

Bernd Sittig, Geesthacht

Was SAPV wirklich kostet

Eine Berechnung auf betriebswirtschaftlicher Grundlage

Bei der SAPV-Leistung (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) handelt es sich um eine Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen, die bei Bedarf auch rund um die Uhr erbracht werden kann bzw. muss. Die Leistung ist primär medizinisch ausgerichtet und umfasst die Befreiung oder Linderung von Symptomen (z. B. Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Verwirrtheit und Depressionen). Der Leistungsanspruch umfasst auch die Koordinierung der einzelnen Teilleistungen. Darüber hinausgehende Begleitleistungen (z. B. Sterbebegleitung und Begleitung der Angehörigen) schließt der Leistungsanspruch nicht ein, sie sind weiterhin ergänzend, z. B. von ambulanten Hospizdiensten, zu erbringen.

Nach Schätzungen von Experten haben etwa 10% aller Sterbenden den besonderen Versorgungsbedarf, der von der SAPV abgedeckt wird. Die übrigen Palliativpatienten werden weiterhin in den derzeitigen Strukturen, insbesondere durch Vertragsärzte, Pflegedienste und stationäre Einrichtungen, palliativmedizinisch versorgt.

Vertragsärztliche Versorgung schließt SAPV nicht ein

SAPV-Leistungen sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, weil es sich um eine ärztliche und pflegerische Komplexleistung einschließlich Koordinierungsanteilen handelt, die über Leistungsart und -umfang der vertragsärztlichen Versorgung hinausgeht. Diese Leistung ist bisher in dieser Weise nicht erbracht und vergütet worden. Dies gilt auch für den ärztlichen Leistungsanteil, der in dieser spezifischen Weise nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und damit auch nicht von der Gesamtvergütung erfasst wurde. Demzufolge ist auch die Gesamtvergütung nicht um die Kosten für



Dr. med. Bernd Sittig,
Leiter des Palliative-Care-Teams Geesthacht
und Südkreis Herzogtum Lauenburg

den ärztlichen Leistungsanteil der SAPV zu bereinigen.

SAPV-Leistungen sind (laut Bundestag, G-BA, Ministerrat der EU, WHO) Komplexleistungen eines multiprofessionellen Palliative-Care-Teams (PCT). Sie

- sind nicht als Katalog von Einzelleistungen operationalisierbar,
- umfassen alle Leistungen, die für die spezifischen Ziele der Palliativversorgung erforderlich sind,
- gehen über die vertragsärztlichen Leistungen hinaus,
- enthalten regelhaft keine Leistungen der Primärversorgung bzw. keine Grund- und Behandlungspflege,
- wurden bisher nicht in dieser Weise erbracht und vergütet,
- werden als neue Leistungen nicht durch die Bereinigung der bisherigen Vergütungssysteme finanziert.

Die Gesamt-SAPV-Leistung mit mindestens pflegerischen *und* ärztlichen Anteilen, mit Case-Management, Sozialarbeit, Seelsorge, Hospizkoordination, Physiotherapie, Logopädie und Psychoonkologie ist eine *gemeinsame* Leistung eines aufeinander abgestimmten Teams, das gemeinsamen Regeln folgt und gemeinsame Ziele verfolgt. Tägliche Besprechungen, Übergaben und wöchentliche Fallkonferenzen sind notwendig.

Die Gesamt-SAPV-Leistung stellt durch besondere Koordination mehr dar als die Summe ihrer Einzelteile!

Alle SAPV-Versorgungsstufen enthalten regelhaft keine nicht palliativen Leistungen (§§ 37, 39a, 73 SGBV und SGB XI). Diese werden weiter durch Haus- und Fachärzte sowie Pflegedienste erbracht. Sie werden vom PCT jedoch dann sichergestellt, wenn dies für die Ziele der SAPV erforderlich wird, beispielsweise Behandlungs- und Grundpflege bei Versorgungsbeginn am Wochenende.

