

Berlin, den 6. Mai 2011

# Bericht

an das Bundesministerium für Gesundheit

zum Stand der vertraglichen Umsetzung der

spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Stichtag: 31. Dezember 2010

## 1. Hintergrund

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den GKV-Spitzenverband mit Schreiben vom 27.05.2010 aufgefordert, halbjährlich Berichte zum Stand der vertraglichen Umsetzung der SAPV abzugeben, solange eine flächendeckende Versorgung mit SAPV noch nicht erreicht ist. Vor diesem Hintergrund wird in Fortsetzung der Berichterstattung zum Stichtag 30.06.2010 (s. Bericht vom 18.10.2010) auf der Grundlage einer Abfrage – über die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene – bei den Krankenkassen nunmehr über den Umsetzungsstand zum Stichtag 31.12.2010 berichtet.

### 2. Anzahl der Verträge zur Umsetzung der SAPV

Anzahl der Verträge	Erläuterungen
119 (1041) kassenarten- übergreifend geschlos- sene Verträge nach § 132d SGB V	<ul> <li>davon – 1 Rahmenvertrag mit 85 (62) Ärzten und 19 (18) Pflegediensten (Berlin)</li> <li>– 1 Vertrag mit einer Kassenärztlichen Vereinigung, in den 27 (25) palliativmedizinische Konsiliardienste (PKD) eingebunden sind (Westfalen-Lippe)</li> <li>– 8 (8) Verträge speziell für die Versorgung von Kindern (Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Schleswig-Holstein)</li> </ul>
Ca. 60 (56) Verträge nach § 132d SGB V sind kas- senartenübergreifend noch in Verhandlung	davon – 1 (2) speziell für die Versorgung von Kindern (Ham- burg) – bis zu 16 in Rheinland-Pfalz
4 (6) kassenartspezifisch geschlossene Verträge nach § 132d SGB V	in Sachsen-Anhalt
1 (1) kassenartspezifi- scher Vertrag nach § 132d SGB V ist noch in Verhandlung	in Sachsen-Anhalt
7 (12) geschlossene Ver- träge als i.VVerträge nach § 140b SGB V	in Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> In den Klammern sind jeweils die entsprechenden Angaben aus dem Bericht zum Stichtag 30.06.2010 dargestellt

# 3. Versorgungsgrad

Eine detaillierte Darstellung, wie viele Versicherte von den Verträgen erfasst werden bzw. wie hoch der jeweilige regionale Versorgungsgrad ist, ist weder anhand der Vertragsdaten noch der zur Verfügung stehenden Versichertendaten möglich. Die Krankenkassen wurden deshalb gebeten anzugeben, in welchen Regionen die Versorgung der Versicherten mit SAPV auf der Grundlage der abgeschlossenen Verträge ausreichend sichergestellt ist. Eine diesbezügliche nach Bundesländern differenzierte Auswertung ergibt zum Stichtag 31.12.2010 folgendes Bild (Ergänzungen gegenüber dem Stichtag 30.06.2010 sind durch Unterstreichungen kenntlich gemacht):

