



DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG  
Patientenschutz für Schwerstkranke und Sterbende

Weil Sterben auch Leben ist

**Sonder Hospiz Info Brief 3 / 2008**

**November 2008**

••• *Stellungnahme* ••• *Stellungnahme* ••• *Stellungnahme* ••

## **Stellungnahme der Deutschen Hospiz Stiftung**

### **zur praktischen Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach §§ 37 b, 132 d Abs. 2 SGB V**

Mit den Paragraphen 37 b und 132 d des Sozialgesetzbuches V, die am 01. April 2007 in Kraft getreten sind, wurde ein neuer Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für gesetzlich Krankenversicherte eingeführt. Seit über eineinhalb Jahren warten schwerstkranke Menschen nun darauf, dass dem Rechtsanspruch praktische Taten folgen.

Die nähere Ausgestaltung des Anspruchs hat der Gesetzgeber in einem ersten Schritt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen. Dieser erarbeitete eine entsprechende Richtlinie, in der vor allem Inhalt und Umfang der SAPV bestimmt wurden. Am 20. Dezember 2007 verabschiedete der G-BA die SAPV-Richtlinie. Sie wurde am 14. Februar 2008 durch das Bundesministerium der Gesundheit genehmigt.

In einem zweiten Schritt sollten die Spitzenverbände der Krankenkassen weitere Details in Empfehlungen festlegen. Einer der Schwerpunkte war die Festlegung der sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung. Am 23. Juni 2008 einigten sich die Spitzenverbände der Krankenkassen auf einen einheitlichen Empfehlungstext.

Unter Berücksichtigung dieser Rechtsgrundlagen können und sollen potentielle Leistungserbringer nun flächendeckend Versorgungs- und Vergütungsverträge mit den einzelnen Krankenkassen vor Ort abschließen.

Bislang ist in den Medien aber nur von einem einzigen abgeschlossenen SAPV-Vertrag berichtet worden (Deutsche BKK und Palliativnetz Gifhorn, vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 20. Oktober 2008).

Im Zuge der Beratungen zum Gesetz hatten Experten geschätzt, dass nach Aufbau der flächendeckenden Infrastruktur mit jährlichen Ausgaben in Höhe von rund 240 Millionen Euro zu rechnen sei. Bereits für das Jahr 2007 waren 80 Millionen veranschlagt, für 2008 gingen die Experten von 130 Millionen aus. Tatsächlich aufgewendet wurden laut Medienberichten bisher allerdings nur ganze 540.000 Euro (vgl. Die Welt, Krankenkassen lassen Sterbende im Stich vom 17. Oktober 2008). Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Gesundheitsministerium, bezifferte die bisherigen SAPV-Ausgaben bei einem Vortrag am 25. Oktober 2008 in Essen auf bislang 1,2 Millionen Euro (davon allein eine Million Euro für Mitglieder der AOK). So oder so wurde jedenfalls nur ein Bruchteil der ursprünglich veranschlagten Summe ausgegeben. Zum Teil müssen gesetzlich Krankenversicherte

---

**Impressum:**

Deutsche Hospiz Stiftung, Geschäftsstelle Dortmund, Europaplatz 7, 44269 Dortmund, Tel. 02 31 / 73 80 73 - 0, Fax 02 31 / 73 80 73 - 1  
Deutsche Hospiz Stiftung, Informationsbüro Berlin, Chausseestraße 10, 10115 Berlin, Tel. 030 / 2 84 44 84 - 0, Fax 030 / 2 84 44 84 - 1  
Deutsche Hospiz Stiftung, Informationsbüro München, Baldestraße 9, 80469 München, Tel. 089 / 20 20 81 - 0, Fax 089 / 20 20 81 - 11



ihre Krankenkasse auf Kostenübernahme von SAPV-Leistungen verklagen (vgl. zum Beispiel Sendung „Westpol“, WDR-Fernsehen, 2. November 2008). Es stellt sich also die Frage: Was zögert die praktische Umsetzung der SAPV so hinaus?

### **Fundament der „allgemeinen Palliativversorgung“ fehlt**

Alle Beteiligten standen vor der schwierigen Aufgabe, die Ausgestaltung der SAPV regeln zu müssen, ohne auf einem gesicherten Fundament einer „allgemeinen Palliativversorgung“ (APV) aufbauen zu können. Die tatsächliche, flächendeckende Existenz einer allgemeinen Palliativversorgung, auf die gesetzlich Krankenversicherte seit jeher einen Rechtsanspruch haben, hat der Gesetzgeber offensichtlich als gegeben vorausgesetzt. Anspruch und Wirklichkeit fallen hier aber weit auseinander.

