

# „Wohin wollen die Krankenkassen bei der Palliativversorgung?“

Oliver Blatt

Leiter der Abteilung Gesundheit  
Verband der Ersatzkassen e.V.

Kongress der Deutschen Gesellschaft für  
Sozialmedizin und Prävention

MDK – Tag, 13.09.2012,  
Workshop zur Palliativversorgung

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) vertritt die 6 Ersatzkassen (= 25 Millionen Versicherte!)

**BARMER**  
**GEK** die gesund  
experten

**DAK**

Unternehmen Leben

Techniker  
Krankenkasse



**KKH**

**Allianz** 

**HEK**



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

**hkk**

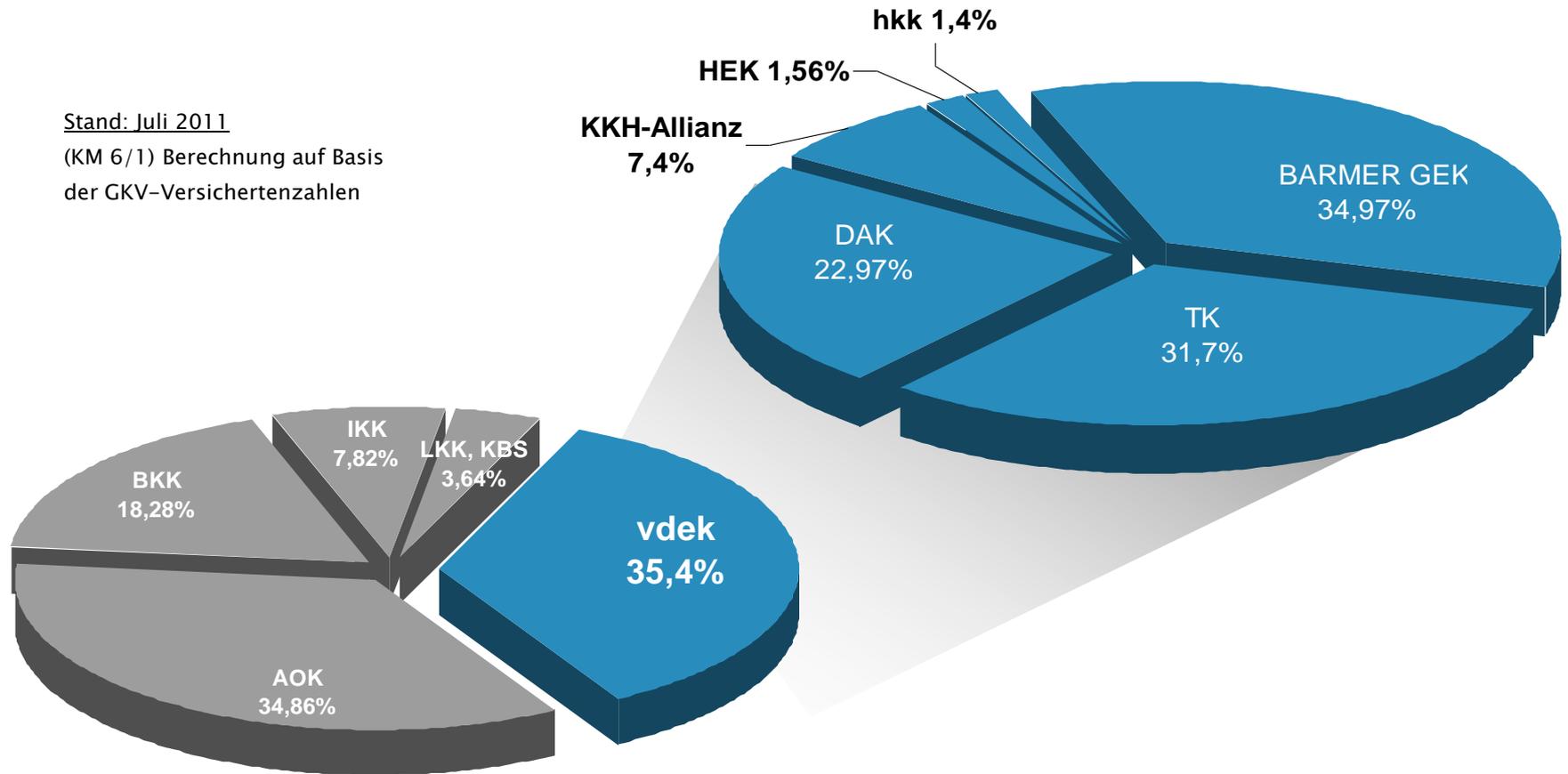
Erste Gesundheit.

