

Stellungnahme des Fachverbandes SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) Niedersachsen e.V. zu den Leistungen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV) nach §87 Abs. 1 b SGB V

Einleitung

Mit Einführung der neuen Leistungen des BQKPMV zum 01.10.2017 wurden an den Fachverband diverse Fragestellungen in Bezug auf Auswirkungen der neuen Leistungen auf die SAPV und mögliche Kooperationen gestellt.

Vor dem Hintergrund sieht der Vorstand des Fachverbandes, dessen Mitglieder Expertenwissen aus jahrelanger Versorgungstätigkeit in diesem Bereich verfügen, es als wichtig und notwendig an, hierzu diese Stellungnahme abzugeben.

Es ist zu befürchten, dass die neue Leistung negative Auswirkungen auf die Kooperation von palliativ weitergebildeten Ärzten mit SAPV-Teams haben wird, eine Abfärbung der Anspruchsvoraussetzungen erfolgt und dass sich weitere Parallelstrukturen aufbauen. Der letzte Punkt könnte dazu führen, dass in bereits jetzt unterversorgten Gebieten es zu einem Ausbluten der SAPV kommt.

Hauptteil

1. Unsicherheiten in Bezug auf Kooperationen zwischen dem BQKPMV und SAPV-Leistungserbringern

Im Rahmen einer Kooperation zwischen einem BQKPMV und einem SAPV-Team müssen über einen Kooperationsvertrag zahlreiche juristische (hier sind im Besonderen berufsrechtliche und datenschutzrechtliche Punkte zu nennen) und strategische Risiken zu beachten. Da es sich bei den beiden Versorgern um eigenständige Einrichtungen handelt, empfiehlt es sich zwingend einen schriftlichen Kooperationsvertrag zu erstellen. Hierzu finden sich grundsätzliche Informationen, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einer Informationsbroschüre zusammengestellt hat*1. In der Leistungsbeschreibung der BQKPMV wird unter anderem als Leistungsinhalt die Übergabe Informationen von versorgten Patienten des BQKPMV an Dritte beschrieben. Da der Patient einer Weitergabe seiner Daten zustimmen muss, ist hier zwingend eine datenschutzrechtliche Entbindung des vom BQKPMV vom Patienten einzuholen. Hierzu liegen Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis der Bundesärztekammer vor *2. Die oben aufgeführten Punkte sollten ebenfalls im Rahmen einer Kooperation des BQKPMV mit anderen Leistungserbringern z.B. Pflegediensten geregelt werden.

2. Abfärben der neuen Leistungsinhalte auf die Leistungsinhalte der SAPV inkl. der Auswirkungen der Abrechnungsausschlüsse auf die Versorgung

Abfärben der neuen Leistungsinhalte

Bei beiden Anspruchsvoraussetzungen sowohl der für die BQKPMV als auch der SAPV wurde die zu erwartende Lebenszeit eines Patienten mit Tagen, Wochen und Monaten angegeben. Ebenso ist die Anforderung an die Grunderkrankung identisch (nicht heilbar, fortschreitend, weit fortgeschritten).

Gravierende Unterschiede bestehen aber in folgenden Punkten:

Ein Patient hat einen Anspruch auf Leistungen der BQKPMV, wenn eine kurative Behandlung der Grunderkrankung nicht mehr indiziert und oder vom Patienten nicht mehr gewünscht wird. Außerdem muss der Allgemeinzustand des Patienten stark reduziert sein. **Diese Voraussetzungen hinsichtlich die Grunderkrankung und/oder einen kurativen Therapieverzicht ebenso an den schlechten Allgemeinzustand werden bei der Verordnung von Leistungen der SAPV nicht gefordert bzw. sind keine Grundvoraussetzung für einen Leistungsanspruch.**

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die oben genannten Anspruchsvoraussetzungen als sehr kritisch zu sehen sind. *3+4

Auswirkungen der Abrechnungsausschlüsse auf die Versorgungsmöglichkeiten

Patienten die Leistungen der BQKPMV erhalten, haben ausschließlich Anspruch auf Beratungsleistungen der SAPV parallel zu den Leistungen des BQKPMV. In der Versorgungsrealität zeigt sich, dass sowohl Patienten und Angehörige als auch andere Versorger z.B. Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser oder ambulante Hospizdienst aber auch Kostenträger und ihre beratenden Organe die unterschiedlichen Leistungserbringer und Leistungsinhalte nicht oder nur schwer voneinander unterscheiden können. Vor dem Hintergrund besteht ein sehr hohes Risiko, dass es in der allgemeinen Wahrnehmung zu dem Eindruck kommen kann, dass sich die Leistungen der SAPV regional verschlechtert, da nicht unterschieden wird zwischen der BQKPMV (hier kann von einem monoprofessionalen Leistungserbringer und Einzelkämpfer, der alleine oder in einer Praxisgemeinschaft arbeitet, nicht das identische Leistungsprofil erwartet werden wie von einem multiprofessionellen Leistungserbringer, dass aus einem Team besteht) und einem SAPV-Team.