Als Vertreter der Schwerstkranken und Sterbenden wissen wir, dass Palliativversorgung – in welcher Form auch immer – nach wie vor die Ausnahme und nicht die Regel ist. Der Gedanke, es gebe in Deutschland eine flächendeckende allgemeine Palliativversorgung, die nur noch um einige spezielle Angebote erweitert werden müsse, ist praxisfern.

Bei allen Fortschritten, die der Anspruch auf SAPV zukünftig – hoffentlich – noch bringen wird, dürfen weder der Gesetzgeber noch die maßgeblichen Entscheidungsträger im Gesundheitswesen vergessen, dass vor allem der Ausbau einer klar definierten allgemeinen Palliativversorgung notwendig ist.

### **Mangelnde Konkretisierungen**

Das Problem der mangelnden Definition, was „allgemeine“ Palliativversorgung sein soll, und die damit verbundenen Abgrenzungsschwierigkeiten zu einer „spezialisierten“ Palliativversorgung zogen sich durch alle Gesprächsrunden zu den Richtlinien und den Empfehlungen.

Insgesamt sind sowohl der G-BA als auch die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihren Festlegungen nicht so konkret geworden, wie es im Interesse der Schwerstkranken und Sterbenden gelegen hätte.

Offene Fragen aus den Diskussionen im Rahmen der Beteiligungsgespräche wurden in den Empfehlungen zum Teil nicht beantwortet, Problemlösungen auf die vertragsschließenden Parteien vor Ort abgewälzt. Dies hat zur Folge, dass in den einzelnen Verträgen vor Ort zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen viel geregelt werden muss. Das bietet zwar den Vorteil von flexibler Vertragsgestaltung im Hinblick auf die regionalen Bedingungen, ist aber auch mit der Gefahr wesentlicher Nachteile für Schwerstkranken und Sterbende verbunden: Das Angebot von SAPV für diese Menschen wird regional sehr unterschiedlich sein. Die Vielzahl der ungelösten Fragen und Probleme führen darüber hinaus dazu, dass sich die vertragliche Umsetzung vor Ort schwierig gestalten kann.

### **Fehlende Definition des Palliative-Care-Teams**

Der G-BA hat darauf verzichtet, in seinen Richtlinien zumindest grundsätzliche Vorgaben für Anforderungen an ein Palliative-Care-Team zu machen. Insbesondere der multiprofessionelle Ansatz eines solchen Teams wird in den medizinlastigen Richtlinien ungenügend berücksichtigt. Im Gegenteil wurde der in Fachkreisen übliche Begriff „Palliative-Care-Team“, der in ersten Entwürfen noch enthalten war, komplett gestrichen und vom Begriff „Leistungserbringer nach § 132d SGB V“ ersetzt. Die Richtlinien geben noch nicht einmal mögliche Strukturen hinsichtlich der Zusammensetzung dieser so genannten Leistungserbringer vor.

---

#### Impressum:



Der Begriff „Palliative-Care-Team“ wurde auch in den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen weitgehend gestrichen. Nachdem er in allen Entwürfen, die in den Beteiligungsrounden besprochen wurden, noch vorkam, ist er in der allein von den Kassen beschlossenen Endfassung durch die Formulierung „spezialisierte Leistungserbringer“ ersetzt. Diese Leistungserbringer sollen sich aber „an der Konzeption eines Palliative-Care-Teams“ (Zitat aus den Empfehlungen) orientieren. Auf eine klare Definition haben die Spitzenverbände der Krankenkassen genauso verzichtet wie der G-BA.

Dies hat praktische Konsequenzen für die mögliche Zusammensetzung dieser „spezialisierten Leistungserbringer“. In den Empfehlungen wird nur die Beteiligung der Professionen „Arzt“ und „Pflegefachkraft“ als zwingend vorgegeben. Dies spiegelt den notwendigerweise multiprofessionellen Ansatz von Palliative-Care-Teams nicht befriedigend wieder (vgl. auch den nächsten Punkt).

### **Koordination / Case-Manager**

Zum Angebotsspektrum der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung müssen nach Ansicht der Deutschen Hospiz Stiftung neben medizinisch-pflegerisch geprägten Tätigkeiten auch die folgenden Leistungen zählen:

- Aufbau von Netzwerken der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen
- Case-Management: sowohl die Koordination jedes Einzelfalles als auch die Erarbeitung von Betreuungskonzepten in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, die auch die psychosoziale Betreuung insbesondere durch Hospizdienste einschließen

Nach den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen ist die hierfür notwendige Profession, der so genannte Case-Manager, nicht zwingend. Das ist fahrlässig: Case-Management kann nicht – quasi nebenher – ebenfalls von Ärzten oder Pflegekräften betrieben werden. Hier sind Qualitätseinbußen vorprogrammiert.

