

Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung im HPG stärken

- Bundestag und Bundesrat müssen Kabinettsentwurf zum Hospiz- & Palliativ-Gesetz (HPG) im § 132d SGB V nachbessern:
- Hausarztzentrierte Versorgung als monoprofessionelle Leistung ist für mindestens 10 bis 15 Prozent der Palliativpatienten (mit komplexen Bedarfen) ungeeignet
- Für absehbar sterbende Patienten müssen Multiprofessionelle Palliative Care-Teams flächendeckend in ganz Deutschland aufgebaut und finanziert werden
- Keine Selektivverträge mit Erbringern von Einzelleistungen als Ersatz für SAPV
- Stattdessen spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) sektorenübergreifend als Schnittstelle für die Koordination festschreiben und ausbauen.
-

Berlin, 28. August 2015. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV) fordert Bundestag und Bundesrat auf, den Kabinettsentwurf des Hospiz- & Palliativ-Gesetzes (HPG) nachzubessern. Die geplanten Änderungen sind unzureichend, um für etwa 10 bis 15 Prozent der Palliativ-Patienten mit schwersten Verläufen und Bedarfen eine fachlich angemessene Versorgung zu Hause zu gewährleisten. Vor allem die „rund um die Uhr-Versorgung“ mit Rufbereitschaft und die erforderlichen pflegerisch sowie psychosozialen Anteile können Hausärzte keinesfalls leisten. Dies betrifft Patienten mit absehbar tödlich verlaufenden Erkrankungssituationen und kurzfristig schwankenden Therapiebedarfen vor allem in der Sterbephase. Sie benötigen häufig eine besondere pflegerische und medizinische Versorgung multiprofessioneller Palliative-Care-Teams. Die BAG-SAPV befürchtet, dass der HPG-Entwurf hinter den Status-Quo zurückfällt und für Patienten sowie ihre Angehörige eine mit der Menschenwürde unvereinbare Unterversorgung eintritt.

1. **Politische Forderungen der BAG-SAPV:**

- a. Die seit 2006 als Rechtsanspruch in § 37b SGB V eingeführte SAPV mit multiprofessionellen Palliativen-Care-Teams als krankenhauseretzende Spezialversorgung für absehbare sterbenden Menschen, die zu Hause sterben möchten, muss in §132d und 73b SGB V konkretisiert werden.
- b. Die dreigliedrige Struktur aus Palliativer Basis-Versorgung (PBV), Allgemeiner Palliativ-Versorgung (AAPV) und der SAPV muss weiterentwickelt werden.
- c. **Der Gesetzgeber möge dafür Sorge tragen**, dass Verträge der Krankenkassen für diesen spezialisierten Leistungsbereich nur mit qualifizierten multiprofessionell verfassten Teamstrukturen zulässig sind.
- d. Die Leistung ist ärztlich und pflegerisch qualifiziert mit Ruf- und Versorgungsbereitschaft (24h/7d) sicherzustellen.
- e. Die Multiprofessionalität ist mit verpflichtenden Anteilen von palliativärztlichem und -pflegerischem sowie qualifizierter Sozialarbeit und psychologischer Betreuung mit ausreichender Finanzierung in der SAPV explizit zu regeln.
- f. **Der Gesetzgeber möge darüber hinaus explizit klarstellen**,
 - i. dass niedergelassene Ärzte die Anforderungen an die SAPV mit Ruf- und Versorgungsbereitschaft (24h/7d) weder strukturell noch inhaltlich leisten können.
 - ii. dass Ambulant vor Stationär geht: Hilfs- und Unterstützungsangebote müssen primär auf die Lebensorte und Bedarfe der Betroffenen und ihrer Angehörigen ausgerichtet werden.
 - iii. dass Leistungserbringer der SAPV angemessene Qualifikationen nachweisen müssen, die dem jeweiligem Patientenbedarf entsprechen und an der dreistufigen Strukturentwicklung ausgerichtet sind.
 - iv. dass die Rahmenbedingungen der SAPV für Anschubfinanzierung, Vorhalteaufwand und bedarfsgerechter Strukturplanung einer sachorientierten Regelung durch die Gesundheitsminister der Länder als Fachaufsicht der Krankenkassen und Dialogpartner der KVen bedürfen.