Leistungsumfang eines PCTs

Die SAPV-Komplexleistungen des spezialisierten Leistungserbringers/PCTs umfassen

- 24-Stunden-Rufbereitschaft von Palliativpflege und Palliativarzt, unverzügliches Aufsuchen durch einen mit dem Patienten und seinem sozialen Umfeld vertrauten Leistungserbringer;
- palliativmedizinische Expertise von Leistungserbringern, die hauptberuflich als Mitarbeiter eines PCTs tätig sind;
- besondere Koordination aller Palliativleistungen durch ein multiprofessionelles PCT;
- besondere Koordination aller Palliativleistungen auf der Fall- und Systemebene;
- besondere palliativmedizinische Kenntnis über den individuellen Patienten;
- kontinuierliche Reevaluation und engmaschige Therapieanpassung bei komplexem Symptomeschehen;
- Prävention, Begleitung und Schulung von Patient, sozialem Umfeld und Primärversorgern bei individuell zu erwartenden palliativmedizinischen Krisen;
- psychosoziale Gesprächsleistungen für Patient und soziales Umfeld;
- hohe Erfolgsquote für die Ziele der SAPV nach SAPV-RL mit Verbleiben in der häuslichen Umgebung.

Was macht eine palliative Leistung zur SAPV-Leistung?

Eine SAPV-Leistung kann vom *qualifizierten Leistungserbringer der allgemeinen Versorgung* nicht, nicht zeitgerecht und/oder nicht sachgerecht erbracht werden, obwohl sie zur Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung notwendig ist.

- *Allgemeine ambulante Palliativversorgung* (AAPV) wird durch palliativmedizi-

nisch besonders weitergebildete Leistungserbringer der Primärversorgung erbracht, die palliativmedizinische Leistungen als einen Teil ihrer übrigen Regelleistungen erbringen.

■ **Spezielle ambulante Palliativversorgung (SAPV)** wird durch Leistungserbringer mit spezifisch palliativmedizinischer Weiterbildung und Erfahrung erbracht, die palliativmedizinische Leistungen als hauptberufliche Mitarbeiter eines multi-professionellen Palliative Care Teams (PCT) erbringen.

Identische Leistungsbezeichnungen sind im kurativen Kontext des SGBV durch eine ganz andere Bedeutung und Zielsetzung als im palliativen Kontext der SAPV gekennzeichnet. Auch der palliativ damit verbundene Leistungsaufwand variiert abhängig vom jeweiligen Patienten und seinem sozialen Umfeld ganz erheblich.

Eine abgrenzende Operationalisierung der SAPV-Leistungen gegenüber primärer ambulanter Palliativversorgung und AAPV ist aus diesen Gründen nicht in dieser Form darstellbar. Ein operationalisierter Ansatz von Einzelleistungen ist hierbei nicht zielführend.

Dieser Sachverhalt hat auch die Expertengremien von WHO, Europarat, Bundestag und G-BA veranlasst, SAPV-Leistungen nicht anhand eines Katalogs von Einzelleistungen, sondern als zielbezogene Palliativleistung fall- und systembezogen festzulegen.

Nötige Qualifikationen und Voraussetzungen

Die Leistungen der SAPV werden ausschließlich durch Personen erbracht, die folgende Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen:

Ärztinnen und Ärzte, die

- über eine anerkannte Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ nach der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer (160 Std.) verfügen und
- die Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten nachweisen können, z. B. in der häuslichen Umgebung oder

in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre.

Pflegefachkräfte, die

- über die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin/Altenpfleger entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung verfügen, und
- den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden vorweisen, und
- die Erfahrung durch eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren, davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung, nachweisen können.

Weitere vertraglich eingebundene Fachkräfte (z. B. Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen, Psychologinnen oder Psychologen), die

- über eine Zusatzweiterbildung „Palliative Care“ für andere Berufsgruppen oder eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung verfügen.

Die spezialisierten Leistungserbringer haben als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:

- eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation;
- Arzneimittel (inkl. BtM) für Notfall-/Krisenintervention;
- Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z. B.

bei Portsystemen oder Infusionspumpen);

- eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.

Die spezialisierten Leistungserbringer müssen über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten verfügen für

- die Beratung von Patienten und Angehörigen,
- Teamsitzungen und Besprechungen,
- die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall-/Krisenintervention und Hilfsmitteln.

