

Palliativversorgung in Deutschland – was haben wir – was brauchen wir?

Stand und Perspektiven aus Sicht der GKV

Expertenforum Kompetenz–Centrum Geriatrie
Hamburg,
20. Mai 2015
Dr. Monika Kücking



Gliederung

- ▶ 1. Was haben wir?
- ▶ 2. Zwischenfazit
- ▶ 3. Was brauchen wir?
- ▶ 4. Grundsatzpositionen GKV
- ▶ 5. Ansätze aus HPG – Palliativversorgung und Geriatrie
- ▶ 6. Fazit

1. Was haben wir?

	ambulant	stationär
Allgemeine Palliativversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegedienste (Häusliche Krankenpflege, Pflege nach dem SGB XI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Krankenhausversorgung • Pflegeeinrichtungen
Spezialisierte Palliativversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • SAPV • Ambulante Hospizdienste 	<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Hospize • Palliativstationen

Darstellung angelehnt an Nauck 2015



1. Was haben wir?

- ▶ Palliativversorgung im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung

EBM-Leistung	Leistungsbedarf in EUR
Palliativmedizinische Erhebung des Patientenstatus	12,1 Mio. EUR
Zuschlag zur Versichertenpauschale für palliativmedizinische Betreuung in der Arztpraxis	5,0 Mio. EUR
Zuschlag zur Versichertenpauschale für palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit des Patienten	10,8 Mio. EUR
Zuschlag zu den dringenden Besuchen für palliativmedizinische Betreuung	3,2 Mio. €
Gesamt	31,2 Mio. €



Quelle: GKV-Frequenzstatistik (4 Quartal 2013 – 3. Quartal 2014)



1. Was haben wir?

- ▶ Palliativversorgung im Rahmen der Krankenhausversorgung

GKV-Ausgaben für das Zusatzentgelt "Palliativmedizinische Komplexbehandlung" nach Entlassungsjahr

Entlassungsjahr	Fälle	Ausgaben (Euro)
2008	15.497	21,1 Mio. EUR
2009	19.454	26,2 Mio. EUR
2010	25.547	44,8 Mio. EUR
2011	30.625	54,7 Mio. EUR
2012	36.201	63,9 Mio. EUR
2013	44.320	70,9 Mio. EUR



Quelle: Auswertung von Abrechnungsdaten der Krankenkassen



1. Was haben wir?

- ▶ Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege
 - Palliativleistungen sind Bestandteil der Pflegeleistungen in stationären Einrichtungen sowie im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Eine separate Ausweisung des palliativen Leistungsgeschehens in Pflegeeinrichtungen und im Bereich der ambulanten Pflege ist nicht möglich
 - Die palliativmedizinische Versorgung erfolgt über die vertragsärztliche Versorgung (in Pflegeeinrichtungen über Kooperationsverträge nach §119b SGB V)
 - GKV-SV hat einen Antrag beim G-BA gestellt, die palliativpflegerischen Leistungen in der HKP-Richtlinie abzubilden



1. Was haben wir?

► Förderung ambulanter Hospizdienste

- Ambulante Hospizdienste begleiten sterbenskranke Menschen. Die GKV fördert diese ehrenamtlichen Strukturen
- Ambulante Hospizdienste sind keine Vertragspartner der Krankenkassen



Ambulante Hospizdienste	2014	2013	2012
Anzahl Hospizdienste	841	822	803
Anzahl Ehrenamtler	33.608	31.694	29.663
Anzahl Sterbebegleitungen	38.610	33.288	33.228
Ausgaben Förderung in €	50,2 Mio.	45,8 Mio.	39,6 Mio.

Quelle: Amtliche Statistiken und Förderdaten vdek



1. Was haben wir?

▶ Stationäre Hospize

- Hospize sind kleine Einrichtungen mit mindestens 8 und maximal 16 Plätzen
- Ein Hospizaufenthalt kann indiziert sein, wenn ein Krankenhausaufenthalt nicht erforderlich und eine ambulante Versorgung nicht möglich ist
- Krankenkassen gewähren nach aktueller Rechtslage einen Zuschuss zum stationären Hospizaufenthalt in Höhe von 90% (bei Kindern 95%) des vereinbarten Bedarfssatzes



Hospize	2014	2013	2012	2011
Ausgaben in €	94,1 Mio.	84,7 Mio.	76,3 Mio.	69,1 Mio.

