

# Hartmut Jäckel, Brandenburg, Winfried Hardingham, Osnabrück Erfahrungen in Brandenburg und Niedersachsen

## SAPV in zwei Flächenländern

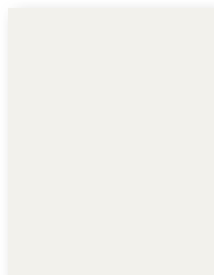
In den beiden Flächenländern Niedersachsen und Brandenburg unterscheiden sich die SAPV-Strukturen in einigen Punkten deutlich, nicht zuletzt in der Vergütung. Ein Problem ist speziell die niedrige Bewertung langer Fahrzeiten ländlicher Palliative-Care-Teams. Die Entwicklung der SAPV in den beiden Bundesländern skizzieren nachfolgend Hartmut Jäckel für Brandenburg und Prof. Winfried Hardingham für Niedersachsen.

### Hartmut Jäckel: Brandenburg

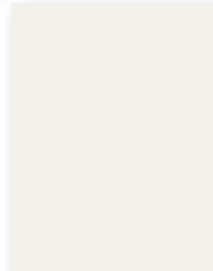
Bestrebungen, mehr für Schwerkranken und Sterbende zu tun und dies auch in ein Vertragswerk einzubinden, reichen im Land Brandenburg mindestens bis in das Jahr 2002 zurück. Insbesondere in den Städten Neuruppin, Brandenburg an der Havel, Cottbus und Luckenwalde wurde zielstrebig darauf hingearbeitet.

Auf Initiative des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF) des Landes Brandenburg in Zusammenarbeit mit den Primärkassen des Landes wurde 2004 durch die Medizinische Hochschule Hannover ein Gutachten erstellt, das im Mai 2005 unter dem Titel: „Neue Wege in der Palliativversorgung“ [1] veröffentlicht wurde. Die gleichen Gutachter hatten zuvor eine ähnliche Studie für Niedersachsen erstellt.

Ausgehend von diesem Gutachten entschlossen sich die Auftraggeber in Neuruppin, ein Modellprojekt zu initiieren. Seither verkündeten Kassenvertreter regelmäßig, dass für das Land Brandenburg acht bis zwölf solcher Stützpunkte vorgesehen seien. Während dieser Pilotprojektphase wurden Bestrebungen an anderen Orten des Landes von den Kassen (unter Federführung der AOK Brandenburg) wohlwollend zur Kenntnis genommen. Ein Vertrag wurde jedoch unter



Hartmut Jäckel,  
Brandenburg a.d.H.



Prof. Dr. med.  
Winfried  
Hardingham,  
Osnabrück

Hinweis auf das laufende Projekt und die ausstehende Evaluation an keinem der Standorte geschlossen.

Neue Hoffnungen auf einen Vertragsabschluss wurden durch die Einführung des Rechtsanspruchs auf SAPV zum 1. April 2007 genährt. Auch wenn wir Akteure die Zeit als lang empfanden, muss man rückblickend konstatieren, dass die Entwicklung in Brandenburg rasch vorankam.

### Zuerst mehr punktuell als flächendeckend

„Die Vertragsabschlüsse erfolgten zu gleichen Rahmenbedingungen und sichern die Versorgung in den Regionen und Landkreisen um Neuruppin, Bad Saarow, Brandenburg an der Havel, Luckenwalde, Frankfurt/Oder und Cottbus und decken damit zwei Drittel des Territoriums des Flächenlandes Brandenburg ab.“ [2] So euphorisch wie hier Ende 2009 ein Kassenvertreter können wir dennoch nicht sein. Zunächst erfolgte meist eine punktuelle Entwicklung, die sich auf die jeweiligen

Zentren oder deren nähere Umgebung konzentrierte. In den Vereinbarungen mit den Kostenträgern sind in der Regel 15 Monate zum Aufbau der Gesamtstruktur im Einzugsgebiet vorgesehen.