Der Leistungserbringer ist schließlich verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das im Versorgungskonzept darzustellen ist. Zur Qualitätssicherung zählen interne und externe Maßnahmen.

Hoch spezialisierte Leistungserbringer

Alle SAPV-Leistungserbringer sind hoch spezialisiert; sie erbringen spezialisierte On-top-Leistungen mit dem Ziel der Krankenhausvermeidung und ersetzen keine andere gesetzliche Leistung. Eine 24-Stunden-Rufbereitschaft, die auch Hausbesuch und Notfallinterventionen einschließt, sind eine *Conditio sine qua non*. Eine geeignete Infrastruktur, Mobilität, Dokumentation, QM, Kooperationen u. a. sind vorzuhalten.

Aufgrund dieser gesetzlichen Vorgaben können die SAPV-Leistungen nicht aus dem üblichen Tagesgeschäft heraus geleistet werden. Es darf kein Geld aus der SAPV in die AAPV und umgekehrt fließen. SAPV-Leistungen dürfen nicht über AAPV „querfinanziert“ werden. Ein SAPV-Team muss somit autark sein und sich über die erbrachten SAPV-Leistungen finanzieren.

Eine betriebswirtschaftliche Berechnung ist somit unabdingbar, damit nicht mehr mit „gefühlten“ oder geschätzten Zahlen verhandelt wird.

Jeder SAP-Leistungsanbieter sollte sich vor einer vertraglichen Verpflichtung (mit befreiender Wirkung für die Krankenkassen) über seine eigenen finanziellen Aufwendungen und über die Kosten der vom

Tab. 1: Kostenrechnung für die SAPV

	Monatlich brutto (€)	Jährlich brutto (€)	Anzahl	Gesamtbrutto jährlich (€) <i>Vorhaltung</i>	Gesamtbrutto jährlich (€) <i>Personal</i>
Palliativmediziner/in	11.000,-	132.000,-	4		528.000,-
Palliativcare Nurse	6.000,-	72.000,-	8		576.000,-
Koordinator/in	7.000,-	84.000,-	1,5	126.000,-	
Bürokräft	2.500,-	30.000,-	0,5	15.000,-	
Psychologisch Betreuung	3.000,-	36.000,-	1		36.000,-
Sozialberatung	3.000,-	36.000,-	1		36.000,-
Steuer/Rechtsberatung	500,-	6.000,-		6.000,-	
Hausärztehonorare (15,-€/Tag/ Patient für Einschreibung + Koopera- tionsaufgaben mit dem SAPV-Team)	7.000,-	84.000,-			84.000,-
Büroräume	1.000,-	12.000,-		12.000,-	
Ausrüstung	1.000,-	12.000,-		12.000,-	
Betriebsausgaben	2.500,-	30.000,-		30.000,-	
Fuhrpark/Mobilität	750,-	9.000,-	3	27.000,-	
Versicherungen	2.500,-	30.000,-		30.000,-	
Zwischensummen				258.000,-	1.206.000,-
					+ 258.000,-
Gesamtkosten					1.518.000,-

Gesetzgeber geforderten Vorhalteleistungen und Infrastruktur informieren. So kann er dann entscheiden, wie viel Geld er als SAPV-Leistungsanbieter von den Kassen „pro Fall und pro Tag“ einfordern muss, um nicht in absehbare Liquiditätsprobleme zu kommen.

Wie hoch muss die Tages-Fall-Pauschale sein?

Nach Schätzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) reicht ein SAPV-Team für die Versorgung von 250 000 Einwohnern aus. Die Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC) hat in Trondheim 2008 festgestellt, dass ein SAPV-Team für die Sicherstellung der Versorgung von 150 000 Einwohnern notwendig ist.

Von 250 000 Einwohnern sterben pro Jahr 2500. Etwa die Hälfte davon sind akute Todesfälle z. B. durch Unfalltod, Herzinfarkt usw., rund 1250 Menschen versterben aufgrund von Tumor- und chronischen Nichttumorleiden. Von den 650

an einem Tumorleiden versterbenden Patienten benötigen nach vorliegenden Zahlen z. B. in Schleswig-Holstein ca. 200 Menschen SAPV.