Bundesland	Regionen mit vertraglich sichergestelltem Versorgungsangebot
Baden-Württemberg	- Landkreis Rastatt, Stadtkreis Baden-Baden, nördlicher Ortenau- kreis
	- Landkreis Tübingen
	- Stadtkreis Mannheim
	- westlicher Rhein-Neckar-Kreis
	- Landkreis Biberach
	- <u>Landkreis Esslingen</u>
	- Stadtkreis Freiburg
	- westlicher Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald
	- südlicher Landkreis Emmendingen
	- Stadtkreis Stuttgart
	- Stadt Ulm
Bayern	- Stadt und Landkreis Regensburg
	- Stadt München mit angrenzenden Landkreisen
	- Stadt und Landkreis Fürth
	- Stadt und Landkreis Erlangen
	- Stadt und Landkreis Bamberg
	- Stadt und Landkreis Würzburg
	- Stadt und Landkreis Augsburg
Berlin	flächendeckend
Brandenburg	- Neuruppin (Landkreis Ostprignitz-Ruppin und Prignitz)
	- Brandenburg an der Havel (Stadt Brandenburg und umliegende
	Gemeinden, Landkreis Havelland)
	- Bad Saarow (z.T. Oder-Spree, Märkisches Oberland)
	- Teltow-Fläming und Dahme
	- Frankfurt (Oder)
	- Cottbus und Landkreis Oder-Spree
	- (für die Regionen Potsdam und Umland, sowie z.T. Uckermarck
	und Barnim werden zu Beginn des Jahres 2011 zwei neue SAPV-
	Teams ihre Arbeit aufnehmen, da sich die Vertragsabschlüsse im
Dun	Endstadium befinden)
Bremen	- Bremen (Bremerhaven nicht sichergestellt)
Hamburg	- Hamburg außer Harburg und Bergedorf

Hessen	- Landkreis und Stadt Kassel
	- Werra-Meißner-Kreis
	- Landkreis Hersfeld-Rothenburg
	- Schwalm-Eder-Kreis
	- Landkreis Waldeck-Frankenberg
	- Landkreis Fulda
	- Lahn-Dill-Kreis
	- Landkreis Gießen
	- Main-Kinzig-Kreis
	- Wetterau-Kreis
	- Hochtaunus-Kreis
	- Rheingau-Taunus-Kreis
	- Main-Taunus-Kreis
	- Stadt Frankfurt
	- Stadt Wiesbaden
	- Landkreis und Stadt Offenbach
	- Landkreis Groß-Gerau
	- Stadt Darmstadt
	- Landkreis Darmstadt-Dieburg
Maddanhous	- Landkreis Bergstraße
Mecklenburg-	jeweils im 30 KM–Umkreis von:
Vorpommern	- Schwerin
	- Rostock
	- Stralsund-Rügen
	- Ribnitz-Damgarten/Darß
	- Landkreis Ludwigslust
	- Greifswald
	- Neubrandenburg
Niedersachsen	- Landkreis Ammerland
	- Landkreis Aurich
	- Landkreis Celle
	- Landkreis Cuxhaven
	- Landkreis Emsland
	- Landkreis Friesland
	- Region Hannover
	- Region Leer
	- Region Lüneburg
	- Region Peine
	- Region Nienburg
	- Region Wittmund
	- Region Harburg (Ost)
	- Region Hildesheim
	- Region Göttingen
	- Region Gifhorn
	5. Oct Co.
	- Region Stade

	- Region Cloppenburg
	- Region Wolfenbüttel
	- Region Vechta
	- Region Wilhelmshaven
	- Region Lüchow-Dannenberg
	- Region Hameln-Pyrmont
	- Stadt Braunschweig
	- Stadt Emden
	- Stadt Hannover
	- Stadt Salzgitter
	- Stadt Osnabrück
	- Stadt Wilhelmshaven
	- Stadt Wolfsburg
NRW (Nordrhein)	- Kreis Düren
	- Städteregion Aachen
	- Kreis Mettmann Nord
	- Bonn
	- rechter Rhein-Sieg-Kreis
	- Köln
	- Essen
NRW (Westfalen-Lippe)	flächendeckend
Rheinland-Pfalz	noch kein Vertrag; ein Mustervertrag ist mit der Verhandlergruppe
Michigan Tul	der Leistungserbringer abgestimmt; die Vergütungsverhandlungen
	sind beendet; im ersten Quartal 2011 sollen 12–16 Verträge mit der
	einzelnen Leistungserbringern geschlossen werden
Saarland	flächendeckend; in einer Versorgungsregion besteht derzeit ein
	Problem, die ärztliche Personalisierung dauerhaft sicherzustellen
Sachsen	- Stadt Dresden
Sacrisen	- Stadt bresden
	- Stadt Chemnitz
	Al-Line 1 D
	- Altkreis Stollberg
	- Altkreis Chemnitzer Land
	- Altkreis Sächsische Schweiz
	- Weißeritzkreis
Sachsen-Anhalt	- Region Stendal und Genthin
	- Region Magdeburg, Salzlandkreis, Bördekreis
	- Region Halle, Saalekreis
	- Region Dessau-Roßlau, Zerbst, Aken, Köthen, Coswig, Wörlitz,
	Oranienbaum
Schleswig-Holstein	flächendeckend
Thüringen	- Landkreis Eichsfeld
	- Unstrut-Hainich-Kreis
	- <u>Saalfeld-Rudolstadt</u>

