

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – Maßanfertigung oder Flickwerk?

„Es ist ein anerkanntes, gesellschaftliches Ziel, dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben. Dieses Ziel wird bisher in Deutschland nicht in einer diesem humanitären Anspruch genügenden Weise erreicht“. Diese bereits im Jahr 2005 von der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin aufgestellte Forderung wurde in der Gesetzesbegründung zur Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung als eigenständige Versorgungsform in das SGB V wieder aufgegriffen.

I. Ausgangssituation

Seit dem 1. April 2007 haben gesetzlich Versicherte gem. § 37b SGB V einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Schwerstkranke und sterbende Menschen erhalten eine umfassend versorgende Begleitung im häuslichen Umfeld, sofern sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. Selbstverständlich wurden Patienten in ihrer letzten Lebensphase auch bislang ärztlich und pflegerisch im Rahmen einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung begleitet. Die SAPV knüpft hier als besonders aufwendige Versorgungsform an und stellt dabei den Sterbenden und insbesondere das ihn betreuende Versorgungsnetz in den Mittelpunkt. Der Patient

wird in eine umfassende Versorgungskette mit dem Ziel integriert, die Lebensqualität in der Lebensendphase zu erhalten. Dabei wird eine konsequente Schmerz- und Symptomkontrolle sowie fallbezogene Erreichbarkeit 24 Stunden – rund-um-die-Uhr – gewährleistet. Die SAPV umfasst z. B. die Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen und anderen quälenden Symptomen und Begleitscheinungen, die Wundversorgung sowie die Medikation. Sie wird nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen ambulant im häuslichen Umfeld oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht.³ In das Versorgungsnetz einbezogen sind regelmäßig Krankenhäuser, ambulante und stationäre Hospiz- sowie Pflegedienste und niedergelassene Vertragsärzte. Diese schließen sich zu einem interdisziplinären

Palliative-Care-Team (PCT) zusammen. So vereinen sich palliativmedizinische, palliativpflegerische und möglichst auch psychosoziale Elemente zu einer Komplexleistung. Um die Versicherten versorgen zu können, ist mit den Krankenkassen ein Vertrag über die Leistungserbringung zu schließen, wobei regelmäßig das PCT selbst Vertragspartei wird.⁴ In Deutschland erfolgt die konkrete Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung allerdings tendenziell zögerlich, so dass das ursprüngliche Ziel – die Einführung einer flächendeckenden SAPV – längst nicht erreicht ist. Dies gilt insbesondere für ländliche Regionen.

II. Grundsätze der SAPV

1. Inhalte des SAPV-Vertrages

Besondere Vorgaben für die Leistungsinhalte sowie den Versorgungsablauf finden sich in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL). Hinzu tritt der konkret für die Region mit den Kos-

¹ Gesetzesbegründung zu Art. 1 Nr. 23 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG), BT-Drucks. 16/3100, S. 105.

² Zwischenbericht „Verbesserung der Versorgung schwerst Kranker und Sterbender durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ vom 22.06.2005, BT-Drucks. 15/5858, S. 32.

³ Vgl. § 37b Abs. 1 S. 1 SGB V sowie § 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) vom 20.12.2007, zuletzt geändert am 15.04.2010, in Kraft getreten am 25.06.2010; abrufbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf (zuletzt abgerufen am 27.10.2010).

⁴ § 6 Abs. 1 S. 5 SAPV-RL verweist auf die zu schließenden (SAPV-)Verträge nach § 132d SGB V, welche mit den jeweiligen Landesverbänden der Ersatz- oder Krankenkassen sowie weiteren Kostenträgern geschlossen werden. Dabei greifen die Vertragsparteien regelmäßig auf Vertragsmuster der entsprechenden Verbände zurück. Die konkrete Ausgestaltung ist verschieden. So hat z. B. die Kassenärztliche Vereinigung Berlin mit den Krankenkassen und dem Home-Care e.V. als Träger einen SAPV-Rahmenvertrag geschlossen, an dem Vertragsärzte teilnehmen können. Dies war regional die einfachste Lösung, da mit dem Home Care e.V. auf bereits bestehende Strukturen zurückgegriffen werden konnte.

trägern zu schließende SAPV-Vertrag. Letzterer basiert oftmals auf regionalen Vertragsmustern, welche allgemeingültige Vorgaben enthalten und im Rahmen von Verhandlungen individualisiert werden.⁵ Vertragsinhalte des zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern zu schließenden SAPV-Vertrages können u. a. sein:

- Ziele der SAPV und ihr Versorgungsbedarf,
- Anspruchsvoraussetzungen der SAPV,
- Anforderungen an die Erkrankungen,
- Definition der besonders aufwendigen Versorgung,
- Inhalt und Umfang der SAPV,
- Vorgaben für die Zusammenarbeit der Leistungserbringer,
- organisatorische Voraussetzungen,
- personelle Anforderungen,
- Verordnung von SAPV sowie von Arzneimitteln,
- Datenschutz,
- Vertragsregion,
- Vergütung und Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen sowie
- Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse.