Die durchschnittliche Verweildauer in SAPV beträgt nach bisherigen Erfahrungen im Median 28 Tage (z. B. Hornke, Klinikum Harnau, div. IV-Verträge). Das ergibt bei 200 SAPV-Patienten mit jeweils 28 Tagen Verweildauer jährlich zu leistende 5600 SAPV-Behandlungstage. Ein SAPV-Leistungserbringer/SAPV-Team wird im Median ca. 15 SAPV-Patienten täglich parallel betreuen können. Über diese 15 Patienten wird der SAPV-Leistungserbringer alle SAPV-Leistungen inklusive aller Vorhaltekosten, die gesetzlich vorgeschrieben sind oder für die er sich bei der Kasse vertraglich verpflichtet hat, erwirtschaften müssen, da die Krankenkassen (bislang) nur für „tatsächliche“ Fälle, nicht aber für Vorhaltekosten wie Rufbereitschaft, Infrastruktur usw. zahlen wollen.

Die jährlichen Betriebsgesamtkosten für einen SAPV-Leistungserbringer, der die

gesetzlichen Vorgaben erfüllt, belaufen sich auf 1 518 000,- € (Berechnung siehe Tab. 1).

Die Tagesbetriebskosten für ein SAPV-Team betragen 4171,- €. Dies bedeutet, dass ein SAPV-Leistungserbringer, der ca. 15 SAPV-Patienten täglich parallel betreut, für jeden dieser 15 SAPV-Patienten 278,- € als Tages-Fall-Pauschale erhalten muss, um wirtschaftlich und kostendeckend arbeiten zu können. Diese Tages-Fall-Pauschale gilt sowohl für Patienten, die nur beraten werden, als auch für die, bei denen koordiniert oder die in Teil- oder „Vollversorgung“ behandelt werden müssen.

Die SAPV-Patienten-Tages-Fall-Pauschale könnte theoretisch reduziert werden, indem mehr Patienten parallel behandelt werden. So könnten durch eine gesteigerte Anzahl an Patienten mit einer jeweils niedrigeren Tages-Fall-Pauschale die jährlichen SAPV-Betriebskosten erwirtschaftet werden. Dies ist jedoch sehr unrealistisch, weil die Behandlung dieser SAPV-Patienten sehr zeitintensiv ist und das SAPV-Team dann schnell an seine zeitlichen Grenzen kommen dürfte.

Täglich maximal 4,8 Stunden pro Patient

Einem SAPV-Team mit insgesamt zwölf Behandlern (vier Palliativärzte plus acht Palliativpflegende, jeder ein 8-h-Arbeitstag) stehen jährlich nach Abzug von Rufbereitschaft, Urlaubs- und Fehltagen 22 176 Arbeitsstunden plus 13 344 Rufbereitschaftsstunden (6672 h für einen Palliativmediziner/in plus einen Palliativpflegenden) zur Verfügung. So verbleiben je SAPV-Patient maximal 4,8 Stunden täglich für alle SAPV-Leistungen inklusive Therapie des Patienten, Fahrzeiten, Anleitung von Kollegen, Pflegediensten und Angehörigen, Fallbesprechung, Dokumentation, Fahrtzeiten, Angehörigenbetreuung, Fortbildung, QM usw. Bei 15 Parallelpatienten und einer medianen Verweildauer in der SAPV von 28 Tagen ist an spätesten jedem zweiten Tag eine Neuaufnahme mit dem gesamten Eingangsassessment, der Notfallplanung usw. sowie ein Todesfall mit intensiver Angehörigenbetreuung zu managen.



Ausschließlich für die Vorhalte- und Fixkosten müssen jährlich vom SAPV-Team 414 000,- € erwirtschaftet werden.

Die Kosten für die gesetzlich vorgeschriebene Rufbereitschaft (qualifizierter Palliativmediziner/in 12,50 €/h, qualifizierte Pflegekraft 7,50 €/h Arbeitgeberbrutto) betragen jährlich 133 40,- €.

Bei 547 44,- € pro Jahr je SAPV-Team nur für Vorhaltekosten plus Rufbereitschaft muss das SAPV-Team je Patienten bei im Median 15 Patienten in der Parallelbehandlung 100,- € täglich erhalten, um den gesetzlichen Vorgaben entsprechend wirtschaftlich überleben zu können.

