



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**Bericht
an das Bundesministerium für Gesundheit
über die
Umsetzung der SAPV-Richtlinie
für das Jahr 2012**

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen.....	4
1. Zusammenfassung	5
2. Sachverhalt.....	8
3. Hinweise zu Art und Umfang der Erhebung	10
4. Hinweise zum Rücklauf der Befragung	13
5. Methodische Hinweise zur Auswertung der Befragung	14
6. Ergebnisse.....	15
6.1 Ausgaben der Krankenkassen für SAPV.....	15
6.2 Analyse zur Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten.....	16
6.3 Verordnungen.....	18
6.4 Angaben der Leistungserbringer zu abgelehnten Leistungsanträgen.....	20
6.5 Leistungsfälle.....	22
6.5.1 Leistungsfälle insgesamt	22
6.5.2 Angaben der Leistungserbringer zu den von diesen erbrachten Leistungsfällen ...	23
6.5.3 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen.....	24
6.5.4 Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen.....	28
6.5.5 Antworten der Krankenkassen	29
6.5.6 Antworten der Leistungserbringer.....	30
6.5.7 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen	31
6.5.8 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG	32
6.6 Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche.....	33

6.6.1	Antworten der Krankenkassen	33
6.6.2	Antworten der Leistungserbringer.....	34
6.6.3	Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen	35
6.6.4	Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG	36
6.7	Änderungsvorschläge zur SAPV-RL und Problemschilderungen im Umgang mit SAPV	37
6.7.1	Antworten der Krankenkassen	37
6.7.2	Antworten der Leistungserbringer.....	37
6.7.3	Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen	38
6.7.4	Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG	40
7.	Berichte des GKV-SV zum Vertragsgeschehen	41
8.	Fazit und Ausblick.....	42
9.	Anhang.....	46

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

AAPV	Allgemeine Ambulante Palliativversorgung
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen)
HKP	Häusliche Krankenpflege
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KG 3	KG 3-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: Abrechnungsfälle)
KJ 1	KJ 1-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: endgültige Rechnungsergebnisse)
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KV 45	KV 45-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: vorläufige Rechnungsergebnisse)
LE	Leistungserbringer
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAPPV	Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung
SAPV-RL	Richtlinie des G-BA zur Verordnung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
UA VL	Unterausschuss Veranlasste Leistungen

1. Zusammenfassung

Der nachfolgende Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) dient dazu, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über die Leistungsentwicklung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2012 Bericht zu erstatten. Dazu wurden amtliche Statistiken genutzt bzw. die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Mitgliedsorganisationen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie die Leistungserbringer der SAPV befragt. Es wurden von diesen Befragten Hinweise und Einschätzungen erbeten, ob die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie des G-BA zur Verordnung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) ausreichend berücksichtigt sind und ob es möglicherweise Änderungs- oder Klarstellungsbedarfe in dieser Richtlinie gibt. Darüber hinaus war von Interesse, ob Erkenntnisse zu Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche bei den Befragten vorliegen, die sich quantifizieren lassen.

Um auch die Entwicklung von Leistungszahlen abbilden zu können, wurden für diesen Bericht Übersichten erstellt, die zusätzlich zu den aktuellen Leistungszahlen auch Ergebnisse aus den Berichten der Vorjahre 2009, 2010 und 2011 enthalten.

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle der Krankenkassen wird seit dem 1. Januar 2010 über die amtliche Statistik (KG 3) erfasst und seither für die Berichterstellung genutzt. Diese amtliche Statistik weist für 2012 insgesamt 60.187 Abrechnungsfälle aus (2011 wurden 46.764 Abrechnungsfälle ausgewiesen). Eine Differenzierung, ob es sich um Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen handelt erfolgt in der KG 3 nicht. Bei allen Krankenkassen wurden daher weiterhin die vom 1. Januar 2012 bis zum 31. Dezember 2012 bewilligten Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhoben, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen wird.

Es wurden insgesamt 144 Krankenkassen angeschrieben, von denen 90 einen ausgefüllten Fragebogen an die Geschäftsstelle des G-BA weitergeleitet haben, was einem Rücklauf von rund 60,4 % entspricht. Die 90 Krankenkassen repräsentieren nach eigenen Angaben 65.439.514 Versicherte und damit rund 94 % der insgesamt ca. 69,7 Millionen (69.716.066) gesetzlich Versicherten (inkl. beitragsfrei Mitversicherter) in Deutschland zum 1. Juli 2012 (www.gbe-bund.de).

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres wurde von den rückmeldenden Krankenkassen auf 534 beziffert, davon wurden 21 Leistungsfälle über Kostenerstattung geregelt (in der Befragung des Vorjahres lag die Anzahl der angegebenen Leistungsfälle bei 267, von denen 22 über Kostenerstattung geregelt wurden).

Von den 329 angeschriebenen Leistungserbringern konnten insgesamt 117 Fragebögen in die Auswertung eingehen, was einem Rücklauf von rund 35,5 % entspricht.

Gemäß der Frequenzstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) betrug die Anzahl der Erstverordnungen vom 1. Quartal bis einschließlich 4. Quartal 2012 insgesamt 31.397 Verordnungen; die Anzahl der Folgeverordnungen belief sich auf 23.709 Verordnungen. In den 4 Quartalen 2011 wurden 25.937 Erstverordnungen und 17.784 Folgeverordnungen gezählt.

Für das Jahr 2012 betragen die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV 127,5 Millionen Euro (vom BMG veröffentlichte endgültige Rechnungsergebnisse [KJ 1-Statistik]). Im Jahr 2011 betragen die Ausgaben für ärztliche und pflegerische Leistungen in der SAPV 84,9 Millionen Euro (KJ 1-Statistik).

Zusammenfassend zeigen die vorangestellten Daten, dass sich die Struktur- und Leistungszahlen der SAPV in 2012 stetig weiter entwickelt haben.

Die Angaben der Befragten zu möglichem Änderungs- oder Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL bezogen sich, wie in den Vorjahren, mehrfach auf die Aspekte der Leistungsinhalte bei Teil- und Vollversorgung und der Abgrenzung der SAPV gegenüber der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung.

Zur Frage, ob die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV-RL ausreichend berücksichtigt sind, wurde mehrfach auf Konkretisierungsbedarf hingewiesen, ohne dass daraus konkrete Änderungsvorschläge für die SAPV-RL abgeleitet werden können.

Allerdings geben die Hinweise Anlass zu der Annahme, dass bei den Beteiligten, hinsichtlich der maßgeblichen Zielgruppen, des Versorgungsprozesses sowie der zugrunde liegenden Strukturen, insbesondere bei der SAPV von Kindern und Jugendlichen, Unsicherheiten in der Umsetzung der SAPV-RL bestehen.

Die Einschätzung zu den Auswirkungen der SAPV auf andere Leistungsbereiche fällt weiterhin sehr unterschiedlich aus. Eine belastbare Aussage bezüglich etwaiger Veränderungen im Leistungsgeschehen, die auf die SAPV zurückzuführen wären, kann daraus auch für den aktuellen Bericht nicht abgeleitet werden.

2. Sachverhalt

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 wurde zum 1. April 2007 durch Ergänzung des § 37b Sozialgesetzbuch V (SGB V) die SAPV als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend dem anerkannten gesellschaftlichen Ziel aufgenommen, mehr Menschen ein Sterben in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Der G-BA hat nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 14 SGB V am 20. Dezember 2007 die SAPV-RL zur Sicherung der Versorgung von Versicherten beschlossen, die – bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung – unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden und eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Die SAPV-RL in der Fassung vom 20. Dezember 2007 wurde am 14. Februar 2008 vom BMG mit der Auflage genehmigt, jährlich, erstmals zum 31. Dezember 2009, einen Bericht über die Leistungsentwicklung vorzulegen und dabei insbesondere den Fragen nachzugehen, ob den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen Rechnung getragen werde, wie sich die Richtlinie auf andere Leistungsbereiche auswirke (z. B. Häusliche Krankenpflege [HKP]), ob ggf. Nachbesserungsbedarf bestehe und ob außerhalb des Bereichs der SAPV Verbesserungen der Palliativversorgung erforderlich seien.

Mit Schreiben vom 1. April 2010 teilte das BMG dem G-BA ergänzend mit, dass es ihm darauf ankomme, einen möglichst informativen Überblick über das Leistungsgeschehen in der SAPV zu erhalten, um daraus Erkenntnisse für ein eventuell erforderliches gesetzliches Nachsteuern zu ziehen.

Das BMG hat zudem den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) mit Schreiben vom 27. Mai 2010 gebeten, beginnend mit dem 1. Halbjahr 2010, nach Möglichkeit in halbjährlichem Abstand zu den Stichtagen 30. Juni und 31. Dezember, über das Versorgungsgeschehen in der SAPV zu berichten. Der G-BA hatte in seinem Bericht 2009 ebenfalls Daten zum Versorgungsgeschehen erfasst. Um Überschneidungen im Bericht 2010 zu vermeiden, wurde das BMG gebeten, eine Abgrenzung der Auftragsinhalte vorzunehmen. Mit Schreiben vom 8. September 2010 ist das BMG dieser Bitte nachgekommen und hat dargelegt, dass Angaben zum Vertragsgeschehen in der SAPV zunächst halbjährlich durch den GKV-SV berichtet werden sollen.

Eine gleichlautende Erfassung des Vertragsgeschehens im Rahmen der G-BA Berichterstattung wäre somit nicht mehr vorgesehen.

Mit Schreiben vom 1. Februar 2012 hat das BMG dargelegt, dass das Berichtsintervall des GKV-SV ab dem Berichtsjahr 2012 von halbjährlich auf jährlich umgestellt werden kann.

Bei dem vom G-BA jährlich vorzulegenden Bericht solle dagegen die Leistungsentwicklung im Mittelpunkt stehen und insbesondere den Fragestellungen nachgegangen werden, ob den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ausreichend genügt wird und ob sich Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben.

Um die Berichterstattung zum Leistungsgeschehen im Kontext des Vertragsgeschehens analysieren zu können, hat der GKV-SV dem G-BA seine Berichte zur Verfügung gestellt. Die Entwicklung des Vertragsgeschehens konnte somit in die Bewertung des G-BA zum Versorgungsgeschehen einbezogen werden.

Die Art und Weise der Berichterstattung für 2012 wurde entsprechend der verfügbaren Daten gegenüber den Berichten aus den Vorjahren (2009 – 2011) vervollständigt.

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Leistungsentwicklung bzw. der Umsetzung der SAPV-RL und bezieht sich auf den Erhebungszeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2012.

3. Hinweise zu Art und Umfang der Erhebung

Der zuständige Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hatte sich bereits für die Berichterstattung über die Leistungsentwicklung der SAPV im Jahr 2009 darauf verständigt, den Bericht im Sinne einer Bestandsaufnahme mittels Fragebogen zu verfassen. Zugleich stellte er fest, dass Erhebungen durch den G-BA nicht mit dem Ziel erfolgen können, patientenbezogene Versorgungsforschung durchzuführen. Vielmehr bleibt die Erhebung entsprechend des gesetzlichen Auftrags des G-BA auf die Beantwortung der Frage beschränkt, ob und ggf. welche Nachbesserungen im Hinblick auf die vom G-BA beschlossene SAPV-RL erforderlich sind. Mit Schreiben vom 1. Dezember 2008 hat der G-BA das BMG auf diesen Umstand hingewiesen.

Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Berichterstattung der vergangenen Jahre sowie die veränderte Aufgabenstellung seit dem Berichtsjahr 2010 wurden bei der Erstellung des Berichtes 2012 berücksichtigt. Befragt wurden, die Krankenkassen (über den GKV-SV), die KVen (über die KBV), die Mitgliedsorganisationen der DKG (über die DKG) sowie die Leistungserbringer (über den GKV-SV).

Der Bericht umfasst folgende Aspekte:

1. Ausgaben der Krankenkassen für die SAPV,
2. Anzahl der qualifizierten Ärztinnen und Ärzte einschließlich Ort der Tätigkeit (Krankenhaus, Niederlassung),
3. Verordnungszahlen, differenziert nach Erst- und Folgeverordnung und dem jeweiligen KV-Bereich,
4. Anzahl der Ablehnungen von Leistungsanträgen, die auch nach einem Widerspruch Bestand hatten, differenziert nach Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen und Gründe für diese Ablehnungen,
5. Leistungsfälle, differenziert nach Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen sowie der jeweiligen Anzahl der Leistungsfälle, die für Kinder und Jugendliche über Kostenerstattung finanziert wurden,
6. Hinweise zu Änderungs- oder Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL, die sich auf die Belange von Kindern und Jugendlichen beziehen,

7. Hinweise zu Änderungs- oder Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL (die sich nicht auf Nummer 5 beziehen),
8. Hinweise auf Rückwirkungen der SAPV auf andere Leistungsbereiche.

Die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV wurden der amtlichen Statistik KJ 1 entnommen.

Da die SAPV durch qualifizierte Leistungserbringer sichergestellt werden soll, hat die Geschäftsstelle des G-BA die Bundesärztekammer (BÄK) um Mitteilung der Anzahl der bundesweit tätigen Ärztinnen und Ärzte gebeten, die zum Stichtag 31. Dezember 2012 eine anerkannte Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer (grundsätzlich 160 Stunden Weiterbildung) vorweisen konnten.

Die Anzahl der Verordnungen wurde wie bereits in den Vorjahren über die Frequenzstatistik der KBV, unterschieden nach Erst- und Folgeverordnungen und dem jeweiligen KV-Bereich, erhoben.

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle der Krankenkassen wird seit dem 1. Januar 2010 über die amtliche Statistik (KG 3) erfasst, so dass eine Befragung der Krankenkassen zu den Leistungsfällen nicht mehr erfolgt. Bei allen Krankenkassen wurden weiterhin die vom 1. Januar 2012 bis zum 31. Dezember 2012 bewilligten Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhoben, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen wird.

Die Leistungserbringer wurden, differenziert nach Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen, befragt, wie häufig Leistungsanträge von Krankenkassen auch nach einem Widerspruch abgelehnt wurden. Im Freitext konnten dann Angaben gemacht werden, welches die häufigsten Gründe waren, die zu einer Ablehnung geführt haben. Auch hier wurde eine Differenzierung nach Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen erbeten. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass bezüglich abgelehnter Leistungsfälle nur solche angegeben werden sollten, die sich auf gesetzlich Krankenversicherte bezogen haben. Dies war erforderlich, da für private Krankenversicherungsverträge keine Regelungskompetenz des G-BA besteht und diese zudem häufig keine Leistungen für SAPV vorsehen.

Für den Bericht 2012 wurde erneut den Fragen nachgegangen, ob die SAPV-RL den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ausreichend Rechnung trägt, ob Hinweise auf mögliche Änderungs- oder Klarstellungsbedarfe in der SAPV-RL bestehen und ob sich durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben haben.

Sowohl die Krankenkassen als auch die Leistungserbringer, die KVen und die Mitgliedsorganisationen der DKG wurden zu diesen drei Aspekten um ihre Einschätzung gebeten. Diesen Fragen wurden Hinweise vorangestellt, die darauf abzielten, den Regelungsgehalt der SAPV-RL von dem der Verträge nach § 132d SGB V abzugrenzen und möglichst konkrete Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge zu erhalten.

Bereits in den Vorjahren waren belastbare Daten zu etwaigen Auswirkungen der SAPV auf die Verordnung und das Leistungsgeschehen in anderen Leistungsbereichen nicht zu erhalten, weil sich etwaige Veränderungen in anderen Leistungsbereichen nicht kausal auf das Leistungsgeschehen der SAPV zurückführen ließen. Somit wurden die Krankenkassen, die Leistungserbringer, die KVen und die Mitgliedsorganisationen der DKG nach ihren Erfahrungswerten gefragt und gebeten, dazu nur Angaben zu machen, wenn sie die Rückwirkungen auch quantifizieren können.

