



CHANCE ZUR EINFÜHRUNG DER AAPV

Model Schleswig-Holstein

Thomas Schell
Management von SAPV-Teams
Januar 2015

Thomas Schell

Inhalt

1	Einleitung	2
1.1	Vorstellung der Palliativnetze in Schleswig-Holstein.....	2
1.2	Darstellung der Versorgungsproblematik	3
1.3	Motivation Politischer Hintergrund.....	5
2	Finanzierung durch integrierten Versorgungsvertrag	6
2.1.	Was ist ein IV Vertrag? Partner des Vertrages.....	6
2.1	Vorschlag zur materiellen Ausstattung	7
3	Quellennachweis	9

1 Einleitung

1.1 Vorstellung der Palliativnetze in Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein arbeiten aktuell 8 Netze für Erwachsene und ein Kinder- und Jugendnetz in der Palliativversorgung. Die flächendeckende Versorgung ist nahe zu abgeschlossen.

Nähere Angaben zu den Netzen und Ihrer Trägerschaften finden Sie im Internet.

[23714 Palliativnetz östliches Holstein \(PöH\) e.V.](#)

[23556 Palliativnetz Travebogen gGmbH](#)

[23909 Netzwerk Palliative Care im Kreis Herzogtum Lauenburg e.V.](#)

[24103 PCT Kiel und Umgebung](#)

[24116 SAPPV Brückenteam \(Kinder u. Jugendliche\) DRK Heinrich-Schwesterschaft e.V.](#)

[24537 HPNN Hospiz- und PalliativNetz Neumünster](#)

[24768 PCT 24 Rendsburg-Eckernförde](#)

[24937 PCNN Kreis Schleswig-Flensburg, Kreis Nordfriesland u. Flensburg](#)

[25524 PCT Kreise Steinburg, Pinneberg, Dithmarschen](#)



Die Strukturen und Arbeitsweisen der Teams sind sehr unterschiedlich. Gemeinsame Qualitätsstandards sind in der Entwicklung. Es besteht eine Arbeitsgemeinschaft der Netze mit einem gewählten Sprecher an der Spitze und einem Team (3 Personen) für Fragen zum Kassenvertrag (Vertragsausschuss) mit den Kostenträgern. Hier können auch kurzfristig notwendige Absprachen getroffen werden. Zusätzlich gibt es je eine Arbeitsgruppe Ärzte und KoordinatorInnen die der AG angeschlossen sind.

Regelmäßige Treffen und gegenseitige Information dieser Gremien (Protokolle) sind üblich.

Die Netze verhandeln die Vergütungen mit den Kassen autark. Ein Abschluss für das Jahr 2015 wurde erzielt.

Es werden jährlich über 3000 Patienten in Schleswig-Holstein in der SAPV versorgt.

1.2 Darstellung der Versorgungsproblematik

Schwerkranke und sterbende Menschen müssen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung erhalten. Es sollen deshalb alle Menschen in ihrer letzten Lebensphase nach ihren Wünschen

begleitet werden. Deshalb wird die Hospiz- und Palliativversorgung stetig weiterentwickelt.

Insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen in Schleswig-Holstein fehlt es noch an ausreichenden Hospiz- und Palliativangeboten für Patienten aus den Bereichen AAPV und SAPV . Diese "weißen Flecken" in der Versorgungslandschaft müssen beseitigt und im ganzen Land ein flächendeckendes Hospiz- und Palliativangebot verwirklicht werden.

Auch in den Altenpflegeeinrichtungen muss die Hospizkultur weiter gestärkt werden. Viele Menschen verbringen ihre letzten Lebensmonate dort. Obwohl sich die meisten Menschen wünschen, zu Hause zu sterben, verbringen zwei Drittel der Menschen in Deutschland ihre letzte Lebensphase in stationären Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern. Nur wenige Menschen versterben im Kreis ihrer Nächsten, obwohl 75% der Bevölkerung dies als Wunsch äußern.

Es soll deshalb eine vernetzte, kooperative Betreuung und Versorgung, bei der professionelle und ehrenamtliche Betreuung und Versorgung Hand in Hand gehen, weiter gefördert werden.