**vdek**   
Die Ersatzkassen

# Die Ersatzkassengemeinschaft – Ein starker Verbund

Stand: Juli 2011

(KM 6/1) Berechnung auf Basis  
der GKV-Versichertenzahlen



# Agenda



- Palliativversorgung – wo stehen wir?
- Grundsätzliche Überlegungen
- Hochwertige Leistungen – wirtschaftliche Versorgung
- Wohin wollen die Kassen bei der Palliativversorgung?
- Was erwarten die Kassen bei der Begutachtung?

# Palliativversorgung (1)

## Wo stehen wir?



- Palliativversorgung wird als **allgemeine Leistung** in der stationären Krankenhausbehandlung und in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbracht und vergütet.
- Daneben wird Palliativversorgung im Rahmen von speziell im SGB V ausgewiesene hochwertige Leistungen in **stationären Hospizen**, durch **ambulante Hospizdienste** sowie im Rahmen der **SAPV** erbracht.
- Die Ausgestaltung der **allgemeinen Leistungen** sowie deren Vergütung obliegen den Verantwortlichen für DRG und EBM.

## Palliativversorgung (2)

### Wo stehen wir?



- **Palliativmedizin und Palliative-Care** sind die Säulen der Palliativversorgung.
- Palliativversorgung für GKV-Versicherte wird multiprofessionell erbracht. **Sie schließt den Einsatz von Ehrenamtlichen ein.**
- Palliativmedizinische Qualifikationen sind Gegenstand der ärztlichen Weiterbildungsordnungen in den Bundesländern und werden jeweils von den Landesärztekammern erteilt.
- Palliative-Care Qualifikationen werden privatwirtschaftlich angeboten.

## Palliativversorgung (3) Wo stehen wir?



- Verträge mit stationären Hospizen sowie Leistungserbringern der SAPV werden auf Landesebene geschlossen.
- Für stationäre Hospize hat sich ein bundeseinheitlicher (Muster-)Vertrag durchgesetzt.
- Für die SAPV hat der bundesweite Mustervertrag der Ersatzkassen erfolgreich Schrittmacherdienste geleistet.
- Der Auftrag des Gesetzgebers, auch regional gewachsene Strukturen zu integrieren, hat zu einer länderunterschiedlichen Vertragsvielfalt geführt.

# Grundsätzliche Überlegungen

## Individuum – Leistungsanspruch



- **Nicht die Krankheit wird behandelt, sondern der Patient.** Die wesentliche Bedeutung und die Praxisrelevanz dieses in der Akutversorgung oftmals vergessenen medizinischen Grundsatzes lässt sich am Beispiel der Palliativversorgung besonders gut ablesen. Das Prinzip von Palliative Care ist dabei für eine individuelle und integrierte patientenorientierte Ausgestaltung der Palliativversorgung unverzichtbar.

# Grundsätzliche Überlegungen

## Individuum – Leistungsanspruch



- **Erweiterung des Leistungsspektrums**  
an palliativen Leistungselementen für GKV-Versicherte.  
In den letzten 20 Jahre sind die gesetzlichen Ansprüche des Versicherten schrittweise ausgebaut worden.  
Damit ist eine patientengerechte und medizinisch gebotene Umorientierung zu (mehr) menschlicher Zuwendung im Rahmen der vertrags- und leistungsrechtlichen Regelungen des SGB V machbar geworden.