Die eingegangenen Rückmeldungen wurden unter Zusicherung einer vertraulichen Behandlung der in den Fragebögen enthaltenen Daten unverändert an die Geschäftsstelle des G-BA zur Erfassung und Auswertung weitergeleitet. Die beantworteten Fragebögen wurden - wie bei den Befragungen für die Jahre 2009, 2010 und 2011 - durch die Abteilung Fachberatung Medizin der Geschäftsstelle des G-BA ausgewertet. Die Ergebnisse der Erhebung, die über die Fragebögen gesammelt wurden, sind im vorliegenden Bericht anonymisiert abgebildet, so dass keine Rückschlüsse auf bestimmte Krankenkassen /Krankenkassenarten, Leistungserbringer, KVen oder Mitgliedsorganisationen der DKG möglich sind.

4. Hinweise zum Rücklauf der Befragung

Der Fragebogen an die Krankenkassen (siehe Anhang 9.1.1) wurde an insgesamt 144 Krankenkassen versandt. Bis zum 29. Mai 2013 wurden 90 ausgefüllte Fragebögen an die Geschäftsstelle des G-BA weitergeleitet, was einem Rücklauf von rund 60 % entspricht. Die 90 Krankenkassen repräsentieren nach eigenen Angaben 65.439.514 Versicherte und damit rund 94 % der insgesamt ca. 69,7 Millionen gesetzlich Versicherten (69.716.066 inkl. beitragsfrei Mitversicherter) in Deutschland zum 1. Juli 2012 (www.gbe-bund.de).

Die Anzahl der Versicherten bei denjenigen Krankenkassen, die geantwortet haben, lag zwischen 1.973. und 8.662.580 mit einem Mittelwert von 727.106 Versicherten (Median 67.261). 16 Krankenkassen hatten mehr als 1 Million Versicherte, 51 Krankenkassen hatten unter 100.000 Versicherte.

Von den 329 mittels Fragebogen angeschriebenen Leistungserbringern (siehe Anhang 9.1.2) konnten insgesamt 117 Fragebögen in die Auswertung eingehen, was einem Rücklauf von rund 35,5 % entspricht.

Den Fragebogen an die Mitgliedsorganisationen der DKG (siehe Anhang 9.1.3) haben 12 der 16 Landesverbände von Krankenhausträgern (Landeskrankenhausgesellschaften; 75 % Rücklaufquote) beantwortet. Dabei wurde von zwei Landeskrankenhausgesellschaften nicht als Verband geantwortet, sondern es wurde jeweils eine Übersicht der Antworten der einzelnen Mitgliedskrankenhäuser eingereicht, die teilweise voneinander abweichend geantwortet haben. Von zwei Landeskrankenhausgesellschaften wurde geantwortet, dass keine neuen Erkenntnisse im Vergleich zur letztjährigen Befragung vorlägen, weshalb der aktuelle Fragebogen nicht ausgefüllt wurde.

Aufgrund der eingegangenen abweichenden Antworten der Mitgliedskrankenhäuser erfolgt die Auswertung der Rückmeldungen der Mitgliedsorganisationen der DKG auf Ebene der 25 eingegangenen Fragebögen und nicht auf Ebene der 12 Landeskrankenhausgesellschaften.

Der Fragebogen an die KVen (siehe Anhang 9.1.4) wurde allen 17 KVen zugesandt. Bis zum 21. Mai 2013 haben 16 KVen (94 % Rücklaufquote) die Umfrage beantwortet, eine KV gab dabei an, dass der Fragebogen nicht beantwortet werden könne, da die KV nicht in die SAPV eingebunden sei. Demnach liegen von Seiten der KVen 15 auswertbare Antworten vor.

5. Methodische Hinweise zur Auswertung der Befragung

Mit diesem Bericht liegen die Ergebnisse aus den Jahren 2009 bis 2012 zur Umsetzung der SAPV in Deutschland vor. Die Möglichkeiten zu Längsschnittuntersuchungen und Trendaussagen auf Grundlage der Befragungsergebnisse sind allerdings stark eingeschränkt. Dies ist vor allem damit zu begründen, dass die Grundgesamtheit der antwortenden Organisationen, für die Fragebögen zur Auswertung vorliegen, über die Jahre nicht konstant war. So ist beispielsweise, aufgrund unterschiedlicher Rücklaufquoten sowie Kassenfusionen und Verschiebungen in der Mitgliederstruktur der Krankenkassen, die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der diesjährigen Befragungen zu den Vorjahresergebnissen nur eingeschränkt möglich. Gleiches gilt für die Mitgliedsorganisationen der DKG, da nicht immer die Organisationen als Ganzes geantwortet haben, sondern auch Antworten verschiedener Mitgliedskrankenhäuser einzeln zurückgemeldet wurden. Dadurch ergibt sich auch hier eine andere Grundgesamtheit, als es bei den Vorjahresbefragungen der Fall war.

Für die Leistungserbringer bestand in diesem Jahr erstmalig die Möglichkeit, sich den Fragebogen über die öffentlich zugängliche Internetseite des G-BA herunterzuladen. Dies hat die technische Auswertung der Fragebögen erleichtert, bedingte aber gleichzeitig, dass nicht gewährleistet werden konnte, dass wirklich nur Leistungserbringer auf die Befragung geantwortet haben, die auch tatsächlich durch die Krankenkassen, mit denen sie Verträge haben, angeschrieben wurden.

Zusätzlich wird die Vergleichbarkeit der aktuellen Ergebnisse mit den Ergebnissen der Befragungen aus den Vorjahren dadurch erschwert, dass die Fragebögen zwischenzeitlich angepasst und verändert wurden, so dass nicht für alle Fragen der aktuellen Fragebögen Antworten aus allen vier Befragungen vorliegen.

6. Ergebnisse

6.1 Ausgaben der Krankenkassen für SAPV

Für das Jahr 2012 betragen die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV 127,5 Millionen Euro. Die Ausgaben für Arzneimittel im Rahmen der SAPV beliefen sich im Jahr 2012 auf 20,5 Millionen Euro, die für Heilmittel im Rahmen der SAPV auf 0,85 Millionen Euro und die für Hilfsmittel im Rahmen der SAPV auf 2,94 Millionen Euro. Alle Angaben wurden dem endgültigen Rechnungsergebnis der amtlichen Statistik KJ 1 entnommen. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, die durch in der SAPV tätige Ärztinnen und Ärzte verordnet wurden.

Tabelle 1: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für SAPV 2009 bis 2012 (Quelle: Amtliche Statistik KJ 1; * die Statistik für 2009 erfasste die Ausgaben für Arznei sowie Heil- und Hilfsmittel nicht)

SAPV Leistungsausgaben Mio.€/Jahr	2009	2010	2011	2012
Ärztlich/Pflegerische Leistungen	17,3	47,82	84,90	127,50
Arzneimittel	-*	5,60	15,14	20,50
Heilmittel	-*	0,42	0,61	0,85
Hilfsmittel	-*	2,27	3,27	2,94

6.2 Analyse zur Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten

Die Befragung der BÄK zur Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer (grundsätzlich 160 Stunden Weiterbildung) ergab zum Stichtag 31. Dezember 2012 (vgl. Tabelle 1 auf der folgenden Seite), dass insgesamt 7.285 berufstätige Ärztinnen und Ärzte die Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ erworben haben. Davon waren 3.403 Ärztinnen und Ärzte niedergelassen und 3.077 im Krankenhaus tätig. Die Datenbasis des Berichtes für das Jahr 2009 hat möglicherweise Abweichungen im Vergleich zu den Folgejahren 2010 bis 2012, da im für das Jahr 2009 eine Übersicht nur über drei Quartale zur Verfügung stand, gleichwohl kann ein kontinuierlicher Anstieg der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ festgestellt werden (siehe Abbildung 1).

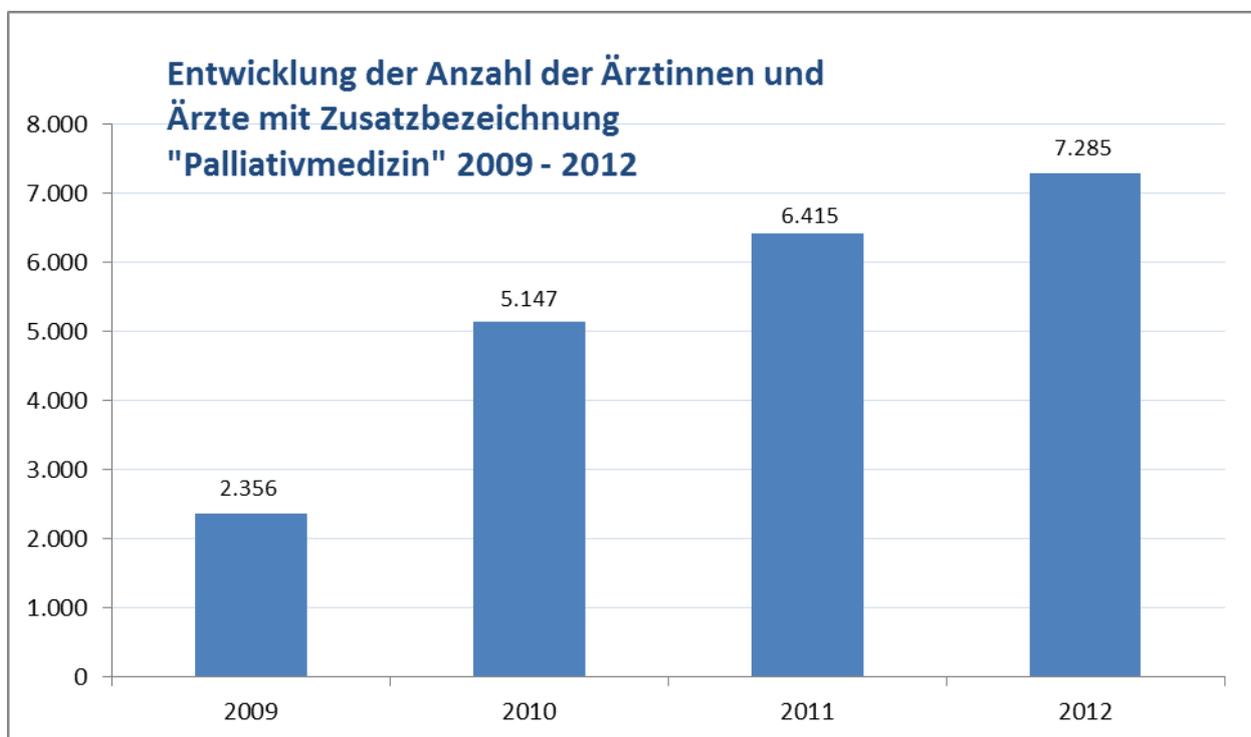


Abbildung 1: Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ 2009 bis 2012, (Quelle: BÄK).

Tabelle 2: Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin nach Landesärztekammern und Tätigkeitsarten (Quelle: BÄK)

Ärztinnen/Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin nach Landesärztekammern und Tätigkeitsarten										
Stand: 31.12.2012										
Landesärztekammer	gesamt		darunter:	berufstätig		davon:				
	Anzahl	Anteil am Bundesgebiet in Prozent	ohne ärztliche Tätigkeit Anzahl	Anzahl	Anteil am Bundesgebiet in Prozent	ambulant Anzahl	darunter: niedergelassen Anzahl	stationär Anzahl	In Behörden Körpersch. u.a. Anzahl	in sonstigen Bereichen Anzahl
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Baden-Württemberg	1 282	17,6	54	1 228	17,4	721	682	471	10	26
Bayern	519	7,1	24	495	7,0	180	149	298	0	17
Berlin	216	3,0	18	198	2,8	106	69	74	4	14
Brandenburg	197	2,7	3	194	2,8	120	115	72	0	2
Bremen	51	0,7	1	50	0,7	20	18	27	2	1
Hamburg	165	2,3	8	157	2,2	88	73	66	1	2
Hessen	772	10,6	26	746	10,6	406	367	292	4	44
Mecklenburg-Vorpommern	136	1,9	3	133	1,9	60	60	69	0	4
Niedersachsen	918	12,6	20	898	12,7	579	536	288	8	23
Nordrhein	800	11,0	24	776	11,0	386	347	377	2	11
Rheinland-Pfalz	399	5,5	11	388	5,5	188	175	176	10	14
Saarland	73	1,0	4	69	1,0	38	33	26	1	4
Sachsen	339	4,7	9	330	4,7	154	139	173	0	3
Sachsen-Anhalt	159	2,2	3	156	2,2	72	68	84	0	0
Schleswig-Holstein	300	4,1	8	292	4,1	190	173	97	1	4
Thüringen	124	1,7	3	121	1,7	47	43	74	0	0
Westfalen-Lippe	835	11,5	22	813	11,5	378	356	413	4	18
Bundesgebiet insgesamt	7 285	100,0	241	7 044	100,0	3 733	3 403	3 077	47	187

6.3 Verordnungen

Über die Frequenzstatistik der KBV wurde die Anzahl der Verordnungen vom 1. bis 4. Quartal 2012, unterschieden nach Erst- und Folgeverordnungen und dem jeweiligen KV-Bereich erhoben. Für die grafische Darstellung der Entwicklung der Anzahl der Verordnungen wurden auch die Angaben aus den Jahren 2009, 2010 und 2011 einbezogen. Die Anzahl der Erstverordnungen vom 1. bis einschließlich 4. Quartal 2012 betrug insgesamt 31.397, die Anzahl der Folgeverordnungen belief sich auf 23.709. In den 4 Quartalen 2011, wurden 25.937 Erstverordnungen und 17.784 Folgeverordnungen gezählt (vgl. Abbildung 2 und Tabelle 2).

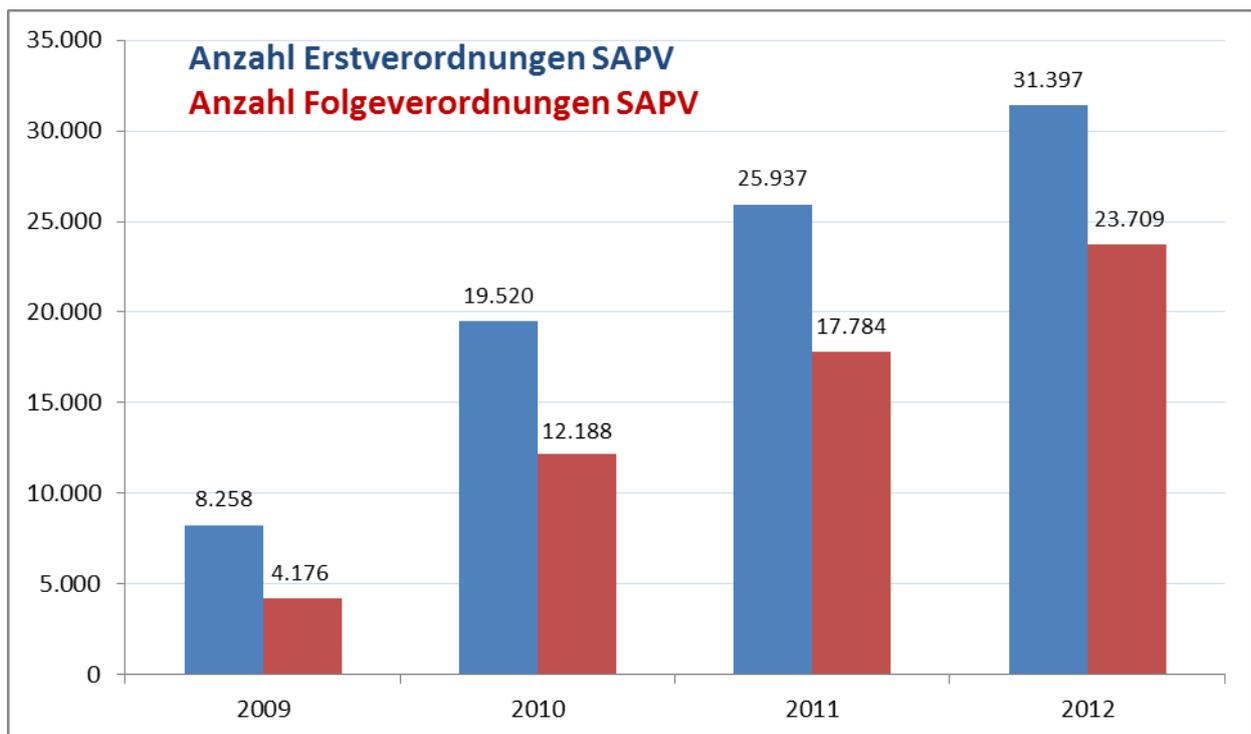


Abbildung 2: Anzahl der Erst- und Folgeverordnungen SAPV 2009 bis 2012 (Quelle: KBV)

