

Ambulante Palliativmedizinische Versorgung in Westfalen-Lippe

René Podehl



Im Dienst der Medizin.



Blick in die Historie

2000	Modellversuch zur ambulanten palliativpflegerischen Versorgung in sechs Modellregionen in NRW
2005	Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten Palliativversorgung in NRW
2006	IV-Verträge zur ambulanten Palliativversorgung
2006	Sonderverträge nach § 132 a SGB V mit palliativpflegerisch qualifizierten Pflegediensten

Gesetzesvorgabe

- ◆ Zum 01.04.2007 wurde die „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)“ als neue GKV-Leistung in das Sozialgesetzbuch aufgenommen - § 37 b SGB V

- ◆ § 132 d SGB V:

(1) Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien Verträge nach § 37 b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

- ◆ Gesetzliche Regelung wurde durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert - § 92 SGB V

- ◆ 2008 – In-Kraft-Treten der SAPV-Richtlinie



Die Palliativinitiativen in Westfalen-Lippe haben die KVWL zu einem Vertragsabschluss beauftragt! Die Vertragsverhandlungen erfolgten in enger Abstimmung.

Zielsetzung

- Eine ambulante medizinische Versorgung unheilbar erkrankter Patienten in der letzten Phase ihres Lebens in häuslicher Umgebung umfassend zu sichern,
- ihre Lebensqualität unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums zu verbessern und
- ihnen ein menschenwürdiges Sterben zu Hause zu ermöglichen, wann immer dies möglich ist und gewünscht wird.
- Die Schaffung strukturierter Behandlungsabläufe sowie
- die Vermeidung medizinisch nicht indizierter Interventionen und
- die Vermeidung nicht notwendiger Krankenhausaufnahmen

Zielsetzung

- zur häuslichen Umgebung gehört auch die Versorgung in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Hospizen
- zielgerichtetes Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten sowie qualifizierten Pflegediensten
- Einbindung der SAPV und der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) in einem Vertrag
- Flächendeckende Versorgung
- Kassenartenübergreifende (einheitliche) Vereinbarung

Vertragsverhandlungen

Nach intensiven Verhandlungen haben **erstmalig im Bundesgebiet** alle Krankenkassen in Westfalen-Lippe gemeinsam mit der KVWL und Vertretern der Palliativinitiativen eine „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ mit Wirkung **zum 1. April 2009** geschlossen.

Die vertraglichen Regelungen wurden zunächst auf eine **Erprobungsphase** von einem Jahr bemessen und wurden dann einvernehmlich auf zwei Jahre verlängert.

Vertragsverhandlungen

Ergebnis



Aufgrund der positiven Erfahrungen konnten die geschaffenen Strukturen mit Wirkung vom 1. Juli 2011 in einem endgültigen Versorgungsvertrag festgeschrieben werden. Die erfolgreichen Verhandlungen wurden von der KVWL gemeinsam mit der Palliativinitiative WL geführt.

Vertragsinhalte

- ◆ Der Arzt begleitet seine Patienten grundsätzlich auch im Palliativstadium
- ◆ Keine Abgrenzung AAPV/SAPV: Alle Patienten erhalten kompetente palliativmedizinische Hilfen
- ◆ Der Koordinierende Arzt bestimmt Intensität, Zeitpunkt und Frequenz des palliativmedizinischen Konsiliums. Die palliativmedizinische Kompetenz der Ärzte steigt mit zunehmender Begleitungserfahrung und Qualitätszirkelarbeit
- ◆ Flächendeckende PKD-Versorgung
- ◆ Unbürokratisches Beitrittsverfahren für Haus-/Fachärzte

Vertragsinhalte

Flächendeckende Einrichtung von PKDs

- ◆ In jedem Planungsbereich soll ein PKD gegründet werden
- ◆ Zielsetzung: Keine Doppelstrukturen
- ◆ Jedem weitergebildeten Palliativmediziner soll der Beitritt zum PKD ermöglicht werden



Ausnahmeregelung in ländlich strukturierten Regionen denkbar:
Gemeinsame Entscheidungsfindung durch KVWL und Krankenkassen
in Abstimmung mit der Vertretung der Palliativmediziner

Vertragsinhalte

Ärztliche Struktur des PKD

- ◆ PKD müssen mindestens vier Ärzte mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ angehören (QPA)
- ◆ Übergangsregelung für Ärzte, die die Weiterbildungszeiten (160 Stunden) bereits absolviert haben, deren Prüfung noch aussteht
Voraussetzung: PKD verfügt bereits über 4 weitergebildete QPAs

Struktur mit Palliativpflegekräften im PKD (Koordinator/innen)

- ◆ Mindestens „eine“ examinierte Pflegefachkraft mit Abschluss einer Palliativ-Care-Weiterbildung
- ◆ über 75 in einem Quartal betreute Patienten mindestens 1,5 Pflegefachkräfte
über 125 in einem Quartal betreute Patienten mindestens 2 Pflegefachkräfte



Übergangsregelung bis 31.12.2011 möglich, sofern die Strukturanforderungen eines PKD noch nicht oder nicht mehr im notwendigen Umfang bzw. in der notwendigen Qualität vorliegen

Vergütung der teilnehmenden Haus- und Fachärzte

Die Vergütung der teilnehmenden Ärzte ist in Anlage 5 zum Vertrag geregelt.



