

Vergütung von Palliativmedizin in der hausarztzentrierten Versorgung

Eine Kurzübersicht auf Anregung von Kollegen

Jörg Schelling

„Als Hausarzt in der hausarztzentrierten Versorgung – eine Einladung zur Diskussion“ hieß der Titel eines kurzen Textes, den ich in der Aprilausgabe der Zeitschrift für Allgemeinmedizin publizieren konnte. Für die engagierten Schreiben, die mich danach erreicht haben, möchte ich mich herzlich bedanken. Ich würde mich freuen, wenn die **Hausarztzentrierte Versorgung (HZV)** mit all ihren Facetten in der ZFA auch weiterhin ein Forum erhält. In diesem Sinne möchte ich zunächst den Brief des Kollegen Dr. Steffen Fimpel aus Gschwend wiedergeben, der mich zum Schreiben dieses zweiten Artikels motiviert hat:

„... ich bin ausgesprochen dankbar für Ihren in der ZFA 4/2014 veröffentlichten Artikel und den Aufruf, Gedanken konstruktiv einzubringen. Als Mitglieder der DEGAM wollen wir ja zum einen ein hohes fachliches Niveau in der Allgemeinmedizin anstreben, und zwar auch ‚in der Fläche‘, d.h. im Alltag. Zum anderen schreiben Sie völlig klar und zu Recht: ‚Jede Gebührenordnung hat einen enormen Steuerungseffekt auf das Handeln und Denken von Hausärzten.‘ In anderen Worten: Leistungen, die vergütet werden (da Abrechnungsziffer vorhanden), werden auch erbracht. Leistungen, die nicht vergütet werden (da keine Abrechnungsziffer vorhanden), werden auch nicht oder nur minimal erbracht. Oder nochmals anders formuliert: Das Geld soll der Leistung folgen. Ich möchte im HZV die Palliativversorgung ansprechen, d.h. eine sachgemäße, kompetente, empathische, respektvolle, kooperative ärztliche Betreuung von Sterbenden in den letzten Tagen oder Wochen Ihres Lebens. Was gibt es da nicht alles zu bedenken und zu tun! Jeder Allgemeinarzt weiß, dass er hier viel zum Positiven wenden kann – wenn, ja wenn diese an-

spruchsvolle Tätigkeit auch entsprechend bezahlt werden würde. Ich möchte die allseitigen Vorteile einer angemessenen hausärztlichen Palliativziffer nicht weiter diskutieren oder begründen. Es liegt auf der Hand, wie wichtig diese sehr verantwortungsvolle Tätigkeit des Hausarztes ist.“

Wie sieht es mit der Vergütung hausärztlich-palliativer Tätigkeit innerhalb der HZV aus? Beispielhaft habe ich mir die bayerischen HZV-Verträge (Stand 01.06.2014) angesehen. Die AOK Bayern (4,3 Millionen Versicherte und ein Marktanteil von rund 40 Prozent) und die Betriebskrankenkassen in Bayern (2,1 Millionen Versicherte) haben die hausärztliche oder allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) in ihre Verträge und Vergütungsschematik aufgenommen.

Was gilt innerhalb der Verträge, in denen eine solche Tätigkeit extra vergütet wird? Die Palliativpauschale im AOK- und BKK-HZV-Vertrag ist unter folgenden Voraussetzungen abrechenbar: „Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung gemäß Definition der WHO.“ Weiter heißt es in den Vertragsunterlagen: „Ein Palliativpatient ist derjenige Patient mit einer weit fortgeschrittenen (progredienten) Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw. -steigerung im finalen Krankheitsstadium.“

Die Palliativpauschale ist maximal einmal pro Quartal abrechenbar und

nicht neben der normalen Grundpauschale (0000) und der Chronikerpauschale (0003 oder BBP). Sie ist außerdem nicht abrechenbar, wenn der HZV-Betreuerarzt Leistungen der SAPV (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) für den HZV-Patienten abrechnet. Natürlich gilt auch hier die Grundregel: „Nur für Patienten mit mindestens einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal“. Des Weiteren kann der Betreuerarzt zusätzlich zu den Besuchsleistungen einen Besuchszuschlag für Palliativpatienten abrechnen.