Tabelle 3: Frequenzstatistik SAPV Erst- und Folgeverordnungen von 2009 bis 2012

Frequenzstatistik SAPV Erst- und Folgeverordnungen von 2010 bis 2012	2009		2010		2011		2012	
	EV*	FV**	EV	FV	EV	FV	EV	FV
Baden-Württemberg	1.949	1.038	2.752	1.950	3.039	2.559	3.622	3.934
Bayern	840	399	1.524	1.054	2.772	2.318	2.902	2.622
Berlin	267	162	2.799	1.313	4.304	1.865	4.670	2.188
Brandenburg	281	156	737	624	853	962	1.176	1.196
Bremen	66	21	121	48	115	71	162	73
Hamburg	232	76	416	249	1.011	500	1.260	787
Hessen	1.107	749	3.165	2.165	3.881	2.914	4.763	3.613
Mecklenburg-Vorpommern	138	85	335	276	425	306	546	481
Niedersachsen	1.225	520	2.298	992	3.343	1.724	4.504	2.581
Nordrhein	380	265	814	666	1.135	825	1.847	1.073
Rheinland-Pfalz	173	36	452	169	609	425	562	541
Saarland	38	5	345	225	293	165	417	277
Sachsen	233	46	1.020	723	1.139	969	1.426	1.466
Sachsen-Anhalt	132	23	312	108	520	219	684	393
Schleswig-Holstein	304	119	768	630	1.050	999	1.390	1.611
Thüringen			318	250	619	406	809	511
Westfalen-Lippe	893	476	1.344	746	829	557	657	362
Verordnungen gesamt	8.258	4.176	19.520	12.188	25.937	17.784	31.397	23.709
Legende: * Erstverordnung = EV ** Folgeverordnung = FV								

6.4 Angaben der Leistungserbringer zu abgelehnten Leistungsanträgen

Die Antworten auf Frage 3 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Für wie viele Patienten wurden im oben genannten Zeitraum verordnete SAPV-Leistungen durch Krankenkassen endgültig (ggf. trotz Widerspruchsverfahren bzw. Beseitigung formaler Mängel) abgelehnt?“

ergaben, dass im genannten Zeitraum insgesamt bei 285 Patientinnen und Patienten Leistungen der SAPV durch Krankenkassen abgelehnt wurden (Mittelwert 2, Median 1; Maximum 28). Dabei gilt zu beachten, dass es sich in einem Fragebogen um „circa“-Angaben handelt. Insgesamt 59 der 117 Leistungserbringer haben hier mindestens eine abgelehnte Verordnung angegeben.

Diese Frage wurde an die Leistungserbringer gestellt, um abzugleichen ob die Anzahl von Ablehnungen sich über die Jahre verändert hat. Bei der Befragung im Vorjahr wurde vermutet, dass die Zahl der Ablehnungen auch durch Umsetzungsprobleme der SAPV-RL beeinflusst war. Die Anzahl der nun erfassten endgültigen Ablehnungen ist erwartungsgemäß gesunken, zumal im Vorjahr nicht erfragt wurde ob es sich um endgültige Ablehnungen gehandelt hat. Hinzu kommt, dass sich die Angaben des Vorjahres auch auf PKV-Versicherte bezogen haben. Gleichwohl kann keine Bewertung vorgenommen werden, da die Leistungserbringer naturgemäß jedes Jahr anders gelagerte Leistungsfälle (z. B. Umfang der erforderlichen Leistungen oder Symptomlast) zu verzeichnen haben. Somit ist die Auswertung der Anzahl der Ablehnungen nicht geeignet, um ggf. vorhandene Umsetzungsprobleme in der Praxis zu identifizieren, die durch eine Änderung der SAPV-RL behoben werden könnten.

Rein deskriptiv lässt sich für die 48 Leistungserbringer, die die Befragung in beiden Jahren beantwortet haben, festhalten, dass in der diesjährigen Befragung im Maximum 10 abgelehnte Fälle angegeben wurden, im Vorjahr lag das Maximum bei 74 Ablehnungen. Die Anzahl Leistungserbringer mit 0 Ablehnungen lag in der Vorjahresbefragung bei 15, in der diesjährigen Befragung bei 24 Leistungserbringern. Ablehnungen in der Größenordnung zwischen 1 bis 5 und >5 bis 10 Fälle waren in beiden Jahren ähnlich häufig.

Zur Frage der Ablehnungen von Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden Angaben im Abschnitt 6.5.3 gemacht.

Bei der Frage 5 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

*„Welches waren die Gründe, die **bei Erwachsenen** zu einer Ablehnung geführt haben?“*

konnten die Leistungserbringer im Freitext antworten. Hiervon haben 70 Leistungserbringer Gebrauch gemacht.

Mehrfach führte die Einschätzung, dass die Kriterien zur Verordnung einer SAPV nicht erfüllt seien (basierend auf der gestellten Diagnose bzw. der zu erwartenden Lebenserwartung oder unzureichend ausgefüllte Verordnungen) zu einer Ablehnung der Verordnung. In diesen Fällen wird häufig angeführt, dass die Indikation für eine SAPV – von Seiten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) – nicht gesehen worden sei. Zudem wird mehrfach (insgesamt 9 Angaben) ausgeführt, dass Ablehnungen damit begründet seien, dass es sich um „Nicht-onkologische“ Patienten und Patientinnen, gehandelt habe. In Einzelfällen (insgesamt 4 Angaben) wurde darauf hingewiesen, dass Leistungen der SAPV bei verspätet eingereichten Verordnungen nicht rückwirkend genehmigt würden.

Es erfolgten wieder Hinweise darauf, dass private Versicherungen in ihren Verträgen überwiegend keine SAPV vorsehen.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.5 Leistungsfälle

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle der Krankenkassen wird seit dem 1. Januar 2010 über die amtliche Statistik (KG 3) erhoben und für die Berichterstellung 2012 genutzt. Darüber hinaus wurden auch die Leistungserbringer zur Zahl der Leistungsfälle, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2012 bis zum 31. Dezember 2012 erbracht haben, befragt.

Die Angaben der Leistungsfälle in den Berichten des G-BA über die Jahre 2009 bis 2010 wurden bei den Krankenkassen erhoben. Da sich nicht alle Krankenkassen an der Befragung beteiligt haben, war die Erfassung der Leistungsfälle unvollständig. Bei den Leistungszahlen der KG 3 Statistik handelt es sich dagegen um eine Vollerhebung aller Leistungsfälle in Deutschland. Bei der Beurteilung der Entwicklung der Leistungsfälle ist weiterhin zu beachten, dass die Leistungsfälle in der amtlichen Statistik entsprechend ihrer quartalsweisen Abrechnung gezählt werden. Ein Leistungsfall, der innerhalb eines Quartalswechsels verläuft, wird somit in beiden Quartalen gezählt. Ein direkter Vergleich der Zahl der Leistungsfälle zwischen den Berichten des G-BA ist somit nicht möglich.

Die amtliche Statistik differenziert auch nicht zwischen Erwachsenen und Kindern bzw. Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und weist Kostenerstattungsfälle nicht separat aus. Zur Erfassung der Leistungsfälle, die Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres betreffen, wurden deshalb weiterhin alle Krankenkassen zu den vom 1. Januar 2012 bis zum 31. Dezember 2012 bewilligten Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, befragt, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen werden sollte.

6.5.1 Leistungsfälle insgesamt

Die amtliche Statistik KG 3 weist für 2012 insgesamt 60.187 Abrechnungsfälle aus (2011 wurden in der amtlichen Statistik 46.764 Abrechnungsfälle ausgewiesen).

6.5.2 Angaben der Leistungserbringer zu den von diesen erbrachten Leistungsfällen

Die Antwort auf Frage 1 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit vom 01.01.2012 bis zum 31.12.2012 von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht?“

ergab, dass im genannten Zeitraum insgesamt 23.825 Leistungsfälle von den Leistungserbringern, die sich an der Befragung beteiligt haben, erbracht wurden. Dabei ist zu beachten, dass einige Leistungserbringer ihre Tätigkeit erst im Laufe des Jahres 2012 aufgenommen haben. Insgesamt 12 Leistungserbringer haben von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, hier eine Schätzangabe zu machen.

Die Anzahl der Leistungsfälle lag zwischen 0 und 716 mit einem Mittelwert von 204 Leistungsfällen (Median 175). Dabei gaben 35 Leistungserbringer an, zwischen 1 und 100 Leistungsfälle gehabt zu haben, bei 37 waren es zwischen 101 und 200 und bei 40 Leistungserbringern zwischen 201 und 500 Leistungsfälle. Die 5 Leistungserbringer mit den höchsten Fallzahlen gaben alle für den erfragten Zeitraum über 600 Leistungsfälle an.

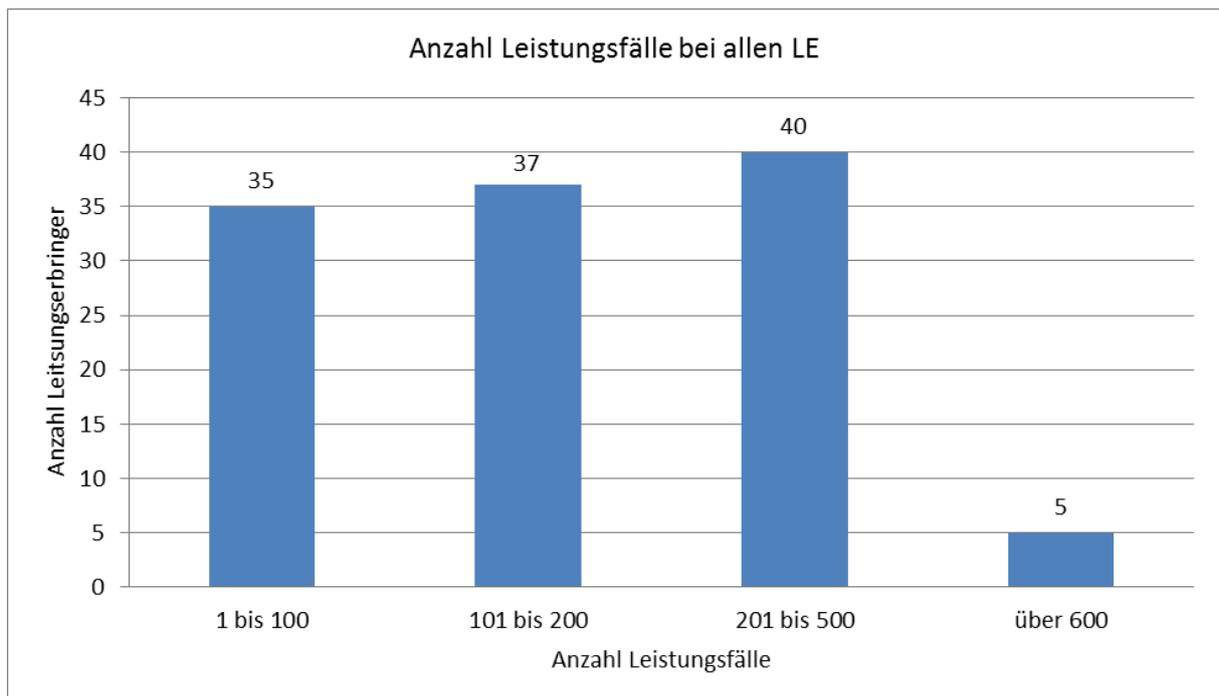


Abbildung 3: Anzahl aller SAPV Leistungsfälle aller Leistungserbringer, die den Fragebogen beantwortet haben (Quelle: Leistungserbringerbefragung 2012)

6.5.3 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen

Im Rahmen der Erhebung wurden bei allen Krankenkassen die vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2012 bewilligten Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, unterschieden nach Sachleistungs- und Kostenerstattungsfällen, erfragt.

Zu Frage 1 aus dem Fragebogen an die Krankenkassen

„Wie viele der von Ihnen in der Zeit vom 01.01.2012 bis zum 31.12.2012 bewilligten Leistungsfälle betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?“

wurde angegeben, dass 534 Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betrafen. An dieser Stelle machte eine Krankenkasse eine Schätzangabe.

Insgesamt gaben 56 Krankenkassen an, dass keiner der Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betraf, 24 Krankenkassen hatten zwischen 1 und 10 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen und 10 Krankenkassen hatten zwischen 21 und (geschätzte) 95 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bewilligt. Das Maximum für eine Krankenkasse lag bei (geschätzten) 95 Leistungsfällen für Kinder und Jugendliche.

Nach den Angaben der Krankenkassen wurden im Jahr 2012 insgesamt 21 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen über Kostenerstattung geregelt. Diese verteilen sich auf 5 Krankenkassen, wobei eine Krankenkasse 1 von insgesamt 2 Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen über Kostenerstattung geregelt hat, bei der Zweiten wurden alle 3 Leistungsfälle über Kostenerstattung geregelt, bei der Dritten waren es 5 von 32 Leistungsfällen, bei der Vierten 2 von 53 Leistungsfällen und bei der Fünften geschätzte 10 von den geschätzten 95 Leistungsfällen. Drei Krankenkassen mit 7, 25 bzw. 76 Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen machte keine Angabe zur Anzahl der Leistungsfälle, die über Kostenerstattung geregelt wurden („kann nicht ausgewiesen werden“, „keine Angabe möglich“).

Aufgrund der besonderen Bedeutung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgte zum Zweck der besseren Einschätzung des Umsetzungsstandes der SAPV-RL zu diesem Punkt eine gesonderte Analyse. Hierzu wurden die Daten der Krankenkassen

herangezogen, die konstant in allen drei bisher evaluierten Berichtsjahren die Befragung beantwortet haben. Dies war bei 29 Krankenkassen der Fall, wobei auch hier eine gewisse Unsicherheit in den Daten besteht, die auf den zwischenzeitlich erfolgten Krankenkassenfusionen und veränderten Mitgliederstrukturen beruht.

Die Daten der 29 Krankenkassen, die in allen Jahren an der Befragung teilgenommen haben, zeigen eine deutliche Zunahme der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen im Verlauf der vier Berichtsjahre für diese Krankenkassen. Dabei blieb die Zahl der über Kostenerstattung geregelten Fälle über die Jahre relativ konstant. Demnach sinkt seit 2009 der Anteil der über Kostenerstattung geregelten SAPV-Fälle an allen Leistungsfällen, die Kinder und Jugendliche betreffen.

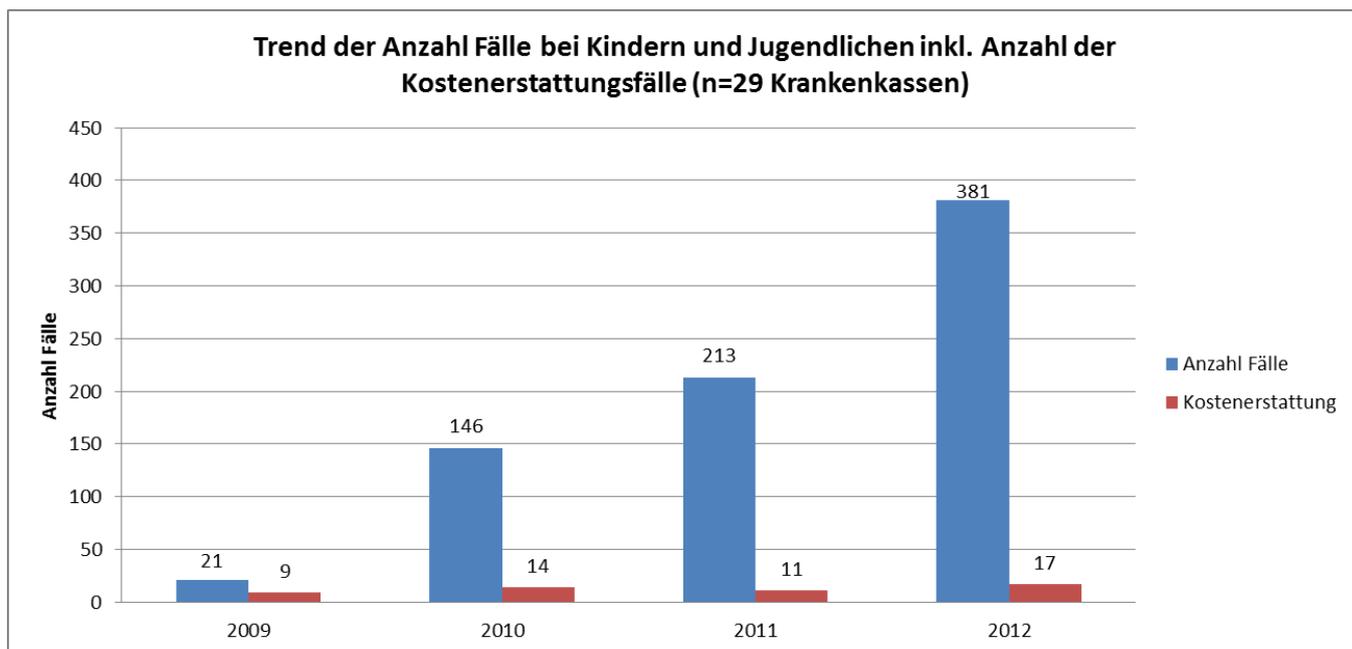


Abbildung 4: Angaben zur Anzahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen (inkl. Kostenerstattungsfälle) aus vier Berichtsjahren anhand der Daten von 27 Krankenkassen, die an der Befragung teilgenommen haben.