Sie setzt sich zusammen aus einer Pauschale für die Einschreibung (50 EUR) sowie Zuschläge für Hausbesuche (25 EUR – bis 60 Minuten/ 40 EUR mehr als 60 Minuten **zusätzlich** zum EBM)



Zur Vergütung palliativmedizinischer Leistungen für Hospizpatienten gelten folgende Regelungen:

Besuch eines Patienten in einem stationären Hospiz (25 EUR **zusätzlich** zum EBM)

Für den Besuch weiterer Patienten in einem stationären Hospiz im Anschluss (10 EUR **zusätzlich** zum EBM)

Vergütung PKDs

Die Vergütung ist in Anlage 6 zum Vertrag geregelt.



Grundpauschale wird einheitlich mit einem festen Betrag von 525 Euro vergütet
(Keine Abstufung)



Pauschalen für erforderliche Hausbesuche bis 60 Minuten – bis zu 85 EUR
mehr als 60 Minuten – bis zu 100 EUR



Bei Vollversorgung von Palliativpatienten:
Für bis zu 14 Tage eine Tagespauschale von 120 EUR; danach 60 EUR
Daneben ist die Abrechnung „eines“ QPA-Hausbesuches/Tag möglich.



Vollversorgung abrechenbar, wenn der PKD durch die umfassende Betreuung eine
Krankenhausbehandlung wegen des palliativmedizinischen Erkrankungsbildes in der
Akutphase (14 Tage vor dem Versterben) vermeidet. Die Erbringung von Pallicare-
Leistungen durch einen qualifizierten Pflegedienst ist daneben nicht möglich.

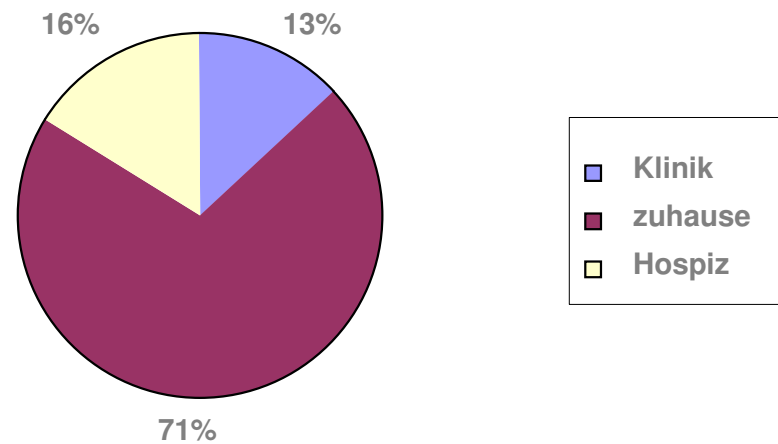
Vergütung PKDs für Hospizpatienten

Eingangsassessment einmal je Patient	95 EUR
Koordinations- und Bereitschaftspauschale für die Organisation ambulanter Behandlungsmaßnahmen und eine 24-stündige Rufbereitschaft einmal je Patient	120 EUR
Angeforderter Besuch eines Patienten in einem stationären Hospiz	bis zu 85 EUR
Für den Besuch weiterer Patienten in einem stationären Hospiz im Anschluss	20 EUR

Vertrag – Statistik 2010

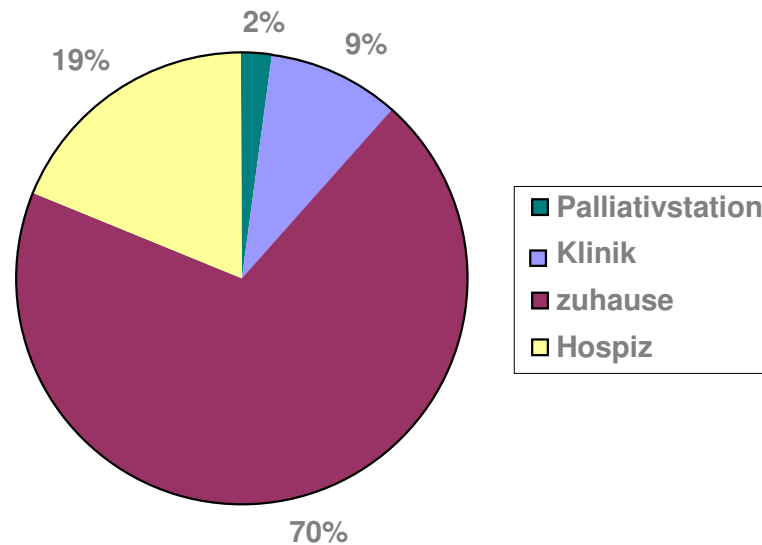
Patientenzahl	Sterbeort		
	Klinik	zu Hause	Hospiz
6.201	13%	71%	16%

Sterbeort



Vertrag – Statistik 2011

Patientenzahl	Sterbeort			
	Palliativstation	Klinik	zu Hause	Hospiz
7.469	2 %	9%	70%	19%



Vertrag - Teilnahme



In Westfalen-Lippe nehmen zurzeit rd. 3.500 Vertragsärzte teil -
90 % aller Hausärzte sind den bestehenden Palliativnetzen
angeschlossen.

Sie werden unterstützt von 35 PKDs, die sich regional in WL
organisiert haben



Vertrag – Perspektive

Das Grundkonzept der Einbindung von AAPV und SAPV in einen Vertrag hat sich bereits bewährt. Es konnten, im Hinblick auf die ambulante flächendeckende Versorgung sterbender Menschen, ausgeprägte Versorgungsverbesserungen erreicht werden.

Durch eine intensive Zusammenarbeit und Kommunikation aller PKDs in Westfalen-Lippe ist eine konsequente Weiterentwicklung und Angleichung von Strukturen und Prozessen erreicht worden.

Diese im Bundesgebiet einzigartige Regelung hat Vorbildcharakter - die KBV strebt eine entsprechende Regelung wie in Westfalen-Lippe an!



***Vielen Dank für
Ihr Aufmerksamkeit!***