2. Ausgangslage

Die Sicherstellung einer menschenwürdigen Versorgung schwerstkranker und absehbar sterbender Menschen ist eine aktuelle humanitäre Herausforderung von besonderer Tragweite und Bedeutung für unser gesamtes Gemeinwesen und alle Akteure der Gesundheitsversorgung. Durch die Erfolge in Medizin und Pflege im letzten Jahrhundert erreichen heute viele Menschen ein weit höheres Lebensalter als in früheren Generationen. Damit nimmt zwangsläufig die Zahl der Menschen mit chronischen Krankheiten massiv zu, weil diese mit ihren unter Therapie kompensierten Erkrankungen seltener schnell versterben und Krisensituationen durch Akutbehandlungen überwunden werden können. Gleichzeitig steigt daher die Anzahl absehbar Sterbender durch das Fortschreiten ihrer chronischen und lebensbegrenzenden Erkrankung. Die menschliche, soziale und gesellschaftliche Herausforderung, mit chronisch anhaltendem Leiden, langfristig ausgeprägter Hilfsbedürftigkeit und dem absehbar drohenden Lebensende emotional und mental umzugehen, nimmt bisher ungekannte Ausmaße an.

Bedarfsgerechte Hospiz- und Palliativ-Versorgung ist ein Menschenrecht

Die Betroffenen haben einen steigenden Versorgungs- und Begleitungsbedarf, der sich nicht ausschließlich auf die medizinisch-pflegerischen Aspekte reduzieren lässt. Denn der sterbende Mensch sowie Angehörige und Freunde bedürfen mehr noch als in jeder anderen Behandlungssituation auch als bio-psycho-sozio-spirituelle Individuen Hilfe in je individuellem Umfang. Aus diesem Grund wird einer strukturell wie inhaltlich bedarfsgemäßen und gerecht zugänglichen Hospiz- und Palliativversorgung für alle Betroffenen in internationalen Fachkreisen der Industrienationen zunehmend der Charakter eines Grundbeziehungsweise Menschenrechtes zugesprochen. Dies zu erreichen, gilt weltweit als ein prioritäres und grundlegendes Strukturentwicklungsziel für die öffentliche Gesundheitsversorgung in den Mitgliedsstaaten der UN und seitens der Europäischen Union. Dies wird auch aktuell von der WHO besonders betont (WHO-Europa-Büro und WHA). Diesen sich in Ausmaß und Inhalt neu entwickelnden Bedarfen adäquat zu begegnen, ist nicht „sozialromantisch“ begründet sondern eine evidente menschliche Verpflichtung unserer modernen Gesellschaft.

3. Materiell-rechtliche Entwicklung: SAPV ist seit 2006 ein Rechtsanspruch

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG, 2006) wurde die bereits zuvor eingeführte hospizliche Begleitungsmöglichkeit in einer absehbar tödlich verlaufenden Erkrankungssituation durch den neuen Rechtsanspruch auf die Leistung „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) gemäß §37b im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) ergänzt. Der Gesetzgeber hat diese neue Leistung bewusst und politisch gewollt außerhalb des kassenärztlichen Versorgungsauftrages definiert. Diese neuartige multiprofessionelle Komplexleistung aus mindestens ärztlichen und pflegerischen Anteilen sollte

nach der Gesetzesbegründung als wesentlicher Impuls zur flächendeckenden Verbesserung der Palliativversorgung im ganzen Land beitragen. Die Notwendigkeit dieser Gesetzesinitiative wurde einerseits mit den belegten Versorgungsdefiziten und andererseits mit dem bestehenden gesellschaftlichen Konsens begründet, mit einer angemessenen Versorgung am Lebensende den häuslichen Verbleib bis zuletzt ermöglichen zu wollen. Geregelt wurde ausdrücklich nur dieser Rechts- und Leistungsanspruch (§37b SGB V). Die Kontrahierungsgrundlage für die zur Sicherstellung der Leistungserbringung beauftragten Krankenkassen regelte der Gesetzgeber in §132d SGB V.

