

2. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress

Palliativmedizin – eine Brücke

Salzburg, 7.12.2006

Neueste Entwicklung

-

Palliative Care in Deutschland (Überblick)

Thomas Schindler

(Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)

eMail: dgp@dgpalliativmedizin.de

2. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress

Palliative Care in Deutschland (Aktueller Überblick)

Hospizarbeit: Finanzierung durch die Krankenkassen (in Mio €)

Einrichtungen	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Stationäre Hospize								
Ausgezahlte Fördersumme	11,0	14,6	19,1	21,8	25,0	25,2	33,7	38,9
Zahl der stat. Hospize	58	70	83	90	99	108	120	125
Ambulante Hospizdienste								
Zahl geförderter Dienste					304	396	463	519
Mögliche Fördersumme					10,6	14,1	17,5	19,9
Ausgezahlte Fördersumme					6,0	8,2	11,4	13,9
Anteil in Prozent					57	58	65	70

2. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress

Palliative Care in Deutschland (Aktueller Überblick)

Empfehlungen der Bundestags-Enquete-Kommission (6/2005)

■ Bericht der Bundestags-Enquete-Kommission (6/2005)

2. Stärkung des **Patientenrechts** auf eine bedarfsgerechte Palliativversorgung
3. Stärkung der Sterbebegleitung & angemessener PC im **häuslichen Bereich**
4. Verbesserung der Aus-, Fort- & Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen
5. Stärkung und Sicherung der ambulanten & stationären Hospizarbeit
6. Verbesserung der **Finanzierung** der ambulanten & stationären PV
7. Forschungsförderung
8. Einführung einer Bundesstatistik zu den Sterbeorten
9. Runder Tisch aller relevanten Gruppen der Palliativ- und Hospizversorgung
10. Berufung von Hospiz- und Palliativbeauftragten (Landes- und Bundesebene)

2. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress

Palliative Care in Deutschland (Aktueller Überblick)

Situation im stationären Sektor: OPS & BE & ZE

- Im Jahr 2005 wurde eine neue Leistung im „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ (**OPS**) kodierbar gemacht: die „**Palliativmedizinische Komplexbehandlung**“ (**8-982**). Es ist fraglich, ob sie den Aufwand von Palliativstationen (Hoher Personalschlüssel! Viele „weiche“ Leistungen!) im DRG-System adäquat wiedergeben kann.
- Palliativstationen können seit 2005 als „**Besondere Einrichtung**“ (**BE**) anerkannt werden (Vergütung erfolgt über **tagesbezogene Entgelte**)
- Aber: **Nur ca. 25 %** aller Krankenhäuser mit Palliativstationen nutzen bisher diese Möglichkeit (häufigster Grund: kein ökonomischer Vorteil)
- Ab dem Jahr 2007 erhalten Krankenhäuser für die Betreuung von Patienten, bei denen die Leistung **OPS 8-982.1-3** kodiert wird, ein **Zusatz-Entgelt (ZE 60) in Höhe von 1.101,46 €**.

2. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress

Palliative Care in Deutschland (Aktueller Überblick)

Integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V (Vertragspartner)

■ Palliativmedizin in der Integrierten Versorgung (Laufende IV-Verträge)

- Bielefeld / Primärkassen
- **Dresden** / AOK Sachsen
- Fulda / BKK-LV-Hessen
- Füssen / AOK Bayern
- Heidelberg / AOK BW + DAK + GEK + HZK + KEH + TK
- Köln / Primärkassen (ohne BKK)
- Leverkusen / BKK Bayer Leverkusen
- Lüneburg / DAK
- Regensburg / AOK Bayern
- Saarbrücken / Ersatzkassen
- **Singen** / DAK
- Wiesbaden (HSK) / AOK Hessen + Barmer EK + DAK
- Wiesbaden (ZAPV) / TK + BKK-LV-Hessen
- Würzburg / AOK Bayern

2. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress

Palliative Care in Deutschland (Aktueller Überblick)

GKV-WSG (Erfreuliches!)