Hildburghausen
 Weimar/Weimarer Land
 (per 01.01.2011 sind zwei weitere Verträge in Kraft getreten für den Landkreis Nordhausen, Kyffhäuserkreis, Saale-Holzland-Kreis, Jena)

#### 4. Vertragsinhalte

Auf die Frage, welche wesentlichen Vertragsinhalte in den Verträgen geregelt werden, haben alle Krankenkassen angegeben, dass sich die Leistungsinhalte weitgehend auf die in der SAPV-RL und den Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V genannten Leistungsinhalte beschränken. Für das Saarland und den Mustervertrag in Rheinland-Pfalz wurden darüber hinaus wie bereits im Bericht zum Stichtag 30.06.2010 folgende zusätzliche Vertragsinhalte angegeben:

- Definition der Leistungen Beratung, Koordination, Teil- und Vollversorgung,
- Regelung der Zusammenarbeit mit den bereits behandelnden Vertragsärzten und Pflegediensten,
- Konkretisierung der internen und externen Kommunikation des SAPV-Teams mittels der Festlegung einheitlicher Assessments mit einheitlichen Kriterien zur Symptomeinschätzung, Behandlungs- und Notfallpläne, Mitteilungsbögen zur Rückmeldung an den behandelnden Vertragsarzt etc.
- Datenerfassung mittels einer elektronischen Patientenakte, die eine wissenschaftliche Auswertung ermöglicht und
- Darlegung der konzeptionellen Arbeit der SAPV-Teams

#### 5. Versorgung von Kindern

Im Zusammenhang mit der Abfrage der Vertragsinhalte wurden die Krankenkassen gebeten, ggf. bestehende vertragliche Regelungen zur Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern anzugeben. Soweit hierzu spezifische Rückmeldungen gegeben wurden, wurden diese im Bericht zum Stichtag 30.06.2010 angegeben. Bei der Abfrage zum Stichtag 31.12.2010 wurde weit überwiegend darauf hingewiesen, dass sich gegenüber dem Vorberichtszeitraum keine Änderungen ergeben haben. Ergänzend wurde aus Baden-Württemberg berichtet, dass zur Zeit ein Mustervertrag zur spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV) erarbeitet wird. Die Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern gaben an, dass die Gespräche zur SAPPV mit der Uni-Klinik Rostock ohne Vertragsabschluss vom Leistungsanbieter eingestellt wurden. Aufgrund hoher Vorhaltekosten und geringer Fallzahlen sei eine Quartalspauschale von 50.000 EUR angestrebt worden, die unabhängig von tatsächlichen Fallzahlen finanziert werden sollte. Desweiteren hätte es keinen Konsens zu den Fallgestaltungen/Diagnosen gegeben.

#### 6. Versorgung in Regionen ohne (ausreichende) Verträge

In Regionen, in denen mangels vertraglicher Regelungen eine Inanspruchnahme der SAPV im Rahmen des Sachleistungsprinzips nicht möglich ist, werden nach Angaben der Krankenkassen überwiegend Einzelfallentscheidungen als Kostenerstattungsregelungen getroffen. Vielfach arbeiten auch bereits zukünftige Vertragspartner bis zum Abschluss der Verträge im Kostenerstattungsverfahren.