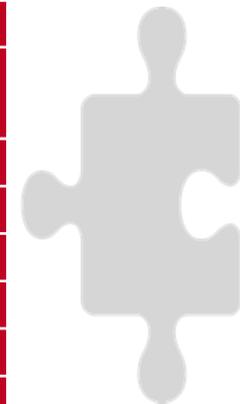
Quelle: Amtliche Statistik



1. Was haben wir?

- Verteilung von stationären Hospizen in Deutschland (Stand März 2015)

Bundesland	Gesamtanzahl	davon Kinderhospize
Baden-Württemberg	27	0
Bayern	16	1
Berlin	14	1
Brandenburg	9	0
Bremen	2	0
Hamburg	9	2
Hessen	17	1
Mecklenburg-Vorpommern	7	0
Niedersachsen	26	2
Nordrhein-Westfalen	65	4
Rheinland-Pfalz	8	1
Saarland	2	0
Sachsen	8	1
Sachsen-Anhalt	6	1
Schleswig-Holstein	6	0
Thüringen	6	1
Gesamt	228	15



Quelle: Übersicht vdek



1. Was haben wir?

- ▶ **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**
 - SAPV ist eine hochspezialisierte Teamleistung; beinhaltet medizinische und pflegerische Maßnahmen



SAPV	2014	2013	2012	2011
Abrechnungszahlen	noch nicht verfügbar	74.594	60.187	46.764
Anzahl Verträge	noch nicht verfügbar	241	224	176
Ausgaben SAPV in €	263,5 Mio.	214,2 Mio.	151,8 Mio.	103,88 Mio.
• ärztlich/pflegerisch	216,8 Mio.	175,9 Mio.	127,5 Mio.	84,9 Mio.
• Arzneimittel	38,2 Mio.	31,7 Mio.	20,5 Mio.	15,1 Mio.
• Heilmittel	2,7 Mio.	1,4 Mio.	0,85 Mio.	0,61 Mio.
• Hilfsmittel	5,8 Mio.	5,2 Mio.	2,94 Mio.	3,27 Mio.

Quelle: Amtliche Statistiken und Berichte des GKV-Spitzenverbands zur vertraglichen Umsetzung der SAPV