Die vorgenannten Punkte spiegeln die wesentlichen Aspekte eines SAPV-Vertrages wieder. Regelungsinhalt und -tiefe des Vertrages können aber aufgrund des regionalen Versorgungsbedarfs, unterschiedlicher Siedlungs- oder Altersstruktur, epidemiologisch relevanter Erkrankungen und demografischer Entwicklung abweichen.

⁵ Vgl. zudem Gemeinsame Empfehlungen des AOK-Bundesverbandes Bonn, des BKK Bundesverbandes Essen, des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen Kassel, des IKK-Bundesverbandes Bergisch-Gladbach, der Knappschaft Bochum, des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg, des AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. Siegburg nach § 132d SGB V vom 23.06.2008; abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/A-Rahmenempfehlung_132d_230608_1961.pdf (zuletzt abgerufen am: 27.10.2010).

2. Leistungsspektrum

Der Patient wird ärztlich und pflegerisch versorgt. Das Leistungsspektrum der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wird grundsätzlich durch den insoweit nicht abschließenden Katalog des § 5 der SAPV-RL vorgezeichnet.⁶ Dieser nennt beispielsweise apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen wie Medikamentenpumpe und Portleitung oder die durchgängige Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft. Eine Leistungserbringung kommt somit nicht nur gegenüber dem Sterbenden, sondern auch gegenüber den Angehörigen in Betracht, was sich z. B. in der ebenfalls aufgeführten Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod äußert. Das nähere Umfeld des Patienten wird auf diese Weise in die Versorgung eingebunden, gleichzeitig durch die oftmals benötigte Hilfestellung aber auch deutlich entlastet.

Beratung und Koordination bilden die Grundpfeiler für die weitere Form der Leistungserbringung. Hier ist grundsätzlich zwischen Vollversorgung und additiv unterstützender Teilversorgung zu unterscheiden, wobei die Grenzen fließend sind, was eine klare Differenzierung erschwert. Denn die Vollversorgung umfasst zwangsnotwendig die additiv unterstützende Teilversorgung.⁷ Weder die SAPV-RL noch Vertragsmuster der Krankenkassen enthalten eine klare Regelung, ab welcher Leistungsmenge oder ab welchem -umfang eine Vollversorgung gegeben ist. In Anbetracht dessen gibt es in einigen Vertragsregionen seitens der Kostenträger begrüßenswerte Überlegungen, die Differenzierung zwischen der Teil- und

⁶ Sofern eine Erweiterung gewünscht wird, sollte dies bei den Vertragsverhandlungen zwischen PCT-Träger und Krankenkassen angesprochen werden, um späteren Unklarheiten vorzubeugen.

⁷ Die Definition von Vollversorgung und additiv unterstützender Teilversorgung wurde sowohl durch den Gesetzgeber als auch durch den GBA versäumt.

Vollversorgung auch zur Vermeidung von Abrechnungsproblematiken völlig aufzuheben.

3. Leistungserbringer

Obligatorische Leistungserbringer der SAPV sind Palliativmediziner⁸ und Palliative-Care-Pflegekräfte. In der Praxis werden häufig weitere Vertragsärzte, Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflege- sowie Hospizdienste in das PCT-Team eingebunden. Für Palliativmediziner und Palliativpflegekräfte bestehen folgende Voraussetzungen (vgl. Tabelle 1):

Da die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erst vor drei Jahren in den Leistungskatalog des SGB V aufgenommen wurde, ist davon auszugehen, dass die Erbringung alternativ der in Tabelle 1 dargestellten Nachweise insbesondere für die Palliative-Care-Pflegekraft oftmals problematisch sein wird. Denn die praktischen Erfahrungen über eine sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung sind aufgrund der bisher geringen Dichte solcher Einrichtungen schwerlich nachweisbar. Auch Ärzte, die aktiv im PCT eingebunden werden möchten, befinden sich in vielen Fällen erst am Anfang ihrer Zusatzweiterbildung. Zur Lösung dieser Problematiken wären aus Gründen der Rechtssicherheit klare Übergangsregelungen erforderlich. Allerdings können die Kassen vor Ort im Einzelfall entscheiden, ob aus Sicherstellungsgründen Leistungserbringer, die noch nicht alle Voraussetzungen erfüllen, unter Vertrag genommen werden.⁹ Gerade die praktischen Erfah-

⁸ Die Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ ist nach der Musterweiterbildungsordnung für alle Facharztgruppen offen. Entscheidend ist die Umsetzung auf Landesebene durch die Landesärztekammer.