Dort wo sich SAPV auch in Einzelfällen nicht organisieren lässt, erfolgt eine Palliativversorgung der Versicherten soweit wie möglich im Rahmen der Regelversorgung durch niedergelassene Ärzte und spezialisierte Pflegedienste unter Beteiligung ambulanter Hospizdienste. Reicht dies nicht aus, erfolgt die Versorgung ggf. in stationären Hospizen bzw. im Rahmen der Krankenhausbehandlung. Insoweit wurden keine Änderungen im Vergleich zum Vorbericht aufgezeigt.

#### 7. Hauptgründe für fehlende Verträge

Auf die Frage, welche Hauptgründe dafür angeführt werden können, dass ggf. keine oder noch nicht ausreichend Verträge geschlossen wurden, wurde von Seiten der Krankenkassen wie bereits im Bericht zum Stichtag 30.06.2010 insbesondere darauf hingewiesen, dass

- in vielen Regionen ausreichend qualifizierte Fachkräfte mit der erforderlichen Berufserfahrung fehlen,
- entsprechende Weiterbildungsangebote für Pflegefachkräfte nicht im ausreichenden Maße zur Verfügung stehen,
- Leistungserbringer sich zum Teil noch nicht konstituiert haben bzw. in Flächenregionen die Vernetzung von Leistungserbringern noch nicht in dem erforderlichen Maße erfolgt ist und
- in ländlichen Regionen eine wirtschaftliche Leistungserbringung aufgrund geringer Fallzahlen und langer Wegstrecken nur schwer zu organisieren ist.

Ergänzend wurde in der Erhebung zum 31.12.2010 angeführt, dass Ärztekammern bzw. Kassenärztliche Vereinigungen keine Informationen über Ärzte mit Weiterbildung im Bereich Palliative Care weitergeben, so dass die SAPV-Teams Schwierigkeiten haben,e ntsprechend qualifizierte Ärzte für eine Kooperation zu finden.

# 8. Qualifikationsprofile der SAPV-Teams sowie in die Leistungserbringung eingebundene Fachkräfte

Auf die Frage, welche Qualifikationsprofile die SAPV-Teams aufweisen, haben alle Kranken-kassen wie im Bericht zum Stichtag 30.06.2010 angegeben, dass die Anforderungen an die Qualifikation der Teammitglieder weitgehend den in den Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V genannten Anforderungen entsprechen. Ergänzend wurde wiederum aus einzelnen Bundesländern berichtet, dass unter Betrachtung des jeweiligen Einzelfalles ggf. diesbezüg-

liche Übergangsregelungen etwa für den Fall getroffen werden, dass ein SAPV-Team bei Vertragsabschluss noch nicht für alle Teammitglieder die notwendigen Qualifikationsvoraussetzungen nachweisen kann. Auch hinsichtlich der in die Leistungserbringung eingebundenen weiteren Fachkräfte hat sich gegenüber dem Bericht zum Stichtag 30.06.2010 keine Änderung ergeben. Zum 30.06.2010 wurde bereits angegeben, dass

- fast immer bzw. oft ambulante Hospizdienste, Seelsorger, Apotheken sowie Sanitätshäuser und
- eher selten Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Psychologen

einbezogen sind. Bei den einbezogenen qualifizierten Ärzten handelt es sich weitüberwiegend um niedergelassene Vertragsärzte bzw. Krankenhausärzte.

#### 9. Fazit

Im Ergebnis zeigt der Bericht einen gegenüber dem Bericht zum Stichtag 30.06.2010 fortgesetzten Aufbau der Versorgungsstruktur in der SAPV.D ie – ohnehin auf sehr niedrigem Niveau liegende – Anzahl der kassenartspezifischen Verträge nach § 132d SGB V und der diesbezüglichen Verträge zu integrierten Versorgungsformen ist zugunsten kassenartenübergreifender Verträge auf der Grundlage des § 132d SGB V nochmals leicht gesunken. Hinweise auf grundlegende Vertragshindernisse, die einer Klärung bzw. Flankierung auf Bundesebene bedürfen, liegen erneut nicht vor.