Dieser Zeitrahmen ist eine enorme Herausforderung. Kooperationen herzustellen hieß und heißt in erster Linie, Vertrauen zu schaffen, Missverständnisse auszuräumen und vor allem Personal auszubilden und Praktika in stationären Palliativeinrichtungen zu absolvieren. Die ursprüngliche Auffassung, dass diese Praktika sechs Monate umfassen sollen, gilt jetzt nur noch für die Leitung des Kernteams. Sie für alle gelten zu lassen, hätte den Aufbau um Jahre verzögert. Gerade in ländlichen Regionen mit nur wenigen, meist kleinen Einrichtungen häuslicher Krankenpflege ist auch die jetzige Regelung ein ernstes Ressourcenproblem. Zudem sind Palliativmediziner, manchmal auch Palliativpflegende, weitgehend klinisch eingebunden. Ihre Flexibilität wird durch klinische Belange und tarifliche Regelungen der einzelnen Krankenträger deutlich eingeschränkt. Nur selten kann wie in Brandenburg an der Havel ein 24-Stunden-Bereitschaftssystem ausschließlich durch niedergelassene Palliativmediziner realisiert werden.

### Nachverhandlungen, weil die Mittel nicht reichten

Anfang 2009 wurde der Palliativstützpunkt Neuruppin aus der Modellprojektfinanzierung in eine neue Finanzierung auf der Grundlage der „Vereinbarung gemäß § 132 d Abs. 1 i.V.m. § 37 b SGB V über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) von unheilbar erkrankten Menschen im häuslichen Umfeld“ überführt. Diese Vereinbarung war auch in den folgenden Stützpunkten eine zunächst unverhandelbare Größe. Jedoch wurde vereinbart, dass bei Nachweis der Nichtauskömmlichkeit Nachverhandlungen ohne Einhaltung von Fristen möglich sind.

Nachdem Ende 2009 insbesondere in Brandenburg an der Havel und Neuruppin nachgewiesen wurde, dass ein solcher Bedarf besteht, kam es am 18. Dezember 2009 zur ersten Nachverhand-



lung, deren Ergebnis zum 1. Januar 2010 gültig wurde. Die Steigerung der Wochenpauschale von 190 auf 250 € fiel deutlich aus, ist jedoch nicht unumstritten, weil sie für die Palliativpflege generell eine Vollversorgung im Bereich aller Behandlungspflegen vorsieht. Die Forderung, bei Verordnung von SAPV alle Leistungen nach SGB V mit zu erbringen, relativiert den Wochenbetrag sehr schnell (siehe die nachfolgenden Beispiele) und schafft zudem unnötige Konkurrenz zu den bisherigen Versorgern, die dann ja nur noch Leistungen der Pflegeversicherung abrechnen dürfen. Darüber hinaus schränkt sie durch eine Fülle regelhafter Einsatzzeiten die Flexibilität des Pflorgeteams ein.

#### Beispiel A\*:

Patient X erhält 2 x tgl. 7 x wöchentlich parenterale Ernährung über einen Port (häufig auftretend).

Rechnung:

14 x 8,36 (BP IV)	= € 117,04
14 x 3,52 (Weg)	= € 49,28
<u>Summe</u>	<u>= € 166,32</u>

Verbleiben für andere Aufgaben der SAPV: 83,68 €.

#### Beispiel B\*:

Patient Y erhält 2 x tgl. parenterale Ernährung über Port und 8-stündl.

MSI 20 s.c.

Rechnung:

14 x 8,36 (BP IV)	= € 117,04
7 x 2,86 (BP I)	= € 20,02
21 x 3,52 (Weg)	= € 73,92
<u>Summe</u>	<u>= € 210,98</u>

Verbleiben für andere Aufgaben der SAPV: 39,02 €. In diesem Beispiel reichte die ursprünglichen Wochenpauschale von 190 € nicht einmal für die Porternährung und die Injektionen.