⁹ Dies ergibt sich jedenfalls aus einer Antwort der seinerzeitigen parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit auf eine Anfrage, vgl. Schreiben vom 03.09.2008, Arbeitsnum-

ZUR DISKUSSION GESTELLT

rungen können im Laufe der Versorgung unter Anleitung eines spezialisierten Leistungserbringers erworben werden. In Berlin ist beispielsweise die Teilnahme an der SAPV durch Vertragsärzte bereits dann zulässig, soweit die Weiterbildung begonnen wurde oder bis spätestens zum 31.12.2010 begonnen wird. Für Pflegekräfte gilt Entsprechendes.¹⁰

4. Kooperationsformen

Die konkrete Zusammensetzung des SAPV-Teams und die Ausgestaltung der Kooperation zwischen den Leistungserbringern sind von den Einzelfallumständen und vielfältigen Faktoren abhängig. Grundsätzlich ist jede Kooperationsform zulässig, beispielsweise der Abschluss eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses oder gar die Gründung einer Gesellschaft. Ausgangspunkt ist der Wille der potentiellen Kooperationspartner, die Zusammenarbeit eng oder flexibel gestalten zu wollen. Die Umsetzung ist mit dem Bestreben der Kostenträger, entweder einheitliche Verträge zu schließen oder auch individuelle Lösungen zulassen zu wollen, in Einklang zu bringen. Letztlich ist die konkrete Kooperationsform somit Ausfluss des mit den Kostenträgern erzielten Verhandlungsergebnisses. Beispielhaft genannt (vgl. auch Graphik 1) sei die Möglichkeit, zunächst eine PCT-Trägersgesellschaft zu gründen, die unter Vergabe einer SAPV-spezifischen Betriebsstättennummer nach § 132d Abs. 1 SGB V an der ambulanten Versorgung teilnimmt.¹¹ Diese schließt mit den

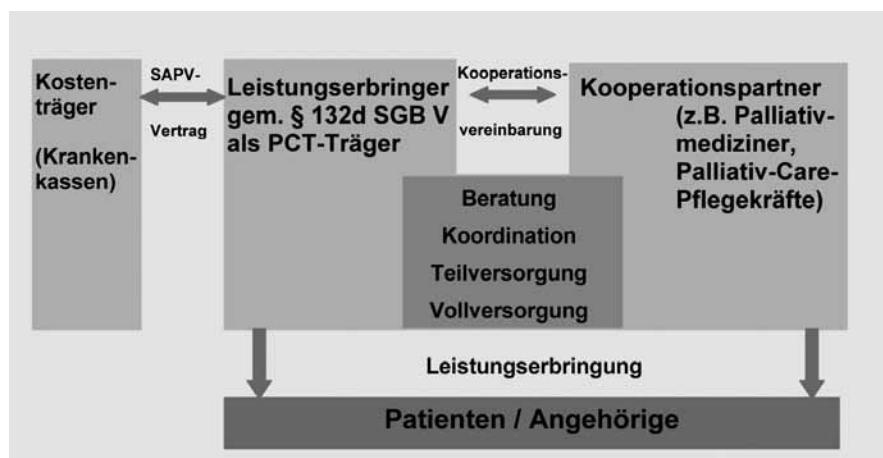
mer 8/225 und 8/226; abrufbar unter: <http://www.sapv.de/caspers%20merk.pdf> (zuletzt abgerufen am 27.10.2010).

¹⁰ Vgl. Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin vom 28.06.2010; abrufbar unter: http://www.kvberlin.de/20praxis/80service/80rundschriften/rs_100628_sapv.pdf (zuletzt abgerufen am 27.10.2010).