Die Antworten auf Frage 2 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Wie viele der unter 1¹ genannten Fälle waren/betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?“

ergaben, dass im genannten Zeitraum insgesamt 372 der unter Frage 1 genannten Leistungsfälle (n=23.825) Kinder und Jugendliche betrafen.

Von den insgesamt 117 Leistungserbringern gaben 98 an, keine Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen gehabt zu haben, 11 Leistungserbringer hatten bis zu 10 Leistungsfälle in diesem Bereich, 5 Leistungserbringer hatten zwischen 20 und 50 Leistungsfälle und 3 Leistungserbringer hatten mehr als 50 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen. Somit hatten 19 der 117 Leistungserbringer mindestens einen Leistungsfall im genannten Zeitraum, der ein Kind oder einen Jugendlichen betraf (Mittelwert 20, Median 4, Maximum 89).

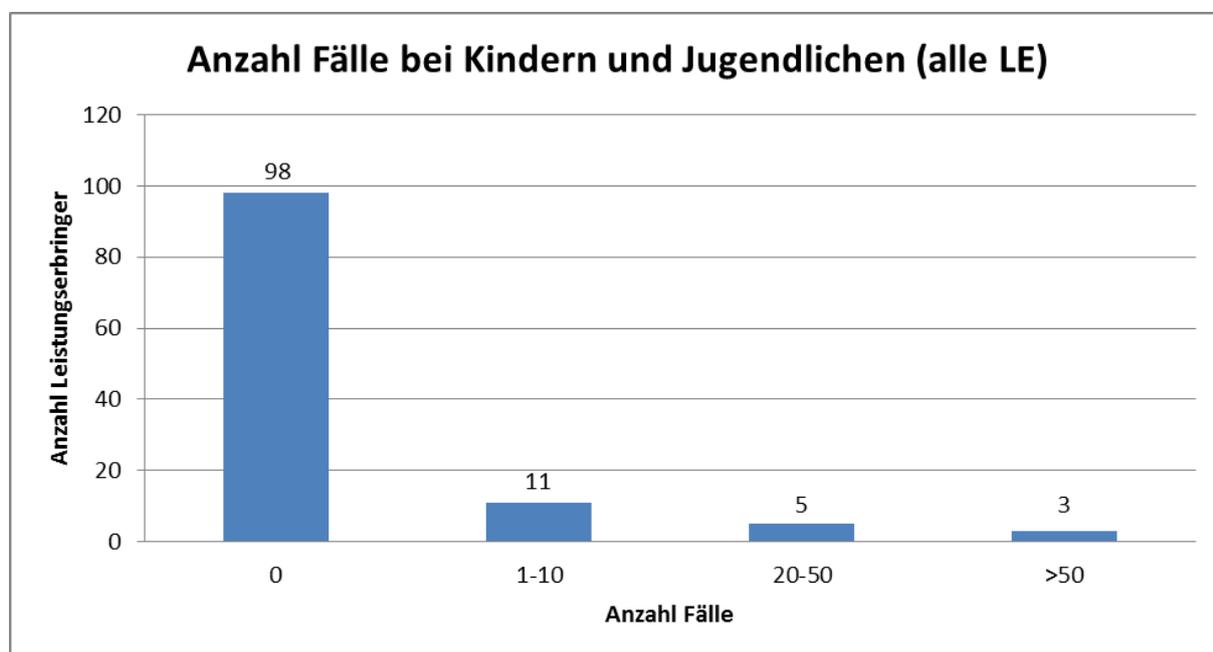


Abbildung 5: Anzahl der SAPV-Fälle bei Kindern und Jugendlichen bei allen Leistungserbringern (Quelle: Leistungserbringerbefragung 2012).

Die 7 Leistungserbringer mit den meisten Leistungsfällen in diesem Bereich (28 - 89 Fälle) waren ausgewiesene Leistungserbringer für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und hatten einen Anteil von 73 - 100 % Kinder und Jugendliche an allen von ihnen unter

¹ Die Frage 1 aus dem Fragebogen an die Leistungserbringer lautete: „Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit vom 01.01.2012 bis zum 31.12.2012 von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht?“

Frage 1 genannten Leistungsfällen. Bei den übrigen Leistungserbringern betrug der Anteil Kinder und Jugendlicher weniger als 1 % (7 Fragebögen), 1 - 6 % (4 Fragebögen) bzw. 18 % (1 Fragebogen) aller Leistungsfälle. Ein Leistungserbringer, der hier 25 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen angegeben hat, war kein ausgewiesenes Kinder-Palliativteam, sondern ein Leistungserbringer mit (geschätzten) 425 Leistungsfällen im entsprechenden Zeitraum, von denen 25 Kinder und Jugendliche betrafen.

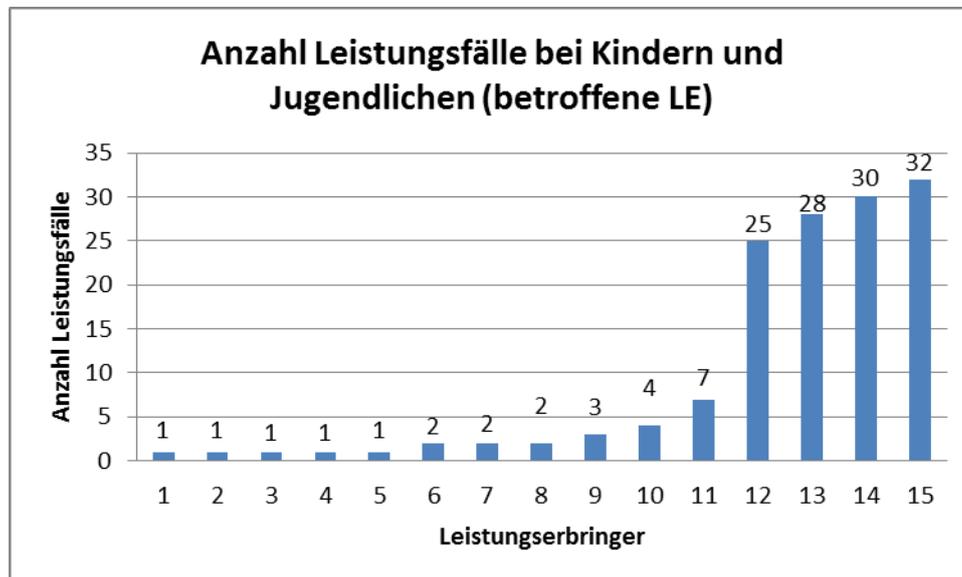


Abbildung 6: Anzahl der SAPV-Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bei allen Leistungserbringern, die diesen Personenkreis betreut haben und den Fragebogen beantwortet haben (Quelle: Leistungserbringerbefragung 2012).

Auf die Frage 4 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Wie viele der unter 3² genannten Patienten waren Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?“

antworteten insgesamt 3 Leistungserbringer mit nur einem abgelehnten Leistungsfall, dass dieser ein Kind bzw. Jugendlichen betraf. Hierbei handelt es sich um drei Kinder-Palliativteams mit insgesamt 7, 33 bzw. 52 Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

² Die Frage 3 aus dem Fragebogen an die Leistungserbringer lautete: „Für wie viele Patienten wurden im o.g. Zeitraum (01.01.2011 bis 31.12.2011) SAPV-Leistungen durch Krankenkassen abgelehnt?“

Die Frage 6 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

*„Welches waren die Gründe, die **bei Kindern und Jugendlichen** zu einer Ablehnung geführt haben?“*

wurde von 3 Leistungserbringern beantwortet.

Als Gründe für eine Ablehnung der Verordnung wurden angegeben, dass Kriterien zur Verordnung einer SAPV für Kinder und Jugendliche nicht erfüllt seien. Es wurde dabei ausgeführt, dass die Symptomlast nicht so ausgeprägt sei, dass eine SAPV für Kinder und Jugendliche notwendig wäre und die vorhandenen Versorgungsstrukturen ausreichend wären.

6.5.4 Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen

Besondere Belange von Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit der SAPV bestehen insbesondere in der Betreuung durch für die pädiatrische Palliativversorgung qualifizierte Leistungserbringer sowie in dem Anspruch auf SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung i.S. des § 3 Abs. 3 der SAPV-RL.

Den ersten Berichten des G-BA über die Leistungsentwicklung bzw. die Umsetzung der SAPV-RL für die Berichtszeiträume 2009 bis 2011 ist zu entnehmen, dass es sehr allgemein gehaltene Rückmeldungen bzgl. Änderungs- bzw. Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL gab. Aus diesem Grund wurde in der aktuellen Befragung darum gebeten, Aspekte, die aus Sicht der Befragten einer Klarstellung in der SAPV-RL bedürfen, möglichst konkret zu benennen.

6.5.5 Antworten der Krankenkassen

Auf Frage 4 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

„Sind aus Ihrer Sicht die Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend berücksichtigt?“

antworteten 72 der 90 Krankenkassen mit „Ja“ (80 %) und 9 mit „Nein“ (10 %), 9 Krankenkassen machten an dieser Stelle keine Angaben. Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Nein“ lautete, konnten im Freitext Angaben dazu gemacht werden, die dies näher erläutern. Diese Möglichkeit haben 6 Krankenkassen genutzt.

Bei den Freitexterläuterungen wird von einzelnen Krankenkassen eine Konkretisierung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen im Unterschied zu der Erwachsenenversorgung in der SAPV-RL gewünscht. Dabei wurde auch auf die Altersabgrenzung hingewiesen, die bei speziellen Kinderverträgen problematisch sein kann, wenn die jungen Patienten das Erwachsenenalter erreichen und ein Wechsel des SAPV-Teams erforderlich wäre. Ein weiterer Hinweis betrifft die Darstellung der Abgrenzungskriterien zwischen allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und SAPV bei Kindern im Hinblick auf die Grundformulierung der SAPV – nicht heilbare, fortschreitende, die Lebenserwartung begrenzende Erkrankung und besonders aufwändige Versorgung.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.5.6 Antworten der Leistungserbringer

Die Frage 8 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Sind aus Ihrer Sicht die Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend berücksichtigt?“

wurde von 30 Leistungserbringern mit „Ja“ (25,6 %) und von 33 Leistungserbringern mit „Nein“ (28 %) beantwortet; in 54 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. Die Möglichkeit der Freitextantwort bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ wurde in 27 Fragebögen genutzt.

Von den 27 Leistungserbringern, die hier die Möglichkeit der Freitextangabe genutzt haben, hatten 14 Leistungserbringer mindestens einen Fall bei Kindern und Jugendlichen, darunter auch die 7 Teams mit der Höchstzahl an Fällen in diesem Bereich (28 - 89 Leistungsfälle).

Von diesen 7 Teams wird hier angegeben, dass die Notwendigkeit einer psychosozialen Betreuung der Familie bisher nicht ausreichend berücksichtigt sei. Darüber hinaus wird eine Konkretisierung der „besonderen Belange“ von Kindern und Jugendlichen gewünscht bzw. dargelegt, dass sich die Versorgung von Kindern und Jugendlichen deutlich von der Erwachsener unterscheidet, auch was die notwendige Dauer der Betreuung und die Komplexität der Erkrankungen angeht. Ein Leistungserbringer weist hier darauf hin, dass die Altersbegrenzung problematisch sei, da viele Kinder bis ins Erwachsenenalter hinein betreut werden müssten und die Teams, die Erwachsene versorgen, seien für die vormals pädiatrischen Patienten nicht qualifiziert.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.5.7 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Frage 2 aus den Fragebögen der KVen

„Sind aus Ihrer Sicht die Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend berücksichtigt?“

wurde in 7 Fragebögen mit „Ja“ und in 6 Fragebögen mit „Nein“ beantwortet, eine KV stellt hier Ergebnisse einer Ärzteumfrage dar; demnach antworteten 26 Ärzte mit „Ja“, 10 mit „Nein“ und 25 hatten keine Kenntnisse im pädiatrischen Bereich. Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Nein“ lautete, hatte die KV die Möglichkeit, dies im Freitext zu begründen. Diese Möglichkeit haben 6 KVen genutzt; ebenso 2 KVen, die mit „Ja“ geantwortet und die KV, die sowohl mit „Ja“ als auch mit „Nein“ geantwortet hatte.

Die Hinweise beziehen sich wie bereits im Vorjahr auf inhaltliche und strukturelle Unterschiede der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen zu der von Erwachsenen. Es wird der Wunsch geäußert, dass die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV-RL erläutert werden und dabei auf die besonders intensive Einbeziehung und Betreuung der Eltern und Angehörigen palliativmedizinisch erkrankter Kinder und Jugendlicher eindringlicher hingewiesen wird. Problematisch sei die Implementierung von Palliativversorgung bei Erkrankungen mit längeren Verläufen, aber dennoch komplexem Versorgungsaufwand. Darüber hinaus würden weiterhin qualifizierte Pflegekräfte für pädiatrische Palliativversorgung fehlen.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.5.8 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG

Die Frage 2 aus dem Fragebogen der Mitgliedsorganisationen der DKG

„Sind aus Ihrer Sicht die Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend berücksichtigt?“

wurde in 10 der 25 Fragebögen mit „Ja“ (40 %) und in 9 Fragebögen mit „Nein“ (36 %) beantwortet. In 6 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. Die Möglichkeit der Freitextantwort bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ wurde in 8 Fragebögen genutzt.

Bei den Freitexterläuterungen wird vor allem auf die besondere Situation der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen hingewiesen, die sich teilweise komplexer darstellt als bei Erwachsenen. Es wird darauf hingewiesen, dass die speziellen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV-RL zu wenig konkret formuliert seien.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.6 Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche

Wie unter Abschnitt 3 „Hinweise zu Art und Umfang der Erhebung“ dargestellt, wurde bei der vorliegenden Befragung eine Einschätzung erbeten, ob sich durch die Umsetzung der SAPV-RL Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche, wie z. B. die HKP, ergeben haben.

Entsprechend der Erfahrung aus den Vorjahren, in denen die Befragung zu den Auswirkungen der SAPV auf andere Leistungsbereiche je nach Erfahrungshintergrund der Befragten unterschiedlich ausfiel, so dass belastbare Aussagen daraus nicht abgeleitet werden konnten, wurde in der aktuellen Befragung die Bitte formuliert, dazu nur Angaben zu machen, soweit die Rückwirkungen anhand konkreter Erkenntnisse auch quantifiziert werden können.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.6.1 Antworten der Krankenkassen

Auf Frage 3 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

„Haben sich aus Ihrer Sicht durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben?“

antworteten 4 der 90 Krankenkassen mit „Ja“ (4,4 %), 77 Krankenkassen antworteten mit „Nein“ (85,5 %) und 9 Krankenkassen machten an dieser Stelle keine Angaben.

