

**Stellungnahme der AG SAPV (DHPV, DGP, IG SAPV)  
zum Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)  
an das Bundesministerium für Gesundheit  
über die  
Umsetzung der SAPV-Richtlinie  
für das Jahr 2009**

*(19.02.2010)*

Im Dezember 2009 legte der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) entsprechend dem Auftrag des BMG vom 14. Dezember 2008 seinen Bericht über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009 vor. Mit der Genehmigung der SAPV-Richtlinie in ihrer Fassung vom 20. Dezember 2007 durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte dieses zugleich dem G-BA die Auflage erteilt, jährlich, erstmals zum 31. Dezember 2009, einen Bericht über die Leistungsentwicklung im Bereich der SAPV vorzulegen. Neben der Darstellung der Leistungsentwicklung beauftragte das BMG den G-BA, zu einigen konkreten Fragen gezielt Stellung zu nehmen (insbesondere zur Berücksichtigung der Belange der Kinder, zu den Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche sowie zur Notwendigkeit von Verbesserungen der Palliativversorgung außerhalb des Bereiches der SAPV). Der Bericht des G-BA wurde zwischenzeitlich auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht.

Der Bericht basiert ausschließlich auf einer Befragung der Gesetzlichen Krankenkassen, einer Befragung der Bundesärztekammer (ausschließlich bezogen auf die Anzahl in Palliativmedizin qualifizierter Ärztinnen und Ärzte) sowie einer Befragung maßgeblicher Pflegeverbände auf Bundesebene (ausschließlich bezogen auf die Anzahl in Palliativpflege qualifizierter Pflegefachkräfte). Die Kernaussagen zu Leistungszahlen und Vertragsabschlüssen, die aufgrund der Angaben der Krankenkassen in diesem Bericht zusammengestellt wurden, –stammen von 128 von insgesamt 186 befragten Kassen. Insgesamt wurden damit die Daten von rund 63 Millionen Versicherten, d.h. rd. 90% der Versicherten berücksichtigt. Eine Abfrage oder Hinweise von Seiten der SAPV-Leistungserbringer flossen dagegen in den Bericht nicht ein.

Der Bericht konzentriert sich nahezu ausschließlich auf eine Bestandserhebung zur Anzahl der geschlossenen Verträge und der Leistungsfälle sowie auf erste Einschätzungen (allein seitens der Krankenkassen) zum Umsetzungsstand und zum möglichen Änderungsbedarf an der Richtlinie. Die AG SAPV, ein Zusammenschluss des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV), der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Interessengemeinschaft SAPV (IG SAPV - dem bundesweiten Zusammenschluss von SAPV-Leistungserbringern) nimmt nachfolgend unter folgenden Aspekten zu dem Bericht Stellung:

1. Bewertung der Berichtsergebnisse
2. Ergänzende Hinweise aus Sicht der Leistungserbringer
3. Vorschläge und Hinweise zur weiteren Evaluation und Berichterstattung

## 1. Bewertung der Berichtsergebnisse

Die Ergebnisse im Hinblick auf die Anzahl der Vertragsabschlüsse und der Leistungsfälle überraschen nicht, sie machen das bislang außerordentlich geringe Leistungsgeschehen deutlich und – so auch der Hinweis im Bericht – zeigen, dass eine flächendeckende Versorgung mit SAPV auch zum Stichtag der Umfrage rd. zweieinhalb Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht annähernd erreicht ist. Auch wenn die Daten heute – im Februar 2010 – nicht mehr den aktuellen Stand widerspiegeln, so dürfte die Situation auch heute keine grundlegend andere sein.

Zu einzelnen der aufgeführten Berichtsergebnisse nimmt die AG SAPV wie folgt Stellung:

### ***Vertragsabschlüsse und Leistungszahlen***

- Die von den Kassen rückgemeldeten Angaben zu den geschlossenen oder geplanten Vertragsabschlüssen ermöglichen nur bedingt eine Transparenz im Vertragsgeschehen: Sie sind kaum vergleichbar. Es geht nicht hervor, inwieweit die Verträge regional oder überregional gültig sind, ob es sich um Einzelverträge oder einheitlich und gemeinsam geschlossene Verträge handelt und ein wie großer Anteil der Versicherten durch die Verträge erreichbar wäre. Sinnvoll wäre die Frage, für wie viele Versicherte die Verträge jeweils gelten. Die Leistungserbringer könnten ihrerseits klare Aussagen treffen, für wie viele Einwohner in ihrer Region sie Verträge zur SAPV abgeschlossen haben, bzw. nicht abgeschlossen haben. Auf methodische Probleme weist der G-BA auch in seinem Fazit hin. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Umfrage als bemerkenswertes Ergebnis je Krankenkasse im Median drei abgeschlossene Verträge bei nur einem Leistungsfall je Krankenkasse erbracht hat.
- Es überrascht, dass Verträge nach §140 SGB V als SAPV-Verträge gewertet werden, da die integrierte Versorgung nach §140 SGB V grundsätzlich eine andere Zielrichtung hat und für Patienten mit Bedingungen verknüpft ist – im Gegensatz zu dem vom Gesetzgeber mit dem §37b SGB V ausdrücklich eingeführten Rechtsanspruch der Versicherten auf SAPV.
- Bei der Frage nach den Gründen für die Verhinderung weiterer Vertragsabschlüsse wäre zu wünschen gewesen, dass auch die Sichtweise der Leistungserbringerseite, insbesondere der an den Verhandlungen unmittelbar Beteiligten eingeflossen wäre, weil immer zwei Seiten für das Zustandekommen oder Nicht-Zustandekommen von Verträgen verantwortlich sind.
- Die rückgemeldete Zahl der Leistungsfälle lässt eine Analyse noch nicht wirklich zu. Jährlich ist geschätzt von rd. 80.000 versorgungsbedürftigen SAPV-Patientinnen und –Patienten auszugehen, wohingegen derzeit nur 2614 (davon 777 über Kostenerstattung!) erfasst wurden.

### ***Berücksichtigung der besonderen Belange der Kinder***

- Auch in diesem Bereich ist – wie aus dem Bericht deutlich wird - die Umsetzung noch sehr zögerlich: bundesweit gibt es derzeit erst drei SAPV-Verträge für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Andere Versorgungsansätze, z.B. das

Modellprogramm in Nordrhein-Westfalen sind als vorausgehende oder Übergangsweise Regelung sicher sinnvoll, erfüllen aber nicht die Kriterien nach §§ 37b/132d SGB V.

### **Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften**

- Die Übersicht über die in Palliativmedizin weitergebildeten Ärztinnen und Ärzte in den verschiedenen Bundesländern und die dabei dargestellten erheblichen Unterschiede zwischen den Bundesländern sind hilfreich, da sie ein Benchmarking zwischen den Ländern ermöglichen und den unterschiedlichen Handlungsbedarf deutlich machen.
- Die Abfrage bei den verschiedenen Pflege-Fachorganisationen zur Anzahl der Pflegefachkräfte mit abgeschlossener Palliative-Care-Weiterbildung war ergebnislos verlaufen. Über eine gute Datenbasis dazu verfügt aber das Zentrum für Palliativmedizin an der Universität Bonn, das die Kurse bundesweit sehr weitgehend erfasst und dessen Daten der AG SAPV zugänglich sind. Danach sind bis Februar 2010 bundesweit rund 11.000 in Palliative Care weitergebildete Pflegekräfte erfasst. Im Jahr 2009 haben danach 79 Kursleiter in Deutschland 156 Kurse angeboten. Die Verteilung der Kurse im bundesweiten Vergleich und die Zahl der weitergebildeten Pflegekräfte je Bundesland stellen sich nach diesen Daten außerordentlich unterschiedlich dar.
- Keine Aussage ist dabei möglich, wie viele der weitergebildeten Pflegenden, Ärztinnen und Ärzte auch für die Mitarbeit in der SAPV dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Es ist davon auszugehen, dass die genannten Personen in der Regel in festen Arbeitsverhältnissen außerhalb der SAPV stehen.

### **Änderungsvorschläge zur SAPV-Richtlinie und Problemschilderungen im Umgang mit SAPV**

- Die Rückmeldungen sollen hier nicht im einzelnen kommentiert, aber darauf hingewiesen werden, dass gerade hier Aspekte anderer Beteiligter, insbesondere der unmittelbar in der SAPV tätigen Leistungserbringer ergänzende Hinweise erbracht hätten, wie dies vom G-BA in seinem abschließenden Fazit auch angesprochen wird. Entsprechende Hinweise gibt die AG SAPV im folgenden unter 2.