SAPV wurde politisch gewollt außerhalb der kassenärztlichen Sicherstellung als Aufgabe Multiprofessioneller Teams verortet

Die selbstverständlich innerhalb des Auftrages nach §73 SGB V beinhalteten Leistungen der allgemeinen haus- und fachärztlichen Versorgung auch am Lebensende nach dem aktuellen Stand der ärztlichen Kunst und Wissenschaft wurde in der Gesetzesbegründung ausdrücklich in der kassenärztlichen Sicherstellung verortet, ohne dass dies explizit zu einer Änderung in §73 SGB V geführt hätte. Eine solche gesonderte implizite Regelung hierzu wurde wegen der offensichtlich unzweifelhaften Verortung im betreffenden Leistungssegment nicht getroffen. Die Regelung zur Erbringung von Leistungen gem. §37b SGB V hingegen erfolgte begründet im Kapitel „sonstige Leistungserbringer“ und somit ausdrücklich außerhalb des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages, da es sich nicht um eine singulär oder dominant ärztliche Leistung, sondern um eine neue Komplexleistung eines zwingend multiprofessionellen Teams der Spezialversorgung handelt. Diese wurde bisher im deutschen Gesundheitswesen nicht und auch in ihren ärztlichen Anteilen nicht erbracht; sie ist daher nicht Bestandteil der Leistungen gemäß §73 SGB V. Nur damit war auch begründet, dass für diesen neuen Versorgungsauftrag in einem bedarfsorientiert neu geschaffenen Leistungssegment neues Finanzierungsvolumen im System bereitgestellt werden sollte.

Bundesgesundheitsministerium fordert G-BA bisher vergeblich auf, SAPV als Teamleistung zu definieren

Die konkrete Ausgestaltung der Leistungsinhalte, der Rahmenbedingungen für die Verordnung und der Abgrenzung der Leistungen gegenüber den bereits in der etablierten Regelversorgung verfügbaren Leistungsanteilen und die Konkretisierung des Bedarfes wurde der Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen (G-BA) übertragen. Die Vorgabe von Strukturkriterien als Grundlage für die Beauftragung geeigneter Leistungserbringer gemäß §132d SGB V obliegen seither regelkonform dem GKV-Spitzenverband. Dieser ist dieser Aufgabe bisher in nur unzureichender Form nachgekommen.

Das Bundesministerium für Gesundheit wies im Februar 2008 in Genehmigungsschreiben an den G-BA insbesondere auf die multiprofessionellen Teams hin:

„Die „Leistung soll nur durch Leistungserbringer abgegeben werden, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere 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.“

Trotzdem wurde die im Rahmen der Gesetzesbegründung und auch im Genehmigungsschreiben des BMG aufgestellte Forderung nach expliziter Benennung von Palliative-Care-Teams als geeignete Leistungserbringer durch den G-BA bis heute nicht umgesetzt.

Unbestimmte Begrifflichkeiten des Gesetzgebers hemmen die angemessene Strukturentwicklung

Als Zugangsvoraussetzung für Leistungen der SAPV wird nach §37b SGB V das Vorliegen einer fortschreitenden, weit fortgeschrittenen und lebensbegrenzenden Erkrankung angesehen, sofern ein besonders aufwändiger Versorgungsbedarf vorliegt und die Leistung von einem Arzt verordnet wird. Die Ausgestaltung der SAPV in §132d SGB V wiederum blieb hinter den Erwartungen der Experten zurück. Zwar erfolgte die Benennung von multiprofessionellen Palliativen-Care-Teams als erforderliche oder politisch gewünschte Struktur im Text der Gesetzesbegründung, aber nicht explizit im Gesetzestext und wird daher regelmäßig von Krankenkassen und umgehungswilligen Leistungserbringern als unwesentlich betrachtet. Des Weiteren unterblieb eine ausdrückliche Regelung zum Verständnis von umsetzungsrelevanten Schlüsselbegriffen und Fragestellungen.