\* Auf Basis der Vergütungsrichtlinie häuslicher Krankenpflege nach SGB V im Land Brandenburg, gültig seit 1. November 2009

Positiv ist zu werten, dass diese Korrektur, anders als der Primärvertrag, nicht nur mit der AOK und der IKK, sondern auch mit dem VdEK, der Knappschaft und anderen Kostenträgern geschlossen wurde.

## Prinzip pauschale Vergütung

Generell ist die Vereinbarung im Land Brandenburg auf pauschalen Vergütungen aufgebaut. Das bringt eine gewisse Verlässlichkeit und eine einfache Form der Abrechnung mit sich. Allerdings ist sie auch sehr unflexibel. Besonders deutlich zeigt sich dies im Bereich der Koordination. Die hierfür einmalig gezahlte Pauschale von 300 € ist dann attraktiv, wenn der Patient nur kurze Zeit zu betreuen ist und rasch alle Versorger eingebunden werden können. Bei der immer häufiger vorkommenden längeren Verweildauer und bei Unterbrechungen durch Krankenhausaufenthalte sinkt die Attraktivität deutlich. Obwohl es noch keine praktischen Erfahrungen gibt, ist ein deutlich höherer Koordinationsaufwand zu erwarten, wenn die regionalen Kooperationspartner einbezogen werden. Das durch mich zu koordinierende Gebiet umfasst eine Fläche von rund 1500 km<sup>2</sup>, die Entfernungen zwischen den Akteuren betragen bis zu 50 km. Eine Einführung von „Subkoordinationen“ wird wohl unerlässlich sein. Doch wie soll sich das in der genannten Pauschale widerspiegeln?

## Additive versus Vollversorgung

Anders als in der pflegerischen unterscheidet die ärztliche Versorgung eine additive und eine Vollversorgung, die mit 120 bzw. 240 € Wochenpauschale vergütet wird. Selten ist den Initiatoren der SAPV, also dem verordnenden Krankenhaus- oder Hausarzt, klar, worin der Unterschied besteht. In der Mehrzahl der Fälle wird dann die additive Versorgung angekreuzt. Meist liegt die Gesamtverantwortung trotzdem beim Palliativmediziner.

Ob die Vergütung für die Palliativmediziner auskömmlich ist, lässt sich schwer allgemein darstellen. Das hängt sehr davon ab, wie die Tätigkeit in die hausärztliche Praxis oder den Krankenhausalltag eingebunden werden kann, wie viele SAPV-Patienten im Wochendurchschnitt zu betreuen sind, welchen Bedarf diese haben und nicht zuletzt, wie stark das Pflorgeteam ist, mit dem die Zusammenarbeit erfolgt. Der ärztliche Leiter des Teams in Brandenburg an der Havel schreibt hierzu: „Erstaunlich ist, dass wir trotz der

vergleichsweise schlechten Verhandlungsergebnisse mit den vorhandenen Mitteln gut auskommen. Auf der ärztlichen Seite wird ein Stundenlohn erzielt, der besser ist als der Stundenlohn in der hausärztlichen Tätigkeit und genau dem entspricht, was z. B. in Regensburg nach jahrelanger Erprobung als adäquat formuliert wurde. (...) Das kann für Palliativversorger, die an ein Krankenhaus angebunden sind oder gar eine ganz unabhängige Struktur haben, anders aussehen, denn es werden bei der von uns praktizierten Palliativmedizin, wo Arztpraxen im Hintergrund stehen, Synergieeffekte genutzt. Auch die Anbindung der Pflegenden an eine große Hauskrankenpflegeeinrichtung mit Hospiz macht es möglich, bereits bestehende Räume, Fahrzeuge, Personalstrukturen usw. zu nutzen. Dabei werden finanzielle Ressourcen geschont und ein wohltuender Ausgleich der Tätigkeiten für das Personal erreicht.“ [3]