# Grundsätzliche Überlegungen

## Ethik



- **Palliativversorgung bedeutet das gemeinsame Abwägen** mit dem Patienten (ggf. unter Einbeziehung seiner Angehörigen) über die Durchführung von Behandlungsschritten. Dabei spielt der bewusste Verzicht auf medizinisch Machbares eine Rolle, sofern dies dem Patienten im Einzelfall mehr Nutzen und weniger Belastung und damit den Tagen mehr Leben bringt. Es ist auch im Interesse der Versichertengemeinschaft, diese Maximen palliativen Versorgens zu verfolgen.
- **Zitat Josef Hecken, Vorsitzender G-BA:** „Medikamente sollen Todkranken nicht vorenthalten werden, selbst wenn sie starke Nebenwirkungen haben. Letztlich entscheidet der Patient selber“

# Bausteine der Palliativversorgung SGB V



Gesetzlich geregelte Leistungselemente sind:

Ambulante Hospizdienste (AHD)

§ 39a Abs. 2 SGB V

Spezialisierte amb. Palliativversorgung (SAPV)

§§ 37b , 132d SGB V

Stationäre Hospize

§ 39a Abs. 2 SGB V

## Ambulante Hospizdienste (1)

### § 39a Abs. 2 SGBV

Die Kassen fördern gemeinsam Personal- und Sachkosten. Der Gesetzgeber hat bei der Förderung des ehrenamtlichen Elementes eine Ausgabenobergrenze für die Kassen festgelegt. Diese finanzielle Absicherung von Hospiz-Vereinen bei der Beschäftigung von Fachkräften ist eine wichtige Basis für die Strukturqualität.

Es hängt wesentlich vom Verein und dem Engagement der Fachkräfte ab, in wieweit es gelingt, Ehrenamtliche auf ihre Einsätze vorzubereiten und das Erlebte dann auch zu verarbeiten.

## Ambulante Hospizdienste (2)

### § 39a Abs. 2 SGBV

Eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit hat der Gesetzgeber den Kassen nicht aufgegeben. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die primär dem Versicherten zu Teil werdende Zuwendung und Beratung systemisch zur Wirtschaftlichkeit beiträgt.

Begutachtungsbedarf durch MDK besteht nicht.

# Bausteine der Palliativversorgung SGB V



Gesetzlich geregelte Leistungselemente sind:

Ambulante Hospizdienste (AHD)

§ 39a Abs. 2 SGB V

Spezialisierte amb. Palliativversorgung (SAPV)

§§ 37b , 132d SGB V

Stationäre Hospize

§ 39a Abs. 2 SGB V

# Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (1)

## §§ 37b und 132d SGBV

SAPV ist (nur) ein Baustein der Palliativversorgung. Mit der SAPV hat der Gesetzgeber einen neuen Leistungssektor geschaffen, für den die Kassen den Sicherstellungsauftrag haben.

Leistungsinhalt und -umfang sind durch die SAPV-RL des G-BA flexibel geregelt.

Anforderungen an die Qualität werden auf Landesebene vertraglich vereinbart. Die entsprechenden Empfehlungen der Bundesebene sind derzeit in Überarbeitung.

## Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (2)

### §§ 37b und 132d SGBV

Die Vergütung ist weder strukturell noch in der Vergütungshöhe bundeseinheitlich geregelt (föderaler Ansatz).

Der Aufbau/die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung ist vorrangig vom Vorhandensein ausreichend qualifizierter Pflegefachkräften und Ärzten in der jeweiligen Region abhängig.

Eine Prüfung der (mit der SAPV-RL) gebotenen Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung durch die PCT hat der Gesetzgeber den Kassen nicht aufgegeben.

# Versorgungssituation SAPV



Stand der Erhebung:  
31.12.2011

159*	Kassenartenübergreifend geschlossene Verträge
56	Verträge sind in Verhandlung (kassenartenübergreifend)
6	Kassenspezifisch geschlossene Verträge (HH, HE, SAH)
8	Verträge i. R. d. integrierten Versorgung gem. § 140a SGB V

- 11 Verträge speziell für Kindern
- In der Regel gilt:  
Ein Vertrag/Leistungserbringer.  
Ausnahme:  
Berlin/Westf. Lippe existieren KV-Verträge mit mehreren LE (85 bzw. 25).