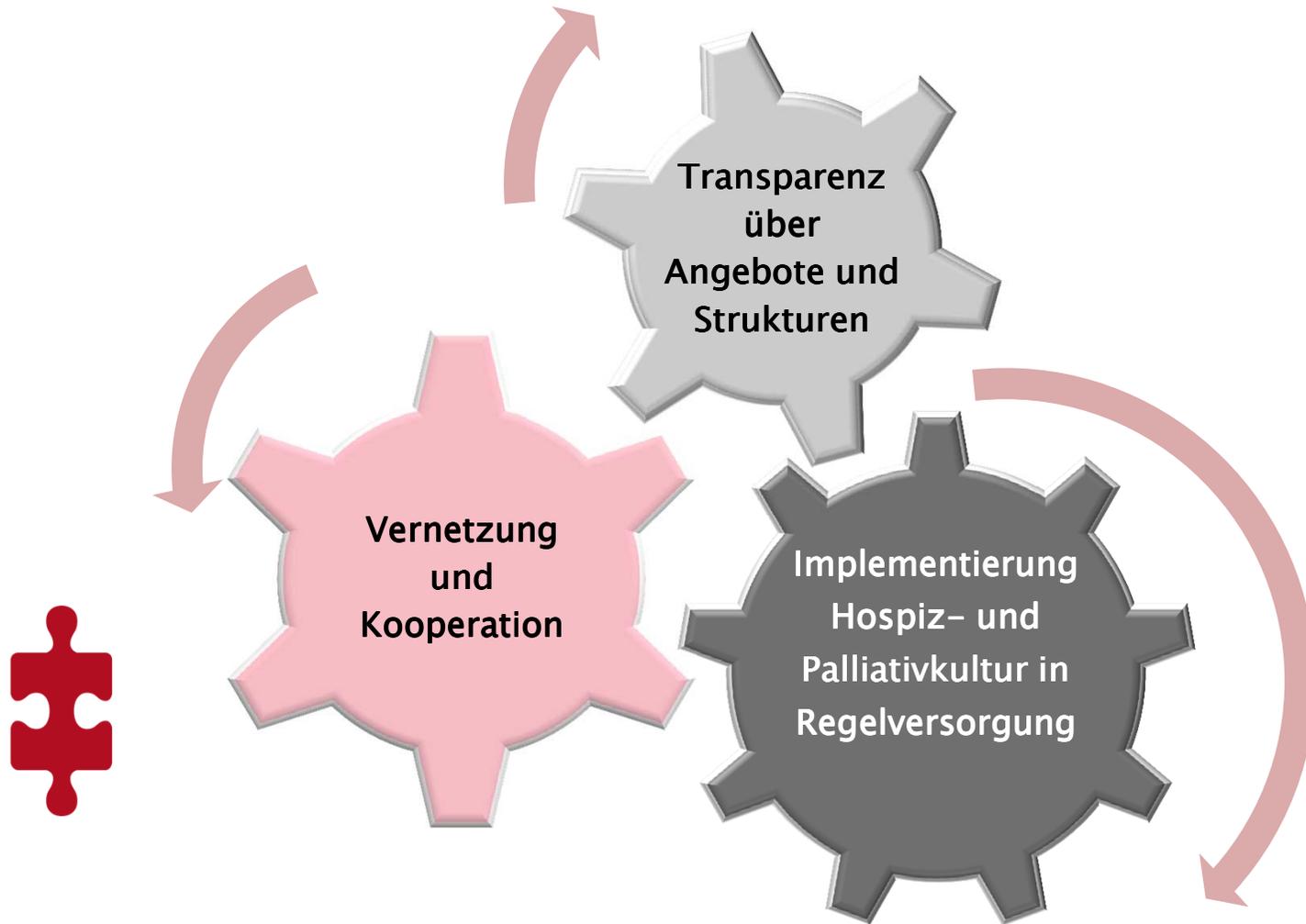
2. Zwischenfazit

Ausdifferenziertes Angebot in der Palliativversorgung. Daher zu wenig Transparenz über bestehende Strukturen

Fokussierung auf spezialisierte Strukturen in der Palliativversorgung

Vernetzung und Kooperation findet zu wenig statt

3. Was brauchen wir?



4. Grundsatzpositionen der GKV I

Implementierung Hospiz- und Palliativgedanken in die Regelversorgung

- Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und leitlinienbasierten Palliativversorgung in der Regelversorgung
- Leistungserbringer müssen durch Fort- und Weiterbildungen qualifiziert werden



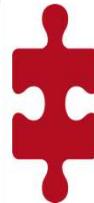
Weiterentwicklung von Strukturen in der Palliativversorgung

- Bedarfsgerechte Weiterentwicklung einer vernetzten und aufeinander abgestimmten Angebotsstruktur
- Fokus auf die allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der Regelversorgung

4. Grundsatzpositionen der GKV II

Herstellung Transparenz von Angeboten und Leistungserbringerstrukturen

- Transparenz über bestehende Strukturen muss erhöht werden
- Beratungs- und Unterstützungsangebote der GKV müssen ausgebaut und eng mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI verzahnt werden



Kooperation und Vernetzung der Hospiz- und Palliativstrukturen

- Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung müssen in eine Gesamtstruktur eingebunden sein
- Vergütungsanreize sind dahingehend zu überprüfen, ob sie den Anforderungen einer vernetzten Angebotsstruktur Rechnung tragen

4. Grundsatzpositionen GKV



Grundsatzpositionen GKV	Regelungen HPG	Berücksichtigung im HPG
<p>Herstellung Transparenz über bestehende Angebote erhöhen und verzahnte Beratung aufbauen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Versicherte sollen durch einen Beratungsanspruch durch die Krankenkassen über regionale Angebote informiert werden (+) • Aber: Herstellung Transparenz über bestehende Strukturen ist auch für die Vertragspartner wichtig (-) 	
<p>Fokus auf die Nicht-spezialisierte Palliativversorgung legen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der Gesetzentwurf folgt grundsätzlich dem Gedanken, den Hospiz- und Palliativgedanken in die Regelversorgung zu implementieren (+) • Aber: Dies nur über Vergütungszuschläge zu erreichen, ist keine Gesamtstrategie (-) 	