### **Personelle Anforderung / Übergangsfristen**

Um bei einem „spezialisierten Leistungserbringer“ der SAPV mitarbeiten zu dürfen, müssen Ärzte eine Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ vorweisen und in den vergangenen drei Jahren mindestens 75 „Palliativpatienten“ behandelt haben. Wegen der notwendigen Erfahrung bei der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender ist dies auch grundsätzlich wünschenswert. Offen bleibt in den Empfehlungen aber, was genau unter einem Palliativpatienten zu verstehen ist. Hier waren die Kassen aufgerufen, eine praxistaugliche Definition vorzulegen. Dass dies nicht erfolgt ist, wird zu einem Einfallstor für unterschiedliche Definitionen. Dies kann Einfluss auf die Qualität der notwendigen „Erfahrung“ haben.

Pflegekräfte müssen ebenfalls sehr viel Berufserfahrung mitbringen, gefordert ist eine „zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren; davon mindesten sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung“. Um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, mangelt es derzeit noch an qualifizierten Kräften. Die Anforderungen können kurzfristig nicht erfüllt werden. Hierin dürfte eine wesentliche Ursache der schleppenden Vertragsabschlüsse liegen.

Möglich und sinnvoll wäre die Festlegung von Übergangsregelungen gewesen. Die Anforderungen an die Qualifikation hätten Schritt für Schritt angehoben werden können. Den Beteiligten hätte eine

---

#### Impressum:



angemessene Zeitspanne zur Weiterqualifikation eingeräumt werden müssen. Dass die Spitzenverbände auf Übergangsregelungen verzichtet haben, zögert die Umsetzung einer flächendeckenden SAPV weiter hinaus.

### **Verordnungsfähigkeit**

Gemäß der Richtlinien des G-BA zur SAPV kann diese – je nach Bedarf des Einzelfalles – erbracht werden als

- reine Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- unterstützende Teilversorgung oder
- vollständige Versorgung.

Die Frage, ob das Palliative-Care-Team Medikamente und Hilfsmittel verordnen darf, um seinen Versorgungsauftrag erfüllen zu können, oder ob dies nur dem Hausarzt des Patienten vorbehalten ist, ist nicht geklärt.

In den ersten Entwurfsfassungen war hierfür nur der Hausarzt vorgesehen. Die Notwendigkeit der Verordnungsfähigkeit der Palliative-Care-Teams wurde in den Gesprächen aber von allen maßgeblichen Organisationen aus dem Hospiz- und Palliativbereich hervorgehoben. Eine „vollständige Versorgung“ ohne Verordnungskompetenz ist in der Praxis kaum durchführbar.

Die Lösung dieses Problems wurde an die Vertragspartner vor Ort weiterdelegiert: „In den Vereinbarungen über die SAPV sind Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass für den Palliativpatienten eine reibungslose Versorgung mit Arznei- Heil- und Hilfsmitteln auch weiterhin gewährleistet ist.“ Es bleibt abzuwarten, ob dieses Problem nicht besser auf überregionaler Ebene hätte gelöst werden müssen.

### **SAPV für Kinder und Jugendliche**

Der Gesetzgeber hatte im Wortlaut des § 37 b SGB V ausdrücklich gefordert, die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen bei der SAPV zu berücksichtigen. Sowohl in den Richtlinien als auch in den Empfehlungen werden diese besonderen Belange nur erwähnt (konkret: es wird nur der eine Satz aus dem Gesetz wiederholt), aber nicht ausgestaltet.

Wegen der spezifischen Eigenheiten der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen wäre die ausdrückliche Erwähnung separater pädiatrischer Palliative-Care-Teams mit konkret festgehaltenem, speziellem Anforderungsprofil sinnvoll gewesen.

### **SAPV in stationären Einrichtungen und Hospizen**

SAPV kann in Pflegeheimen erbracht werden (§ 37 b Abs. 2 SGB V). Zwischen Kassen und hospizlichen Leistungserbringern bzw. deren Dachverbänden ist aber streitig, ob Krankenversicherte auch in stationären Hospizen SAPV-Leistungen in Anspruch nehmen können. Dies wurde von den Kassen im Rahmen der Verhandlungen zu neuen Rahmenvereinbarungen nach § 39 a SGB V bislang eindeutig abgelehnt. Da stationäre Hospize in vielen Belangen den Heimen gleichgestellt werden (vgl. Heimgesetz) und auch dort das Hausarztprinzip gilt, gibt es keinen vernünftigen Grund, Schwerstkranken und Sterbenden, die dort versorgt werden, SAPV zu verweigern.

Die Fallkonstellation ist vergleichbar mit dem Problem der SAPV in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, welches im

---

#### **Impressum:**



damaligen Gesetzgebungsverfahren zu § 37 b übersehen wurde. Hierzu hat der Gesundheitsausschuss des Bundesrates bereits einen Änderungsantrag zu § 37 b SGB V beschlossen.