## Wo bleibt die AAPV?

Die Vereinbarung über die SAPV im Land Brandenburg berücksichtigt in ihrer Vergütungsstruktur nicht die AAPV, sondern verweist darauf, dass diese durch die bisher geltenden Vergütungen abgedeckt sei. Sie schafft daher kaum Anreize, dass genau diese Patienten besser versorgt werden. Ärzte, die dies erkennen, werden versucht sein, so manchen AAPV-Patienten als SAPV-Patienten zu deklarieren, damit dieser optimal versorgt werden kann.

Aus meiner Sicht bringt die SAPV dennoch Synergien für die AAPV. Genauso wie durch die Zusammenarbeit von Hausärzten mit Hospizen ein gemeinsamer Lernprozess durchlaufen wurde und wird, bringt auch die Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team dem Hausarzt Erkenntnisse für seine Alltagsarbeit und mehr Sicherheit im Umgang mit sterbenden Patienten.

Als Koordinator des SAPV-Teams in Brandenburg an der Havel habe ich vorrangig unsere Erfahrungen aus einjähriger Tätigkeit eingebracht. Die Bedingungen im Land Brandenburg sind sehr unterschiedlich, wengleich die Vertragsgrundlage identisch ist. So werden auch Ergebnisse unterschiedlich ausfallen.

Unser Team betreute bis zum 28. Februar 2010, also innerhalb von elf Monaten, 108 Patienten. 78 von ihnen verstarben bisher, nur fünf von ihnen im Krankenhaus, weitere 15 im Hospiz. Dieses Ergebnis bestätigt aus meiner Sicht, dass es gut war, sich auf das Abenteuer „SAPV“ einzulassen.

### Literatur

- 1 Schneider N, Amelung VE, Buser K. Neue Wege in der Palliativversorgung. Analyse der gegenwärtigen Situation und Optimierungskonzepte am Beispiel des Landes Brandenburg. MWV, Berlin 2005
- 2 Heß D. SAPV-Umsetzung im Land Brandenburg. Vortrag am 1. Brandenburger Krebskongress. Potsdam, 27.–28. November 2009
- 3 Harms D. Erste Erfahrungen aus der Arbeit eines Palliative Care Teams. Brandenburger Onkologie Forum. Heft 8, 2010

*Hartmut Jäckel*  
 Pflegedirektor der Hauskrankenpflege für Jedermann in Brandenburg an der Havel, Koordinator des SAPV-Teams Brandenburg an der Havel, Vorstandsvorsitzender der Akademie für Palliative Care im Land Brandenburg, Bauhofsstraße 42 / Hospiz, 14776 Brandenburg an der Havel  
 E-Mail: [jaeckel@hauskrankenpflege24.de](mailto:jaeckel@hauskrankenpflege24.de)

### Winfried Hardinghaus: Niedersachsen

Im März 2006 hat die Landesregierung Niedersachsens unter Berücksichtigung des von Hartmut Jäckel am Anfang seines Beitrags über Brandenburg zitierten Hannoveraner Gutachtens von 2004 und unter Einbeziehung einer Expertenrunde der Palliativarbeitsgemeinschaft (PAG) Niedersachsen das „Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen“ veröffentlicht. Seit Mitte 2006 fördert die Landesregierung auf der Basis dieses Rahmenkonzepts den flächendeckenden Aufbau von Palliativstützpunkten als Netzwerke der örtlichen Erbringer der Hospizarbeit und Palliativversorgung degressiv:

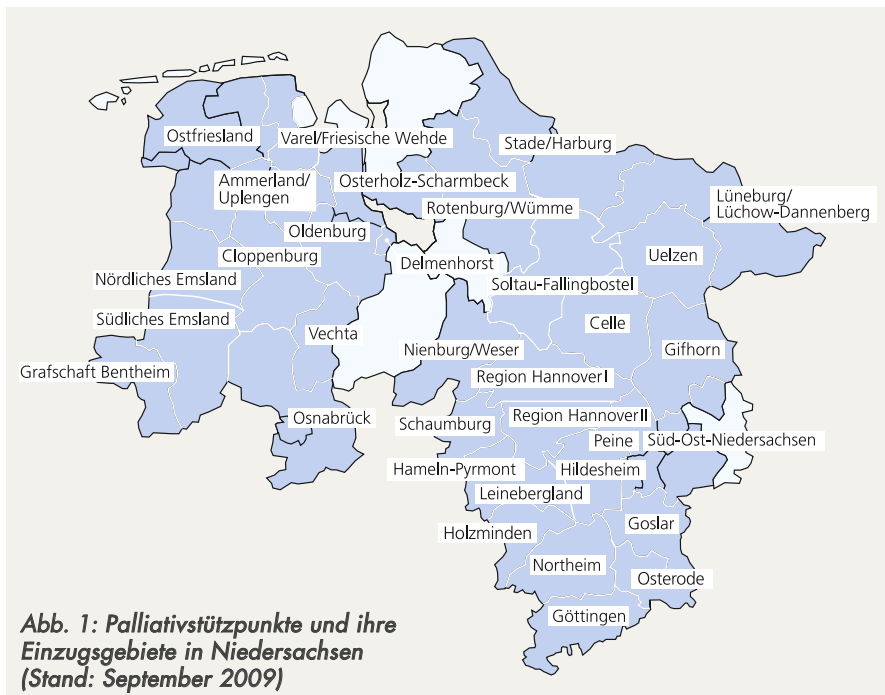
#### Gesamt bisher (2006–2008):

**1,13 Mio €**

- 1. Jahr: 25 000 €
- 2. Jahr: 15 000 €
- 3. Jahr: 10 000 €
- 4. Jahr: 5 000 €

#### Geplant:

- Ab 5. Jahr: jährlich 5.000 € für 24-Stunden-Hotline!



**Tab. 1: Vergütungspauschalen inkl. Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand, Wegezeiten und Fahrtkosten**

Name	Beschreibung	Max. Frequenz	Betrag
E	Eingangspauschale für Erstberatung/Koordination	1 x pro Fall	100 €
B	Beratung/Koordination einschl. Palliativmediziner (auch telefonisch)	Kalendertäglich	39 €
P1	Pflege (Aufwand bis 30 min)	Bis zu 3 x kalendertäglich	23 €
P2	Pflege (Aufwand 31–50 min)		37 €
P3	Pflege (Aufwand über 50 min)		50 €
A1	Ärztliche Behandlung (Aufwand bis 50 min)	7 x pro Woche	50 €
A2	Ärztliche Behandlung (Aufwand über 70 min)		65 €

Wir haben inzwischen 33 Stützpunkte (in Celle und Osnabrück namentlich „Hospiz- und Palliativstützpunkte“, Abb. 1) und nur noch wenige nicht abgedeckte weiße Flecken. Die Versorgungssituation (Angaben des niedersächsischen Sozialministeriums) stellt sich wie folgt dar:

- 213 Palliativbetten in 41 Krankenhäusern,
- 114 Hospizbetten in 16 stationären Hospizen;
- 140 qualifizierte Palliativmediziner,
- 135 qualifizierte Pflegedienste,
- 80 ambulante Palliativdienste.