- Was ist ein Team?
- Welche Kriterien beschreiben besondere Aufwändigkeit?
- Was kennzeichnet eine Komplexleistung?
- Worin bestehen die zu berücksichtigenden besonderen Belange der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen?
- Gilt für diese zukünftig regelhaft agierenden Strukturen der Spezialversorgung von sterbenden Kindern der sogenannte Facharztstandard analog, oder ist betroffenen Kindern die Behandlung durch irgendeinen Palliativmediziner gleich welcher Fachrichtung zuzumuten?
- Müssen die Krankenkassen nur mit bereits vor und während langwierig laufender Verhandlungen existierenden „geeigneten Leistungserbringern“

verhandeln, ohne dass diese eine Möglichkeit zur zwischenzeitlichen Finanzierung bis zum erstmaligen Vertragsabschluss zur Leistungserbringung haben?

- Reicht hingegen der Nachweis einer Befähigung zur Bildung einer geeigneten Teamstruktur für den Beginn von substantiellen Verhandlungen mit den Krankenkassen gemäß §132d?
- Wie ist eine Vertragsgestaltung für die Leistungserbringung in strukturschwachen und dünn besiedelten Regionen zu etablieren?
- Wer trägt notwendigerweise entstehende Kosten der initialen Strukturbildung?

4. Versorgung in Bundesländern uneinheitlich, ländlicher Raum benachteiligt

Die Entwicklung nach Inkrafttreten des GKV-WSG verläuft höchst unterschiedlich. Es gibt Bundesländer (Stand Juli 2015) mit einer nahezu flächendeckenden Strukturvorhaltung von Palliative-Care-Teams und speziellen Teams für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (beispielsweise Saarland, Hessen, Hamburg). In anderen Ländern herrschen aber zum Teil noch erhebliche Lücken. Die SAPV für Kinder und Jugendliche ist fast im ganzen Bundesgebiet mit wenigen geografischen Ausnahmen vielfach notleidend. Besonders problematisch ist dabei die Formulierung des §132d, der die Kassen nur zum Vertragsschluss und nach ihrer Lesart auch nur zu Verhandlungen mit bereits geeigneten Leistungserbringern verpflichtet. Dies erschwert die Strukturbildung in unbilliger Weise. SAPV-Verträge, die eine echte multiprofessionelle Teamstruktur zumindest auch mit Psychologen und Sozialarbeitern abbilden und finanzieren, werden von den Krankenkassen im ganzen Bundesgebiet bisher verhindert.

GKV und kommunale Träger verweigern vielfach Anschubfinanzierung und Vorhaltekostenübernahme für SAPV

Von einer Flächendeckung mit SAPV in der ganzen Republik sind wir deshalb noch weit entfernt. Bisher stellen weder die Krankenkassen noch Kommunen oder Landesgesundheitsministerien als Fachaufsicht eine erforderliche Anschubfinanzierung vor allem für den ländlichen Raum in substantieller Höhe sicher. Ausnahmen hiervon sind aktuell beispielsweise der Freistaat Bayern und Hessen. Erschwerend ist darüber hinaus die zumeist verfolgte Strategie der Vertragsgestaltung nach Einzelleistungen und nach dem Prinzip gleiche Leistung = gleicher Preis, ohne die völlig unterschiedlichen Gestehungskosten in Ballungsräumen und in strukturschwachen ländlichen Regionen zu berücksichtigen.

Gegenwärtige Praxis erzeugt Fehlanreize

Zudem verweigern sich die Krankenkassen, die notwendigen Vorhaltekosten für eine „rund-um-die-Uhr“-Versorgung und durchgängig mit Arzt und Pflegekraft erforderliche Mindeststruktur durch Vorhaltepauschalen zu übernehmen. Im Gegenteil. Durch unangemessene Leistungsentgelte setzen die Kassen Fehlanreize zur Generierung von dokumentierter Aktivität, deren Wirkung für die Patienten zweifelhaft ist. Die Kassen verweigern sich damit, eine an den Bedarfen des zuhause versorgten Palliativpatienten orientierten Optimierung der Zielerreichung einer würdeerhaltenden Versorgung mit einer zuverlässig sichergestellten und im Bedarfsfall handlungsfähigen Teamstruktur.

