

Spezialisierte Palliativversorgung soll einzelfallgerecht sein

Richtlinie tritt in Kraft – Jetzt sind die Krankenkassen am Zug

Zu den neuen Leistungen, die das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ab 1. April 2007 gebracht hat, gehört die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte die Aufgabe, die Richtlinie zum § 37b Sozialgesetzbuch (SGB) V mit seinen Verordnungs-Voraussetzungen (zur Verordnung berechnete Ärzte, Indikationen) sowie Inhalte und Umfang der Leistungen für die spezialisierte Palliativversorgung (SAPV) zu konkretisieren. Die von ihm Ende 2007 beschlossene Richtlinie wurde vom Bundesgesundheitsministerium genehmigt – unter der Auflage, zwei Änderungen in der nächsten Überarbeitung zu berücksichtigen.

„Es gibt hierbei keine starren Regeln, weil es um sterbende Menschen geht“

„Es gibt hierbei keine starren Regeln, weil es um sterbende Menschen geht“, kommentiert G-BA-Vorsitzender Dr. Rainer Hess das Ergebnis. Nachdem die Richtlinie steht, sind nun die Krankenkassen gefordert, die Rahmenvereinbarungen über Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen. Das Problem: „Eben weil diese Richtlinie sehr weit gefasst ist, besteht die Gefahr, dass die Qualität auf der Strecke bleibt und die Krankenkassen die günstigste Versorgung wählen“, sagt Hess und mahnt zugleich: „Wenn das der Fall ist, werden wir uns nicht scheuen, direkt nachzubessern.“ Die gesetzliche Terminvorgabe für die Richtlinie war der 30. September 2007. Der Leistungsanspruch besteht jedoch prinzipiell seit dem 1. April 2007 und kann deshalb im Einzelfall auch schon jetzt geltend gemacht werden.

Bestehendes Angebot wird ergänzt

„Der G-BA stellt mit diesem Beschluss sicher, dass die Bedingungen für eine optimale Versorgung von schwerstkranken Menschen in ihrer letzten Lebensphase mit einem häufig sehr umfassenden Behandlungs- und Betreuungsbedarf gegeben sind“, sagte G-BA-Chef Dr. Rainer Hess am 21. Dezember in Berlin. Dabei werde besonders die flexible Zusammenarbeit der Palliativ-Care-Teams (PCT) und weiterer Beteiligten gewährleistet. Auf reichlich vier Seiten enthält die SAPV-Richtlinie des G-BA in acht Paragraphen ein dichtes Geflecht von Regelungen und Vorgaben für die ambulante Spezialversorgung schwerstkranker Menschen am Lebensende. Es geht um Anspruchsvoraussetzungen, Anforderungen an die Erkrankungen, Kriterien besonders aufwändiger Versorgung, Inhalt und Umfang der SAPV-Leistungen, Zusammenarbeit der Leistungserbringer, Verordnung von SAPV sowie Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkassen. Die spezialisierte Palliativversorgung ist eine zusätzlich per Gesetz im SGB V verankerte ambulante GKV-Leistung, die über die allgemeine Palliativversorgung hinausgeht und das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste, ergänzt. In der Gesetzesbegründung des GKV-WSG wird geschätzt, dass die besonders aufwändige ambulante SPV durch entsprechend fortgebildete Ärzte und Pflegekräfte bei etwa 10 Prozent der betroffenen Patienten erforderlich sein dürfte. „Ambulant“ bedeutet demnach die Versorgung im häuslichen Umfeld oder im Pflegeheim des Patienten.

Patienten-Bedürfnisse einzelfallgerecht

Übergreifendes Ziel ist es, „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 zu ermöglichen.“ Im Vordergrund der Versorgung steht dabei anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Dabei sollen „die individuellen Bedürfnisse und Wünsche“ der Patienten sowie „die Belange ihrer (...) vertrauten Personen (...) im Mittelpunkt der Versorgung“ stehen (§ 1 SAPV-RL).

Versicherte haben nach der Richtlinie Anspruch auf SAPV:

- Wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung „nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes (...) auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist“

- Wenn Patienten unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden kann (§ 2).
„Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierbaren Lebenserwartung erfüllt.“ (§ 3)

Bedarf bei „ausgeprägter Symptomatik“

Anhaltspunkt für den Bedarf einer besonders aufwändigen ambulanten Palliativversorgung ist nach der G-BA-Richtlinie „das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt.“ Als „komplex“ gilt demnach ein Symptomgeschehen „in der Regel“, wenn „mindestens eine“ der folgenden Symptomatiken „ausgeprägt“ vorliegt: Schmerz, neurologisch/psychiatrisch/psychisch, respiratorisch, kardial, gastrointestinal, urogenital sowie ulzerierende/exulzierende Wunden oder Tumore (§ 4).