¹¹ Die SAPV-spezifische Betriebsstättennummer ist auf der Grundlage der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband Bund und der Kas-

Palliativmediziner	Pflegekräfte
<ul style="list-style-type: none"> – Zusatzweiterbildung nach der jeweiligen Weiterbildungsordnung, i.d.R.: – 160 Stunden Weiterbildung – Erfahrungen aus ambulanter palliativer Behandlung von mind. 75 Palliativpatienten in einem stationären Hospiz innerhalb der letzten 3 Jahre – oder aus einer mind. einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativstation in einem Krankenhaus innerhalb der letzten 3 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> – Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpfleger oder Altenpfleger (entsprechend den landesrechtlichen gesetzlichen Bestimmungen) – Abschluss einer Palliativ-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von 160 Stunden – Erfahrung durch mind. eine zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten 3 Jahren; davon mind. 6 Monate Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung

Tabelle 1: Weiterbildungsvoraussetzungen



Graphik 1: Beispiel für ein SAPV-Modell

Krankenkassen den SAPV-Vertrag sowie mit den jeweiligen Leistungserbringern einzelne Kooperationsverträge. Der PCT-Träger kann die Koordination und Erstberatung durch eigene Kräfte übernehmen, die weiteren Leistungen werden durch Kooperationspartner erbracht. Diese Aufteilung kann sich – je nach lokalem Bedarf

senärztlichen Bundesvereinbarung bei letzterer zu beantragen. Zu Abrechnungszwecken ist überdies ein Institutskennzeichen nach § 293 Abs. 1 SGB V erforderlich.

und vorhandenen personellen Ressourcen – verschieben.

5. Ablauf des Versorgungsprozesses

SAPV wird durch einen Vertrags- oder Krankenhausarzt verordnet. Die Verordnung durch Krankenhausärzte ist auf längstens sieben Tage nach Entlassung beschränkt.¹² Spätestens am dritten auf die

¹² Vgl. § 7 Abs. 1 SAPV-RL

Verordnung folgenden Werktag hat diese bei der Krankenkasse einzugehen. Sofern nicht anders vereinbart, ist nur dann die Kostenübernahme bis zur endgültigen Entscheidung der Krankenkasse gesichert. Zu verwenden ist das Muster 63 der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung,¹³ welches jedem SAPV-Vertrag als Anlage beigelegt werden sollte und u. a. Angaben zur Leistungsart und -dauer enthält.¹⁴ Hinsichtlich des weiteren Versorgungsprozesses finden sich in der SAPV-RL keine Regelungen, so dass der weitere Ablauf fallspezifisch zu beurteilen ist und im SAPV-Vertrag vereinbart werden kann. In der Praxis wird im unmittelbaren Anschluss an die Verordnung die Erstvisite des Leistungserbringers bei dem Versicherten und ggf. dessen Angehörigen erfolgen, bei der ein Therapie- und Hilfsplan festgelegt und ressourcenorientiert Notfallpläne erarbeitet werden. Den Versorgungsablauf selbst kann das PCT, orientiert an der eigenen Organisationsstruktur und dem Bedarf des Patienten und dessen Angehörigen, frei bestimmen. Den Krankenkassen ist daher nicht anzuraten, gestaltend in die einzelnen Versorgungsabläufe einzugreifen zu wollen.

6. Qualitätssicherung

Im Rahmen der Qualitätssicherung haben die Leistungserbringer ein geeignetes Dokumentationssystem für die Palliativversorgung sicherzustellen. Neben patientenbezogenen Daten sind allgemein anerkannte Indikatoren (medizinische, pflegerische, psychosoziale Aspekte) zu erfassen. Zudem sind die Leistungserbringer verpflichtet, weitere qualitätssichernde Maßnahmen zu vereinbaren und durchzuführen. Übereinstimmend werden in allen Vertragsregionen regelmä-

ßige Fallbesprechungen sowie multidisziplinäre Qualitätszirkel gefordert. Zudem sollen die spezialisierten Leistungserbringer an externen Maßnahmen teilnehmen.¹⁵ Hier käme bspw. der Austausch mit weiteren PCT in Betracht. Die Dokumentationssteuerung wird regelmäßig die Koordinationsstelle übernehmen.