#### **2. Ergänzende Hinweise aus Sicht der Leistungserbringer**

##### **Hinweise zur Verzögerung/Verhinderung von Vertragsabschlüssen und zu Problemen bei der Gestaltung von Verträgen außerhalb des für die Umsetzung der SAPV vorgesehenen § 132d SGB V (§ 140 a SGB V und andere Verträge abweichend von § 132d SGB V)**

Der nahezu bundesweit zu beobachtende zögerliche Abschluss von Verträgen gem. § 132d SGB V ist sicher multifaktoriell bedingt; nicht zuletzt erforderten die Neubildung solcher innovativen Team- und Netzwerkstrukturen und die dann auf dieser Basis (nach Möglichkeit einheitlich und gemeinsam) zu schließenden Einzelverträge mehr Zeit, als dies vorgesehen und vor allem aus Sicht der betroffe-

nen Patientinnen und Patienten gewünscht sein konnte. Die potentiellen Palliative Care Teams auf der Leistungserbringerseite haben außerdem ihrerseits häufig leidvoll erfahren, wie schwierig eine Verhandlung ohne die notwendige „gleiche Augenhöhe“ vielfach war/ist, das heißt, wie sehr die Krankenkassen ihre Position zum Teil ausgenutzt haben und wie wenig Transparenz von Seiten der Krankenkassen häufig im Vorfeld und während der Verhandlungen hergestellt wurde. Z. T. haben Versicherte in dieser letzten Lebensphase ihren Rechtsanspruch auf SAPV auf dem Gerichtsweg durchsetzen müssen, dies verdeutlicht den zum Teil schwierigen Umgang der Kostenträger mit der Umsetzung der SAPV auch dort, wo die Voraussetzungen längst vorlagen. Eine Erschwernis im Abschluss von Verträgen ist darüber hinaus die z.T. mangelnde Flexibilität auf Seiten der Kostenträger, bezogen auf die unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten. Z.B. wurden von Seiten der Kostenträger die anfangs gebildeten Kenngrößen (ein Team mit acht Vollzeitkräften für 250.000 Einwohner) auch in ländlichen, dünn besiedelten Regionen z.T. nicht als Orientierungswert, sondern als Festlegung gesehen, wodurch eine Organisation der SAPV mit vertretbarem Zeitaufwand und auskömmlicher Finanzierung nicht möglich wird. Die Leistungserbringer betonen in diesem Zusammenhang, dass für die Umsetzung der SAPV erhebliche – auch kostenintensive – Strukturen vorgehalten werden müssen. So können sich bei zögerlicher oder fehlender Kostenabsicherung auch langfristig keine flächendeckenden Strukturen entwickeln. Darüber hinaus ist außerordentlich unbefriedigend, dass auch Verträge außerhalb des § 132d, insbesondere Verträge nach § 140a SGB V abgeschlossen wurden und für die Kassen als SAPV- Verträge galten.

### ***Hinweise zu Problemen bei der Umsetzung abgeschlossener SAPV-Verträge***

Bereits heute kann aufgrund konkreter Erfahrungen der Leistungserbringer vor Ort eine Reihe von Problemen bei der Umsetzung abgeschlossener SAPV – Verträge klar benannt werden:

- Die Verordnungskompetenzen der die SAPV-Leistungen erbringenden Ärzte, insbesondere zur Verordnung von Krankenhausaufenthalten, von notwendiger Diagnostik/Laboruntersuchungen, Sprechstundenbedarf u.a. ist bislang nicht geregelt. Dies hatte der DHPV gegenüber dem G-BA in einer gesonderten Stellungnahme zur Änderung der SAPV-Richtlinie bereits mitgeteilt.
- Das Verordnungsformular zur SAPV (Muster 63) mit der Notwendigkeit der dreifachen Unterschrift erweist sich bei sterbenskranken und kognitiv eingeschränkten Patienten in vielen Fällen als nicht praktikabel.
- Die Schmerzbehandlung und die Behandlung anderer bedrohlicher Symptome, wie schwerster Atemnot, wird in der Häuslichkeit erschwert durch grundlegende rechtliche und tatsächliche Probleme im Umgang mit Betäubungsmitteln, die dazu führen, dass die Ärzte zum Teil im illegalen Raum agieren, um den Bedürfnissen der Patienten in der angemessenen und medizinisch korrekten Weise gerecht werden zu können. Die Probleme

me sind bereits konkret an das BMG herangetragen worden; eine Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung ist in Vorbereitung.

