

# Krankenkassen erproben neue Betreuungsformen für Todkranke Palliativmodelle mit mehr oder weniger Hausarzt

**FRANKFURT/DORTMUND – Zwei neue Ziffern für die Erst- und Folgeverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) stehen im EBM, das passende Vordruckmuster 63 ist auf der KBV-Homepage abrufbar. Jetzt fehlen noch die Palliative-Care-Teams (PCT), die vor Ort die Arbeit machen.**

In Hessen haben der Ersatzkassenverband (vdek) und die Landesarbeitsgemeinschaft Palliativversorgung, die für 17 PCTs handelt, einen Mustervertrag entwickelt, den Mitte Mai sieben PCTs unterschrieben hatten. Die anderen sollen bald folgen und so eine landesweite SAPV sicherstellen. Hinter den PCTs stecken überwiegend Kliniken, aber auch einige Netze mit Niedergelassenen.

## **PCT: Etwa 4000 Euro Kosten pro SAPV-Fall**

Dr. THOMAS SCHILLEN vom Klinikum Hanau lobte bei einem Pressegespräch die Flexibilität der Regelungen: Mit Pauschalen werden Koordination, Teil- und Vollversorgung eines Patienten bezahlt – 1500 Euro für die ersten zehn Tage, 120 Euro pro Versorgungstag vom 11. bis 56. Tag, danach täglich 80 Euro. Betreut werden auch Sterbende in stationären Hospizen (zu reduzierten Sätzen). Für eine Erstberatung von Betroffenen und Primärversorgern werden 170, für jede weitere Beratung 75 Euro gezahlt. Damit, so kalkulieren die PCT-Vertreter, können die durchschnittlichen Kosten von etwa 4000 Euro für einen Monat SAPV gedeckt werden. Bei 30 Tagen – ein Erfahrungswert aus der Integrationsversorgung (IV) – liegt der Median der Lebenserwartung eines SAPV-Patienten, so Dr. Schillen.

Bei Nicht-Ersatzkassenpatienten bleibe die SAPV-Honorierung vorerst streitig, erklärte der Wiesbadener Palliativmediziner Dr. BERND-OLIVER MAIER. Die AOK verweise auf einen IV-Vertrag, bei dem jeder Fall (bis zum Tod) pauschal mit 1600 Euro abgegolten wird. Das sei aber nicht mit dem vdek-Modell vergleichbar und nicht kostendeckend.

Da jedoch auch der vdek bei den Gesamtkosten unsicher ist, wird man die Entwicklung beobachten und eventuell nachbessern. Niemand

kann nämlich eindeutig definieren, wo die allgemeine Palliativversorgung durch den Hausarzt und den ambulanten Pflegedienst aufhört und die SAPV anfängt. Oft heißt es nur, dass eine SAPV für 6 bis 10 % der Sterbenden in Betracht kommt.

Dass eine Zusammenarbeit aller Leistungserbringer wichtig ist, ist unstrittig. Doch gehen die Meinungen auseinander, ob die PCTs den Niedergelassenen Arbeit und

Geld wegnehmen oder ob sie die Kollegen entlasten, weil diese rasche Hausbesuche rund um die Uhr schwerlich sicherstellen können.

In Westfalen-Lippe versuchen KV und (fast alle) Kassen dieses Problem zu umgehen. Sie haben einen Vertrag geschlossen, der sowohl die allgemeine als auch die spezialisierte Palliativversorgung regelt. Das heißt: Die Haus- und Fachärzte verantworten die Betreuung Sterbender wie bisher.

Bei Bedarf können sie auch ihren regionalen palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD) einschalten, der die SAPV übernehmen kann. Mindestgröße eines PKD sind drei in Palliativmedizin weitergebildete und erfahrene Ärzte sowie eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft. Das Honorar für einen Haus- und Facharzt beträgt einmalig 50 Euro pro Patient. Für Hausbesuche werden Zuschläge gezahlt (25 bzw. 40

Euro bei unter/über 60 Min. Dauer). Für den PDK gibt es nach Patientenzahlen gestaffelte Pauschalen (max. 700 Euro pro Patient) und ebenfalls Hausbesuchspauschalen.

Diese unterschiedlichen Versuche, Todkranken zu Hause ein würdiges Sterben zu ermöglichen, sind von Gesetzgeber und Gemeinsamen Bundesausschuss gewollt. Beide werden sich aber auch genau angucken, was sich wie bewährt. REI



## **Herzinsuffizienz – die leise Gefahr für Ihre Patienten.** *Einfach mehr Sicherheit mit NT-proBNP.*



Zu Beginn ist eine Herzinsuffizienz für Ihre Patienten kaum spürbar. Die Spätfolgen sind dafür schwerwiegend und nicht reversibel. Deshalb ist es wichtig, möglichst früh im Krankheitsverlauf eine schnelle und präzise Diagnose stellen zu können.

Mit dem **cobas h 232** System können Sie den wertvollen Parameter **NT-proBNP** direkt in Ihrer Praxis bestimmen. So können Sie insbesondere bei Risikopatienten mit Diabetes mellitus oder KHK eine mögliche Herzinsuffizienz schnell und einfach ausschließen.

In unserem neuen Fortbildungsprogramm erfahren Sie mehr über die Herzinsuffizienz und den Wert des NT-proBNP Tests.

Informieren Sie sich noch heute unter [www.fortbildung.diafant.de](http://www.fortbildung.diafant.de)!

### **Krankheitsbilder**

Die Notwendigkeit einer ambulanten Palliativversorgung kann sich insbesondere bei folgenden Krankheitsbildern ergeben:

- ▶ fortgeschrittene Krebserkrankung,
- ▶ Vollbild AIDS,
- ▶ Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsamen fortschreitenden Lähmungen,
- ▶ Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz- oder Lungenerkrankung.

Quelle: Vertrag Kassen und KVWL



© 2009 Roche



Life needs answers