■ GKV-WettbewerbsStärkungsgesetz (Entwurf 25.10.2006)

1. Die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung als individuellen **Leistungsanspruch im Rahmen der GKV** ins SGB V.
2. Zusätzliche 80 Mio. Euro für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Jahr 2007 (mit deutlich steigender Tendenz in den Folgejahren), ohne das die Vergütung der niedergelassenen Ärzte darum bereinigt wird. (**Der größte Posten für Mehrausgaben im Rahmen der Gesundheitsreform!!!**)
3. Auch Krankenhäuser und Heime können die Leistung **sektorenübergreifend** anbieten.
4. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung **kann auch von Krankenhausärzten verordnet werden.**
5. Die mögliche **Weiterverwendung von „Betäubungsmitteln“** (= starke Opioide) von gestorbenen Patienten in Heimen und Hospizen.

2. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress

Palliative Care in Deutschland (Aktueller Überblick)

GKV-WSG (§ 37b Abs.1 SGB V)

■ § 37b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen und von der Krankenkasse zu genehmigen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen **einschließlich ihrer Koordination** insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

2. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress

Palliative Care in Deutschland (Aktueller Überblick)

GKV-WSG (§ 37b Abs.3 SGB V)

■ § 37b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(3) Der **Gemeinsame Bundesausschuss** nach § 91 Abs.4 bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30.September 2007 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten.
2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung **und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten**; die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen.
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

2. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress

Palliative Care in Deutschland (Aktueller Überblick)

GKV-WSG (§ 92 Abs.7g SGB V)

- **§ 92 Abs.7g SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss**

(7b) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach Absatz 1 Satz 2 Nr.14

ist den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie den in § 132a Abs.1 Satz 1 genannten Organisationen **Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.**

Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

2. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress

Palliative Care in Deutschland (Aktueller Überblick)

GKV-WSG (§ 132d Abs.1+2 SGB V)

■ § 132d SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. In den Verträgen ist ergänzend zu regeln, in welcher Weise die Leistungserbringer auch beratend tätig werden.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, **der**

Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Empfehlungen

1. die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
3. Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spez. ambulanter Pall.-V. fest.

2. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress

Palliative Care in Deutschland (Aktueller Überblick)

Offene Fragen

- **Spezialisierte Teams und/oder bessere Vernetzung?**
- **Wenn spezialisierte Teams – wo soll deren Basis sein?**
- **Art der sektorenübergreifenden Tätigkeit?**
- **Zusammensetzung der Teams?**
- **Größe der Teams?**
- **Zielgruppe?**
- **Beratung und/oder Versorgung?**
- **Wenn Versorgung – welche Versorgung?**
- **Erreichbarkeit der Teams? (24h? Sicherstellung?)**
- **Eigenständige Verordnung von Arzneimitteln? (BtM-Bevorratung?)**
- **Eigenständige Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln?**
- **Art der Zusammenarbeit: Hauptamt / Ehrenamt?**

2. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress

Palliative Care in Deutschland (Aktueller Überblick)

Strukturelle Anforderungen an Palliative Care Teams

■ Palliative Care Teams sollten ...

- Teams mit eigenständigem Sitz und selbständiger Infrastruktur sein
- mindestens die Berufsgruppen Medizin, Pflege & Sozialarbeit umfassen
> bei Bedarf verfügbar müssen sein: weitere Therapeuten, Seelsorger
- mindestens 6 Vollzeitkräfte umfassen (24h-Ruf- und Einsatzbereitschaft!)
> mit einer Weiterbildung in Palliative Care (mindestens 160 h)
- beratend und versorgend (komplementär!) tätig sein
> evtl. unterschiedliche Konzepte für dünn & dicht besiedelte Regionen
> Gewachsene Strukturen sind zu berücksichtigen
- die Möglichkeit haben, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel verordnen zu können
- Sektorengrenzen (ambulanter Sektor, Heim, Krankenhaus) überwinden
- mit Ambulanten Hospizdiensten kooperieren
- kassenübergreifend und einheitlich finanziert werden

2. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress
Palliative Care in Deutschland (Aktueller Überblick)

Epilog: Hoffnung

**„Wir hoffen immer,
und in allen Dingen
ist besser hoffen
als verzweifeln.“**

(Goethe)

Für weitere Informationen:

www.dgpalliativmedizin.de