

Stellungnahme der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)*

zu den vom G-BA vorgesehenen Änderungen der

Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) plant eine Änderung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. Ein entsprechender Beschluss-Entwurf sowie die ihn tragenden Gründe wurde Mitte Oktober den zu einer Stellungnahme berechtigten Organisationen vorgelegt. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) nimmt dazu wie folgt Stellung.

Die Rechtsgrundlagen für die Novellierung der SAPV-Richtlinie werden in den „Tragenden Gründen“ korrekt beschrieben. Die vom G-BA vorgeschlagenen Änderungen beziehen sich allerdings ausschließlich auf neue gesetzliche Vorgaben (Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz vom 17.3.2009 sowie Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.7.2009) bzw. auf die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in seiner Nichtbeanstandung vom 14.2.2008 gemachten Auflagen und Hinweise.

Während die mit den neuen gesetzlichen Vorgaben einhergehenden Folgen für die Verordnung und Durchführung von SAPV nach Ansicht der DGP korrekt in den Beschluss-Entwurf einer novellierten Fassung der SAPV-Richtlinie eingearbeitet worden sind (vgl. die Punkte I.-III., in denen es ausschließlich um die Orte geht an denen SAPV erbracht werden kann und in diesem Zusammenhang deren Einsatzgebiet erweitert wird), wird den Auflagen und Hinweisen des BMG nur zum Teil entsprochen.

Von den beiden vom BMG gemachten Auflagen wird die geforderte Neufassung des letzten Halbsatzes in § 7 Abs.1 der SAPV-Richtlinie genau so übernommen wie vom BMG gewünscht. SAPV-Verordnungen von Krankenhausärzten sollen jetzt immerhin „in der Regel jedoch längstens für 7 Tage“ ausgestellt werden können (bisher: „längstens jedoch für 7 Tage“). Die DGP hatte hier ursprünglich ein großzügigeres Zeitfenster für die Dauer der von Krankenhausärzten ausgestellten SAPV-Verordnungen vorgeschlagen. Die neue Formulierung kommt dem zumindest entgegen. In den „tragenden Gründen“ zu dieser Entscheidung schließt sich der G-BA völlig zu Recht der Begründung des BMG an. Die zweite Auflage des BMG („Der G-BA berichtet dem BMG jährlich ... über die Leistungsentwicklung im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“) wird hingegen nicht in die SAPV-Richtlinie übernommen. Die kompetente Realisierung dieser Forderung (und der mit ihr verbundenen Fragen) ist aus Sicht der DGP jedoch von allergrößter Bedeutung, weshalb auch deren Aufnahme in die SAPV-Richtlinie von der DGP begrüßt werden würde. Es müssten in diesem Zusammenhang auch wesentliche Anlaufschwierigkeiten benannt werden, die in den letzten zwei Jahren offenbar geworden sind und rasche Wege zu deren Lösung vorgeschlagen werden. In der beigelegten aktuellen „Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV) über dringend erforderliche Nachbesserungen bei den Regelungen zur Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)“ wird genau darauf Bezug genommen. In der vorgeschlagenen Neufassung der SAPV-Richtlinie finden sie leider keinerlei Berücksichtigung.

Auch die beiden vom BMG in seinem Schreiben vom 14.2.2008 gemachten Hinweise werden unterschiedlich rezipiert. Während der erste Hinweis fast wortwörtlich in die SAPV-Richtlinie übernommen wird (das nämlich SAPV von Leistungserbringern erbracht werden soll, „die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind“ – allerdings ohne hier den vom BMG genutzten Zusatz „Palliative Care Team“ zu verwenden), wird der zweite Hinweis komplett ignoriert. Beides sieht die DGP kritisch. Die aus dem BMG-Schreiben übernommene Formulierung ist aus Sicht der DGP missverständlich und hilft nicht wirklich weiter, da auch sie immer noch sehr unklar und verschwommen ist. „Weil es nicht in der Kompetenz des G-BA liegt, den Aufbau der Versorgungsstrukturen zu steuern, wird der Begriff „Palliative Care Team“ nicht aufgeführt“, heißt es in den „Tragenden Gründen“ - und doch wird mit der fragmentarischen Übernahme des ersten BMG-Hinweises (der keine „ Auflage“ war) genau das gemacht. Und auch schon im Text der ursprünglichen SAPV-Richtlinie wird die unverzichtbare multiprofessionelle Versorgungsstruktur und die Bedeutung der Kooperation mit anderen Leistungserbringern für die Erbringung von SAPV wiederholt (wenn auch nicht ausreichend konkret) beschrieben. Viel wichtiger wäre es aus Sicht der DGP, die im zweiten Hinweis des BMG angesprochene Problematik einer Lösung zuzuführen. Denn über die Kompetenzen von in der SAPV tätigen Ärzten zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie über den notwendigen Einsatz weiterer Formulare besteht große Unklarheit. Die Feststellung des BMG, das „die Kompetenzen der im Palliative Care Team tätigen Ärzte“, z.B. bei der Verordnung von Arzneimitteln, denen eines Vertragsarztes entsprechen sollen, entspricht bisher nicht der Realität und ist vielerorts ein großes Problem bei der Umsetzung von SAPV. In diesem Punkt bleibt auch die novellierte SAPV-Richtlinie eine Antwort schuldig.