# Bausteine der Palliativversorgung SGB V



Gesetzlich geregelte Leistungselemente sind:

Ambulante Hospizdienste (AHD)

§ 39a Abs. 2 SGB V

Spezialisierte amb. Palliativversorgung (SAPV)

§§ 37b , 132d SGB V

Stationäre Hospize

§ 39a Abs. 2 SGB V

# Stationäre Hospize

## § 39a (1) SGBV

Die Kassen tragen 90% des Tagessatzes bei Erwachsenen bzw. 95% bei Kindern.

Der Gesetzgeber ist mit der Einführung dieser zu bezuschussenden Leistung den guten Erfahrungen gefolgt, die die Ersatzkassen über Jahre im Rahmen der Satzungsleistungen ihren Versicherten ermöglicht hatten.

Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in ein stationäres Hospiz besteht nicht. Eine Bedarfsplanung ist weder gewollt noch in der Diskussion. Es gibt große regionale Unterschiede in der Auslastung der bestehenden Einrichtungen.

# MDK–Begutachtung (1)



## Wo und wann notwendig?

- ✓ Gutachterliche Inanspruchnahmen des MDK als Hilfe für den Leistungsentscheid der Kasse
- ✓ Neu im stationären Hospiz sind ärztliche Leistungen im Rahmen der SAPV, was zu einem Bedarf an Gutachten des MDK führen kann. Über den Bedarf an diesbezüglichen Gutachten sollte eine Gutachtenstatistik Auskunft geben.
- ✓ Der SAPV–Begutachtungsfaden des MDS stellt eine wertvolle Hilfe auf dem Weg zu einem bundesweit einheitlichen Leistungsgeschehen dar.

## MDK–Begutachtung (2)



### Zentrale Herausforderungen

- ✓ Bei der Frage nach der Notwendigkeit von SAPV kommt es auf den Individualfall und seine reale Lebenssituation an. Das macht die Situation für den Gutachter schwierig und jeden Fall potentiell zum „Einzelfall“.
- ✓ Dem bundesweiten Leistungsanspruch des Versicherten stehen örtliche/regionale Leistungserbringer gegenüber.

## Woher kommen die Kassen bei der Palliativversorgung?



- Ersatzkassen waren mit der Einführung der Bezuschussung von Aufenthalten in stationären Hospizen als Satzungsleistung Mitte der 90er Jahre Wegbereiter für die Einführung von Palliativleistungen außerhalb der Krankenhausversorgung.
- In diesem Sinne wurde auch die Einführung der Förderung von AHD und der SAPV begrüßt. Der erfolgreiche Mustervertrag der Ersatzkassen drückt das Engagement für eine bundesweit einheitliche Ausgestaltung dieser Versorgungsform aus.
- Das vorhandene Leistungsangebot des SGB V wird strukturell als ausreichend angesehen. Dies gilt auch angesichts eines wachsenden Bedarfs an palliativer Versorgung.

## Wohin wollen die Kassen bei der Palliativversorgung?



- Ersatzkassen wollen eine kompetente, schnelle und unbürokratische Leistungsgewährung.
- Palliativversorgung ist kein Wettbewerbsfeld und soll auch keines werden. Gleichwohl hat der Gesetzgeber die Kassen in den Wettbewerb um die beste Versorgung gestellt.
- Die Begutachtung/Leistungsentscheidung ist kassenartenübergreifend und einheitlich auszugestalten.
- Individuelle Konstellation des Versicherten ist zu beachten. Dies stellt vor dem Hintergrund von regional sehr unterschiedlichen Versorgungsrealitäten eine der zentralen Herausforderungen dar.

## Wohin wollen die Kassen bei der Palliativversorgung?



- Bei der Weiterentwicklung der Palliativversorgung bauen die Ersatzkassen auf den kontinuierlichen Informationsaustausch mit der MDK– Gemeinschaft und auf die Weiterentwicklung der Begutachtungsstatistik.
- Versorgung von Kindern regelhaft über PCT in Kooperationen mit palliativmedizinisch qualifizierten Kinderärzten/ Pflegefachkräften mit Palliative–Care–Qualifikation
- Weiterentwicklung der Palliativversorgung bzw. deren Finanzierung durch die GKV ist ausgewogen zwischen den Interessen der PatientInnen und den Beitragszahlern zu gestalten.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

[oliver.blattatvdek.com](http://oliver.blattatvdek.com)