

3. SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

Die Zielstellung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung entwickelt sich aus dem Grundverständnis von Palliative Care heraus. Die nachfolgend aufgeführte Definition bestätigt die gleichsame Intension. Die konkrete Ausgestaltung in Deutschland, daran geknüpfte Bedingungen und wann die Einbindung der spezialisierter Versorgungsform angemessen ist, werden in den folgenden Abschnitten thematisiert. Hierdurch soll auch ein Eindruck zum deutschlandweiten Umsetzungsstand gewonnen werden. Zunächst wird auf die Grundlagen und Ziele von SAPV sowie deren Abgrenzung zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung eingegangen.



3.1 Grundlagen und Ziele der spezialisierten Versorgungsform

Bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung handelt es sich um ein Strukturelement, das sich in die bestehenden Angebote zur Palliativversorgung einfügt.

„Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung dient – in Ergänzung zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen (DGP/DHPV 2009).“

Gemäß § 37b SGB V Abs. 1 sind Personen mit einer „nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung⁵, die eine besonders aufwendige Versorgung“ benötigen, anspruchsberechtigt. In diesem Fall stehen dem schwerstkranken Patienten bei einem im Krankheitsverlauf komplexer werdenden Symptomgeschehen individuelle, fachspezifische Versorgungsleistungen zu. Darunter sind palliativärztliche und -pflegerische Beratungsleistungen, Koordinationsleistungen sowie eine Teil- oder Vollversorgung zu verstehen.

Im Einzelnen beinhaltet SAPV

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung im Rahmen einer interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit,
- Befreiung oder Linderung von Symptomen (ggf. durch Medikamentenmanagement),
- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe),
- Spezialisierte palliative Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz einer ärztlich oder pflegerisch weitergebildeten Fachkraft (Arzt: Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, Pflege: Curriculäre Palliative Care-Weiterbildung) erfordern,
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen im Rahmen der Primärversorgung oder zu Fragen im Umgang mit Sterben und Tod,
- Psychosoziale Unterstützung in Zusammenarbeit mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten,
- Rufbereitschaft, Notfallbereitschaft und Krisenintervention rund um die Uhr,
- Führung eines individuellen Behandlungsplanes,
- Durchführung von regelmäßigen Fallbesprechungen,
- Dokumentation und Evaluation der wesentlichen Maßnahmen
(Gemeinsamer Bundesausschuss 2007)

Die für erforderlich erachteten Leistungskomplexe sind von einem Arzt zu verordnen (Spitzenverband der Krankenkassen 2012). In der Abbildung 4 wird deutlich, dass die Verordnungen von Teilleistungen den größten Stellenwert bei der SAPV einnehmen. Additive Teilversorgungen⁶ können einmalig, zeitweilig oder fortlaufend in Anspruch genommen werden. Für Vollversorgungen gibt es indessen Ausnahmen. So sind dementsprechende Leistungsübernahmen gemäß § 37b SGB V Abs. 1 innerhalb des stationären Hospizaufenthaltes nicht vorgesehen.

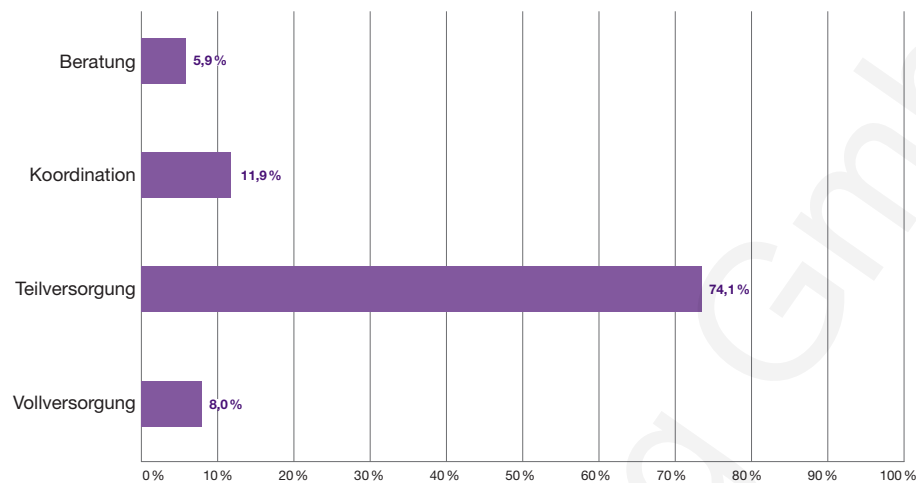


Abbildung 4: Verordnungen unter SAPV N= 1482 (Schneider et al. 2011)

Gemäß dem komplexen Symptomgeschehen der Betroffenen nimmt jedoch weniger die Leistungserbringung, sondern vielmehr deren Koordination den größten Stellenwert ein. Fester Bestandteil der SAPV ist demnach eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit in sogenannten Palliative Care Teamstrukturen. Partner in solchen Netzwerken können beispielsweise Ärzte, Pflegedienste, Pflegeheime, Hospize, Apotheken, Sanitätshäuser, Physiotherapeuten, Seelsorger, Sozialarbeiter und/oder ehrenamtliche Mitarbeiter sein. Die Voraussetzungen für deren Einbindung sind bundeslandspezifisch in Modellverträgen von den gesetzlichen Krankenkassen geregelt.

