



Agenda

- I. Verständnis von Palliative Care
- II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV
 1. Der lange Weg zu SAPV
 2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
 3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
 4. Ziel der SAPV
 5. Inhalt der SAPV
 6. Voraussetzungen der SAPV
- III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich
- IV. Leistungsanspruch in der PKV
 1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
 2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
 3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
 4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
 5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
 6. Aufnahme SAPV in Basistarif
- V. Wege zur Sicherstellung in der PKV
 1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
 2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete
- VI. Ausblick

SAPV im Leistungsrecht der PKV Wege zur Sicherstellung der Versorgung schwerstkranker Privatversicherter?



12. Herbsttagung der ARGE Medizinrecht des Deutschen Anwaltvereins

Lübeck, 28. September 2012



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

I. Verständnis von Palliative Care

Ziel, dem Patienten so lange wie möglich ein Leben nach eigenen Vorstellungen und ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Lebensqualität statt Lebensverlängerung

*„Nicht dem Leben mehr Tage geben,
sondern
den Tagen mehr Leben geben“*

(Cicely Saunders)



WHO-Definition (1999, 2002) :

„...Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung des Leidens mittels frühzeitiger Erkennung und korrekter Beurteilung sowie der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychologischer und spiritueller Art“.



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

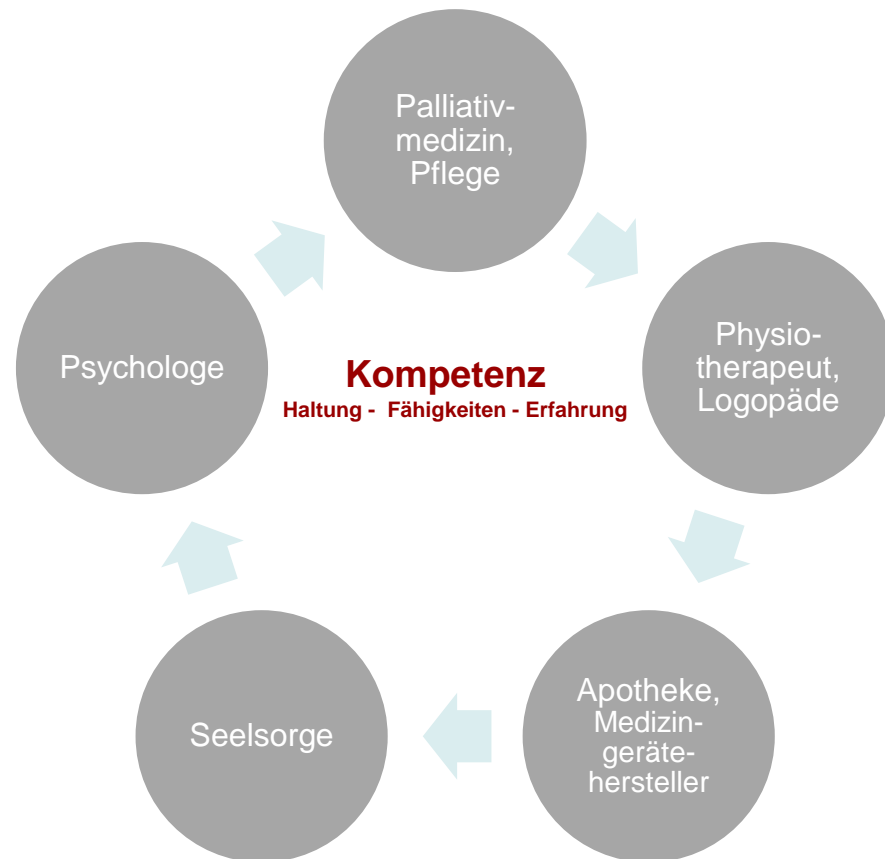
1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

I. Verständnis von Palliative Care





Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

II. SAPV – ein „Dornröschen“ in der GKV ?, Forts.

1. Der lange Weg zur SAPV

- 01.04.2007: § 37 b SGBV- Anspruch auf SAPV (GKV-WSG)
- 20.12.2007: SAPV-RL des G-BA
- 23.06.2008: Gemeinsame Empfehlungen, § 132 d Abs. 2 SGB V
- lange Zeit nichts: Systemversagen gem. § 13 Abs. 3 SGB V
- 2009/2010: Erste (!) Verträge Kassen - SAPV-Dienste
- Jährliche Berichte des G-BA an BMG; 2011 erstmals unter Beteiligung der Leistungserbringer



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

Sehr geehrte Frau Bundeskanzlerin,

Sie haben ein gutes Gesetz geschaffen: Sterbende Menschen in Deutschland haben seit zwei Jahren das Recht auf eine umfassende Sterbebegleitung in der häuslichen Umgebung durch „Palliativteams“ aus Ärzten und Pflegepersonal. Leider müssen Sterbende diesen Rechtsanspruch einklagen, da viele Krankenkassen bis heute dieses Gesetz (SAPV, § 132d SGB V) ignorieren. Sie weigern sich, die Kosten zu übernehmen!....

