

28.11.2011

Ambulante Versorgungsstrukturen (SAPV und AAPV)

SAPV

Im Jahr 2007 wurde mit der Einführung der gesetzlichen Regelungen zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in das Sozialgesetzbuch (§37b und §132d SGB V) eine große Chance für den Ausbau und die Verbesserung der ambulanten Versorgung für schwerstkranke und sterbende Menschen in Deutschland eröffnet. Mittels palliativmedizinisch und -pflegerisch qualifizierter Teams, bestehend aus Ärzten, Pflegekräften und weiteren psychosozialen Berufsgruppen, unter Einbindung von Ehrenamtlichen, können Betroffene hier auf eine 24Std. Verfügbarkeit zugreifen, die als Ergänzung zum bestehenden Versorgungssystem, u. A. neben einer verbesserten Symptomkontrolle auch dazu beitragen soll, dass nicht gewollte Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Eine Tücke dieser Regelungen besteht allerdings darin, dass diese im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) entwickelt wurden, was zur Folge hatte, dass die SAPV in den Wettbewerb gestellt wurde und somit die Leistungserbringer gefordert waren auf regionaler Ebene Direktverträge mit den einzelnen Kostenträgern abzuschließen. Dazu war es auch erforderlich, dass auf Seiten der Leistungserbringer in vielen Fällen zunächst eine Gesellschaftsform gefunden werden musste, die einen Vertragsabschluss mit den Kostenträgern ermöglicht. Dies ist auch ein Grund dafür, dass zahlreiche SAPV Verträge aus Kliniken heraus geschlossen wurden, die in Punkto vertragsrechtlicher Infrastruktur vielen ambulanten Netzwerken oder regionalen Interessengruppen überlegen sind. Als Besonderheit der SAPV kommt noch hinzu, dass erstmals die Vergütung von ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Leistungen gemeinsam vertraglich geregelt und vergütet werden sollen. Von der Verabschiedung des Gesetzes bis zum Abschluss der ersten SAPV Verträge dauerte es mehr als zwei Jahre; und auch zum jetzigen Zeitpunkt ist eine bundesweit flächendeckende SAPV-Versorgung noch nicht in Sicht, wenngleich die Entwicklung in den letzten beiden Jahren sehr positiv ist, und es inzwischen in jedem Bundesland Musterverträge oder Rahmenvereinbarungen gibt, die mit der Mehrzahl der GKV-Kostenträger abgeschlossen wurden. Auf Grundlage der Annahme, dass ca. 10% aller Sterbenden in den letzten Wochen und Monaten ihres Lebens einen Bedarf an SAPV aufweisen, wurde ermittelt, dass bei optimaler geographischer Verteilung ca. 330 SAPV Teams benötigt werden, die von ihrem Standort aus ein Gebiet mit 250.000 Einwohnern versorgen können, um eine Flächendeckung zu erreichen. Somit erklärt sich auch, dass die überwiegende Zahl der SAPV-Teams in Ballungsgebieten angesiedelt ist und die Versorgung in ländlichen Regionen große Schwierigkeiten bereitet. Die genaue Anzahl der Leistungserbringer ist nur schwer zu erfassen, da hierfür der einzige Anhaltspunkt die von der KBV vergebenen Betriebsstättennummern (BSNR) sind. Hinter diesen Nummern verbirgt sich aber durch die regionalen Unterschiede nicht überall das Gleiche. So verfügen bspw. in Berlin einzelne Ärzte, die an der SAPV Versorgung teilnehmen, über eine eigene BSNR, während sich andernorts Teams mit weit mehr als 10 Ärzten unter eine BSNR subsumieren. In Westfalen-Lippe dagegen werden aufgrund eines gemischten SAPV/AAPV Vertragskonstrukts überhaupt keine solchen Nummern benötigt, und in Nordrhein werden diese von der Landes-KV vergeben. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die SAPV-Landschaft derart heterogen entwickelt hat, dass es definitiv nicht möglich ist, das Leistungsgeschehen und die Verträge zu vergleichen. Auch die Vergütung ist aufgrund völlig unterschiedlicher Vergütungsstrukturen und Leistungsmerkmale nicht vergleichbar. Die Verteilung der 186 vergebenen BSNR auf die jeweiligen KV-Bezirke können der Abb. 5 entnommen werden. Darüber hinaus ist bekannt, dass im Jahr 2010 die GKV Ausgaben für SAPV Leistungen 45,6

Mio. betragen (in 2009 waren es 17,33 Mio.), während die Planungen aus dem Jahr 2007 von 240 Mio. für das Jahr 2010 ausgegangen waren. Umgerechnet auf die 19479 Leistungsfälle, die der GBA Bericht¹ zur Umsetzung der SAPV im Jahr 2010 benennt, bedeutet dies, dass jeder SAPV-Leistungsfall im Durchschnitt 2340,90 € als Kosten zur Folge hatte. Setzt man die angegebenen Leistungsfälle ins Verhältnis zu den 858768 Sterbefällen des Jahres 2010 ergibt sich, dass knapp 2,3 % aller Sterbenden eine SAPV erhalten haben. Stimmt also die Bedarfsannahme von 10% haben wir im Jahr 2010 noch nicht einmal ein Viertel der anvisierten Flächendeckung erreicht.

AAPV

Im Gegensatz zur SAPV existiert für die AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) keine gesetzliche Regelung. Die AAPV wird in der Breite von engagierten Haus- und Fachärzten im Zusammenspiel mit qualifizierten Pflegediensten erbracht, ohne dass es dafür nennenswerte Vergütungsregelungen gibt. Von Westfalen Lippe abgesehen, wo sich die Akteure gegen eine reine SAPV Regelung zugunsten eines Mischvertrags von SAPV und AAPV entschieden haben, liegen nur sehr vereinzelt Regelungen vor, wie z.B. in Nordrhein, wo bereits seit 2007 ein Rahmenvertrag über die „palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“² existiert, oder in Bayern, wo der Hausarzt bis zum Ende dieses Jahres eine Zusatzpauschale von 20 Euro pro Hausbesuch bei einem Palliativpatienten erhalten kann. Allerdings liegt seit 2010 von der KBV ein „Vertragsentwurf zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen“³ vor, der derzeit einigen Fachleuten und Verbänden (z.B. DGP und DHPV) als Grundlage zur konzeptionellen Weiterentwicklung einer AAPV dient. Ein großer Konsens besteht darüber, dass eine gute ambulante Palliativversorgung beide Bereiche (SAPV und AAPV) in guter Abstimmung zueinander benötigt, und das Eine ohne das Andere nicht effektiv entwickelt und umgesetzt werden kann.

Abb. 5



Alle Onlinezugriffe erfolgten am 27.11.2011

¹http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3048/Bericht-SAPV-Evaluation_2010.pdf

²<http://www.vdek.com/LVen/NRW/Vertragspartner/Palliativversorgung/PalliativvertragNordrhein.pdf>

³<http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=3823d2613a68711416c6c9362865d479&DocId=003762863&Page=1>