Sofern diese Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, hatten die Krankenkassen die Möglichkeit, diese Angabe im Freitext zu erläutern. Diese Möglichkeit haben drei Krankenkassen genutzt. Eine Krankenkasse, die an dieser Stelle mit „Nein“ geantwortet hatte, hat ebenfalls eine Freitextangabe gemacht.

Es wird die Vermutung geäußert, dass es Rückwirkungen auf die HKP gibt, ohne dass dies quantifiziert werden konnte.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.6.2 Antworten der Leistungserbringer

Die Frage 7 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Haben sich aus Ihrer Sicht durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben?“

wurde von 55 Leistungserbringern (47 %) mit „Ja“ und von 49 Leistungserbringern (41,9 %) mit „Nein“ beantwortet; in 13 Fragebögen wurden an dieser Stelle keine Angaben gemacht. In 53 Fragebögen wurde die Möglichkeit genutzt, bei der Beantwortung der Frage mit „Ja“ eine Freitexterläuterung zu machen; ebenso in 3 Fragebögen, in dem diese Frage verneint worden war sowie in 2 Fragebögen, in denen keine Angabe gemacht wurde.

An dieser Stelle wurde vor allem darauf hingewiesen, dass durch die Möglichkeit, SAPV zu verordnen, Krankenhauseinweisungen vermieden oder Wiedereinweisungen verhindert werden können und somit einem größeren Teil der Patienten das Versterben in häuslicher Umgebung ermöglicht werde. Des Weiteren wurde auf die verbesserte Versorgung hinsichtlich der Ressourcen (u. a. Zeit, Material, Medikamente) hingewiesen.

Bei den Freitextantworten auf diese Frage wurden außerdem Verbesserungen in der Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten und der Netzwerkarbeit im Allgemeinen genannt.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.6.3 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Frage 1 aus dem Fragebogen der KVen

„Haben sich aus Ihrer Sicht durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben?“

wurde in 4 von 15 Fragebögen mit „Ja“ beantwortet und in 8 Fragebögen mit „Nein“. Zwei KVen machten an dieser Stelle keine Angabe, eine weitere KV stellt hier wiederum die Ergebnisse einer Ärzteumfrage dar; 26 Ärzte beantworteten diese Frage mit „Ja“, 35 mit „Nein“. Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Ja“ lautete, hatte die KV die Möglichkeit, dies im Freitext zu erläutern. Diese Möglichkeit haben alle 4 KVen genutzt; zusätzlich haben sowohl die 4 KVen, die mit „Nein“ geantwortet haben eine Freitextangabe gemacht, als auch die oben genannte KV, die die Ergebnisse einer Ärztebefragung präsentiert und die KV, die hier weder „Ja“ noch „Nein“ angegeben hat.

Thematisiert wurde in diesem Zusammenhang der Wunsch, die allgemeine Palliativversorgung zu stärken, was die Palliativversorgungssituation insgesamt stabilisieren würde. Eine Wechselwirkung zwischen dem Vorhandensein allgemeiner ambulanter Palliativversorgung auf die Anzahl und Dauer von Krankenhauseinweisungen und Verordnungen von SAPV wird von KVen weiterhin angenommen.

Die hier gemachten Angaben werden allerdings nicht konkreter quantifiziert.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.6.4 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG

Die Frage 1 aus dem Fragebogen der Mitgliedsorganisationen der DKG

„Haben sich aus Ihrer Sicht durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben?“

wurde in 17 der 25 Fragebögen mit „Ja“ (68 %) und in 8 Fragebögen mit „Nein“ (32 %) beantwortet. In allen 17 Fragebögen wurde die Möglichkeit genutzt, bei der Beantwortung der Frage mit „Ja“ eine Freitexterläuterung zu machen.

Bei den Freitexterläuterungen wird die Reduktion sowohl von Notfalleinweisungen ins Krankenhaus als auch von Einweisungen in Hospize und Pflegeheime genannt, wodurch das Sterben zu Hause ermöglicht werde. Es wird positiv gewertet, dass eine intensivierete Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und palliativ-hospizlich agierenden Strukturen bestehe und diese weiter ausgebaut würde. Dabei wird auch auf Probleme im ländlichen Raum verwiesen. Eine konkrete Quantifizierung der hier gemachten Angaben, erfolgte in keinem der Fragebögen.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.7 Änderungsvorschläge zur SAPV-RL und Problemschilderungen im Umgang mit SAPV

6.7.1 Antworten der Krankenkassen

Auf Frage 5 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

„Gibt es aus Ihrer Sicht Erkenntnisse, die Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?“

antworteten 10 der 90 Krankenkassen mit „Ja“ (11 %) und 73 mit „Nein“ (81 %), 7 Krankenkassen machten hier keine Angaben. Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Ja“ lautete, konnten im Freitext Angaben dazu gemacht werden, die dies näher erläutern. Hiervon machten 7 Krankenkassen Gebrauch.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

Bei den Freitexterläuterungen wird mehrfach vorgeschlagen, innerhalb der SAPV-RL Abgrenzungskriterien zwischen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und der SAPV deutlicher zu formulieren. Von einer Krankenkasse wird eine begriffliche Klarstellung vorgeschlagen, demnach sollte der Begriff „aufwändig“ durch den Begriff „betreuungsintensiv“ ersetzt werden.

6.7.2 Antworten der Leistungserbringer

Die Frage 9 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Gibt es aus Ihrer Sicht Erkenntnisse, die Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?“

wurde von 56 Leistungserbringern mit „Ja“ (47,8 %) und von 42 Leistungserbringern mit „Nein“ (35,9 %) beantwortet; in 9 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. Alle Leistungserbringer, die an dieser Stelle mit „Ja“ geantwortet haben, haben die Möglichkeit zu

erläuternden Ausführungen im Freitext genutzt, ebenso ein Leistungserbringer, der weder mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet hatte.

An dieser Stelle wurde wieder eine Verbesserung der Trennschärfe zwischen allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und SAPV angeregt sowie die Klärung der Unterschiede zwischen Teil- und Vollversorgung sowie eine stärkere Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte erbeten. Auch hinsichtlich der Versorgung nicht-onkologischer und dementer Patienten sowie für Patienten, die noch eine Chemotherapie erhalten, aber wegen des komplexen Symptomgeschehens mit der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung nicht ausreichend versorgt werden können, wird Klärungsbedarf gesehen. Darüber hinaus wird mehrfach der Wunsch nach einer bundeseinheitlichen Regelung, z. B. in Bezug auf die Vergütung von Leistungen, geäußert.

Mehrfach wird gefordert, dass PKV-Versicherte in die Versorgung einbezogen werden sollten.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.7.3 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Frage 3 aus den Fragebögen der KVen

„Gibt es aus Ihrer Sicht Erkenntnisse, die Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?“

wurde in 8 Fragebögen mit „Ja“ und in 6 Fragebögen mit „Nein“ beantwortet; die KV, die Umfrageergebnisse bei den Ärzten präsentiert, gab hier sowohl „Ja“ (n=22 Ärzte) als auch „Nein“ (n=39 Ärzte) an. Die Möglichkeit einer Freitextangabe wurde von allen 8 KVen, die mit „Ja“ geantwortet haben, genutzt als auch von der KV, die die Ergebnisse der ärzteumfrage präsentiert.

An dieser Stelle wird der Wunsch nach bundeseinheitlichen Regelungen, sowohl der Ausbildungsanforderungen als auch der Vergütungsregelungen, geäußert. Weiterhin erscheine eine bessere Abgrenzung, sowohl von spezieller zu allgemeiner Palliativversorgung als auch von Teil- zu Vollversorgung, notwendig. So wurde z. B. der Vorschlag gemacht eine Unterteilung in 24 Stunden Vollversorgung und 24 Stunden

ergänzende Versorgung vorzunehmen. Es wurde auch mehrfach der hohe administrative Aufwand gegenüber Krankenkassen oder dem MDK bemängelt. Hausärzte bzw. dauerbehandelnde Fachärzte sollen grundsätzlich als Kooperationspartner in die SAPV einbezogen werden.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.7.4 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG

Die Frage 3 aus dem Fragebogen der Mitgliedsorganisationen der DKG

„Gibt es aus Ihrer Sicht Erkenntnisse, die Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?“

wurde in 14 der 25 Fragebögen mit „Ja“ (56 %) und in 11 Fragebögen mit „Nein“ (44 %) beantwortet. Insgesamt wurde in 13 Fragebögen die Möglichkeit zu erläuternden Ausführungen im Freitext genutzt.

Bei den Freitexterläuterungen wird Klarstellungsbedarf zur Abgrenzung der SAPV von der SAPV bei Kindern und Jugendlichen sowie von der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gesehen. Weiterhin wird gewünscht, die Vergütung der psychosozialen Betreuung sowie die Angehörigenunterstützung in der Richtlinie zu regeln. Neben dem Wunsch nach landeseinheitlichen Verträgen wird mehrfach angeregt, die SAPV-RL hinsichtlich der begrifflichen Klarheit zu überarbeiten, so z. B. beim Begriff Koordination.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

7. Berichte des GKV-SV zum Vertragsgeschehen

Der G-BA ist in seinem Bericht über die Umsetzung der SAPV-RL für das Jahr 2009 zum Stichtag 30. September 2009 von ca. 30 - 40 Verträgen mit Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V ausgegangen. Den Berichten des GKV-SV ist eine kontinuierliche Zunahme von geschlossenen Verträgen nach § 132d Abs. 1 SGB V zu den Stichtagen 31.12. zu entnehmen:

2010: 129 Verträge

2011: 175 Verträge

2012: 224 Verträge³.

Auch die Anzahl der geschlossenen Verträge, speziell für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, erhöhte sich zum 31. Dezember 2012 von 11 (2011) auf 18 Verträge. Die Zunahme der geschlossenen Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V verdeutlicht den sich stetig fortsetzenden Strukturaufbau von SAPV. Die vertragliche Abdeckung wurde in einigen Bundesländern dennoch nicht erreicht. Dem Bericht des GKV-SV ist zu entnehmen, dass dies insbesondere am Mangel von ausreichend qualifizierten Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften mit entsprechenden palliativmedizinischen sowie palliativpflegerischen Fort- und Weiterbildungen liegt. Um den Strukturaufbau dennoch fortzuführen, wurden in den betroffenen Bundesländern, bezogen auf den Erwerb der erforderlichen praktischen Berufserfahrung, überwiegend Übergangsregelungen vertraglich vereinbart.

³ Die Diskrepanz zu den in Abschnitt 4 dargestellten 329 angeschriebenen Leistungserbringern erklärt sich dadurch, dass die Berichte des GKV-SV auf die Anzahl der abgeschlossenen Verträge (auch Rahmenverträge) und nicht auf einzelne Leistungserbringerteams abstellen.

8. Fazit und Ausblick

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Leistungsentwicklung der SAPV im Jahre 2012. Die Bestrebungen der Kostenträger und der Leistungserbringer, die strukturellen und vertraglichen Grundlagen für die Leistungserbringung weiter auszubauen, führten dazu, dass im Berichtszeitraum eine weitere Zunahme der Leistungsfälle, der Verordnungen sowie der Ausgaben der Krankenkassen für SAPV gegenüber den Vorjahren 2009 bis 2011 verzeichnet werden konnte. Zudem wurde auch im Jahr 2012 wieder ein kontinuierlicher Anstieg der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ festgestellt werden.

Die Zunahme der Leistungsfälle vollzieht sich im Rahmen des sich stetig fortsetzenden Aufbaus von SAPV-Strukturen. Dies belegen die Berichte des GKV-SV an das BMG zum Stand der vertraglichen Umsetzung der SAPV. Die Berichte zeigen aber auch, dass noch nicht in allen Bundesländern eine vertragliche Abdeckung erreicht werden konnte.

Die Anzahl der Leistungsfälle der SAPV für Kinder und Jugendliche ist im Verlauf der vier Berichtsjahre ebenfalls deutlich gestiegen. Im Vergleich von 2011 zu 2012 hat sich die Zahl der Leistungsfälle verdoppelt. Die Daten der Krankenkassen, die in allen Jahren an der Befragung teilgenommen haben, zeigen eine deutliche Zunahme der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen im Verlauf der vier Berichtsjahre auch für diese Krankenkassen. Dabei blieb die Zahl der über Kostenerstattung geregelten Fälle über die Jahre relativ konstant. Demnach sinkt seit 2009 der Anteil der über Kostenerstattung geregelten SAPV-Fälle an allen Leistungsfällen, die Kinder und Jugendliche betreffen.

Soweit SAPV-Leistungen abgelehnt wurden, geschah dies insbesondere aufgrund von Uneinigkeit über Indikationen und Versorgungsumfang. Es wurde dabei häufig ausgeführt, dass die Symptomlast nicht so ausgeprägt sei, dass eine SAPV notwendig wäre und die vorhandenen Versorgungsstrukturen ausreichend wären. In Einzelfällen wurden Leistungen der SAPV bei verspätet eingereichten Verordnungen erst ab Antragseingang genehmigt. Bei den drei Ablehnungen, die SAPV-Leistungen für Kinder und Jugendliche betrafen, wurde als Begründung ebenfalls auf Uneinigkeit bezüglich der Indikation und des Versorgungsumfanges verwiesen.

Zur Frage, ob die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV-RL ausreichend berücksichtigt sind, wurde durch die Befragten mehrfach auf Konkretisierungsbedarf hingewiesen, ohne dass daraus konkrete Änderungsvorschläge für die SAPV-RL abgeleitet werden können. Insoweit ist eine Klarstellung in der SAPV-RL nicht angezeigt. Vielmehr deuten die Rückmeldungen der Befragten teilweise auf Probleme bei der praktischen Umsetzung der Richtlinie hin. So wurde beispielsweise wiederholt darauf hingewiesen, dass es bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Einzelfall Probleme bei der Altersabgrenzung gibt. Die Richtlinie des G-BA beinhaltet keine Altersbegrenzungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Demnach scheinen die von den Befragten geschilderten Sachverhalte vertragliche Regelungen zur Umsetzung des Leistungsanspruches auf SAPV zu tangieren, für die soweit bekannt bereits auf Bundesebene Lösungsansätze erarbeitet wurden.

Der G-BA sieht in diesem Kontext derzeit keinen Änderungsbedarf der SAPV-RL. Die Größenordnung der genannten Problematik ist weiterhin nicht ausreichend beurteilbar, was zum einen mit methodischen Problemen in der Erhebung zusammenhängt und zum anderen mit dem Fehlen ausreichend verwertbarer Informationen zu ggf. erforderlichen Handlungsbedarf. Dies lässt sich auch hinsichtlich des mehrfach genannten Ablehnungsgrundes „Nicht-onkologische“ Indikation verdeutlichen. In der SAPV-RL wird ausweislich keine Indikation genannt. Die Anforderungen an die Erkrankungen, bei deren Vorliegen Anspruch auf SAPV bestehen kann, wurden in abstrakter Form festgelegt. Dies wurde damit begründet, dass ein Katalog von Erkrankungen nicht zur Klarheit der Richtlinie beitrüge und auch der Palliativversorgung nicht angemessen und daher entbehrlich wäre (vgl. Tragende Gründe zum Beschluss vom 20. Dezember 2007 auf der Internetseite des G-BA).

Aus den Antworten der Leistungserbringer geht zudem hervor, dass eine Versorgung von PKV-Versicherten durch SAPV-Leistungserbringer teilweise nicht erfolgen konnte, weil entsprechende Anträge abgelehnt wurden. Da private Versicherungen in ihren Verträgen überwiegend keine SAPV vorsehen, wurde wie im Vorjahr mehrfach gefordert, dass die Rahmenbedingungen so gestaltet werden sollten, dass auch PKV-Versicherte in die Versorgung einbezogen werden könnten.

Von einigen Befragten wurden Verbesserungen in der Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten und der Netzwerkarbeit im Allgemeinen positiv hervorgehoben.

Positiv gewertet wurde auch, dass eine intensiviertere Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und palliativ-hospizlich agierenden Strukturen bestehe und diese weiter ausgebaut würden.