Die Palliativteams erfüllen den Wunsch der Menschen „Zuhause zu bleiben, wenn es einmal so weit ist“ - und ersparen Sterbenden Schmerzen, Luftnot und Angst. Zudem sorgen sie dafür, dass die ambulante Palliativversorgung wesentlich kostengünstiger ist als die stationäre Betreuung....

Jeden Tag sterben in Deutschland 230 Mitbürger die diese ambulante Palliativversorgung benötigen - sie aber nicht bekommen, weil viele Krankenkassen sich gesetzeswidrig verhalten und die Versorgung nicht bezahlen. So stehen viele Palliativteams - die sich bislang aus Spenden („statt Kränzen bitten wir um eine Spende für das Palliativnetz“) finanzieren - vor dem Aus. In vielen Regionen bilden sich keine Teams, weil die Ärzte und Pflegekräfte sich nicht erlauben können, ihre Arbeit unentgeltlich zu leisten.

Vielen Betroffenen bleibt nur der Weg vors Sozialgericht. Da es sich um einen persönlichen Rechtsanspruch handelt, können nur die sterbenden Menschen selbst diesen Anspruch vor Gericht durchsetzen.Ich finde, das ist ein skandalöses Verhalten dieser Krankenkassen und ein verachtenswerter Triumph, den sie gegen ihre Versicherten erringen....

Bitte sprechen Sie ein Machtwort, dass Krankenkassen sich an dieses Gesetz halten und es nicht blockieren. Palliativteams müssen solide und seriös finanziert werden. Es darf nicht sein, dass die Rechte der Schwächsten der Gesellschaft - der Sterbenden - missachtet werden. Denn fast jeder braucht diese Versorgung eines Tages, ob für sich selbst, für Vater, Mutter oder Kinder - das ist so sicher wie der Tod.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Matthias Thöns, Arzt im Palliativnetz Bochum e.V., 30. März 2009



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

II. SAPV – ein „Dornröschen“ in der GKV ?

2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V (01.04.2007)

- (1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. **Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen;** hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.
- (2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.
- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen, insbesondere
 1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
 2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
 3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

Auf Wunsch: Monitorbeitrag (7 Min.)