Inhalt und Umfang der SAPV

SAPV umfasst je nach Bedarf alle erforderlichen Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung, zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden oder behandelnden Ärzte sowie der sonstigen an der allgemeinen Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen (§ 5). Je nach aktuellem Versorgungsbedarf kann die SAPV in vier Stufen erbracht werden: als Beratungsleistung, als Koordination der Versorgung, als additiv unterstützende Teilversorgung sowie als vollständige Versorgung rund um die Uhr. Auch für die SAPV gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot, wie in § 5 der G-BA-Richtlinie ausdrücklich betont wird: „Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.“ Das Spannungsverhältnis zwischen diesem „GKV-Grundgesetz“ und der erwähnten Richtlinien-Vorgabe in § 1, wonach neben den Bedürfnissen auch die Wünsche des Palliativpatienten und seiner Vertrauenspersonen bei SAPV „im Mittelpunkt“ stehen, ist offensichtlich – wird aber vom Bundesausschuss nicht thematisiert.

SAPV-Verordnung und Prüfungsvorbehalt der Kassen

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann von behandelnden niedergelassenen oder Krankenhausärzten verordnet werden. Klinikärzte können bei Entlassung eines Patienten SAPV längstens für sieben Tage zu Lasten der GKV verordnen, steht in der Richtlinie. Allerdings weicht das BMG diese Frist per Auflage auf: Danach soll es heißen „... in der Regel jedoch längstens für 7 Tage“. Der Krankenkasse muss die SAPV-Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag vorliegen. Folgeverordnungen werden von den Kassen geprüft. Leistungspflicht besteht nur bei positivem Kassenvotum.

Handlungsbedarf bei Kassen, KBV, Kliniken

Mit der G-BA-Richtlinie ist der neue Leistungskomplex der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung noch nicht abschließend geregelt. SAPV-Leistungen dürfen nach dem WSG nur von Leistungserbringern erbracht werden, die die Voraussetzungen von § 132d SGB V erfüllen. Demnach haben die Krankenkassen unter Berücksichtigung der SAPV-Richtlinie „Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen“ zu schließen, „soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.“ In diesen Verträgen muss nach § 132d SGB V auch die Vergütung und deren Abrechnung geregelt werden sowie ergänzend in welcher Weise die Leistungserbringer beratend tätig werden. Zudem haben die GKV-Spitzenverbände gemeinsam und einheitlich in Empfehlungen festzulegen:

- die sachlichen und personellen Anforderungen an die Leistungsbringung,
- die Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung sowie
- die Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.

An diesen Empfehlungen müssen die Kostenträger die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer beteiligen. Genannt werden in § 132d SGB V Deutsche Krankenhausgesellschaft, Vereinigungen der

Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

BMG verlangt Erfahrungsbericht

Die Auflagen des Bundesgesundheitsministeriums

Mit Schreiben vom 14. Februar hat das BMG die Richtlinie genehmigt, mit der Auflage, dass die erwähnte Formulierung der 7-Tagesfrist geändert wird. Eine weitere Bedingung: Der G-BA muss dem Ministerium über die Leistungsentwicklung bis Ende 2009 Bericht erstatten. Dabei sollen zwei Fragestellungen besonders berücksichtigt werden:

1. Wird durch die Richtlinie den besonderen Belangen von Kindern genügt?
2. Welche Rückwirkungen ergeben sich auf andere Leistungsbereiche (z. B. häusliche Krankenpflege) und besteht ggf. Nachbesserungsbedarf?

Man darf gespannt sein, wann die ersten Verträge zustande kommen, und wie aussagekräftig eine Evaluation ist, die dann einem Bundesgesundheitsministerium unter einer gerade neu gewählten Bundesregierung präsentiert wird.

Dieser Artikel wird Ihnen präsentiert als ein Service von univadis® und MSD. Der Inhalt dieses Artikels wird bereitgestellt von der Presseagentur Gesundheit und spiegelt nicht zwingend die Meinung von univadis® oder MSD wider.

Copyright 2008 Presseagentur Gesundheit

Quelle: www.univadis.de