(12.11.2009)

Stellungnahme der **Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)** und des **Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV)** über dringend erforderliche Nachbesserungen bei den Regelungen zur Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen besteht seit dem 1. April 2007 ein Leistungsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Gesetzgeber ging davon aus, dass etwa 80.000-85.000 Schwerkranke und Sterbende in Deutschland pro Jahr diese Voraussetzungen erfüllen und dass für deren bedarfsgerechte Versorgung in der vertrauten Umgebung in Zukunft multiprofessionell besetzte Palliative Care Teams hinzugezogen werden sollen – insbesondere auch, um unnötige Krankenhaus-Einweisungen am Lebensende zu vermeiden. Dafür wurden im Gesetzentwurf allein für die Zeit von April 2007 bis Ende 2009 finanzielle Mittel in Höhe von 390 Mio Euro veranschlagt. Bis zum 30. Juni 2009 wurden von den Kostenträgern weniger als drei Prozent davon zur Verfügung gestellt, v.a. weil es bisher nur wenige Versorgungsverträge gibt, in denen SAPV geregelt und kostendeckend von den Krankenkassen finanziert wird. Bis heute sind bundesweit erst etwa 30 regional begrenzte Versorgungsverträge abgeschlossen worden - mit spezialisierten pädiatrischen Teams erst ein einziger Vertrag. Dass die Umsetzung eines von allen politischen Parteien unterstützten politischen Willens von der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen nur so schleppend erfolgt ist, ist ein Skandal und vor allem für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine bedrückende und traurige Tatsache. Es ist unverständlich, wenn einerseits der ambulanten Versorgung der Vorrang gegeben werden soll, andererseits aber der Aufbau der dazu notwendigen Versorgungsstrukturen unnötig erschwert wird.

In einem Bericht des Bundesgesundheitsministeriums an den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags vom 7. September 2009 ist zu lesen, dass bis Ende 2009 nach Aussage des GKV-Spitzenverbands annähernd 100 Versorgungsverträge deutschlandweit abgeschlossen sein sollen. Aktuelle Informationen aus den einzelnen Bundesländern relativieren diese Zuversicht allerdings. Hinzu kommen erste Erfahrungen aus Regionen mit bereits bestehenden Versorgungsverträgen, die zeigen, dass praxisferne Regelungen den Sinn der Gesetzgebung konterkarieren und eine bedarfsgerechte Patientenversorgung erschweren. Hier muss dringend und zügig nachgesteuert werden, damit Fehlentwicklungen im großen Stil vermieden werden.

Einige der Punkte, welche sich in den ersten Monaten der SAPV-Realisierung unter Vertragsbedingungen als problematisch erwiesen haben, sind nachfolgend zusammengestellt – inklusive möglicher Lösungen:

- Ohne adäquate Verordnungsmöglichkeiten fehlen Ärzten in Palliative Care Teams mitunter wichtige Instrumente. Der innerhalb der SAPV tätige Arzt muss in der Lage sein, auch Laboruntersuchungen, Überweisungen, Einweisungen, Transportscheine und die Verordnung häuslicher Krankenpflege ausstellen zu können, insbesondere in der Vollversorgung. Das aber ist bisher nicht möglich. Diese Einschränkungen behindern unnötigerweise die tägliche Arbeit gerade in schwierigen Situationen.
- Die aktuell gültige Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) muss schnellstes im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung von Palliativpatienten durch Palliative Care Teams novelliert werden. Insbesondere muss es den Ärzten in Palliative Care Teams ermöglicht werden, eine patientenungebundene Verschreibung von BtMs vorzunehmen. In den Räumlichkeiten des Palliative Care Teams muss ein Notfalldepot für BTMs angelegt werden können.
- Darüber hinaus benötigen Palliative Care Teams die Möglichkeit, einen eigenen Bedarf auch an weiteren Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln im Sinne eines „Sprechstundenbedarfs“ zu rezeptieren und diese nicht nur im Notfall, sondern auch für den kurzfristigen Einsatz, z.B. als Bedarfsmedikation, verwenden zu können.
- Derzeit wird die dreifache Unterschrift der Betroffenen auf Muster 63 (SAPV-Verordnungsblatt) verlangt. Für Sterbende ist dies eine bürokratische Überforderung in einer existentiellen Grenzsituation. Ein gesetzlicher Vertreter ist in der Regel nicht vorhanden. Auf diese Unterschrift sollte verzichtet werden.
- Bei Ablehnungen der Kostenübernahme für verordnete SAPV zeigt sich, dass offensichtlich keine einheitlichen Bewertungskriterien auf Kassenseite bzw. beim MDK existieren und die in der SAPV-Richtlinie genannten Kriterien für den Anspruch auf SAPV offenbar nicht ausreichen. Hier müssen dringend nachvollziehbare Entscheidungskriterien entwickelt und willkürlichen Entscheidungen Einhalt geboten werden.
- Zu Unrecht verschickte Ablehnungen der Kostenübernahme haben bei Patienten und Angehörigen wiederholt zu erheblichen Erschütterungen geführt. Um zu verhindern, dass zusätzliches menschliches Leid durch eine undurchschaubare Bürokratie ausgelöst wird, darf die Ablehnung der Kostenübernahme nicht ohne vorherige Rücksprache mit dem Palliative Care Team an die Betroffenen geschickt werden.

Im Übrigen erweisen sich die erheblichen Lücken in der allgemeinen Palliativversorgung als Hindernis für den Aufbau einer effizienten und effektiven SAPV. DGP und DHPV appellieren deshalb an die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, nicht nur so schnell wie möglich die Voraussetzungen für eine wirklich bedarfsgerechte SAPV zu schaffen sondern auch die Strukturen in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung so zu stärken, dass sich im Zusammenspiel von SAPV und AAPV ein für Patienten und Angehörige tragfähiges Netz entwickeln kann.

(4.11.2009)