<http://www.wdr.de/tv/monitor/sendungen/2012/palliativ.php5>

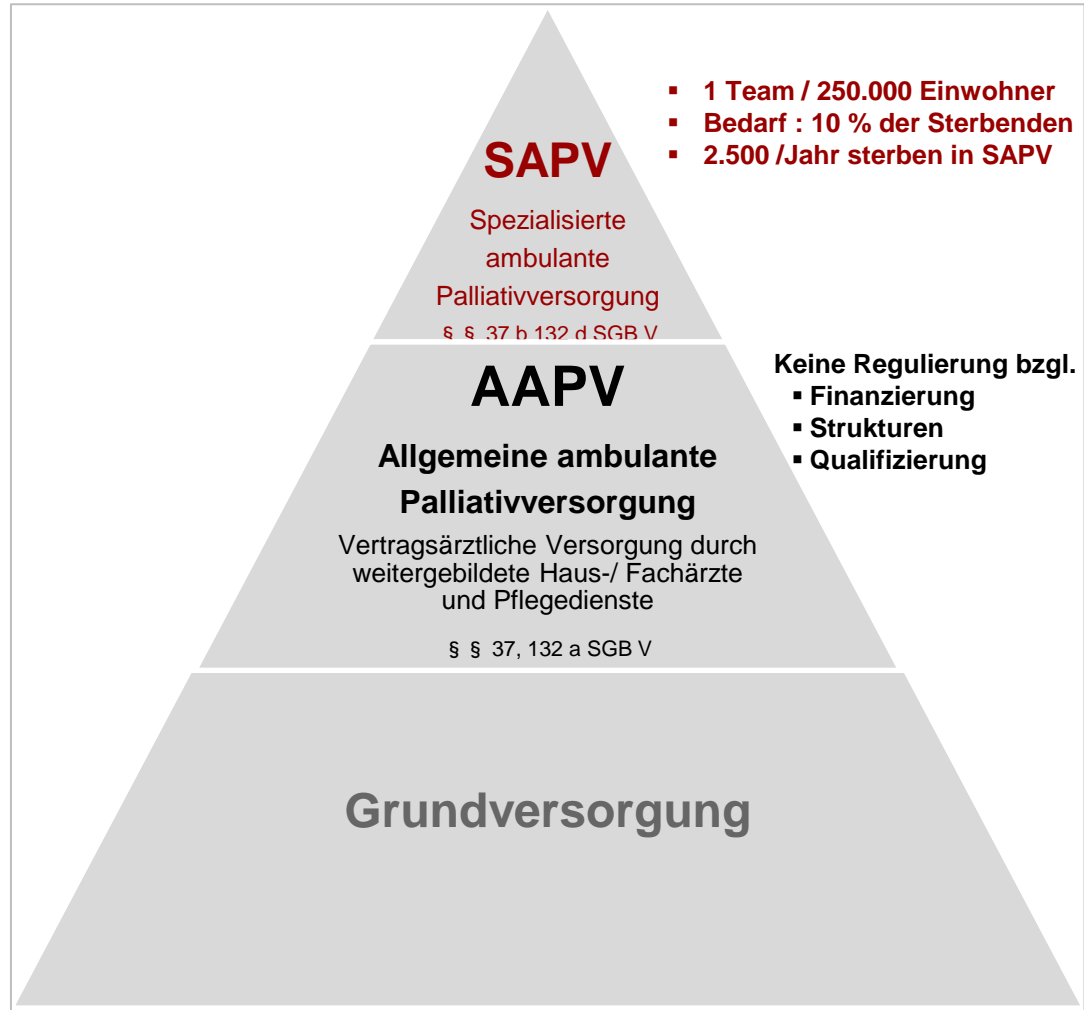


Agenda

- I. Verständnis von Palliative Care
- II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV
 1. Der lange Weg zu SAPV
 2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
 3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
 4. Ziel der SAPV
 5. Inhalt der SAPV
 6. Voraussetzungen der SAPV
- III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich
- IV. Leistungsanspruch in der PKV
 1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
 2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
 3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
 4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
 5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
 6. Aufnahme SAPV in Basistarif
- V. Wege zur Sicherstellung in der PKV
 1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
 2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete
- VI. Ausblick

II. SAPV – ein „Dornröschen“ in der GKV ?

3. Versorgungsstrukturen



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

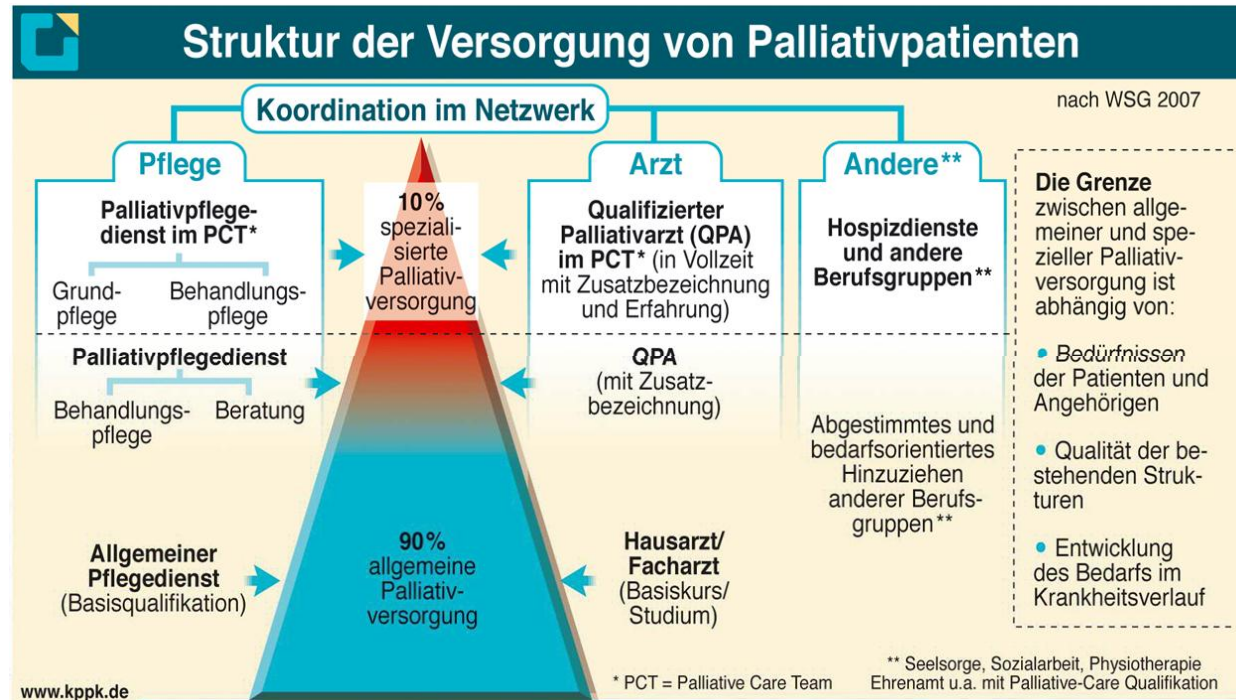
V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