Im Januar 2009 hat die Verknüpfung aller relevanten Akteure mit der offiziellen Ein-

setzung der als Bindeglied ehrenamtlich fungierenden „Niedersächsischen Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung“ und seiner Expertengruppe aus Prof. Friedemann Nauck, Dr. Rainer Prönneke, Dr. Thela Wernstedt, Klara Graf und Karl Neuwöhner (Leitung: Prof. Winfried Hardinghaus) durch das Sozialministerium eine weitere Umsetzung erfahren. Eine wesentliche Aufgabe war im letzten Jahr die Vorbereitung und Durchführung der Verhandlungen auf Seiten der niedersächsischen Leistungserbringer mit den Krankenkassen des Landes zur Erstellung eines gemeinsamen SAPV-Mustervertrags. Die hierzu beauftragte Gruppe mit Harding-



haus, Nauck, Dr. Armin Saak, Winfried Sautter und Henning Kühne hatte in Abstimmung mit der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Hospiz, der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Hausärzterverband, der Diakonie, dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste sowie der Psychologenkammer die von der PAG begonnenen Verhandlungen zum Vertragsabschluss am 21. Oktober 2009 geführt.

### Der niedersächsische Mustervertrag für SAPV

Kernstücke der Vereinbarung sind Vergütungsstruktur und pauschalierte Vergütungssätze (vgl. Tab. 1) mit Übergangsregelungen. Weitere Eckpunkte:

- Die Krankenkassen ziehen bei der Auswahl ihrer Vertragspartner die bereits bestehenden Strukturen, insbesondere die Palliativstützpunkte, mit ein.
- Ärzte müssen über die Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ verfügen und darüber hinaus die Behandlung von 75 Palliativpatienten (regionale Abweichungen zugelassen) nachweisen oder ein Jahr in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus tätig gewesen sein. Pflegekräfte verfügen über den

160-Stunden-Kurs Palliativweiterbildung sowie eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren, davon grundsätzlich sechs Monate in einer spezialisierten Einrichtung. Von den Kooperationspartnern müssen Krankenpflegedienste mindestens drei fest angestellte Pflegekräfte mit absolviertem 160-Stunden-Kurs nachweisen, Ärzte 40 Stunden.

- Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Ärztin/eines Arztes oder einer Pflegekraft ist zu gewährleisten.

In Niedersachsen haben wir zurzeit fünf abgeschlossene Verträge, 15 gegründete Teams in der Bewerbungsphase und zehn Teams in Vorbereitung, überwiegend „entlang“ der eingesetzten Stützpunkte, was deren wichtige Netzwerkfunktion in den Regionen erkennen lässt.

(Bis) zur verabredeten Nachverhandlung im Herbst sehen wir Verbesserungspotenziale im Informationsmanagement vor Ort, bei Übergangsregelungen, Behandlungs- und Vergütungsspielräumen sowie ganz besonders den – wie im Flächenland Brandenburg – inadäquat bewerteten langen Fahrtzeiten ländlicher

Teams. Ob die jetzt mancherorts versuchte Implementierung regional eingegrenzter Subteams praktikabel bzw. ratsam ist, muss noch geprüft werden. Unterschiedlich werden auch Rechtsformen und Leitungsstrukturen der SAPV-Teams gehandhabt.

Alles in allem scheint aber der Mustervertrag als solcher seinen Sinn zu erfüllen, und die Stimmung im Land ist gedämpft optimistisch. Letzteres führen wir auf die hohe und als sehr positiv zu vermerkende Teammotivation sowie auf den in Niedersachsen noch immer und hoffentlich noch lange zu spürenden palliativmedizinischen und hospizlichen Pioniergeist zurück. Dieses besondere Engagement wird künftig in den Flächen Brandenburgs und Niedersachsens genauso sehr gebraucht werden wie bisher – von den Leistungserbringern, den Kostenträgern und der Politik gleichermaßen.

*Prof. Dr. med. Winfried Hardinghaus  
Chefarzt für Innere Medizin, Palliativmedizin  
Niels-Stensen-Kliniken Ostercappeln/Osnabrück,  
Leiter der Niedersächsischen  
Koordinierungs- und Beratungsstelle für  
Hospizarbeit und Palliativversorgung,  
Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück  
E-Mail: hospiz-palliativ.niedersachsen@lkos.de*