Als Sachausstattungen sind zwingend erforderlich eigenständig vorgehaltene Räumlichkeiten unter einer eigenen Adresse, die für die Beratung von Patienten und Angehörigen, Teamsitzungen und Fallbesprechungen, aber auch zur Lagerung von Medikamenten für Notfall- und Krisenintervention genutzt werden können. Vorzuhalten sind Arzneimittel sowie ein Arzt-/ Pflegekoffer bzw. eine Bereitschaftstasche. Die Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller muss gewährleistet sein, etwa bei Portsystemen oder Infusionspumpen.¹⁶

Ein wesentlicher Bestandteil der SAPV von schwerkranken Menschen in ihrer letzten Lebensphase ist die Versorgung mit betäubungsmittelhaltigen Schmerzmitteln.¹⁷ Ohne Schwierigkeiten kann der für die Aufbewahrung von Medikamenten, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fallen, erforderliche Betäubungsmittelschrank i.S.d. § 15 BtMG vorgehalten werden. Die eigentlichen Probleme ranken sich vielmehr um den Umgang mit Betäubungsmitteln im Hinblick auf deren Lagerung, Transport, Verabreichung und Weiterverwendung. Diese hatte der Gesetzgeber zunächst nur für die Medikation von Bewohnern von Alten- und Pflege-

heimen sowie von Hospizen erkannt und teilweise gelöst.¹⁸ Hier darf beispielsweise der Arzt die Schmerzmittel unter seiner Verantwortung und damit außerhalb der Apotheke lagern.¹⁹ Auch hinsichtlich der Weiterverwendung nicht mehr benötigter Betäubungsmittel besteht eine Sonderregelung. Es ist zulässig, diese den Bewohnern derselben Einrichtung zukommen zu lassen.²⁰ Entsprechende gesetzliche Regelungen im Rahmen der SAPV fehlten bislang. Erst kürzlich hat die Bundesregierung einen Referentenentwurf²¹ zur Verbesserung der Versorgung schwerkranker Menschen mit betäubungsmittelhaltigen Schmerzmitteln vorgelegt.²² Zukünftig dürfen auch in SAPV-Einrichtungen ärztlich verschriebene und nicht mehr benötigte betäubungsmittelhaltige Schmerzmittel für andere Patienten weiterverwendet sowie Notfallvorräte von Betäubungsmitteln vorgehalten werden. Klärungsbedarf besteht allerdings weiterhin bei der Applikation der Schmerzmittel. Häufig sind Palliativpatienten im Laufe ihrer Erkrankung nicht mehr in der Lage, diese oral einzunehmen. Eine in der palliativmedizinischen Praxis durchaus übliche Methode ist die Verabreichung in Form von kontinuierlicher Infusion.²³ Hier ergeben sich klassisch Probleme bei der vertikalen Arbeitsteilung. Aufgrund

¹⁸ Vgl. § 5b der Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung).

¹⁹ Vgl. § 5b Abs. 3 BtMVV.

²⁰ Vgl. § 5b Abs. 4 BtMVV.

²¹ Diskussionsentwurf für eine 25. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (25. BtMÄndV).

²² Vgl. Pressemitteilung Nr. 9 v. 17.08.2010 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung; abrufbar unter: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cln_178/SharedDocs/Downloads/DE/Drogen-Sucht/Heroin-Designerdrogen/10-08-17_20PM_20Cannabis_20als_20Medizin.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/10-08-17%20PM%20Cannabis%20als%20Medizin.pdf (zuletzt abgerufen am 27.10.2010).

²³ Vgl. BT- Drucks. 15/5858, S. 20.

¹³ Anlage 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte, abrufbar unter: <http://www.kbv.de/rechtsquellen/2306.html> (zuletzt abgerufen am 27.10.2010)

¹⁴ Vgl. § 7 Abs. 2 SAPV-RL

¹⁵ Vgl. Ziff. 6.1f. der Gemeinsamen Empfehlungen in Fn. 5, die eine halbjährliche Frequenz empfehlen.

¹⁶ Vgl. Ziff. 4.4. der Gemeinsamen Empfehlungen in Fn. 5.

¹⁷ Dies hat der Gesetzgeber im Rahmen des § 73b SGB V sowie der GBA in § 4 SAPV-RL durch die Formulierung „besonders aufwändige Versorgung durch ausgeprägte Schmerzsymptomatik“ erkannt.