II. SAPV – ein „Dornröschen“ in der GKV ?

3. Versorgungsstrukturen, Forts.



Quelle: Voltz 2008



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

II. SAPV – ein „Dornröschen“ in der GKV ? Forts.

4. Ziele: SAPV soll...

- ergänzendes ambulantes Versorgungsangebot für Schwerstkranke schaffen
- Menschenwürdiges Sterben in häuslicher Umgebung ermöglichen

Europäisches Parlament, Studie (2007):
90 % aller Menschen wünschen sich ein würdevolles Sterben nicht in einer Klinik, sondern in häuslicher, vertrauter Umgebung, möglichst ohne Schmerzen, Ängste und nicht einsam.

80 % aller Sterbenden sterben allerdings in einer Klinik.

- Symptome und Leiden einzelfallgerecht lindern
- besondere Belange von Kindern berücksichtigen



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

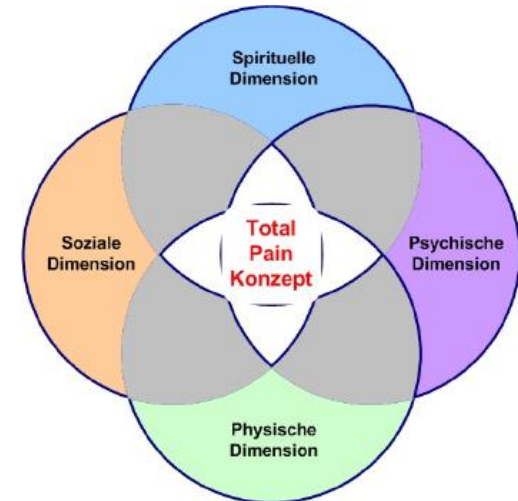
VI. Ausblick

II. SAPV – ein „Dornröschen“ in der GKV ?, Forts.

5. Inhalt: SAPV ist...

- ärztlich-pflegerische Komplexleistung
- eines multiprofessionellen Teams (Palliative Care Team)
- besondere Leistung:

- Koordinierung
- Beratung
- 24-Std.-Rufbereitschaft
- Notfall-, Krisenintervention
- additive Teilversorgung
- Vollversorgung
- Kooperationen (ambulanten Hospizdienste, Psychologen, Logopäden, Physiotherapeuten, Apotheken)
- Psycho-soziale Unterstützung (wird von Kassen nicht übernommen)



Quelle: Augsburger Palliativversorgung e.V.



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

II. SAPV – ein „Dornröschen“ in der GKV ?, Forts.

6. Voraussetzungen: SAPV verlangt...

- nicht heilbare, fortschreitende und so weit fortgeschrittene Erkrankung, dass Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann und Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität im Vordergrund steht (§ 3 SAPV-RI)
- besonders aufwändigen Versorgungsbedarf
Indiz: komplexes Symptomgeschehen (§ 4 SAPV-RL), wie
 - Schmerz
 - Dyspnoe
 - Depression, Angst
 - Ulzerierende Wunden/Tumoren
 - Gastrointestinale Symptomatik
- palliativ-medizinische/pflegerische Ausbildung, Erfahrung
(Arzt: 160 Std Weiterbildung, mind. 75 Palliativpatienten in den letzten 3 Jahren;
Pflegefachkraft: mind. zweijährige Betreuung von Palliativpatienten in den letzten zwei Jahren)
- Qualitätssicherung, Evaluation

Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs.1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