### **Rolle der rein ehrenamtlichen ambulanten Hospizarbeit**

Zumindest bemerkenswert ist eine Entwicklung, die sich in der Ausgestaltung der Empfehlungen widerspiegelt: Als mögliche Kooperationspartner von spezialisierten Leistungserbringern werden ausdrücklich nur ambulante Hospizdienste nach § 39 a Abs. 2 SGB V aufgeführt, also Hospizdienste, die unter der Verantwortung einer hauptamtlichen Koordinatorenkraft stehen.

Was bedeutet diese Formulierung für die Rolle rein ehrenamtlich tätiger Hospizdienste, die einen bedeutenden Anteil aller Hospizdienste in Deutschland darstellen? Gehören diese nicht zum Netzwerk einer hospizlich-palliativen Versorgungsstruktur? Ist ambulante Sterbebegleitung nur unter der Anleitung Hauptamtlicher möglich?

Die Politik kann und sollte „ein Auge darauf haben“, dass sich die Kraft der Bürgerbewegung Hospiz weiter entfalten kann und nicht in den Mühlen des Gesundheitssystems zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern aufgerieben wird.

### **Maßstäbe für Bedarf unklar**

Es besteht kein Anspruch für potentielle Leistungserbringer auf Vertragsabschluss mit den Krankenkassen. Welcher Maßstab ist anzulegen, wenn ein Vertragsabschluss unter Hinweis auf eine bestehende bedarfsgerechte Versorgung verweigert wird?

Die hierfür formulierten Vorgaben (wie z.B. die regionale Siedlungsstruktur oder die Altersstruktur) sind nicht mehr als Anhaltspunkte. Völlig offen ist, wie viele Patienten ein Palliative-Care-Team überhaupt versorgen kann. Streitigkeiten um die Zulassung sind hier vorprogrammiert.

### **Fazit**

Sowohl der Gesetzgeber als auch der G-BA und die Spitzenverbände der Krankenkassen müssen sich Versäumnisse bei der Ausgestaltung der SAPV vorwerfen lassen, die eine befriedigende und zügige Umsetzung zumindest behindern. Sie sind nun aufgefordert, nachzuarbeiten. Die Forderungen der Deutschen Hospiz Stiftung dazu noch einmal im Einzelnen:

1. Um die notwendigen Mindestanforderungen an die „spezialisierten Leistungserbringer“ bundesweit verbindlich festzulegen, ist eine gesetzgeberische Legaldefinition des „Palliative-Care-Teams“ unter Einbeziehung des Case-Managements wünschenswert.
2. Personelle Anforderungen an Ärzte und Pflegekräfte zu stellen ist gut und richtig. Dabei allerdings auf sinnvolle Übergangsfristen zu verzichten, zögert die Umsetzung einer flächendeckenden SAPV nur unnötig hinaus. Jetzt muss dringend sichergestellt werden, dass Übergangsregelungen zumindest auf örtlicher Ebene in den SAPV-Verträgen vereinbart werden können.
3. Der Gesetzgeber sollte den G-BA auffordern, die Verordnungsfähigkeit in den bundesweit geltenden Richtlinien eindeutig und in dem Sinne zu regeln, dass ein Palliative-Care-Team die zur SAPV erforderlichen Medikamente und Hilfsmittel verordnen darf.
4. Die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen bei der SAPV sind durch die alleinige Wiederholung des Wortlautes der gesetzlichen Regelungen in den „Ausführungsbestimmungen“ nicht genügend berücksichtigt. Hier sind Nachbesserungen nötig.
5. Es bedarf einer klarstellenden Gesetzesänderung, dass SAPV-Leistungen auch von Versicherten in stationären Hospizen in Anspruch genommen werden können.

---

#### Impressum:



---

Der Gesetzgeber ist aufgefordert, die erforderlichen Konkretisierungen der gesetzlichen Regelung voranzubringen und den G-BA anzuweisen, die Richtlinien zur SAPV nachzubessern. Auch die zentrale Frage, wie im Unterschied zur spezialisierten allgemeinen Palliativversorgung die allgemeine Palliativversorgung zu definieren ist, muss dringend beantwortet werden. Der Ausbau der APV zu einem wirklichen Fundament ist unbedingt erforderlich.

---

**Impressum:**

Deutsche Hospiz Stiftung, Geschäftsstelle Dortmund, Europaplatz 7, 44269 Dortmund, Tel. 02 31 / 73 80 73 - 0, Fax 02 31 / 73 80 73 - 1  
Deutsche Hospiz Stiftung, Informationsbüro Berlin, Chausseestraße 10, 10115 Berlin, Tel. 030 / 2 84 44 84 - 0, Fax 030 / 2 84 44 84 - 1  
Deutsche Hospiz Stiftung, Informationsbüro München, Baldestraße 9, 80469 München, Tel. 089 / 20 20 81 - 0, Fax 089 / 20 20 81 - 11