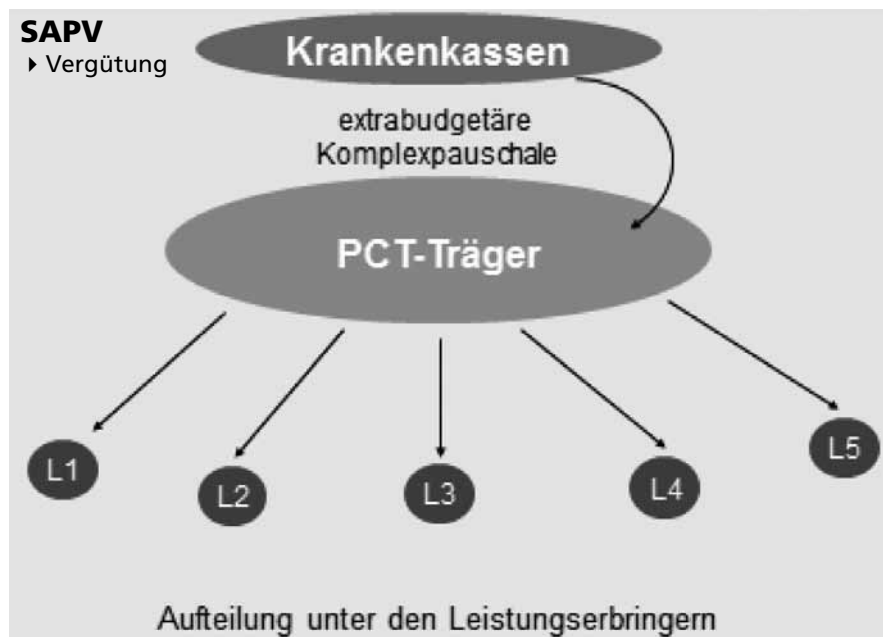
ZUR DISKUSSION GESTELLT

der Tatsache, dass die Delegation an Pflegekräfte regelmäßig auch die räumliche Nähe eines Arztes erfordert,²⁴ führen die damit einhergehenden Haftungsproblematiken häufig zu Verunsicherungen in der Ärzteschaft. Die Ausführungen zeigen, dass sich die Leistungserbringer zu Gunsten einer adäquaten Versorgung der Patienten häufig in einer rechtlichen Grauzone befinden.

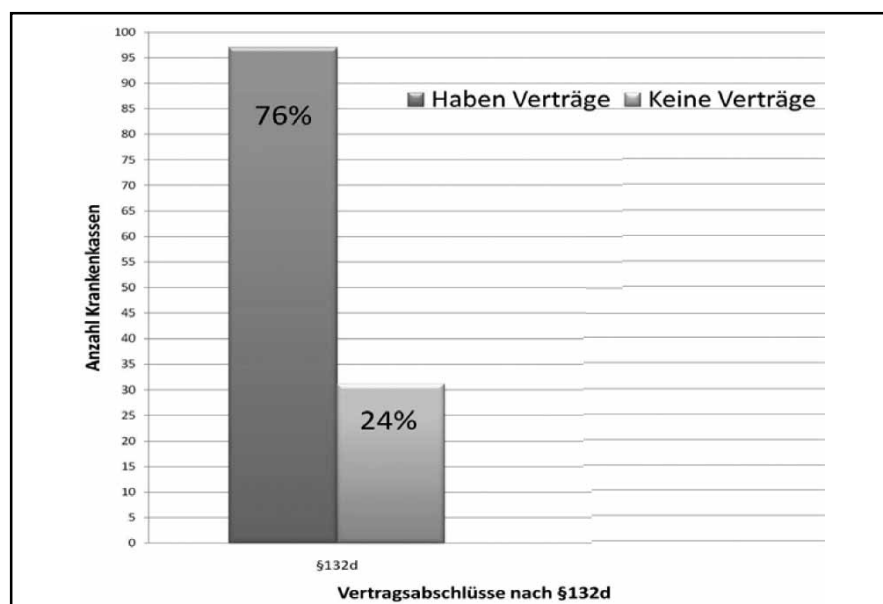
7. Abrechnung und Vergütung

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird von den Kostenträgern extrabudgetär vergütet, regelmäßig in Form einer Kompletpauschale je Fall.²⁵ Diese Kompletpauschalen werden je nach Region entweder als Tages- oder als Monatspauschale pro Versichertem abgerechnet, so dass eine allgemeingültige Aussage hierzu nicht möglich ist. Nach eigenen Berechnungen dürfte überschlägig eine auf den Tag herunter gebrochene Vergütung in Höhe zwischen 120 Euro und 180 Euro pro Versichertem abrechnungsfähig sein. In einem weiteren Schritt erfolgt die Aufteilung der Pauschale zwischen den Leistungserbringern (vgl. Graphik 2).