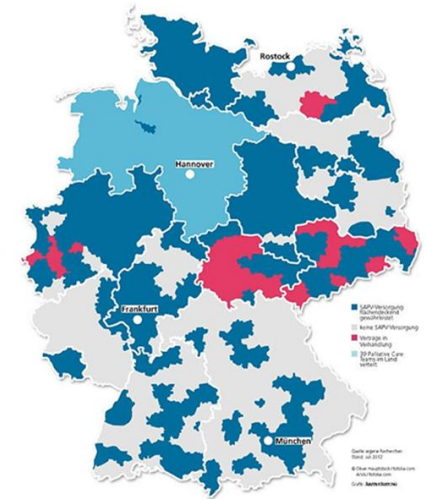
1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

III. SAPV-Umsetzung: „löchriger Flickenteppich“

SAPV hat in der Umsetzung...

- keine flächendeckende Versorgung erreicht
200 statt 350 notwendiger Verträge
- keine ausreichenden Strukturen geschaffen
- zu hohe Zugangsvoraussetzungen geregelt
„bedarfsgerechte Versorgung“, 132 d SGB V
- oft zu Systemversagen gem. § 13 Abs. 3 SGBV geführt
- Intransparenz hervorgerufen (keine systematische Evaluation)
- keine Mittel für Forschung bereitgestellt
- innerärztliche Verteilungskämpfe (Hausärzte, Onkologen) provoziert
- Interpretationsdefizite durch MDK veranlasst (internistische, neurologische Erkrankungen werden unzutreffend „rausgeprüft“)
- keine Anschubfinanzierung für Kinder-SAPV realisiert
(Kassen verlangen oft Finanzierung durch private Spenden!)





Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

IV. Leistungsanspruch auf SAPV in der PKV

1. Versicherungsfall , § 1 Abs. 2 S. 1 MB/KK (2009), 192 Abs. 1 VVG

➤ „Medizinisch notwendige Heilbehandlung“

Rspr:

„jegliche ärztliche Tätigkeit, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt und auf Heilung oder Linderung der Krankheit abzielt“ (BHGZ 99, 228, IVF)

▪ „Moderat-objektiver“ Begriff : medizinischen Notwendigkeit

„...wenn es nach objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Maßnahmen vertretbar war, diese als notwendig anzusehen (BGH: Adipositas, VersR, 1979, 221-223, Zweck: Ausklammerung alternativer Heilmethoden)



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

IV. Leistungsanspruch auf SAPV in der PKV, Forts.

■ auch Heilversuch mit geringer Erfolgswahrscheinlichkeit

„... ärztliche Tätigkeit, die auf Verhinderung der Verschlimmerung gerichtet ist.....So kann es bei unheilbaren lebensbedrohlichen Erkrankungen vertretbar sein, auch „Behandlungsversuche“ als notwendig anzusehen, die mit nicht nur ganz geringer Wahrscheinlichkeit ihr Ziel erreichen und denen notwendigerweise Versuchscharakter anhaftet.vielmehr reicht es aus, wenn sie im maßgeblichen Zeitpunkt als wahrscheinlich geeignet angesehen werden konnte, auf die Verhinderung einer Verschlimmerung der Erkrankung oder auf ihre Verlangsamung hinzuwirken.“ (BGHZ 133, 208 ff. HIV-Autovakzinationstherapie)

■ Im Vordergrund steht bei SAPV nicht der Heilversuch („letzter Strohalm“) bei infauster Prognose, sondern bestmögliche Symptomlinderung bei einer tödlich verlaufenden Krankheit im weit fortgeschrittenen Stadium (14 - 28 Tage Lebenserwartung)

■ Palliativbehandlung kann zwar zu mittelbarer Lebensverlängerung führen, ist aber nicht das Behandlungsziel

■ Sterben mit „Lebensqualität“ oder lebensverlängernder Heilversuch als Selbstzweck?



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

IV. Leistungsanspruch auf SAPV in der PKV, Forts.

2. Umfang der Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK

➤ § 4 Abs. 6 MNB/KK:

„... Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind“

■ **Wissenschaftliche Anerkennung?**

BGH: Abkehr von der Wissenschaftlichkeitsklausel (5 Abs. 1 lit. f MB/KK 76)
„Wissenschaftlich anerkannt ist eine Heilmethode, wenn sie bei den an Universitäten und Hochschulen Tätigen überwiegend anerkannt, also im wesentlichen außer Streit ist“ (BGHZ 123, 83-92, NJW 1993, 957-960)

■ **Palliativmedizin ist *prinzipiell* Schulmedizin**

- seit 2009 Pflichtfach in der Approbationsordnung der Ärzte
- 8 Lehrstühle für Palliativmedizin
- S 3 - Leitlinie in 2014 zu erwarten
- Leitlinie Terminale Sedierung

■ **aber: „High-Person, Low-Technology“ vs. standard. Behandlung**

Grund: Schwierigkeiten bei Evidenzgewinnung:

Sterbende mit hochkomplexer Symptomatik in Phase III - Studien?