Vor allem in Flächenländern wie Schleswig-Holstein müssen Vernetzung und Kooperation von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie Hospizangebote in der Versorgung der Bevölkerung weiter auf- und ausgebaut werden.

Im ländlichen Raum müssen zudem Anreize für einen Ausbau der Leistungsangebote und Möglichkeiten dafür geschaffen werden, dass ausreichend qualifizierte Pflegekräfte mit der erforderlichen Berufserfahrung zur Verfügung stehen (Weiterbildung und Qualifikation).

Der Ausbau der Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen soll eine qualifizierte Sterbebegleitung, die an den individuellen Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet ist, ermöglichen.

Die palliativmedizinische vertragsärztliche Versorgung wird bereits seit dem 1. Oktober 2013 durch den neuen Abschnitt „Palliativmedizinische Versorgung“ im hausärztlichen Bereich des einheitlichen Bewertungsausschusses (EBM) durch die Kassenärztlichen

Vereinigungen bezahlt. Hier ist keine besondere fachliche Qualifikation der Ärzte notwendig.

Darüber hinaus müssen die Vernetzung, die Kooperation mit allen Beteiligten und die Qualität der Palliativversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in Form zusätzlicher Leistungen (AAPV) weiter ausgebaut und damit auch finanziell abgesichert werden. Hierzu sollten zukünftig Ärzte, die diese neuen Leistungen erbringen und abrechnen wollen, besondere Qualifikationsanforderungen erfüllen (Basiskurs Palliativmedizin 40 Std.) und sich an z. B. Netzwerkarbeit und einem gemeinsamen Fallmanagement mit anderen Leistungserbringern, z. B. den Palliativteams, beteiligen.

1.3 Motivation Politischer Hintergrund

Es bestehen Arbeitspapiere des DHPV und des DGP und ein Positionspapier der Freien Wohlfahrtspflege e.V. zur Allgemeinen (Ambulanten) Palliativversorgung (APV/ AAPV). Des Weiteren ist das Eckpunktepapier der Bundesminister für Gesundheit zur Verbesserung der Hospiz und Palliativversorgung in Deutschland vom 10.11.2014 und dem GBA Bericht zur Evaluation SAPV 2013 sowie ein Gesetzesvorschlag der Deutschen Palliativstiftung der aktuelle Hintergrund um jetzt die gewünschten Veränderungen und die Komplettierung der Palliativversorgung zu erreichen.

Die Politik hat für das kommende Jahr die Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung die Vernetzung und den Ausbau der Regelversorgung als Ziel formuliert (vgl. Gröhe, H., Widmann-Mauz A., Spahn J. et al 2014) Dadurch erscheint eine Unterstützung durch die Politik möglich.

Die SAPV-RL des Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (GBA) grenzt die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nicht über die Definition spezifischer Leistungen, sondern über den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten (§ 4 SAPV-RL) von der allgemeinen Palliativversorgung ab.

SAPV muss sich inhaltlich – bezogen auf einzelne Leistungen – damit nicht von der allgemeinen Palliativversorgung unterscheiden. Sie wird vielmehr gekennzeichnet durch den besonderen Koordinations- und Versorgungsbedarf, der an die Leistungserbringer besondere Qualifikations- und Erfahrungsanforderungen stellt und komplexe Teamarbeit erfordert, da es sich bei der SAPV um eine Gesamtleistung aus palliativärztlichen und palliativpflegerischen Leistungsanteilen einschließlich Koordinierung handelt.

Dadurch erscheint es politisch möglich die AAPV an die Palliative-Care-Teams anzubinden die zurzeit ausschließlich SAPV leisten

2 Finanzierung durch integrierten Versorgungsvertrag

2.1. Was ist ein IV Vertrag? Partner des Vertrages

Der Begriff "Integrierte Versorgung" (IV) steht für Vernetzung zwischen den einzelnen Leistungssektoren. IV-Verträge zielen auf eine patientenorientierte und interdisziplinär-fachübergreifende medizinische Versorgung durch die enge Kooperation unterschiedlicher Vertragspartner (z. B. Hausärzte, Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, SAPV-Teams oder Pflegeeinrichtungen).

Durch die Verträge sollen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung verbessert werden oder neue Leistungen ermöglicht werden .