- Darüber hinaus gibt es konkrete Probleme im Zusammenhang mit der allgemeinen Arzneimittelversorgung, die eine Änderung verschiedener Gesetze/rechtlichen Regelungen dringend erforderlich machen (Apotheken- und Arzneimittelgesetz, SGB V, Sprechstundebedarfsregelung, Berufsordnung für Ärzte). Diese Probleme werden seitens der AG SAPV derzeit zusammengestellt und sollen kurzfristig an die Politik herangetragen werden.
- Als problematisch erweist sich - je nach Vertragsgestaltung - in der Umsetzung die Abgrenzung zwischen Vollversorgung und Teilversorgung. Diese erweist sich in der Praxis als kaum umsetzbar und kann zu einem unverhältnismäßigen Prüfaufwand führen.
- Als problematisch erweisen sich ferner zunehmend aufwändige Prüfverfahren der Krankenkassen bei der Übernahme der Kosten der SAPV, die zum Teil zu unvertretbarem Zeitverlust für die Patientinnen und Patienten führen, bzw. die für die Leistungserbringer immer wieder bedeuten, in finanzielle Vorleistung treten zu müssen.
- Die Dokumentationsverfahren sind bundesweit noch Entwicklungsfeld. Notwendig ist eine systematische, dem multiprofessionellen Versorgungsansatz Rechnung tragende Dokumentation, die möglichst weit gehend auch auf modernen elektronischen Verfahren basiert, einen einheitlichen Kerndatensatz integriert und damit bundesweit vergleichbare Ergebnisse ermöglicht. Erforderlich ist dazu eine Koordination auf Bundesebene, um die sich die AG SAPV derzeit bemüht, die aber dringend auch der politischen und der Unterstützung des G-BA bedarf.
- Besondere Bedeutung für den Ausbau und die Umsetzung einer flächendeckenden und effizienten Umsetzung der SAPV hat aber in besonderer Weise die Weiterentwicklung der Strukturen der allgemeinen Palliativversorgung. Nur mit einer gut strukturierten und entsprechend finanzierten allgemeinen Versorgung (insbesondere Hausärzte und Pflegedienste) sind die Ziele der SAPV-Versorgung, aufbauend auf den gewachsenen Strukturen, und die notwendige Flächendeckung erreichbar.
- Darüber hinaus ergibt sich eine Fülle von Fragen und Problemen bezogen auf die außerordentlich unterschiedliche Ausgangssituation in den Ländern im Hinblick auf die Entwicklung der Palliativ-Versorgungsstrukturen und die Anzahl qualifizierter Ärzte und Pflegekräfte, Fragen zum Pauschalierungskonzept und zur Höhe der Vergütung, die derzeit außerordentlich unterschiedlich geregelt wird, Fragen im Hinblick auf die Konstruktion und das Funktionieren von Netzwerken und multiprofessioneller Zusammenarbeit – und hier vor allem auch auf die Einbeziehung der ambulanten Hospizdienste und der Begleitung durch Ehrenamtliche – Fragen der unter-

schiedlichen strukturellen Erfordernisse in ländlichen gegenüber den städtischen Regionen, u.a. Die Beantwortung der unter diesem Punkt aufgeworfenen Fragen ist sicher nicht durch eine einfache Erhebung möglich, sondern setzt im wesentlichen eine sorgfältige Evaluation und Begleitforschung bei der Umsetzung voraus, die bundesweit abgestimmt erfolgen sollte.

### **3. Vorschläge und Hinweise zur weiteren Evaluation und Berichterstattung**

Die AG SAPV begrüßt, dass gemäß Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums auch zukünftig durch den G-BA regelmäßige Berichte über die Umsetzung der SAPV vorgesehen sind. Wie auch bereits unter Punkt E.) des Berichts dargelegt, ist es dafür aber erforderlich, die Methodik der Befragung grundlegend zu überarbeiten und die Datengrundlagen für die Berichterstattung deutlich zu verbreitern, um ein mehrdimensionales Bild zu erhalten. Das heißt, auch die Partner der Leistungserbringerseite von vornherein einzubeziehen und darüber hinaus die Leistungsdokumentation soweit möglich in der Berichterstattung zu berücksichtigen. DHPV und DGP haben im Januar 2009 einen Gemeinsamen Datensatz (bestehend aus Kerndatensatz und SAPV-Strukturmodul) zur bundesweit einheitlichen Kerndokumentation empfohlen. Dieser hat in die meisten Verträge, die zur SAPV bislang abgeschlossen wurden, auch Eingang gefunden – erste Ergebnisse dürften für den Bericht 2010 auswertbar sein und sollten berücksichtigt werden. Darüber hinaus gibt es weitere Ansätze zur Evaluation z. B. in Bayern und Hessen. Die Ergebnisse sollten bereits nach einer ersten Phase vorgestellt und verglichen werden.

Die AG SAPV steht zur Unterstützung des Folgeberichts mit ihren Erfahrungen und Instrumenten gern zur Verfügung.

DHPV, DGP und IG SAPV sehen aber darüber hinaus schon heute in konkreten Punkten dringenden Diskussions- und Nachbesserungsbedarf bei den rechtlichen Rahmenbedingungen zur Umsetzung der SAPV, die insbesondere oben unter Punkt 2.) im einzelnen aufgelistet sind.