Unrealistisch, unethisch (anders offenbar BSG, Urt. 13.10.2010 Off-Label-Use)



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

IV. Leistungsanspruch auf SAPV in der PKV, Forts.

3. Einschränkung durch AVB (VT), § 4 Abs. 1 MB/KK

- AVB: Beschränkung auf ambulante ärztliche Behandlung durch Primärversorger: Inhaltskontrolle, §§ 305 BGB ff
- durchschnittlicher VN ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse (BGHZ 123, 83-85)
- bei aufmerksamem Durchlesen
- unter verständiger Würdigung des Sinnzusammenhangs der Klausel



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

IV. Leistungsanspruch auf SAPV in der PKV, Forts.

3. Einschränkung durch AVB (VT), § 4 Abs. 1 MB/KK

➤ § 307 Abs. 2 Nr. 1 BGB: Abweichung vom wesentlichen Grundgedanken gem. § 37 b SGB

- Leitbild: Ärztlich-pflegerische Komplexleistungen außerhalb Regelversorgung; nicht in Einzelleistungen zerlegbar
- *„Gesellschaftliches Ziel, in Würde im häuslichen Umfeld zu sterben, wird bisher in Deutschland nicht in einer diesem humanitären Anspruch genügenden Weise erreicht.“* (Amtl. Begründung, BT Ds. 16/3100)
- *„Wahrung der Menschenwürde steht im Mittelpunkt im Prozess des Sterbens...Ein von Respekt vor der Würde und Selbstbestimmung des Menschen geprägter multidisziplinärer Begleitungs-, Behandlungs- und Betreuungsansatz, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, Leid zu lindern und ein aktives Leben bzw. eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu gewährleisten, wenn Heilung nicht mehr zu erreichen ist.“*
(Zwischenbericht Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ BT Ds. 15/5858,
- Grundrechtliche Garantie der Menschenwürde, Art 1 Abs. 1 GG, einige Landesverfassungen umfassen explizit „Würde im Sterben“



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

IV. Leistungsanspruch auf SAPV in der PKV, Forts.

3. Umfang der Leistungspflicht, § 4 Abs. 1 MB/KK, Forts.

➤ § 307 Abs. 2 Nr. 2 BGB

Einschränkung gefährdet den Vertragszweck

- VN darf davon ausgehen, dass ambulante Krankenbehandlung bei fortgeschrittener Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung (ca. 14-28 Tage) und ausgeprägter Krankheitssymptomatik von Versicherer übernommen wird
- VN ist nicht zuzumuten, AAPV und SAPV zu unterscheiden
Praxis: Privat versicherte Sterbende und Angehörige verstehen nicht, warum nur AAPV nach GOÄ erstattet wird (ärztl. Einzelleistungen), SAPV- (Pauschalen) hingegen nicht gedeckt sein soll.
Arg: Sterbender mit komplexer Symptomatik braucht MEHR als „friedlich“ Sterbender!
- Klausel, die Leistungen auf ambulante Palliativbehandlung in Regelversorgung begrenzt, lässt Sterbenden mit SAPV-Bedarf unversorgt - Folge: Vertragszweck gefährdet, ausgehöhlt



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

IV. Leistungsanspruch auf SAPV in der PKV, Forts.

3. Einschränkung durch AVB (VT), § 4 Abs. 1 MB/KK

➤ 307 Abs. 1 S. 1 BGB

Unangemessene Benachteiligung des VN:

- Begrenzung erreicht nicht Gewährleistung von Qualität, Gegenteil:
 - keine Pflicht des Hausarztes zu Aus- und Weiterbildung in Palliativmedizin
 - keine Krisenintervention
 - keine Notfalldepots
 - keine 24-Rufbereitschaft
- Versicherungswirtschaftliche Kostenaspekte greifen nicht
 - 90% Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen mit SAPV vermeidbar
 - Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 4 Abs. 4 MB/KK) schont Interessen des Versicherers – Interessenabwägung?





Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

IV. Leistungsanspruch auf SAPV in der PKV, Forts.

4. Einschränkung der Leistungspflicht, § 4 Abs. 2 MB/KK

➤ „niedergelassener Arzt“ ist nicht juristische Person (PCT)

- **BGH wendet § 4 Abs. 2 MB/KK für Krankenhaus nicht restriktiv an**, sofern
 - Qualität gewährleistet (Behandlung durch angestellte approbierte Ärzte)
 - kein Verstoß gegen Übermaßverbot, § 5 Abs. 2 MB/KK.
„...bei Krankenhäusern, die nach § 4 Absatz 4 MB/KK „unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen, keine Bedenken an kunstgerechter Behandlung“. (BGHZ 70, 158 ff, DKD)
- **gilt nach Rspr. auch für MVZ**, sofern
 - Zulassungs-voraussetzungen erfüllt und
 - Qualitätssicherung gewährleistet,
- **gilt nicht für Ärzte GmbH**
Grund: Schutzzweck d. § 4 Abs. 2 MB/KK: Einzelfallprüfungen bzgl. Qualifikation des Behandlers dem Versicherer nicht zumutbar
- **Rspr.-Grundsätze übertragbar auf PCT's übertragbar, denn**
 - Kassen stellen extrem hohe Zulassungsvoraussetzungen
 - Qualitätsmanagement, Pflicht zur Evaluation vertraglich zu garantieren



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

IV. Leistungsanspruch auf SAPV in der PKV, Forts.

5. Ausschluss der Leistungspflicht, § 5 Abs. 1 lit. h) MB/KK

„...eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung“

➤ „Heilungsfall“ oder „Pflegefall“?

- arg PKV: Grund-/Behandlungspflege ist nicht gedeckt
- Rspr.:
„Heilbehandlung liegt nicht vor, wenn ärztliche Behandlung gegenüber Pflege nicht ins Gewicht fällt... Wenn immer wieder unter ärztlicher Aufsicht medikamentöse Behandlungsmaßnahmen zur Linderung notwendig werden, ist Heilbehandlung gegeben“
(OLG Köln, Urt. V. 21.3.1985, r+s 1987, 143 ff) bei SAPV
- Nach Grundsätzen der Rspr. für SAPV kein Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK zu rechtfertigen, da ein zu enges Verständnis des Begriffes „Heilbehandlung“.



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

IV. Leistungsanspruch auf SAPV in der PKV, Forts.

6. Aufnahme in Basistarif

„...bei ambulanter Behandlung können auch sonstige Einrichtungen in Anspruch genommen werden, wenn... zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und Rechnungen nach GOÄ erstellt werden“

(§ 4 Abs. 2 AVB/BT i.V. m. Tarif BT, Abschnitt A Nr. 13 Abs 3 a), b)

➤ „Heilbehandlung“ umfasst SAPV-Leistung; nur stat. Hospiz?
Abschnitt B, § 1 Abs. 3 lit. e) AVB/BT i.V.m. BT, Abschnitt A Nr. 13

➤ Vergütung unklar: Art, Umfang, Höhe der Leistung
nicht vergleichbar mit Leistung i.S.d. § 37 b SGB V (§ 12 Abs. 1 lit. a) VAG)

- entspricht nicht „ärztlich-pflegerischer Komplexleistung“ i.S. d. § 37 b SGB V

- Folge : SAPV wäre ambulant im häuslichen Umfeld nicht abrechenbar, bei Einsatz im Hospiz hingegen ja, obwohl Hospiz-SAPV nur subsidiär gelten soll (Tarif BT, Abschnitt D Nr. 7 Abs. 2); hier: Widerspruch zu § 4 Abs. 2 AVB/BT (GOÄ)

- Folge: Unklarheiten zu Lasten des Verwenders, § 305 c Abs. 2 BGB



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV ?

1. Rahmen-Direktvertrag zwischen PCT und PKV, § 192 Abs. 3 Nr. 5 VVG

- medizinische Notwendigkeit, Korrektheit der Abrechnung kann von Sterbenden und Hinterbliebenen meist nicht beurteilt werden
- angesichts Erbschaftstreitigkeiten/Ausnahmesituation trauernder Hinterbliebener sind Honoraransprüche oft schwer durchsetzbar
- Direktvertrag (analog regionale GKV-Verträge) erleichtert auch Versicherer die Abrechnung
- schafft beiderseitige Transparenz, beseitigt „Abrechnungs-Wildwuchs“
- bietet Voraussetzung für gute Evaluation
- beseitigt die Gefahr klaffender/eingetretener Versorgungslücke (Umfrage Deutsche Palliativstiftung 09/2012)



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV ?, Forts.