Die Anregung der Befragten, in der Richtlinie eine genauere Abgrenzung von allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und SAPV vorzunehmen wurde – wie schon in den Berichten für 2009, 2010 und 2011 dargestellt – auch im Rahmen dieser Befragung wieder geäußert.

Dieser Punkt war bei der Erstellung der Richtlinie seinerzeit sehr ausführlich beraten worden und wurde im Zusammenhang mit der Berichterstellung für die Vorjahre nochmals geprüft. Wesentliches Anliegen war dabei, dass sich allgemeine ambulante Palliativversorgung und SAPV in angemessener Weise ergänzen können sollten. Eine Abgrenzung, die über die in der Richtlinie enthaltene Spezifikation der SAPV hinausgeht, wurde dabei bewusst vermieden, damit u. a. die Versorgung einzelfallbezogen erfolgen und sich besser an den bestehenden Strukturen und deren Leistungsfähigkeit orientieren kann.

Die SAPV-RL grenzt die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Anlehnung an die gesetzliche Zielsetzung der SAPV und die Gesetzesbegründung (BT-Drucksache 16/3100, Seite 106) nicht über die Definition spezifischer Leistungen, sondern über den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten (§ 4 SAPV-RL) von der allgemeinen Palliativversorgung ab. SAPV muss sich inhaltlich – bezogen auf einzelne Leistungen – damit nicht von der allgemeinen Palliativversorgung unterscheiden. Sie wird vielmehr gekennzeichnet durch den besonderen Koordinations- und Versorgungsbedarf, der an die Leistungserbringer besondere Qualifikations- und Erfahrungsanforderungen stellt und komplexe Teamarbeit erfordert, da es sich bei der SAPV um eine Gesamtleistung aus palliativärztlichen und palliativpflegerischen Leistungsanteilen einschließlich Koordinierung handelt.

Konsequenzen für den Regelungsbereich (SAPV-RL) des G-BA werden – wie in den Vorjahren – auch weiterhin nicht gesehen.

Wirklich belastbare Informationen über die Auswirkungen der SAPV auf die Verordnung und das Leistungsgeschehen in anderen Leistungsbereichen fehlen weiterhin. Wie in den Vorjahren war einigen Fragebögen die Einschätzung zu entnehmen, dass durch die SAPV stationäre (Hospiz-) Behandlungen vermieden bzw. verkürzt werden können. Mehrfach wird eine Rückwirkung auf den Bereich der HKP angenommen. Auch Rückwirkungen auf die Leistungsbereiche Heil- und Hilfsmittel bzw. Arzneimittel werden erneut genannt. Ein Kausalzusammenhang etwaiger Veränderungen mit dem Leistungsgeschehen in der SAPV

konnte aber nicht hergestellt werden. Das Leistungsgeschehen unterliegt so vielfältigen Einflüssen, dass ein Zusammenhang von Veränderungen in anderen Leistungsbereichen mit der SAPV nicht belegt werden kann. Der Auftrag, die Rückwirkungen der SAPV auf andere Leistungsbereiche zu ermitteln, ist abermals nicht zufriedenstellend erfüllbar und wäre nur mit einem Untersuchungsaufwand denkbar, der in keinem Verhältnis zu vergleichbaren Auskunftspflichten und damit verbundenen Erhebungen des G-BA stehen würde.

9. Anhang

9.1 Fragebögen

9.1.1 Fragebogen an die Krankenkassen

9.1.2 Fragebogen an die Leistungserbringer

9.1.3 Fragebogen an die Mitgliedsorganisationen der DKG

9.1.4 Fragebogen an die Kassenärztlichen Vereinigungen

9.2 Übersicht aller Freitextangaben

9.1.1 Fragebogen an die Krankenkassen

ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Angaben so verarbeiten und darstellen, dass keine Rückschlüsse auf ihre Person oder Organisationseinheit gezogen werden können. Alle Daten werden ausschließlich vollständig anonymisiert in unseren Bericht einfließen und so an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) weitergeleitet.

WEITERE HINWEISE

Die SAPV-RL sowie alle Beschlüsse des G-BA zu dieser Richtlinie, die tragenden Gründe zu den Beschlüssen und auch die Berichte aus den Vorjahren können Sie auf der Internetseite des G-BA, unter www.g-ba.de (Informationsarchiv → Richtlinien → Veranlasste Leistungen → SAPV-RL) einsehen.

FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2012

ALLGEMEINE ANGABEN

Name der Krankenkasse:

Adresse der Krankenkasse:

Ansprechpartner und Telefon-Nr:

Anzahl Versicherte am 31.12.2012:

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Beantwortung:

--	--	--	--	--	--	--	--

LEISTUNGSFÄLLE

1. Wie viele der von Ihnen in der Zeit vom **01.01.2012 bis zum 31.12.2012** bewilligten Leistungsfälle¹ betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?

Anzahl der Kinder und Jugendlichen:
(keine=0)

--	--	--	--	--

¹ Als Leistungsfall gilt die ohne Unterbrechung durchgeführte Versorgung im Rahmen der SAPV

9.1.2 Fragebogen an die Leistungserbringer

ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ UND ZUR RÜCKSENDUNG AN DEN GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS (G-BA)

Im Rahmen einer Befragung durch den G-BA zur Evaluation der SAPV-Richtlinie, werden Sie aus Datenschutzgründen von einer Krankenkasse angeschrieben, da den Krankenkassen Ihre Adressdaten aufgrund Ihres Vertragsverhältnisses bekannt sind. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte direkt an die unten stehenden Kontaktdaten des **G-BA**. Es ist nicht auszuschließen, dass Sie diesen Fragebogen mehrfach erhalten. Wir würden uns freuen, wenn Sie sich an der Befragung beteiligen und bitten Sie dann, den Fragebogen **einmal**, bevorzugt **in elektronisch lesbarer Form auszufüllen**. Der Fragebogen steht zu diesem Zweck auf unserer Internetseite unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64/> unter dem Menüpunkt „Befragung zur Umsetzung der SAPV-Richtlinie im Jahr 2012 (Fragebogen)“ zum Download bereit. Wir bitten Sie, den Fragebogen bis zum **30. April 2013** an die E-Mail- oder Postadresse des **G-BA** zu senden:

E-Mail: sapv@g-ba.de

Gemeinsamer Bundesausschuss

Befragung zur SAPV-RL

Postfach 12 06 06

10623 Berlin

Sollten Sie Rückfragen zu diesem Fragebogen haben, senden Sie uns diese bitte auch an die o.g. E-Mail-Adresse.

Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Angaben so verarbeiten und darstellen, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person oder Organisationseinheit gezogen werden können. Alle Daten werden ausschließlich vollständig anonymisiert in unseren Bericht einfließen und so an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) weitergeleitet.

WEITERE HINWEISE

Die SAPV-RL sowie alle Beschlüsse des G-BA zu dieser Richtlinie, die tragenden Gründe zu den Beschlüssen und auch die Berichte aus den Vorjahren können Sie auf der Internetseite des G-BA, unter www.g-ba.de (Informationsarchiv → Richtlinien → Veranlasste Leistungen → SAPV-RL) einsehen.

FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2012

ALLGEMEINE ANGABEN

Name des SAPV-Leistungserbringers: Adresse:

Ansprechpartner und Telefon-Nr:

Datum der Beantwortung:

--	--	--	--	--	--

SAPV-LEISTUNGSGESCHEHEN

Bitte beachten Sie, dass sich alle erfragten Angaben ausschließlich auf gesetzlich krankenversicherte Patienten beziehen.

1. Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit **vom 01.01.2012 bis zum 31.12.2012** von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht?

Anzahl der Fälle insgesamt:

--	--	--	--

Sofern keine genauen Angaben möglich sind, können Sie hier eine Circa-Angabe machen.

--	--	--	--

2. Wie viele der unter 1. genannten Fälle betrafen/waren Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?

Anzahl der Fälle
Kinder und Jugendliche:
(keine=0)

--	--	--	--

SAPV-LEISTUNGSGESCHEHEN

3. Für wie viele Patienten wurden im oben genannten Zeitraum verordnete SAPV-Leistungen durch Krankenkassen **endgültig** (ggf. trotz Widerspruchsverfahren bzw. Beseitigung formaler Mängel) abgelehnt?

Anzahl der Patienten:
(keine=0)

--	--	--	--

4. Wie viele der unter 3. genannten Patienten waren Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?

Anzahl der Kinder und Jugendlichen:
(keine=0)

--	--	--	--

5. Welches waren die Gründe, die **bei Erwachsenen** zu einer Ablehnung geführt haben?

9.1.3 Fragebogen an die Mitgliedsorganisationen der DKG

ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Angaben so verarbeiten und darstellen, dass keine Rückschlüsse auf ihre Person oder Organisationseinheit gezogen werden können. Alle Daten werden ausschließlich vollständig anonymisiert in unseren Bericht einfließen und so an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) weitergeleitet.

WEITERE HINWEISE

Die SAPV-RL sowie alle Beschlüsse des G-BA zu dieser Richtlinie, die tragenden Gründe zu den Beschlüssen und auch die Berichte aus den Vorjahren können Sie auf der Internetseite des G-BA, unter www.g-ba.de (Informationsarchiv → Richtlinien → Veranlasste Leistungen → SAPV-RL) einsehen.

FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2012

ALLGEMEINE ANGABEN

Name der Mitgliedsorganisation:

Adresse der Mitgliedsorganisation:

Ansprechpartner und Telefon-Nr:

Datum der Beantwortung:

--	--	--	--	--	--	--

SAPV-LEISTUNGSGESCHEHEN

1. Haben sich aus Ihrer Sicht durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben? (Bitte machen Sie dazu nur Angaben, soweit Sie die Rückwirkungen anhand konkreter Erkenntnisse auch quantifizieren können.)

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:

HINWEISE ZU DEN FRAGEN 2-3

In der SAPV-RL werden die Voraussetzungen dargelegt, nach denen ein Anspruch auf SAPV entsteht einschließlich der Definitionen zu Schwere und Ausmaß der Erkrankungen und dem Bedarf nach einer besonders aufwendigen Versorgung. Außerdem werden die Zusammenarbeit der Leistungserbringer, die Verordnung von SAPV und die Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse geregelt.

Vertragsgestaltung, Vergütung und Abrechnung sind nicht Gegenstand der SAPV-RL und können daher im Rahmen dieser Befragung nicht berücksichtigt werden.

Damit Ihre Hinweise Eingang in die Auswertung finden können, bitten wir um möglichst konkrete Benennung der Aspekte, die aus Ihrer Sicht einer Klarstellung in der SAPV-RL bedürfen.

ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

2. Sind aus Ihrer Sicht die Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend konkretisiert?

Ja

Nein

Wenn **nein**, benennen Sie uns bitte die Aspekte, die einer Konkretisierung in der Richtlinie bedürfen:

9.1.4 Fragebogen an die Kassenärztlichen Vereinigungen

ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Angaben so verarbeiten und darstellen, dass keine Rückschlüsse auf ihre Person oder Organisationseinheit gezogen werden können. Alle Daten werden ausschließlich vollständig anonymisiert in unseren Bericht einfließen und so an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) weitergeleitet.

WEITERE HINWEISE

Die SAPV-RL sowie alle Beschlüsse des G-BA zu dieser Richtlinie, die tragenden Gründe zu den Beschlüssen und auch die Berichte aus den Vorjahren können Sie auf der Internetseite des G-BA, unter www.g-ba.de (Informationsarchiv → Richtlinien → Veranlasste Leistungen → SAPV-RL) einsehen.

FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2012

Kassenärztliche Vereinigung:

Adresse der Kassenärztlichen
Vereinigung:

Ansprechpartner und Telefon-Nr:

Datum der Beantwortung:

--	--	--	--	--	--	--

SAPV-LEISTUNGSGESCHEHEN

1. Haben sich aus Ihrer Sicht durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben (Bitte machen Sie dazu nur Angaben, soweit Sie die Rückwirkungen anhand konkreter Erkenntnisse auch quantifizieren können)?

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:

HINWEISE ZU DEN FRAGEN 2-3

In der SAPV-RL werden die Voraussetzungen dargelegt, nach denen ein Anspruch auf SAPV entsteht einschließlich der Definitionen zu Schwere und Ausmaß der Erkrankungen und dem Bedarf nach einer besonders aufwendigen Versorgung. Außerdem werden die Zusammenarbeit der Leistungserbringer, die Verordnung von SAPV und die Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse geregelt. Vertragsgestaltung, Vergütung und Abrechnung sind nicht Gegenstand der SAPV-RL und können daher im Rahmen dieser Befragung nicht berücksichtigt werden. Damit Ihre Hinweise Eingang in die Auswertung finden können, bitten wir um möglichst konkrete Benennung der Aspekte, die aus Ihrer Sicht einer Klarstellung in der SAPV-RL bedürfen.

ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

2. Sind aus Ihrer Sicht die Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend konkretisiert?

Ja

Nein

Wenn **nein**, benennen Sie uns bitte die Aspekte, die einer Konkretisierung in der Richtlinie bedürfen:

9.2 Übersicht aller Freitextangaben

Freitextangaben der Krankenkassen / 2012

Frage 3: Haben sich aus Ihrer Sicht durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben (Bitte machen Sie dazu nur Angaben, soweit Sie die Rückwirkungen anhand konkreter Erkenntnisse auch quantifizieren können)?

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
05	Überschneidungen Leistungserbringung HKP und SAPV. Abgrenzungsschwierigkeiten. Koordinationsproblematik der verschiedenen Leistungserbringer.
12	U. U. Doppelversorgungen im Bereich der Kinder-Intensiv-HKP.
37	Pflege §§ SGB XI
77	<p>Nicht belegbar, sondern nur vermutet werden folgende Schnittstellen bzw. Auswirkungen:</p> <p>Eine Schnittstelle zur PV durch vermehrte Eilbegutachtungen, da unter anderem auf der Verordnung Hinweise (z. B. Pflegeeinstufung etc.) gegeben werden, die dann an die zuständige Pflegekasse weitergeleitet werden.</p> <p>Bei der Verordnung von SAPV im Rahmen der "vollständigen Versorgung" ergeben sich Schnittstellen auf den Bereich der "normalen/somatischen" HKP, wenn bei dem Patienten zwei Pflegedienste involviert sind. An dieser Stelle wird dann geprüft, welcher Pflegedienst welche Leistungen erbringt und ob eine Bündelung der erforderlichen Leistungen (dieses ist dann jedoch im Detail von den individuellen vertraglichen Regelungen abhängig) auf das SAPV-Team möglich ist.</p> <p>Bei der VAC-Therapie wird vermehrt festgestellt, dass Patienten mit großen unheilbaren Wunden nach Hause entlassen werden. Hier erfolgt dann fast immer die Unterstützung durch eine entsprechend SAPV-Versorgung. Im Hintergrund steht hier der Wunsch der Patienten in der Häuslichkeit zu versterben.</p>
86	Zusammenspiel der Leistungen → insbesondere HKP (Infusionsleistungen, Schmerztherapie, Medikamentengabe) MDK-Beurteilung (Grundlage)

Frage 4: Sind aus Ihrer Sicht Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend berücksichtigt?

Wenn nein, warum nicht:

Identif.	Text
04	Altersabgrenzungen fehlen: Da es in unserem Bundesland separate Verträge für die Versorgung von Kindern im Rahmen der SAPV gibt, ist die Frage nach der Altersabgrenzung relevant. Trotz der Diagnosen der Patienten erreichen diese des Öfteren auch das junge Erwachsenenalter. Ein Wechsel des SAPV-Teams ist dann schwer vermittelbar.
16	Die Richtlinie ist recht allgemein. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen sind die Verträge der Pflegedienste maßgebend, nicht die Richtlinie. Verträge sind je nach Bundesland sehr unterschiedlich.
32	Die Richtlinie ist recht allgemein gehalten. Die Verträge sind je nach Bundesland unterschiedlich.
66	Konkretisierung des Aspektes „den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“. § 1, Abs. 4 SAPV-R
79	Darstellung der Abgrenzungskriterien zwischen AAPV und SAPV bei Kindern im Hinblick auf die Grundformulierung der SAPV – nicht heilbare, fortschreitende, die Lebenserwartung begrenzende Erkrankung und besonders aufwändige Versorgung. Darstellung von besonderen Belangen bei Kindern, die zusätzlich oder im Unterschied zur Erwachsenenversorgung, ein besonderes oder zusätzliches Potential (fachlich, personell) bzw. Beachtung bedürfen.
86	Spezieller Kindervertrag sollte Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen regeln (bsp.: Qualifizierte Ausbildung der Pflegekräfte, geeigneter Betreuungsort).