Die ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln werden regelhaft über die bereits erwähnte Betriebsstättennummer bzw. einer einheitlichen Pseudo-Arztnummer 333333300 abgerechnet.²⁶



Graphik 2: Beispielhafte Vergütungsstruktur



Quelle: Bericht an ds Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAV-Richtlinien für das Jahr 2009

Graphik 3: Anteil der Krankenkassen mit Vertragsabschlüssen nach § 132d Abs. 1 SGB V

8. Umsatzsteuer

Grundsätzlich sind heilkundliche Behandlungen mit kurativem Charakter umsatzsteuerbefreit, vgl. § 4 Nrn. 14, 16 UStG. Palliative Behandlungen zielten jedoch nicht auf die Heilung von Patienten, sondern auf eine – wenn auch spezialisierte – Sterbebegleitung ohne kurativen Charak-

ter. Darüber hinaus beinhaltet die SAPV in erheblichem Umfang koordinierende Leistungen. Die insofern bestehende steuerliche Regelungslücke hat der Gesetzgeber nach Einfügung der SAPV nicht geschlossen. Erst eine Verfügung der OFD Frankfurt vom 25.03.2010 (S 7170 A – 83 – St 112) brachte Klarheit. Danach ist die

²⁴ Vgl. Empfehlungen zur persönlichen Leistungserbringung – Möglichkeit und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand 29.08.2008.

²⁵ Einer neuen Tendenz nach wird die bisher vorherrschende Gesamttagespauschale in eine Koordinationspauschale sowie eine Pauschale für additiv unterstützende Teilversorgung und Vollversorgung aufgeteilt. Dies bleibt jedoch einer weiteren Entwicklung – auch mit Blick auf die Differenzierung von Teil- und Vollversorgung – abzuwarten.

²⁶ Dies geschieht unter Verwendung der üblichen Muster 13, 14, 16 und 18 der Vordruckvereinbarung, vgl. Anlage 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte.

Tabelle 2: Palliativmediziner

Kassenärztliche Vereinigung bzw. Landesärztekammer	Palliativmediziner in der vertragsärztlichen Versorgung	Palliativmediziner in der stationären Versorgung	Gesamt	Bevölkerung in Mio.	Einwohner je Palliativmediziner
Baden-Württemberg	165	208	373	10,750	28.828
Bayern	22	98	120	12,520	104.333
Berlin	8	21	29	3,423	118.034
Brandenburg	15	29	44	2,522	57.318
Bremen	6	14	20	0,662	33.100
Hamburg	16	25	41	1,772	43.219
Hessen	63	128	191	6,065	31.753
Mecklenburg-Vorpommern	27	43	70	1,664	23.771
Niedersachsen	225	160	385	7,947	20.641
Nordrhein	99	171	270	17,933	28.375
Westfalen-Lippe	146	216	362		
Rheinland-Pfalz	65	67	132	4,028	30.515
Saarland	2	11	13	1,030	79.230
Sachsen	40	70	110	4,193	38.118
Sachsen-Anhalt	7	36	43	2,384	55.441
Schleswig-Holstein	45	62	107	2,834	26.485
Thüringen	7	39	46	2,268	49.304
Gesamt, Ø	958	1.398	2.356	82,002	34.805

Quelle: Evaluierungsbericht des GBA, Stand 30.09.2009; Bevölkerung Kennzahlen nach Ländern, Stand 2009, Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2010, S. 29; eigene Berechnungen.

SAPV aufgrund der Vergleichbarkeit mit Krankenhaus- und Hospizleistungen umsatzsteuerfrei. Es scheint, dass sich die Finanzämter im Allgemeinen dieser Auffassung anschließen.²⁷

²⁷ Je nach Einzelfall kann eine verbindliche Auskunft des Finanzamts eingeholt werden, angekündigt ist eine Berücksichtigung im Rahmen der Verwaltungsregelung zur Anwendung des Umsatzsteuergesetzes (UStAE) 2011.

III. Stand der Umsetzung der SAPV

In dem Evaluierungsbericht des GBA an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009²⁸ wurde festgestellt, dass

²⁸ Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009; abrufbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2802/2009-12-17-Bericht-SAPV-Evaluation-2009.pdf> (zuletzt abgerufen am

nur 97 der 128 an einer Umfrage teilnehmenden Krankenkassen SAPV-Verträge mit Leistungserbringern abgeschlossen haben.²⁹

27.10.2010). Der Bericht zum Stand der Umsetzung für das Jahr 2010 wurde zwar in der 23. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit am 27.10.2010 im Bundestag thematisiert, war aber bis zum Redaktionsschluss nicht öffentlich zugänglich.

²⁹ Dabei wird der Stand zum 30.09.2009 zugrunde gelegt.

