

MedTech ambulant № 03/14

2. Oktober 2014; Empfänger: 1.740

Versorgung von Palliativpatienten

Hintergrundinformationen zur Einführung der Palliativversorgung

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.03.2007 wurden die Regelungen für die **spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)** eingeführt. Auf Grundlage der §§ 37 b und 132 d Sozialgesetzbuch V (SGB V) und unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) können Krankenkassen und geeignete Leistungserbringer Verträge schließen. Die SAPV ist eine Versorgungsform außerhalb des Kollektivvertrages. Anders als die **allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)**, gehört die SAPV nicht zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V, sondern ist als eigene Leistung ausgestaltet, die auch die ärztliche Versorgung umfassen kann.

Allgemeine Ambulante Palliativversorgung

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) kümmert sich um Patienten (und ihr soziales Umfeld), bei denen sich das Lebensende abzeichnet und deren ausgeprägtes Leiden einen regelmäßigen und hohen Zeitaufwand in der pflegerischen, ärztlichen, psychosozialen und spirituellen Betreuung sowie in der Kommunikation mit ihnen und ihren Angehörigen erfordert. Das bestehende Bezugssystem des Patienten und die Leistungen der in ihrer palliativen Kompetenz gestärkten beruflichen und ehrenamtlichen Begleitung reichen aus, um den Patienten in seiner vertrauten Umgebung entsprechend seinen Bedürfnissen zu versorgen. Die AAPV wird in der Regel von engagierten Haus- und Fachärzten im Zusammenspiel mit qualifizierten Pflegediensten erbracht. Für die beteiligten Ärzte ist keine spezielle Qualifikation für die Teilnahme und Abrechnung ihrer Leistung erforderlich. Im neuen Hausarzt-EBM gibt es seit 2013 spezielle EBM-Ziffern für die Palliativversorgung (03370 - 03373). Inzwischen schließen auch viele Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) mit Krankenkassen Selektivverträge. Über mögliche Verträge informieren die jeweiligen KVen.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Weitere Informationen zur Palliativversorgung sind auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zu finden: www.dgpalliativmedizin.de/.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Der G-BA regelt in einer eigenen Richtlinie die SAPV (www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/sapv/richtlinie/):

1. Die SAPV wird Patienten, die zuhause oder in Alten- bzw. Pflegeheimen leben und erhöhten Versorgungsbedarf über die allgemeine Palliativversorgung hinaus haben, gewährt. Die ärztlich prognostizierte Lebenserwartung darf sich nur noch nach Monaten bemessen, bei Kindern darf sie allerdings auch länger sein.
2. Es besteht ein Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen. Die SAPV ist auf Muster 63 zu verordnen und ist von der Krankenkasse zu genehmigen.
3. Es handelt sich um eine multidisziplinäre Leistung, sodass neben den Pflegefachkräften auch spezialisierte Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und andere Fachkräfte eingebunden sind.
4. Die Leistungen werden vom behandelnden Arzt nach Maßgabe der Richtlinie verordnet und dürfen nur von speziell fort- bzw. ausgebildeten Ärzten und Pflegefachkräften zu Lasten der GKV erbracht werden. Näheres entscheiden die Krankenkassen in den Verhandlungen mit den Leistungserbringern.

Gemäß § 132 d SGB V schließen die Krankenkassen über die SAPV einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung mit geeigneten Pflegeeinrichtungen oder speziellen, interdisziplinär zusammengesetzten ambulanten Palliativteams (sog. Palliative-Care-Teams) Verträge zur bedarfsgerechten Versorgung des Versicherten. In diesen Verträgen werden die Leistungen zu sächlichen und personellen Anforderungen an den Leistungserbringer, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung sowie Maßstäbe für eine bedarfsgerechte SAPV festgelegt. Geeignete Leistungserbringer haben grundsätzlich einen gesetzlichen Anspruch auf Abschluss von Verträgen, da die Krankenkassen einen Sicherstellungsanspruch für diese Leistungen haben. Als bedarfsgerecht wird ein Palliative-Care-Team pro 250.000 Einwohner empfohlen. Mustervertrag: www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Neue_Versorgungsformen/Zusatzvereinbarungen/KVB-Palliativ-SAPV-Mustervertrag.pdf.

Die Vergütung der ärztlichen Leistung im Rahmen der SAPV erfolgt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung und ist damit extrabudgetär.



SAPV in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Auch in einer stationären Pflegeeinrichtung hat der Bewohner mit begrenzter Lebenserwartung Anspruch auf SAPV-Leistungen. Diese werden in der Regel durch qualifizierte SAPV-Teams (Leistungserbringer gemäß Richtlinie) erbracht. Diese Dienstleister kommen in die Pflegeeinrichtung, erbringen die verordnete Leistung der SAPV und rechnen direkt mit der Krankenkasse ab. Um einen qualitätsgesicherten Versorgungsablauf zu gewährleisten, sollte eine Kooperationsvereinbarung geschlossen werden. Dies stellt sicher, dass die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt, bedarfsgerecht erbracht und koordiniert werden.

Als Kooperationspartner sind neben ambulanten Palliative-Care-Teams auch vorhandene ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize vorgesehen. Bei entsprechender Qualifikation des Pflegepersonals kann die Pflegeeinrichtung selbst Vertragspartner der SAPV sein. Voraussetzung dafür ist die Anstellung eines auf Palliativmedizin spezialisierten Arztes oder der Abschluss eines Kooperationsvertra-

ges mit einem entsprechend qualifizierten Arzt. Weiterhin muss die stationäre Pflegeeinrichtung die selben Voraussetzungen nach § 132 d SGB V erfüllen wie ambulante Palliativteams – insbesondere hinsichtlich der Zahl der qualifizierten Pflegekräfte. Bislang gibt es kaum Einrichtungen, die Vertragspartner in der SAPV sind.

Verordnungen im Rahmen der SAPV
Liegt die Genehmigung der SAPV für den individuellen Patienten vor, sind die Verordnungen von Heil-, Arznei-, Verbandmitteln, künstlicher Ernährung und Hilfsmitteln auf Muster 13 bzw. Muster 16 und zwingend die SAPV-Betriebsstättennummer zu verwenden. So wird sichergestellt, dass die verordneten Leistungen nicht dem Richtgrößenvolumen nach § 84 SGB V zugeordnet werden. Damit können alle medizinisch notwendigen Leistungen außerhalb des Richtgrößenvolumens verordnet werden.