➤ 3.2 Abgrenzung zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung

Die SAPV ergänzt die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV). Lediglich für 10 bis 30 % palliativer Patienten ist eine spezialisierte Versorgung durch ein SAPV-Team erforderlich (Kränzle/Schmid/Seeger 2006). Es wird davon ausgegangen, dass ein Großteil schwerkranker Patienten, die von der kurativen zur palliativen Behandlung übergehen, in der AAPV adäquat versorgt werden kann. Die AAPV beinhaltet die Palliativversorgung durch ausschließlich primäre Leistungserbringer. Zu den Leistungserbringern des primären Versorgungsektors zählen Haus- und Fachärzte des niedergelassenen Bereichs sowie ambulante Pflegedienste (DGP/DHPV 2009).



Hinweis:



AAPV ist Teil der Regelversorgung der gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung und generiert keine zusätzliche Vergütung⁷. Spezifische Qualifikationen werden von den professionellen Akteuren zur AAPV nicht verlangt.

Die AAPV ist zu erbringen, bis „die therapeutischen Möglichkeiten“ ausgeschöpft sind, um den Belangen der Patienten und der Familien gerecht zu werden (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. 2009). Aber auch begrenzte fachliche Kenntnisse und zeitliche Ressourcen der Leistungserbringer können ausschlaggebend sein, erweiterte Versorgungsstrukturen wie die SAPV einzubinden.

Laut Gesetzgeber gilt der SAPV-Anspruch, wenn „eine besonders aufwendige Versorgung“ besteht, die durch ein komplexes Symptomgeschehen herbeigeführt wird (GBA 2007). Sind diese Kriterien erfüllt, kann SAPV sowohl als beratende, intermittierende oder auch vollständig intervenierende Leistung ärztlich verordnet werden. Es handelt sich demnach, durch Hinzuziehen einer höheren Expertise, um eine Ergänzung der bereits vorhandenen palliativmedizinischen bzw. -pflegerischen Versorgung (GBA 2007).

Hinweis:



Für die SAPV können zusätzliche Entgelte generiert werden und von den Beteiligten werden gesonderte fachliche Qualifikationen verlangt.

Darüber, wann schwerst- und sterbenskranker Patienten von der allgemeinen palliativen Versorgung in das SAPV-Leistungsgeschehen überführt werden sollten, besteht in der Praxis vielerorts Unsicherheit. Dies spiegeln die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung im Rahmen der Berichterstattung des GBAs an das Bundesministerium für Gesundheit wider. Die befragten Leistungserbringer spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gaben vermehrt an, sich eine eindeutigere Abgrenzung zwischen AAPV und SAPV zu wünschen (GBA 2012). Eine Abgrenzung von AAPV und SAPV durch festgelegte Kriterien im Sinne eines Prüfkataloges wird ausdrücklich umgangen. Dagegen sprechen die individuellen Gegebenheiten und die Komplexität der Patientenversorgung.

Merke:



Die Entscheidung für AAPV oder SAPV ist in Abhängigkeit der Bedürfnislage des Patienten, des sozialen Umfeldes, der regionalen Leistungsstruktur sowie Leistungsfähigkeit der Versorger zu treffen (GBA 2011).

Die Überlegungen des Gesetzgebers weisen aber auch an einer anderen Stelle konzeptionelle Schwächen auf. Der reibungslose Übergang zwischen AAPV und SAPV ist vielerorts nicht möglich, da bundesweit, wie oben bereits erwähnt, nur wenige AAPV-Netzwerke existieren, die in der Lage sind, anspruchsvolle palliativ-pflegerische Leistungen und eine an den Idealen der Hospizbewegung ausgerichtete professionelle häusliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Ursächlich hierfür sind neben immer wieder betonten und unzweifelhaft bedeutsamen Qualifizierungsdefiziten vor allem auch inflexible und unangemessene strukturelle Rahmenbedingungen sowie profunde Finanzierungsprobleme für die außerhalb der gängigen sozialrechtlichen Strukturen unterhaltenen Versorgungsangebote.



Achtung:

Bleiben die defizitären AAPV-Strukturen hierzulande weiterhin unbeachtet, sind Versorgungslücken für den Großteil der sterbenskranken Patienten weiterhin vorprogrammiert.

AOK-Verlag GmbH