Frage 5: Gibt es aus Ihrer Sicht Erkenntnisse, die Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
05	Notwendigkeit von Abgrenzungskriterien SAPV zur AAPV.
07	Die SAPV-Richtlinie sollte den Gesetzestext nicht „abschreiben“, sondern zur sinnvollen Umsetzung beitragen. Daher ist der Begriff „aufwändig“ in § 4 SAPV-RL zu ändern in „betreuungsintensiv“. Der Begriff „aufwändig“ ist ungeeignet, weil er ökonomisch besetzt ist i. S. „teuer“; darum geht es bei der SAPV indessen nicht.
09	Innerhalb der SAPV-Richtlinie sollten Abgrenzungskriterien zwischen der AAPV und der SAPV deutlicher formuliert werden. Letztendlich soll der Patient anhand seine Gesundheitszustandes sowohl durch Leistungserbringer der AAPV als auch durch Palliative-Care-Teams in der SAPV versorgt werden können. Hierzu sind klare Abgrenzungskriterien notwendig.
41	Die Qualitätsabfragen sind zu verbessern. Die Möglichkeit der einzelnen Kasse zur

	Qualitätsüberprüfungen sind sehr begrenzt.
77	<p>Zu § 1 Abs. 3 der SAPV-RL Eine Klarstellung zur Abgrenzung der „allgemeinen vertragsärztlichen Palliativversorgung in Hospizen“ (durch üblichen behandelnden Vertragsarzt des Patienten) zum Einsatz des „Palliativmediziners im Rahmen der SAPV“ wäre wünschenswert. Vorstellbar wäre, dass der Palliativmediziner eines PC-Teams (oder ggf. im Rahmen der Kostenerstattung) nur auf Anforderung des Hospizes zum Einsatz kommt.</p> <p>§ 3 der SAPV-RL Konkretisierung der voraussichtlichen Lebenserwartung durch den verordnenden Arzt als zwingende Angabe, bzw. Deckelung des Gesamtverordnungsvolumens auf 6 Monate. Es fehlt ein deutlicher Hinweis, dass auf das jeweilige Symptomgeschehen abgestellt wird und SAPV sich hierdurch von der HKP unterscheidet. Einer "Dauerverordnung" muss entgegengewirkt werden.</p> <p>§ 5 Abs. 3 Inhalt der SAPV Ruf-, Notfall- und Krisenintervention rund um die Uhr als Inhalt der SAPV Aus Sicht der Praxis ist diese Leistung eine Voraussetzung für die Zulassung eines PC-Teams und stellt keine einzelne, spezielle Leistung der SAPV dar. Sie dient nur als Weg, definierte SAPV-Leistungen zeitnah in Anspruch zu nehmen. Vgl. Hessen Vertrag § 3 Abs. 5 Versorgungskonzept Nr. 10 Vgl. BW Vertrag Anlage 1 SAPV Strukturhebungsbogen Nr. 3 Personelle Anforderungen In den Verträgen wird diese Leistung unterschiedlich geregelt. Unter Grundsätze der Leistungserbringung (BW) / der Inhalt der Leistungen (BW Vertrag § 4 Dritter Punkt – Hessen Vertrag § 7 Nr. 2 d) sowie Nr. 3 d) und 4 d)). In den Verträgen wird nur darauf hingewiesen, dass die Bereitschaft nicht als alleinige Teilleistung verordnet werden kann. Zur Abrechnung wird nichts ausgeführt. Ausgenommen im Vertrag in NRW unter § 1 Nr. III und IV – hier wird die Abrechenbarkeit ausgeschlossen.</p>
79	Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot; eine Konkretisierung der erforderlichen ärztlichen Teilleistung in stationären Hospizen unter Berücksichtigung, dass in diesen bereits vertraglich gebundene Ärzte tätig sind, wird als erforderlich angesehen.
89	<p>Schwierigkeiten macht weiterhin die Leistungsabgrenzung zwischen allgemeiner Palliativversorgung gemäß § 37 SGB V und der lukrativen SAPV. SAPV-Teams werden zum Teil von Krankenhäusern eröffnet. Die Krankenhäuser überführen dann die Versicherten in ihre eigenen SAPV-Stationen. Bis die Kassen mit Hilfe des MDK dann mühsam nachgewiesen haben, dass eine SAPV nicht notwendig ist, vergehen mehrere Tage. Klare Leistungsabgrenzungen wären wünschenswert.</p>

Freitextangaben der Leistungserbringer / 2012

XXX und **gelb** markiert sind die Stellen, an denen die handschriftlichen Angaben nicht zu entziffern waren.

Frage 5: Welches waren die häufigsten Gründe, die bei Erwachsenen zu einer Ablehnung geführt haben?

Identif.	Text
002	Die Komplexität des Symptomgeschehens war nicht mehr gegeben.
003	Noch keine (z.Z.) SAPV ersichtlich. Bereits eingebundenes Intensivteam – Frage der Notwendigkeit „beider“ Teams (mit erneuter Stellungnahme dann aber korrigiert).
006	Nicht-onkologische Erkrankungen am Lebensende. Versorgung SAPV in stationären Einrichtungen (diese könnten palliative Versorgung selbst leisten – wir reden hier von SAPV, also einer komplexen Leistung mit Palliativmediziner, PC-Pflege, Case Management...). Besonders aufwändig ist nicht definiert und somit auslegbar, wer definiert, der Palliativmediziner, der den Patienten aufgenommen hat, oder der MDK-Begutachter, der den Patienten nicht kennt.
007	Aus der Sicht des MDK wurden nach Rücksprache mit ärztlichen Kollegen folgende Gründe angegeben: <ul style="list-style-type: none"> • Prognose sei unklar (insbesondere bei nicht-onkologischen Patienten) • Symptomatik sei nicht komplex genug für eine SAPV-Betreuung (dies wird u. a. an der zum Einsatz kommenden Medikation festgemacht)
008	Größtenteils waren das Teilablehnungen (20), d.h. die verordnete SAPV-Leistung wurde runtergestuft, z.B. von Teilversorgung auf Koordination, mit dem Hinweis, dass für die beantragte Verordnungsstufe keine ausreichende Begründung gefunden werden konnte. Bei den kompletten Ablehnungen konnte keine SAPV-Relevanz von Seiten der Kasse nachvollzogen werden. Dies betrifft ausschließlich Nicht-Tumor Patienten, bei denen es allgemein deutlich schwieriger ist eine SAPV-Relevanz verständlich zu machen.
010	Der MDK hat nicht bzw. keine Lebenszeitbegrenzung gesehen. Psychosoziale Umstände wurden nicht berücksichtigt.
013	Nichtvorliegen der Teilnahmevoraussetzungen.
014	Unverschuldete Überschreitung der Drei-Tagesfrist (Verordnungsvorlage). Leistung wurde von MDK abgelehnt, PCT in der Regel über Ablehnungsgründe nicht informiert, da die Ablehnungen an Hausarzt gesendet werden (z.B. Urlaubszeit). Unvollständige oder falsch ausgefüllte Verordnung (HÄ haben Schwierigkeiten im Umgang mit dem FO 63). Pflegeheimbewohner. Zusätzliche 24h-Pflege.
016	Nicht-onkologischer Patient.

017	Nicht-onkologische Patienten. Keine Morphin-Schmerzmedikation.
021	Laufende palliative Chemotherapien → im Widerspruchsverfahren dann jeweils bewilligt.
024	Laut MDK keine SAPV notwendig, Versorgung durch AAPV ausreichend bzw. keine SAPV im Hospiz.
027	SAPV-Grundlage war für MDK nicht ersichtlich bzw. erkannte schwierige soziale Krisenintervention nicht an → insgesamt ein ständiges Problem.
028	Gründe bei zwei Teiblehnungen, die nach Widerspruch doch in der ursprünglich verordneten Versorgungsstufe genehmigt wurden: <ul style="list-style-type: none"> • MDK hat festgestellt, dass die medizinischen Anspruchsvoraussetzungen nicht vollständig erfüllt waren (von Teilversorgung auf Koordination) • Erste Teiblehnung: Teilversorgung laut MDK unzureichend begründet (von Teilversorgung auf Beratung). Nach dem ersten Widerspruch hat die Kasse die SAPV vollständig abgelehnt, weil eine Genehmigung von SAPV bei bereits im Hospiz untergebrachten Personen zeitgleich nicht möglich sei. Genehmigung der Teilversorgung nach erneutem Widerspruch mit Vorlage des §1 (3) der Richtlinie des G-BA.
030	Herzinsuffizienz NYHA IV sei keine zum Tode führende Erkrankung. Berechtigung für internistische nicht-onkologische Krankheitsbilder wird in Frage gestellt, z.B., wenn ein Dialyse-Patient sich nicht mehr dialysieren lassen möchte und zuhause sterben möchte – ohne Luftnot, Schmerzen u.a. Fehleinschätzung der Prognose bei fortgeschrittenem Pankreaskarzinom durch den MDK. Hinweis auf Regelversorgung, die aber z.B. nicht zur Verfügung steht, bzw. Fehleinschätzung der Machbarkeit in der Regelversorgung. Ein Hausarzt kann nicht (öfter) plötzlich aus der Sprechstunde gehen, um u.U. mehrstündig einen Patienten vor Ort zuhause zu versorgen. Oft sind nicht einmal tägliche Hausbesuche möglich, wenn auch notwendig bei unkontrollierten Symptomen oder rasche Erkrankungsdynamik. Nicht-medizinische Betreuungsgründe, z.B. Beratung zu schwierigen Wundverhältnissen (perforierter Tumor), Familienkonferenzen
032	Gutachten des MDK: med. Notwendigkeit der SAPV nicht gegeben, allgemeine palliative Versorgung sei ausreichend.
034	Patient hatte 24 h Pflegedienst bei Tracheotomie und Beatmung → palliative Kompetenz wurde dort vorausgesetzt, war aber nicht gegeben → 24h Rufbereitschaft sei deshalb nicht notwendig; trotz erheblicher Symptomlast. Patient war im Heim → dort sei ebenso 24h Pflege vor Ort; Frage nach palliativer Kompetenz interessierte nicht Mehrfach: Symptomlast sei nicht ausreichend.
035	Zielsetzung des Patienten gleichzeitig auch kurativ.
039	Verspätetes Einreichen der Verordnung (z.B. wenn die Verordnung beim Hausarzt „liegen bleibt“).
041	Keine ausgeprägten Symptome vorhanden, die einer SAPV-Verordnung entsprechen.
042	Keine SAPV relevanten Diagnosen. Begrenzte Lebenserwartung (z.B. bei MS oder ALS-Erkrankten).

043	M.E. Willkür der Krankenkasse ([Krankenkasse]!).
045	Siehe beigefügtes Absageschreiben der Krankenkasse in Kopie (bei allen 5 Patienten gleich).
047	Kostenträger argumentieren: - med. Kriterien für SAPV seien nicht erfüllt - eine palliative Situation läge (trotz Symptomkomplex) nicht vor.
048	Keine lebensverkürzende Erkrankung. Niereninsuffizienz, Herzinsuffizienz im Terminalstadium.
051	Begründungsprobleme auf Seiten HA, Verständnisprobleme auf Seiten Sachbearbeiter.
053	Die Notwendigkeit der SAPV war seitens der Krankenkasse nicht gegeben.
054	Keine SAPV sondern „nur“ AAPV oder AZ-Verbesserung.
055	Patienten hatten keine Tumorerkrankung, Lebens(rest)dauer war schwer abschätzbar. Hinweis: Auf Grund der Genehmigungspolitik der Krankenkassen werden internistische und neurologische Patienten fast gar nicht in die SAPV eingeschrieben (unter 3% aller betreuten Fälle).
059	Keine Karzinomerkrankung. Stabilisierung des AZ. Schwierigkeiten nach der zweiten Folgeverordnung.
060	Notwendigkeit nicht eindeutig erkennbar.
061	Private Krankenversicherungen, die die SAPV nicht in ihrem Leistungskatalog haben.
062	Wir hatten keine Ablehnungen, aber Fälle, die nicht verlängert werden konnten, weil schon 3x ausgestellt wurde.
063	Keine onkologische Erkrankung, daher zeitliche Begrenzung ca. 3-10 Tage. Genehmigung – dann Ablehnung.
064	Nicht final. Begrenzte Lebenserwartung von Wochen/Monaten nicht erkennbar. Angegebene XXX SAPV-VO steht nicht im Entlassungsbrief. Patient bestens versorgt, da stat. Pflegeeinrichtung. Keine Notwendigkeit palliativer Versorgung ersichtlich. Med. Voraussetzung nicht erfüllt. Es besteht kein akuter Interventionsbedarf. Laut Arztbrief liegt keine Schmerzsymptomatik vor.
065	Eine zu spät eingereichte SAPV.
066	Kein komplexes Symptombild. Keine spezielle Erkrankung, die die SAPV gewährleistet laut MDK.
069	Ablehnung, da laut Ansicht des MDK die Schwere des palliativen Symptomgeschehens nicht ausreichend für SAPV war.
070	Privatversicherer, die dieses Leistungsangebot ablehnen.

072	Schwierigkeiten mit Krankenkasse außerhalb unseres Bundeslandes → Anfangs [Krankenkasse]: konnte mit Sachbearbeiter Unterschied zu ambulanter Pflege und SAPV-Team geklärt werden.
073	Notwendigkeit für anzupassende Symptomkontrolle und besonders aufwändige grundpflegerische palliative Versorgung nicht ausreichend belegt. Medizinische Voraussetzungen für SAPV liegen aktuell noch nicht vor.
075	Verbesserung der Symptomatik.
076	Die Indikation zur SAPV konnte von der Kasse nicht nachvollzogen werden.
077	Keine endgültige Ablehnung, aber zu Beginn des Vertrags ca. 25% Abstufungen (in der Regel von Teilversorgung auf Koordination/Beratung), sämtlich durch Widersprüche geklärt.
078	SAPV-Voraussetzungen lägen nicht vor.
079	Nicht ordnungsgemäß ausgefüllte SAPV-Verordnungen durch Hausärzte oder Krankenhausärzte. Pflegeheimbewohner. Das Nichtvorhandensein einer Tumorerkrankung. Versorgungszeitraum, der über 3 Monate hinausgeht.
080	Kein komplexes Symptomgeschehen. Keine passende Medikation. Keine klar begrenzte Lebenserwartung erkennbar.
084	Patient besitzt die Voraussetzungen für die SAPV laut Kasse nicht; jeweils Patient mit Schlaganfall.
085	Z. T. konnte kein onkologischer Bericht vorgelegt werden. Eine Stellungnahme des Palliativmediziners war für einige Kassen ([Krankenkasse]) nicht ausreichend! Verspätete Ausstellung von Verordnungen vom zuständigen Mediziner. Einige Kassen übernahmen die Kosten rückwirkend nicht! (Bsp.: Versorgung vom 01.-31.10., VO ausgestellt am 03.10., 01. + 02.10. wurden von Kasse ([Krankenkasse]) nicht übernommen)
087	Trotz erheblicher komplexer Symptome zu langes Überleben. Bei einigen nicht onkologischen Patienten wurde die Schwere des ICM-Bildes nicht akzeptiert (schwerwiegende neurologische Erkrankung, ALS). Gutachter halten orale Therapien für weniger überwachungswürdig als Injektionen (Frage: „Wie oft mussten Sie nachts am Wochenende persönlich Morphin spritzen?“ – Wortlaut MDK).
088	Voraussetzungen für SAPV waren nicht ausreichend erfüllt.
089	Teilnahmevoraussetzung war nicht erfüllt.
090	Im Rahmen des „Vertrauensschutzes“ wurden, bis auf ein Fall (den haben wir dann gar nicht in die SAPV genommen), alle Fälle abgerechnet. Folgeanträge wurden ca. 25 im Jahr abgelehnt.
092	Lange Verweildauer ohne Änderung der Therapie oder des Symptomgeschehens.