Nach dem Evaluierungsbericht haben bereits 76 % der Krankenkassen einen oder mehrere SAPV-Verträge geschlossen. Bei der Berechnung sind aber nicht alle der 186 damals existierenden Kassen, sondern lediglich der Rücklauf von 128 Krankenkassen als Maßstab zugrunde gelegt worden. Gemessen an der tatsächlichen Anzahl dürfte der Prozentsatz weitaus geringer ausfallen. Zudem halten lediglich 13 Krankenkassen, durch Vertragsabschlüsse eine flächendeckende Versorgung für ihre Versicherten erreicht.

Insgesamt wurden im Jahr 2009 in den ersten drei Quartalen von den befragten Kassen 2.614 Leistungsfälle erfasst, davon nur 53 Fälle für Kinder und Jugendliche. Die meisten Kassen gaben ein bis zwanzig Leistungsfälle an. Dem stehen bundesweit 2.356 Palliativmediziner gegenüber. Von diesen nehmen lediglich 40 % an der vertragsärztlichen Versorgung teil, die übrigen 60 % sind als Krankenhausärzte tätig (vgl. Tabelle 2). Bei Einführung der SAPV wurde angenommen, dass jeder 1.000ste Einwohner eine SAPV benötigt. Ein durchschnittliches PCT kann ein Einzugsgebiet von etwa 250.000 Menschen versorgen.³⁰ Damit wären bundesweit etwa 350 Vertragsregionen zu bilden. Selbst wenn sämtliche Palliativmediziner in die Versorgung eingebunden wären, stünden pro Region nur 6 bis 7 Ärzte zur Verfü-

gung. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass Palliativmediziner aber nicht entsprechend der Bevölkerungsdichte je Bundesland verteilt sind. In Niedersachsen ist die höchste Versorgungsdichte zu verzeichnen. Hier sind auch tatsächlich den Vorgaben entsprechend 30 Versorgungsgebiete geplant.³¹ Mit insgesamt 385 Palliativmedizinern stünden pro Versorgungsgebiet in Niedersachsen 12 Ärzte pro PCT Verfügung. Da diese aber nur vereinzelt an der SAPV teilnehmen und zudem eine rund-um-die-Uhr-Versorgung sichergestellt sein muss, sind selbst in einem Bundesland, welches personell gut gerüstet scheint, Versorgungslücken unvermeidbar. Entsprechend extremer wirkt sich eine geringere Verhältniszahl aus. Beispielhaft sei Berlin herausgegriffen. Unter Einbeziehung aller 29 Palliativmediziner ergibt sich bei einer Bevölkerung von 3,4 Mio. Einwohnern eine Anzahl von nur 2 bis 3 Ärzten pro PCT. All diese Überlegung lassen zudem weitere lokale Besonderheiten wie beispielsweise längere Anfahrten zu den Patienten in ländlichen Regionen außer Acht.

IV. Fazit und Ausblick

Auch noch Jahre nach ihrer Einführung kann die SAPV nicht als etablierte, sondern als noch im Aufbau befindliche Versorgungsform angesehen werden. Von der

Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung kann nicht die Rede sein. Dies liegt an der in manchen Bereichen noch unklaren Rechtslage, der mangelnden Bereitschaft einiger Krankenkassen, SAPV-Verträge bedarfsgerecht abzuschließen sowie letztlich auch am fehlenden Bekanntheitsgrad der SAPV bei Ärzten und Pflegekräften. Leistungserbringer scheuen angesichts der im Vorfeld ungewissen Arbeitsbelastung und Honorierung die Initiative. Teilweise gehen PCT bereits dazu über, abgeschlossene Verträge zu kündigen.³² Obwohl sich alle Player im Gesundheitswesen über den hohen Stellenwert der ambulanten Palliativversorgung einig sind, wird die SAPV stiefmütterlich behandelt. Hier sind Gesetzgeber, Kostenträger und Leistungserbringer gleichermaßen gefordert.

Autoren:

Claudia Mareck, Rechtsanwältin, Leiterin der Dezernate Medizinrecht und Kartellrecht im Gesundheitswesen
Alexander Tehler, Rechtsanwalt CURACON Weidlich Rechtswaltsgesellschaft mbH
Scharnhorststraße 2
48151 Münster

³⁰ Vgl. BT-Drs. 15/5858, S. 71.

³¹ Vgl. Ärztezeitung vom 29.01.2010.

³² So in Mecklenburg-Vorpommern, vgl. Ärztezeitung vom 16.11.2010.