2. Anpassung der AVB

- Einschluss SAPV-Leistungen als Komplexleistungen
- Vergütung SAPV-Pauschale analog GKV-Verträge
- beseitig Intransparenz, Abrechnungswildwuchs
- schafft Rechtssicherheit
- Arg: auch Beihilfe hat SAPV-Leistung aufgenommen



Agenda

I. Verständnis von Palliative Care

II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV

1. Der lange Weg zu SAPV
2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
4. Ziel der SAPV
5. Inhalt der SAPV
6. Voraussetzungen der SAPV

III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich

IV. Leistungsanspruch in der PKV

1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
6. Aufnahme SAPV in Basistarif

V. Wege zur Sicherstellung in der PKV

1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete

VI. Ausblick

VI. Ausblick

- Verhandlung mit PKV'en mit Ziel „Win-Win“
- Strukturen in GKV verbessern - Lösung Kollektivvertrag?
- Versorgungsforschung fördern (bislang nur Bayern)
- SAPV für Kinder bedarf der Anschubfinanzierung
- „Awareness“ für Palliative Care in juristischen Fachkreisen



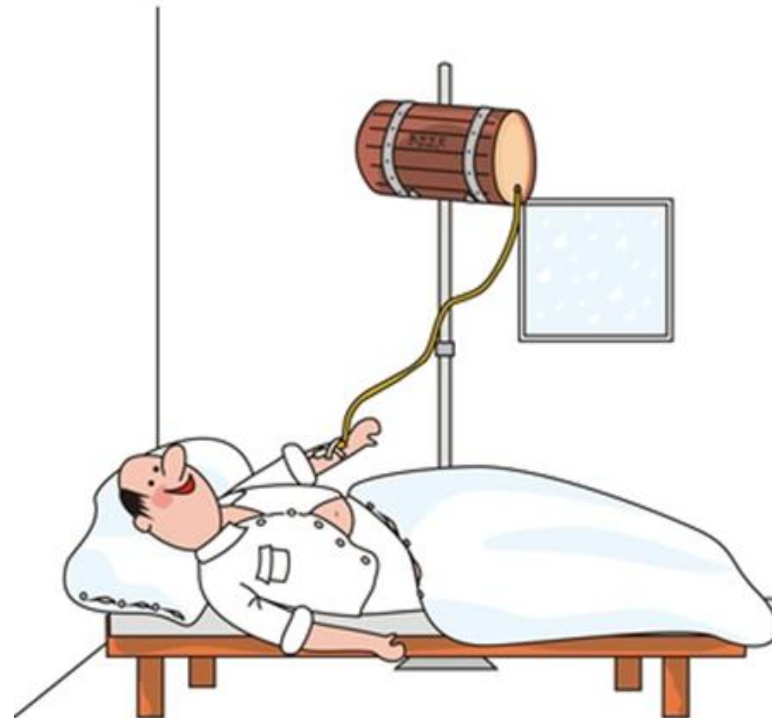
- Gesellschaftliche Diskussion „Sterben in Würde“ fördern



Agenda

- I. Verständnis von Palliative Care
- II. SAPV – „Dornröschen“ in der GKV
 1. Der lange Weg zu SAPV
 2. Anspruch auf SAPV, § 37 b SGB V
 3. Versorgungsstrukturen Palliativversorgung
 4. Ziel der SAPV
 5. Inhalt der SAPV
 6. Voraussetzungen der SAPV
- III. Umsetzung - löchriger Flickenteppich
- IV. Leistungsanspruch in der PKV
 1. Versicherungsfall, § 1 Abs. 2 MB/KK (2009)
 2. Umfang d. Leistungspflicht, § 4 Abs. 6 MB/KK
 3. Einschränkung durch AVB, § 4 Abs. 1 MB/KK
 4. Einschränkung gem. § 4 Abs. 2 MB/KK
 5. Ausschluss gem. § 5 Abs. 1 h) MB/KK
 6. Aufnahme SAPV in Basistarif
- V. Wege zur Sicherstellung in der PKV
 1. Direkt-Rahmenvertrag, § 192 VVG
 2. Anpassung AVB - neue Leistungspakete
- VI. Ausblick

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Fragen?