Bei einer mittleren Arbeitszeit von 4,8 Stunden täglich je SAPV-Patient für das gesamte SAPV-Team ergeben sich bei 1,8 SAPV-Arztstunden je 80,- € (= 144,- €) plus 3,0 SAPV-Pflegestunden je 50,- € (= 150,- € Arbeitgeberbrutto) zusätzlich täglich 294,- € Behandlungskosten (inkl. Therapie des Patienten, Fahrzeiten, Anleitung von Kollegen, Pflegediensten und Angehörigen, Fallbesprechung, Dokumentation, Fahrtzeiten, Angehörigenbetreuung, Fortbildung, QM usw.)

Würde die SAPV-Teilversorgung so definiert, dass zusätzlich zur Rufbereitschaft entweder die SAPV-Pflege oder der SAPV-Arzt in die Behandlung involviert wird, ergeben sich bei einer SAPV-Teilversorgung zu erwirtschaftende Kosten von 100,- € Fixkosten + 147,- € Pflege oder Arztkosten = 297,- € täglich pro Patient in der SAPV-Teilversorgung.

Bei der SAPV-Vollversorgung, d. h. Beratung plus Organisation plus SAPV-Pflege plus SAPV-Arzt, ergibt sich dann der Betrag von 394,- € täglich je Patient in der SAPV-Vollversorgung.

Minimum: 279,- € pro Tag

Bei einer wahrscheinlichen Verordnungsverteilung von 20% Beratung und Organisation, 40% Teilversorgung und 40% Vollversorgung ergibt sich eine durchschnittliche SAPV-Tagespauschale von 279,- € je Patient.

Jedes eventuell zusätzlich zu übernehmende Risiko für Medikamente, Krankenhauseinweisung, Krankentransporte usw. muss separat berechnet und kalkuliert werden.

Fazit

- SAPV ist ethisch, moralisch und politisch gewollt und gefordert. Die Patienten haben einen Rechtsanspruch auf SAPV. SAPV ergänzt das bisherige Angebot der allgemeinen Versorgung, wenn diese nicht mehr ausreicht.
- SAPV-Leistungen sind hoch spezialisierte, zeitintensive Add-on-/On-Top-Leistungen bei wenigen Patienten mit weit fortgeschrittenen und fortschreitender Erkrankungen, die in absehbarer Zeit zum Tode führen und mit hoch komplexem Symptomgeschehen behaftet sind.
- Die SAPV-Leistung ist eine zielorientierte Komplexleistung, die als Beratungs-, Organisations-, Teil- oder Vollversorgungsleistung hauptamtlich von einem multiprofessionellen Team spezialisierter Leistungserbringer, in der Regel einem PCT, erbracht werden muss. Diese SAPV-Leistungen wurden bisher so nicht erbracht und nicht finanziert.
- Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen. Wirtschaftlich können SAPV-Leistungen nur sein, wenn das SAPV-Team, das ausschließlich SAPV-Leistungen gemäß den gesetzlichen Vorgaben erbringt, sich durch Erlöse aus diesen SAPV-Leistungen auch finanzieren kann.
- Die SAPV-Leistung muss bei der großen Variabilität der Patienten als einheitliche Tagespauschale vergütet werden.
- Mit einer Tagespauschale von **279,- €** je Patient je Tag kann ein SAPV-Team mit Leistungserbringern nach § 132d die gesetzlich vorgegebenen Leistungen hauptamtlich in einer multiprofessionellen Teamstruktur erbringen.

*Dr. Hans-Bernd Sittig
Facharzt für Anästhesiologie,
spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin
Leiter des Palliative-Care-Teams Geesthacht und
Südkreis Herzogtum Lauenburg,
Sprecher der Arbeitsgemeinschaft
Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung
Schleswig-Holstein (ASPVSH),
Vorsitzender der Akademie Palliative Care
Norddeutschland (PACE-g.e.V.),
Buntenscamp 5a, 21502 Geesthacht
E-Mail: drhbsittig@aol.com*