKK – VAG NRW**
- IKK Nordrhein
- Landwirtschaftliche KK NRW
- Knappschaft
- VDEK

Gegenstand der Verträge

Ergänzung der bereits bestehenden Angebots zur allgemeinen palliativ-medizinischen Versorgung nach § 132a SGB V

SAPV ergänzt das bereits bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste einschließlich der Versorgungsangebote der allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung. Sie kann als Teil- oder Vollversorgung erbracht werden.

Gegenstand des Vertrages

Bedarf wird von den Ärzten erfasst
und der Einsatz der Teams
koordiniert

Evaluation in 2010

SAPV NR:

Erbringung in der Häuslichkeit und in
Pflegeheimen

Eine Abdeckung von 250.000 Einwohnern pro
Palliativ-Care-Team wird als ausreichend
angesehen (Ausnahmen in ländl. Gebieten
möglich)



Gegenstand des Vertrages

SAPV WL:

SAPV NR:

Regionaler palliativ

*medizinischer Konsiliardienst
(PKD)*

Palliativ-Care-Team

Struktur der vernetzen Teams:

PKD:

Ärzte:

3 Palliativ medizinisch qualifizierte Ärzte, 160 h Kurs

+ prakt. Erfahrung: mind. 75 Patienten oder 1 jährige Tätigkeit auf Palliativstation

Pflegekräfte:

1 Pflegekraft mit 160 h Kurs

Übergangsregelungen 2+2+1

PCT:

Ärzte:

3 qualifizierte Ärzte mit 160 h Kurs

Pflegekräfte:

4 Pfk:3-jähr. exam. Pflegekräfte mit 160 h –Kurs

+ 2 Jahre Berufserfahrung im palliativen Bereich, davon 6 Mon. In spez. Einr.

Kooperation mit

Apotheke

Ambulanten Hospizdienst

Teilnahmevoraussetzungen für Ärzte

Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (160h)

Praktische Erfahrung bei 75 ambulanten Patienten
innerhalb der letzten 2 Jahre

Übergangsregelung:

- Behandlung der 75 Patienten kann innerhalb der nächsten 2 Jahre nachgeholt werden
- Von der erforderlichen 4 Ärzten für ein PKD reicht bei 2-en der 40h-Kurs „Palliativmedizinische Grundversorgung“ aus

Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (160h)

Erfahrungen aus der amb. Palliativen
Behandlung von mindestens 75 Patienten
innerhalb der letzten 3 Jahre oder mind. 1
jährige Tätigkeit in einer Palliativabteilung
in einem Krankenhaus innerhalb der letzten
3 Jahre

Teilnahmevoraussetzungen für Pflegekräfte

3 jährig examinierte Pflegefachkräfte:
KP und AP

160 h Kurs

3 jährig examinierte Pflegefachkräfte:
KP und AP

160 h Kurs

2 jährige prakt. Tätigkeit innerhalb der
letzten 3 Jahre, davon mindestens 6
Monate Mitarbeit in einer
spezialisierten Einrichtung der Hospiz
und Palliativversorgung



Aufgaben der Teams(1/2)

Siehe rechts

Beratung

Koordination der Versorgung

Additiv unterstützende Teilversorgung
oder vollständige Versorgung
gemäß § 4 des Vertrages bzw. §
5 III RiLi SAPV

Aufgaben der Teams(2/2)

SAPV-Leistungen der
Behandlungspflege eher durch
Verordnung und Weiterleitung an
geeignete PD die von den Kassen der
KVWL mitgeteilt werden

Keine SGB XI Leistungen durch PKD

d.h. wahlweise

-Leistungen nach

SGB V

- SGB XI (bei Vollversorgung nach §
37 I SGB XI)

- Rufbereitschaft



Kooperation

Ambulanter Hospizdienst

Seelsorge und Sozialarbeit zur
Sicherung der psychosozialen
Unterstützung

1 Apotheke



Weitere Vertragsinhalte

PCT ist ausschließlich oder
schwerpunktmäßig in der SAPV tätig
Kontinuität muss gewährleistet sein
24 h Bereitschaft
Besonderes Versorgungskonzept, § 6



weitere Vertragsinhalte

Qualitätszirkel

Qualitäts-anforderungen

Vertragsstrafe

Werbeverbot, § 19

Fortbildung

Unterschiede:

Der WL Vertrag ist arztlastiger und definiert hier die Anforderungen hauptsächlich zu Koordination und Beratung hinsichtlich der SAPV Leistungen

Der NR Vertrag definiert genau die Aufgaben des PTC, dass eigenständig die teilweise oder volle Versorgung übernimmt



Die Voraussetzungen an die Qualifikation der Ärzte und Pflegekräfte sind sehr unterschiedlich. Der WL Vertrag sieht Übergangsregelungen vor

NR Vertrag ist stark bedarfssteuernd



Bis hier her:

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Hintergrund

- **Grundlage**
-
- **Modellprojektteilnehmer auf Grundlage**
- **Zugangs- und**

Modellprojekt in NRW war

eines Kassenentwurfs

keine Beteiligung der Verbände

**2006 starten
des Kassenentwurfs**

**Kritik des bpa über nicht akzeptable
Vertragsbedingungen**

3. Position & Zielsetzung des bpa NRW



**im Bereich der
müssen in jedem Fall
bedarfsgerechte und
palliativpflegerische
zusätzliche
können.**

folgende Aspekte zu

**zukünftige Vertragsregelungen
ambulanten Palliativpflege
dazu führen, dass eine
flächendeckende
Versorgung ermöglicht wird und
Angebote aufgebaut werden**

**Vor diesem Hintergrund sind
berücksichtigen:**



3. Position & Zielsetzung des bpa NRW



**aufzubauen, die schnelle
für die Betroffenen
bestehende Infrastruktur in
und der Aufbau
werden**

**um tragbare palliativpflegerische
Versorgungsstrukturen
und unbürokratische Angebote
sicherstellen, muss die
der ambulanten Pflege genutzt
von Parallelstrukturen vermieden**

3. Position & Zielsetzung des bpa NRW

➤ **müssen in einen integriert werden können, nicht ausschließlich durch einen sein.**

➤ **Pflegedienstes muss Bereich der können, ohne das als PDL**

palliativpflegerische Leistungen klassischen Pflegedienst d.h. ein Vertrag darf deshalb auf die Leistungserbringung Palliativpflegedienst ausgerichtet

die PDL eines klassischen zugleich auch die Leitung im Palliativpflege übernehmen hierfür eine gesonderte Person vorgehalten werden muss

3. Position & Zielsetzung des bpa NRW

➤ mehreren Pflegediensten
nicht jeder
Bedingungen
Anforderungen) erfüllen
Regionen mit
erforderlich, um
wirtschaftlicher Aspekte
Palliativpflege überhaupt

Kooperationen zwischen
müssen möglich sein, so dass
Pflegedienst alle vertraglichen
(insbesondere personelle
muss. Dies ist insbesondere in
großer räumlicher Ausdehnung
unter Berücksichtigung
eine flächendeckende
anbieten zu können.

3. Position & Zielsetzung des bpa NRW



**von geeignetem
müssen nicht
zusätzlich eine
vorweisen.**

**jedem Fall die
Palliativ-Care
liegt.**

**Palliativpflegeleistungen müssen
Personal erbracht werden, dies
immer Pflegefachkräfte sein, die
Palliativ-Care Weiterbildung**

**Sichergestellt sein muss, dass in
Prozesssteuerung bei einer in
weitergebildeten Pflegefachkraft**



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!