5. Gesundheitsminister der Länder sollen Strukturentwicklung forcieren

Um die notwendige umfassende Versorgung gerecht und wirtschaftlich tragbar dem jeweiligen Bedarf des Sterbenden und seiner Familie angepasst zugänglich zu machen, ist ein flächendeckendes, bedarfsorientiert und dreifach gestuftes Versorgungssystem in Kliniken und an allen ambulanten Versorgungsorten erforderlich:

1. **Primärversorgung:** Palliative Basis-Versorgung (PBV, stationär und ambulant)
2. **Sekundärversorgung:** Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)
3. **Tertiäre Spezialversorgung:** Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Vom Gesetzgeber wurde dies 2006 mit dem GKV-WKS auch ausdrücklich politisch gewollt. In vielen Regionen Deutschlands besteht auch nach Einführung des Gesetzes zur SAPV seit 2007 und mit einigen Ergänzungen in der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und Palliativen Basisversorgung (PBV) nach wie vor noch Entwicklungsbedarf. Hierbei gilt es aber besonders zu bedenken, dass es sich bei der SAPV um eine neue Versorgungsform und Versorgungsstruktur handelt, die in besonderem Maße zukunftsweisenden Charakter aufweist (Nutzerzentrierung, Teamorientierung, Verfügbarkeit; Demenzversorgung, wohnortnahe Psychiatrie, Betreuung von schwer chronisch Kranken etc.). Der Strukturaufbau von ambulanter Palliativversorgung durch SAPV zu einem flächendeckenden Angebot und deren bedarfsgerechte Sicherstellung für Betroffene muss daher forciert werden.

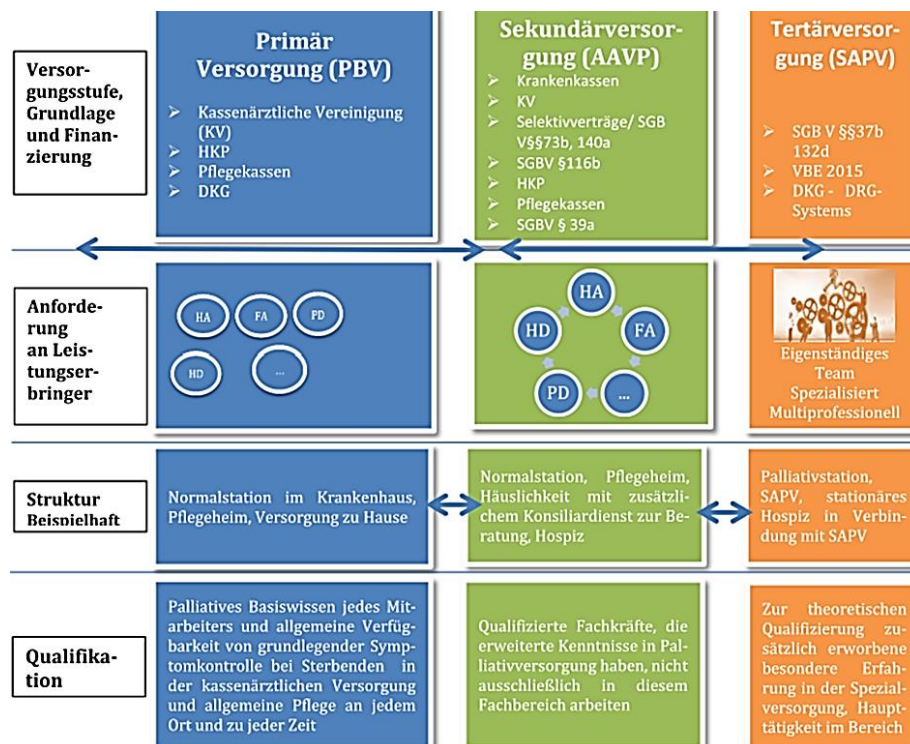
Gesundheitsminister der Länder müssen Selbstverwaltung zum Handeln auffordern

Als Fachaufsicht der Krankenkassen und als Dialogpartner der KVen sind hier die Gesundheitsminister der Länder zuständig, die Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ihrer Länder zum Handeln aufzufordern. Vor allem für die Anschubfinanzierung sollten ersatzweise die Länder Fakten schaffen und Strukturen aufbauen, die die Kassen dann erstatten müssten.