Nun gibt es ja im EBM seit 01.10.2014 auch sogenannte Palliativziffern: 03370, 03371, 03372 und 03373. Diese sind teils dem Hausbesuch als Zuschlag zugeordnet oder sind für die Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan anzusetzen. Parallel zu allen Palliativziffern im EBM darf in derselben Sitzung keine Chronikerziffer (03320, 03321), keine Geriatrieziffer (03362) und kein Basisassessment (03360) berechnet werden. Zum Teil ist auch die Gesprächsziffer (03230) nicht möglich. Für unterschiedliche Hausbesuchsziffern sind unterschiedliche Zuschläge anzusetzen.

Analog zur HZV gilt: „Die Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 sind nicht berechnungsfähig, wenn der behandelnde Vertragsarzt äquivalente Leistungen bei dem Patienten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbringt.“ Leider kommt hier jedoch in Bezug auf die Zuschläge und die Behandlung in der Praxis noch folgender Hinweis dazu: „Die Gebührenordnungspositionen 03371, 03372 und 03373 sind nicht bei Patienten berechnungsfähig, die eine Vollversorgung in **spezialisierten am-**

	AOK Bayern	Ersatzkassen (ohne TK)	BKK Bayern	Techniker KK	LKK	Bosch BKK	IKK classic
Kontaktabhängige (Quartals-) Pauschale für Palliativpatienten	120 €	-	120 €	-	-	-	-
Zuschlag je Besuch Palliativpatient	20 €	-	20 €	-	85 €	-	-
Heimbesuch	18 €	-	18 €	-	18 €	-	-
Regelbesuch	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	-	-

Tabelle 1 Übersicht über die relevanten Leistungen (beispielhaft in Bayern): Bei fehlenden Eurobeträgen ist die Leistung entweder in der Grundpauschale enthalten oder nicht als Einzelleistung abrechenbar.

bulanter Palliativversorgung (SAPV) erhalten.“

Dennoch kann bei zahlreichen Arzt-Patienten-Kontakten durch strukturiertes Einsetzen der Leistungsziffern ein hoher Fallwert erreicht werden, der sich aus Ordination, Chronikerzuschlägen, Geriatrieziffern (beim Patienten über 70 Jahren) und Palliativziffern in Verbindung mit Hausbesuchen ergibt.

Insgesamt ist aus meiner Sicht die Abrechnung in der HZV (bei den oben genannten Verträgen) aber wesentlich einfacher: Palliativpauschale + Besuche (zu Hause oder im Heim) + Besuchszuschlag. Vielleicht hat man dann den Rücken frei für die wirklich wichtigen Aspekte der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, die Kollege Fimpel in seinem Brief beschrieben hat. Positiv ist auch, dass die parallele Versorgung unserer Patienten durch ein Team der SAPV die Vergütungspositionen nicht beeinflusst.

- Zusammengefasst:
- + Es gibt HZV-Ziffern für AAPV beim Hausarzt.
 - + Die SAPV (wenn nicht selbst durchgeführt) ist davon unbenommen.
 - + Innerhalb der HZV gibt es diese Ziffern teils seit Jahren.
 - Es gibt noch keine flächendeckende Vertragssituation, die diese Vergütung beinhaltet.
 - Mit geschicktem Abrechnen innerhalb des EBM lassen sich höhere Fallwerte generieren.

Ob, wie Kollege Fimpel schreibt „eine sachgemäße, kompetente, empathische, respektvolle, kooperative ärztliche Betreuung von Sterbenden in den letzten Tagen oder Wochen Ihres Lebens“ durch die oben genannten Zahlen ausreichend vergütet wird oder nicht, soll an dieser Stelle nicht bewertet werden. Viele von uns haben über Jahre die genannten Leistungen für unsere Patienten ohne spezielle Ziffern oder Benennungen er-

bracht. Positiv ist zu werten, dass diese Position innerhalb der hausärztlichen Vergütung jetzt sowohl im EBM als auch in der HZV Eingang gefunden hat. Nach meiner Überzeugung kann ein hausärztlicher Berufsverband die Weiterentwicklung und Stärkung dieser Vergütungspositionen voranbringen. Es ist eine der Aufgaben unserer Fachgesellschaft, die Qualität und die Strukturen und Abläufe innerhalb der AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) und SAPV zu beforschen und wissenschaftlich zu kommentieren.

Korrespondenzadresse
Dr. med. Jörg Schelling Klinikum der Universität München Medizinische Klinik und Poliklinik IV Bereich Allgemeinmedizin Pettenkoferstraße 8 a, 80336 München Tel.: 089 5160-3779 joerg.schelling@med.uni-muenchen.de