Außerdem wird es für Patienten, Angehörige und Zuweiser schwer nachvollziehbar sein, wenn es nicht zu einer zeitgerechten Übergabe des Patienten an ein SAPV-Team mit allen Versorgungsstufen kommt und das SAPV-Team aufgrund der Versorgungsausschlüsse ausschließlich beratend tätig sein darf, da weitere Leistungen im Rahmen der SAPV in dieser Konstellation ausgeschlossen sind.

3. Entstehung von palliativen Parallelstrukturen inklusive der Auswirkungen der Umverteilung der ärztlichen Versorgungsressourcen besonders in versorgungsschwachen Gebieten

Aufgrund der Möglichkeit von palliativ weitergebildeten Ärzten (ab 40 Stunden Basiskurs) sowohl im Rahmen der BQKPMV tätig zu sein, als auch im Rahmen der Kooperation mit einem SAPV-Team, kommt es im Rahmen des Aufbaus dieser palliativmedizinischen Leistung zu einer Verschiebung der Personalkraft, wenn palliativ weitergebildete Ärzte, die bisher ausschließlich im Rahmen der Kooperation mit einem SAPV-Team ihre Arbeitskraft zur Verfügung gestellt haben und diese jetzt auf die neuen Leistungen und die Tätigkeit für das SAPV-Team verteilen, da die Ressource nur einmal zur Verfügung steht. Mit den bisher zur Verfügung stehenden palliativ weitergebildeten Ärzten wurden im Rahmen der SAPV im Jahr 2014 laut Bericht der BertelsmannStiftung 5,13% aller Verstorbenen versorgt. Viele Patienten erst im letzten Lebensmonat, 12% erst in den letzten 3 Lebenstagen*5. „Nach den Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin benötigen 90 Prozent der etwa 850.000 Verstorbenen pro Jahr eine Palliativversorgung; der Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung wird auf etwa 100.000 Menschen jährlich geschätzt.“*6 Des Weiteren ist seit Jahren bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung seit Jahren gegen einen Hausärztemangel kämpft. Dies gilt besonders im ländlichen Bereich. Dies stellt die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden in diesen Regionen auch ohne eine Verschiebung der ärztlichen Versorgungskapazitäten vor eine große Herausforderung *7.

Schlussteil

Grundsätzlich ist der Ansatz des Gesetzgebers, die palliativmedizinischen Leistungen auszubauen, sehr zu begrüßen. Ebenso verhält es sich mit dem Ansatz der weiteren Vernetzung der im Bereich der Palliativversorgung tätigen Leistungserbringer. Ein besonderes Augenmerk muss aufgrund der Vielzahl zu bedenkender Rahmenbedingungen auf den Kooperationsvertrag gelegt werden, um eine gute und sichere Zusammenarbeit zu gewährleisten. Kritisch zu sehen sind die unterschiedlichen Anforderungen an die Versorgung bzw. die Ablehnung von kurativen Versorgungen durch die Patienten im Hinblick auf den Leistungsanspruch zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen. Sehr kritisch zu sehen sind die diversen Leistungsausschlüsse, die im Rahmen der Leistungserbringung zu beachten sind, da sie selbst für in dem Bereich tätig nur schwer zu verstehen und zu überblicken sind. Hier muss sehr genau auf die Auswirkungen der aufgrund der Abrechnungsausschlüsse vorliegenden eingeschränkten Möglichkeiten der Leistungserbringung der SAPV-Teams und der Wahrnehmung auf die Qualitätsveränderung geachtet werden. Auch sind die Auswirkungen der Umverteilung der ärztlichen Ressourcen auf die SAPV-Leistungserbringung zu beachten, denn ein SAPV-Team kann die Versorgung eines Patienten übernehmen, der ggf. auch durch einen Leistungserbringer der BQKPMV gut versorgt wäre, umgekehrt wäre dies nicht möglich und somit in Gebieten, in denen ausschließlich die Ressourcen für eine

Palliativstruktur gegeben sind, der Vorsatz „ambulant vor stationär“ hier nicht mehr zu realisieren.

Die Auswirkungen der Leistungen der BQKPMV auf die SAPV muss erfasst, bewertet und ggf. korrigiert werden.

- Zuweisungszeitpunkt in die SAPV in Bezug auf die Lebenszeit
- Abfärben der Leistungsvoraussetzung der BQKPMV auf die SAPV
- Effekt auf den Sterbeort
- In Bezug auf das Genehmigungsverhalten der Kostenträger
- Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) für regional nicht zur Verfügung alternative Versorgungsformen

Papenburg, den 06.01.2018

Für den Vorstand



Cora Schulze

Fachverband SAPV Niedersachsen e.V.
2. Vorsitzende/Geschäftsführerin

Quellangaben

*1 Stand: 20180106:

https://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/koop_rechtsrahmen/koop_broschuere.pdf

*2 Stand: 20180106

http://www.kbv.de/media/sp/Empfehlungen_aerztliche_Schweigepflicht_Datenschutz.pdf

*3 Stand: 20180106

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64/>

*4 Stand: 20180106

http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf

*5 Stand: 20180106

https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf

*6 Stand 20180106

https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Ueber-Unterversorgung-palliativ.pdf (Seite 8)

*7 Stand: 20180106

<https://www.aerzteblatt.de/dossiers/aerztmangel?nid=87233>

Stellungnahme des Fachverbandes SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) Niedersachsen e.V. zu den Leistungen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV) nach §87 Abs. 1 b SGB V