Auch die Allgemeine ambulante Palliativ-Versorgung (AAPV) muss gestärkt werden

Um eine wirkungsvolle dreigliedrige Struktur zu etablieren, müssen ebenso die ärztlichen Anteile an der AAPV als unzweifelhafter Regelbestandteil des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages in § 73 SGB V explizit festgeschrieben werden. Dies gilt auch für Selektivverträge im Rahmen der §§ 73b und 140a. Denn auch für die Versorgung von chronisch kranken Patienten mit lebensbegrenzenden Verläufen müssen in diese Aufgabenverteilung ebenso die Versorgungsanteile der AAPV als Leistungsbestandteil konkret geregelt sein. Und daraus folgt, dass ebenso die Überleitung in und Kooperation mit den Strukturen der SAPV zu definieren sind. Gleiches gilt auch für die Verträge der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V.

Dreigliedriges Struktursystem der PBV, AAPV und SAPV



©Grafik: Fachverband SAPV Hessen e.V., siehe auch S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de>.

Aktuelle Beschlüsse von Spitzengremien zum HPG-Entwurf

Bundesrat fordert Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung

Der Bundesrat hat sich am 12. Juni 2015 in einem ersten Durchgang mit dem Gesetzentwurf befasst und zur weiteren Beratung in seinen Ausschüssen in einer Empfehlung festgestellt:

„Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Zunahme von schwerkranken, gebrechlichen und chronisch kranken Menschen in der Bevölkerung kommt der kontinuierlichen Weiterentwicklung hospizlicher und palliativer Versorgungsstrukturen große Bedeutung zu. Die im Hospiz- und Palliativgesetz vorgesehenen Regelungen sollen Voraussetzungen für die Sicherung und flächendeckende Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland schaffen. Die Auswirkungen dieser Regelungen sollten dabei insbesondere im Hinblick auf deren Wirksamkeit geprüft werden.“ BR / DS 195/1/15

Gesundheitsministerkonferenz betont Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung

„Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit mittels einer Gesetzesinitiative noch in diesem Jahr die Voraussetzungen für die Sicherung und flächendeckende Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland schaffen wird. [...] Die Integration und Verzahnung der Hospiz- und Palliativversorgung in die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung sowie in die pflegerischen Versorgungsleistungen ist von eminenter Bedeutung, da für Patientinnen und Patienten gerade in diesen schwierigen Situationen nur eine kontinuierliche und ineinandergreifende Behandlung und Betreuung zur Erleichterung der schwierigen Situation beitragen wird.“

Beschluss der 88. GMK (24. und 25. Juni 2015), Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland.

Vor diesem Hintergrund fordert die BAG-SAPV

Der Bundestag und der Bundesrat mögen sich bei den anstehenden Beratungen des HPG-Entwurfes ab Ende September 2015 für eine umfassende Weiterentwicklung der SAPV einsetzen. Beide Häuser mögen den von uns fachlich begründeten Konkretisierungen der SAPV im § 132d SGB V Rechnung

tragen. Gesundheitsminister Hermann Gröhe und die Gesundheitsminister der Länder werden aufgefordert, die Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu verpflichten, die notwendigen Strukturentwicklungen zügig zu beraten und umzusetzen.

Berlin, 28. August 2015

Michaela Hach

Vorsitzende der BAG-SAPV

Weitere Informationen: BAG-SAPV.de

Kontakt

Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV e.V.

Michaela Hach, Vorsitzende

Wilhelm-Wolff-Straße 38
13156 Berlin

Mobil: 0171 / 755 6017

Fax: 0611 / 411 434 14

E-Mail: m.hach@bag-sapv.de

Web: BAG-SAPV.de