Verträge der Krankenkassen zur Integrierten Versorgung können einzelne Indikationen abdecken, aber auch alle medizinischen Belange der eingeschriebenen Versicherten umfassen, also auch SAPV.

Die Teilnahme von Versicherten an der IV ist freiwillig. Die im Rahmen von IV-Verträgen erbrachten Leistungen werden außerhalb der Gesamtvergütung honoriert.

Sinn einer integrierten Versorgung ist vor allem, die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme so besser in den Griff zu bekommen. Also genau das zu leisten, was in der Verknüpfung AAPV/SAPV noch fehlt.

Anstrengungen zur Qualitätssicherung und zur optimierten, die Leistungssektorenübergreifenden Arbeitsteilung unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgesichtspunkten sollen gefördert und nicht durch bestehende Zulassungsschranken behindert werden.

Verträge zur integrierten Versorgung sollen auch eine bevölkerungsbezogene flächendeckende Versorgung ermöglichen.

2.1 Vorschlag zur materiellen Ausstattung

Die Festlegung der Vergütung der integrierten Versorgung ist Sache der Vertragspartner (Kassen und Leistungserbringer), wobei die Verträge zur integrierten Versorgung auch die Übernahme der Budgetverantwortung vorsehen können. Die Palliativversorgung ist zur Zeit frei von Budgets. Einsparungen, die sich durch die bessere Verzahnung der Behandlungsprozesse in einer integrierten Versorgungsform ergeben, können im Rahmen der vereinbarten Vergütung bei den Leistungserbringern verbleiben. Hier wären Einsparungen im Kliniksektor im Rettungswesen und in der Arzneimittelversorgung denkbar.

Als Vertragspartner kommen folgende Gruppen in Betracht:

Vertragsärzte mit Zusatzqualifikation (Basiskurs Palliativmedizin 40 Std.)

SAPV Netze

Pflegedienste

Stationäre Einrichtungen

Hospizdienste (Ehrenamt)

Die notwendigen Vergütungen für die Aufwendungen der Kooperationspartner sollten folgende Aufgaben und Bereiche abdecken:

Beratungsgespräch durch den Vertragsarzt

Beratung des Patienten, des Betreuers oder Bevollmächtigten und ggf. seiner Angehörigen

oder ihm nahe stehenden Personen zu Beginn der Versorgung nach diesem Vertrag

inklusive der Ermittlung der Zustimmung des Patienten und Anmeldung beim SAPV-Team

Hausbesuche (Versorgung, Symptomkontrolle, etc.)

Hausbesuch 20-60 Minuten durch Arzt, Pflegefachkraft/ Koordination

Hausbesuch > 60 Minuten ----- ## -----

Rufbereitschaft

Zusatzpauschale Telefonische Erreichbarkeit bei Inanspruchnahme (Anmeldung und Dokumentation erforderlich) des teilnehmenden Vertragsarztes oder des SAPV-Teams durch den Patienten

Koordination

Koordination der Versorgung durch SAPV-Team mit sämtlichen Versorgungspartnern

höchstens drei Mal im Quartal

Dokumentationsaufwand

Wegepauschalen

bei Hausbesuchen, entfernungsabhängig

Vergütungen in der AAPV / SAPV für Leistungserbringer wie Pflege, Physiotherapie u.v.a.m. müssen in den jeweiligen Bereichen geregelt werden. Um ein mitwirken in diesem Vertrag für diese Gruppen wirtschaftlich zu ermöglichen, ist dies Zeitnah erforderlich.

3 Quellennachweis

Gröhe H., Wildmann- Mauz ,A., Spahn, J.,Zeuler, E., Lauterbach,K.,Mattheis,H. 2014,
Papier Verbesserung der Hospiz und Palliativversorgung

GBA Bericht zur Evaluation SAPV 2013

Gemeinsame Arbeitsgruppe APV des DHPV und der DGP Arbeitspapier zur
allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) Stand 23.04.2013

Positionspapier der Bundesgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege e.V. zur
Allgemeinen (Ambulanten) Palliativversorgung(APV/ AAPV)

Deutsche Palliativstiftung, Gesetzentwurf zur AAPV

[http://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/PDF/2014-11-10_AAPV-
Gesetzentwurf-1-2.pdf](http://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/PDF/2014-11-10_AAPV-Gesetzentwurf-1-2.pdf)