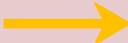


4. Grundsatzpositionen GKV

Grundsatzpositionen GKV	Regelungen HPG	Berücksichtigung im HPG
Palliativversorgung erfordert Kooperation und Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperationen zwischen den Leistungserbringern sollen gefördert werden (+) • Aber: Vorgaben für eine stärkere Qualifikation in der Regelversorgung finden sich kaum (-) 	
Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen stärken; Personal- und Organisationsentwicklung in Pflegeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Anspruch auf eine Sterbebegleitung wird im SGB XI konkretisiert (+) • Konkretisierungen erfolgen auf der Landesebene (+) 	
Palliativmedizinische Breitenversorgung im Krankenhaus stärken	<ul style="list-style-type: none"> • Keine diesbezüglichen Regelungen (-) 	



4. Grundsatzpositionen GKV

Grundsatzpositionen GKV	Regelungen HPG	Berücksichtigung im HPG
Behutsame Weiterentwicklung der stationären Hospizversorgung und keine Vollfinanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung Hospize (Verbesserung Finanzierung), aber keine Vollfinanzierung (+) • Auftrag an Selbstverwaltung, die zuschussfähigen Kosten zu definieren (+) 	
Zeitnahe Förderung ambulanter Hospizdienste	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung zeitnah ab dem Zeitpunkt, zu dem Sterbebegleitungen erstmalig erbracht werden (+) 	
Versorgungsqualität in der ambulant ärztlichen Versorgung verbessern und Vernetzung der Leistungserbringer fördern	<ul style="list-style-type: none"> • Neue Strukturen mit Vergütungszuschlägen werden eingeführt (-) • Damit Schaffung neuer Abgrenzungsprobleme zu bestehenden EBM-Ziffern (-) 	



4. Grundsatzpositionen GKV

Grundsatzpositionen GKV	Regelungen HPG	Berücksichtigung im HPG
<p>SAPV bedarfsgerecht ausbauen und Datenbasis verbessern</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schiedspersonenregelung (fraglich, ob das den Ausbau von SAPV beschleunigt) (-) • Möglichkeit zum Abschluss von Selektiv- und IV-Verträgen im Bereich der SAPV und der allgemeinen Palliativversorgung (+) • Ein erweiterter Auftrag zur Verbesserung der Datenbasis für einen bedarfsgerechten Ausbau der SAPV ist nicht beinhaltet (-) 	

5. Ansätze des HPG – Palliativversorgung und Geriatrie

Hospiz- und Palliativberatung nach § 39b (neu) SGB V

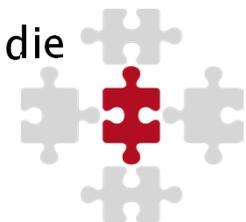
- Aus Sicht der GKV muss die Hospiz- und Palliativberatung mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI verzahnt werden. Damit findet eine gemeinsame Entwicklung statt, von der auch geriatrische Patienten profitieren

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g (neu) SGB V

- Bewohner von Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen erhalten einen Anspruch auf eine Versorgungsplanung am Lebensende. Dieser Anspruch wird nicht auf Palliativpatienten beschränkt

6. Fazit

- ▶ Positionen der GKV zum Weiterentwicklungsbedarf
 - Das Anliegen des HPG, ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen und Palliativmedizin und Hospizkultur überall dort zu verankern, wo Menschen sterben, wird durch die GKV **uneingeschränkt geteilt**
 - HPG hat punktuell gute Ansätze; diese werden für eine **Implementierung** der Hospiz- und Palliativversorgung in die **Regelversorgung** aber nicht ausreichend sein. Vielmehr bedarf es auch einer Organisationsentwicklung in den jeweiligen Strukturen, die aber nicht gesetzlich verordnet werden kann
 - Vorhandene Strukturen in der Palliativversorgung **müssen miteinander verknüpft werden**. Dabei sollen die vorhandenen Leistungen stärker auf palliative Bedürfnisse fokussiert werden. Neue Leistungserbringerstrukturen werden dafür nicht benötigt. Auch sollte keine weitere Ausdifferenzierung des Leistungsangebots stattfinden
 - Herstellung von mehr **Transparenz** im Leistungsgeschehen der Palliativversorgung für die Betroffenen und Angehörigen als auch für die Krankenkassen ist dringend erforderlich



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Dr. Monika Kücking
Leiterin der Abteilung Gesundheit

monika.kuecking@gkv-spitzenverband.de