093	Diese werden von den Versicherungen <u>nicht</u> deklariert; aber zu nennen sind - Indikation nicht anerkannt; - immer wieder <u>Ablehnung</u> Teilversorgung und lediglich Anerkennung Beratung; - Konfliktfeld: Patienten im stationären Hospiz → trotz <u>ärztlicher</u> Rufbereitschaft (24 Std.) und auch erfolgter Beratungen / Besuche wurde hier Teilversorgung abgelehnt.
094	Begründung häufig: „Notwendigkeit für die SAPV nicht ersichtlich“.
095	Patienten im Pflegeheim ohne Tumorerkrankung, bei denen vorab eine terminale Situation nicht nachgewiesen werden konnte; Patienten sind innerhalb von 6 Monaten verstorben!
096	Privater Krankenversicherungsstatus.
097	Ablehnung erfolgte nur, wenn die SAPV bei einem Patienten länger als ein Jahr andauerte (galt als unplausibel)! Ablehnung erfolgte, weil der Patient Asylbewerber war!
098	Keine ausreichende medizinische Begründung für SAPV → Wechsel auf AAPV.
104	Diskussionen ergeben sich immer wieder bei Nicht-Krebspatienten, aber wir können dann doch klarstellen, warum wir zusätzlich gebraucht werden.
105	Keine SAPV notwendig. Häufiger Rückstufung von Teilversorgung auf Koordination wegen Maßnahmen zur Lebensverlängerung (z.B. Chemotherapie).
112	SAPV-Kriterien sind nicht gegeben.

Frage 6: Welches waren die häufigsten Gründe, die bei Kindern und Jugendlichen zu einer Ablehnung geführt haben?

Identif.	Text
005	In früheren Jahren waren die Bewilligungen eines Intensivpflegedienstes 2x der Grund zur Ablehnung des Kinderpalliativteams.
019	Symptomlast nicht so ausgeprägt, dass eine SAPPV notwendig wäre. Die vorhandenen Versorgungsstrukturen seien ausreichend. Bei 2 Fällen wurden nur Teilbeträge, d.h. nicht die volle Pauschale, finanziert.
037	Laut MDK-Gutachten war eine SAPV nicht notwendig. Eine häusliche Intensivpflege in Verbindung mit fachärztlicher Betreuung sind ausreichend und zweckmäßig. Nach Wechsel der Krankenkasse gab es dieses Problem nicht mehr.
107	<p>2012 keine endgültigen Ablehnungen, da in regem Kontakt und Austausch mit den Krankenkassen; durch Erklärungen und viele telefonische Kontakte ließen sich viele Unklarheiten beseitigen.</p> <p>Häufige Kritikpunkte der Krankenkassen waren beispielsweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angeblich keine SAPV-Leistung möglich bei 24-Stunden-Intensivpflege oder aber auch überhaupt ambulanter Kinderkrankenpflege (da andere Sozialleistungen aber unberührt bleiben und pädiatrische Palliativteams nicht die Pflege am Patienten übernehmen weder inhaltlich noch rechtlich korrekt). • Intermittierende Unterstützung (passt nicht zur Vorstellung einer progredient verlaufenden Erkrankung, die immer mehr Symptome macht. SAPV darf aber bedarfsgerecht auch intermittierend erfolgen). • Lebenserwartung sei nicht auf Tage, Wochen, Monate begrenzt (im Bereich der pädiatrischen Palliativversorgung erlaubt).
110	SAPV-Kriterien unzureichend vorhanden.

Frage 7: Haben sich aus Ihrer Sicht durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben (Bitte machen Sie dazu nur Angaben, soweit Sie die Rückwirkungen anhand konkreter Erkenntnisse auch quantifizieren können)?

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
001	<p>Reduzierung von Krankenhauseinweisungen.</p> <p>Durch die SAPV-Umsorgung war es möglich, den Willen der Patienten zu respektieren, zu Hause oder im Pflegeheim die Versorgung vorzunehmen.</p> <p>Verbesserung der Zusammenarbeit mit qualifizierten Palliativärzten und den Hospizdiensten.</p>
003	<p>Angehörige ggf. auch Patienten „verzichten“ auf Einbindung amb. Pflegedienste, trotzdem Verlauf „Pflege“ erfordert (Abgrenzung SAPV-Team dann schwierig).</p> <p>Hausarzt nimmt sich nach SAPV-VO häufig sehr / ganz zurück.</p> <p>SAPV-VO-Kriterium „besonders aufwändige Versorgung“ NICHT als „Budget-Entlastung“ für teure Wundverbandstoffe oder parenterale Ernährung gedacht (Rp.).</p>
004	<p>SAPV ermöglichte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für ca. 30 % der betreuten Patienten eine frühzeitigere Entlassung aus der stationären Behandlung bzw. SAPV macht die Entlassung überhaupt erst möglich. • Für ca. 30 % der von uns betreuten Patienten konnte die bei Erstkontakt „indizierte“ stationäre Aufnahme (aufgrund Überforderung der ambulanten Versorgung ohne SAPV) vermieden werden → Absicherung des Verbleibs zu Hause gelang. • Für Patienten die bei Erstkontakt nicht die SAPV-Aufnahmekriterien erfüllen erfolgt die Rufbereitschaft als Angebot in Notsituationen → in 5 Fällen wurden Notarzteinsätze und stationäre Einweisung durch Notarzt vermieden.
005	<p>Dagegen funktioniert die Hilfsmittelversorgung und Koordination der Pflege für Kinderpalliativpatienten im [Bundesland] IV-Vertrag deutlich besser, da es für jede Krankenkasse einen Ansprechpartner gibt.</p>
007	<p>Wir schulen regelmäßig ärztliche Kollegen zu palliativmedizinischen Fragestellungen, insbesondere Notärzte und niedergelassene Ärzte im KV-Bereitschaftsdienst.</p> <p>Diese melden zurück, dass die Inanspruchnahme für onkologische Palliativpatienten sowohl im KV-Bereitschaftsdienst als auch im Rettungsdienst zurückgegangen ist.</p>
008	<p>Ablehnung von Behandlungspflege für einen bereits involvierten Pflegedienst, der auch mehrmals täglich vor Ort zur Grundpflege war.</p>
009	<p>Effektive und patienten-/symptomorientierte Weiterversorgung nach Entlassung von der Palliativstation.</p> <p>Verhinderung der Wiederaufnahme von Patienten im Finalstadium.</p> <p>Gute Versorgungsmöglichkeit im Pflegeheim (Hospizverlegung kaum mehr erforderlich).</p>
010	<p>Krankenhauseinweisungen von Palliativpatienten sind deutlich zurückgegangen.</p> <p>Die Netzwerkarbeit hat sich deutlich verbessert.</p>

011	<p>Krankenhauseinweisungen bzw. häufiges wieder Einweisen wurde vermieden. Entlastung der Hausärzte sowie anderer Pflegedienste – dadurch engere Zusammenarbeit. In vollstationären Pflegeheimen hat die Unterstützung durch SAPV zugenommen. Hospizaufenthalte werden vermieden. Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB IX bedingen, vermutlich aufgrund stärkerer Überlastung der Angehörigen, häufiger einen stationären Krankenhausaufenthalt.</p>
013	<p>Vergrößerung des Einzugsgebietes des stat. Hospizpatienten. Verringerung der Krankenhauseinweisungen am Lebensende (81% SAPV-Patienten versterben im Pflegeheim oder zu Hause, 18% im stat. Hospiz, 1% im Krankenhaus).</p>
014	<p>Vernetzungen und Kooperationen haben Schnittstellen und Kommunikationsstrukturen unter Leistungserbringern (Ärzte, Pflegedienste, Pflegeheime, Apotheken etc.) verbessert. Diese verbesserten Strukturen kommen insbesondere in Krisensituationen zum Wohl des Patienten und seiner Angehörigen zum Tragen. Schwerkranke Menschen können frühzeitiger aus dem Krankenhaus entlassen werden, Liegezeiten im Krankenhaus können verkürzt werden. Kooperationen zwischen Krankenhäusern und PCTs und eine frühzeitige Kontaktaufnahme zum Patienten und seiner Angehörigen verbessern das Entlassungsmanagement, vermeiden Doppelstrukturen und erhöhen die Sicherheit aller Beteiligten. Anteil der zu Hause versterbenden Patienten mit ausgeprägten Symptomkomplexen nimmt stetig zu, insbesondere bei onkologisch erkrankten Menschen, aber auch Patienten mit COPD, fortgeschrittener Demenz, kardiovaskulären Erkrankungen etc.</p>
019	<p>Bei den wenigen Patienten ist es schwierig, die Änderungen statistische zu belegen. Sicherlich versterben mehr Kinder in ihrer häuslichen Umgebung. Dies ist gut so.</p>
023	<p>Vermehrte Mitwirkung der niedergelassenen Haus-Kinderärzte in der Betreuung durch intensive Kooperation mit dem SAPV-Team. Weniger stationäre Aufnahme in Krisensituationen. Weniger Patienten versterben in Klinik, mehr Patienten zu Hause (2012: 16 Patienten verstorben, davon 13 zu Hause). Pflegedienste: intensive Kooperation – Qualifizierung in Palliativpflege.</p>
024	<p>Brückenpflege in [Bundesland] hat bessere Versorgungsstrukturen von Serviceleistung einer Klinik → hin zu gesicherter Versorgung der Palliativpatienten im ambulanten Bereich. Verbesserung der Schnittstelle stationäre Versorgung – Überleitung durch Brückenpflege – Hausärzte. Verbesserung der Kommunikation mit Hausärzten. Bessere Betreuungsmöglichkeiten für Sterbende im häuslichen Umfeld (Netzwerkstruktur – Arzt/Pflege/andere Leistungserbringer).</p>

025	<p>Der Anforderungsdruck auf die Leistungserbringer der AAPV ist durch die SAPV gestiegen. Dies ist Folge der zunehmenden Bekanntheit von Hospizangeboten und Palliativversorgungsangeboten in der Region bei Betroffenen und Angehörigen.</p> <p>Die SAPV als ergänzendes Angebot führt auch durch die gemeinsamen Begleitungen von Menschen am Lebensende zu Struktur- und Prozesseffekten in der AAPV. So steigt der Anteil derer, die innerhalb einer Versorgung durch die AAPV zuhause bleiben, in der Region Augsburg an.</p> <p>SAPV wirkt nach den Forschungsergebnissen der Universität Augsburg neben der Symptomkontrolle auch durch die vermittelte Sicherheit („Sicherheitsversprechen“) und die Alltagsrahmung (Herstellung einer „Normalität“). Inzwischen erreichen uns regelhaft Rückmeldungen von Angehörigen nach dem Versterben von Menschen, die nie durch die SAPV versorgt wurden und die sich bei uns als SAPV-Leistungserbringer bedanken für die Sicherheit, die ihnen das Wissen von der SAPV vermittelt haben.</p> <p>Es kommt – auch durch die SAPV – zu einem Umdenkungsprozess des Sterbens (erkennbar an den Rückmeldungen der Angehörigen).</p>
028	<p>Bei allen Patienten, die 2012 in der Teilversorgung behandelt wurden (122 Patienten), hatten wir einen einzigen Notarzteinsatz.</p> <p>Deutlich weniger Patienten versterben unter SAPV im Krankenhaus: in unserem ersten Jahr: 17% im Krankenhaus, 55% zuhause; in unserem zweiten Jahr: 12% im Krankenhaus, 68% zuhause. Die übrigen Patienten starben im Hospiz oder im Pflegeheim</p>
030	<p>In unserem Versorgungsgebiet sind durch die SAPV mehr und frühere Entlassungen nach zu Hause möglich. Dies gilt sowohl für die Palliativstation als auch für den Bereich der Regelstation. Weniger Patienten müssen wieder ins Krankenhaus aufgenommen werden, da die Versorgung zuhause sichergestellt werden kann und die Therapieziele klarer sind. Insgesamt kommt es durch die SAPV zu weniger Notfalleinsätzen, z.B. durch die hausärztliche Rufbereitschaft, Rettungsdienst oder Notarzt. Ermöglicht wird dies durch Aufklärung, Beratung und Befähigung insbesondere der Patienten selbst und der sie versorgenden Angehörigen. Dagegen erfordert die adäquate Beratung von ambulanten Pflegediensten sowie im hausärztlichen Bereich ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz und Koordinationszeit. Über die Inanspruchnahme von SAPV erreichen durch Vernetzung und Koordination auch hospizliche Leistungen die Patienten und die sie versorgenden Familien bzw. Einrichtungen. Vielfach ist hier im weiteren Verlauf auch eine dauerhafte oder zumindest vorübergehende Entlassung in eine rein hospizliche Betreuung (ohne SAPV) möglich geworden.</p>
033	<p>Krankenhausbehandlungen in Krisensituationen konnten diverse Male vermieden werden.</p>
035	<p>Entlassungen werden für Patienten möglich, bei denen dies vorher nicht gewährleistet war. Bei SAPV-Patienten keine Einsätze des Rettungsdienstes, keine Besuchsanforderungen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes.</p> <p>SAPV-Patienten in Heimen konnten in Krisensituationen dort verbleiben (!).</p>
039	<p>Entlastung der Hausärzte, die in aller Regel dankbar sind für die Zusammenarbeit. 234 Erst-Verordnungen kamen aus dem niedergelassenen Bereich, was allerdings nur über die Akzeptanz etwas aussagt, nicht notwendigerweise, dass die Initiative von den Hausärzten ausgegangen wäre.</p> <p>Die Zusammenarbeit mit dem ambulanten Hospizdienst (ehrenamtliche Hospizhelfer), insbesondere für Wachen in den letzten Lebenstagen und –nächten (302 Begleitungen im Jahr 2012), steigt weiterhin an. Dies ist ein Indiz, dass Hospizdienste durch SAPV gestärkt</p>

	<p>werden.</p> <p>Sowohl die Anfragen aus Pflegeheimen wie von ambulanten Pflegediensten steigen an, was für eine wachsende Akzeptanz spricht.</p>
040	Ablehnung der Vollversorgung durch Beteiligung eines (Palliativ)Pflegedienstes mit Leistungen der Behandlungspflege nach SGB V (ca. 15-20).
041	<p>Verhinderungen eines stationären Krankenaufenthaltes.</p> <p>Verhinderung von Rettungseinsätzen / Notarzteinsätzen.</p> <p>Entlastung der Hausärzte.</p> <p>Entlastung der Pflegedienste.</p>
043	Verbesserte Versorgung, besonders Ressourcen Zeit/Material/Medikamente.
045	<p>Im Land [Bundesland] gibt es <u>keine</u> SAPV-Vollversorgung.</p> <p>HB für Palliativpflegefachkräfte (15 St.) reichen nicht aus, um eine SAPV-Vollversorgung zu gewährleisten.</p> <p>Im Leistungskatalog der häuslichen Krankenpflege sind diese Leistungen <u>nicht</u> enthalten.</p> <p>Pflegedienst bekommt diese Leistungen <u>nicht</u> bezahlt.</p> <p>Für diese Patienten besteht nicht die Möglichkeit diese zu Hause zu versorgen oder es werden Kompetenzbereiche des Pflegedienstes überschritten.</p> <p>Ärztlich delegierte Leistungen werden dem Pflegedienst nicht honoriert.</p> <p>→ Klärung dringend erforderlich</p>
051	<p>Ermöglichung einer zeitnahen Entlassung.</p> <p>Entlastung der HA.</p> <p>Ermöglichung des Verbleibs von SAPV-Patienten in stat. Pflegeeinrichtungen.</p>
055	<p>Verringerung der (Kosten) Behandlungspflege. Wenn SAPV verordnet wird, wird die Kostenübernahme für die Behandlungspflege abgelehnt. In 2012 wurde bei 1 Patienten neben der SAPV auch Behandlungspflege bewilligt (von 220 Betreuungen).</p> <p>Vermeidung von <u>unnötigen</u> stat. Aufenthalten: stat. Aufenthalte auf Grund von Eskalation (Patient /Angehörige) nehmen ab; interessant ist der Anstieg von z.B. stat. Chemos, Bestrahlungen usw., die durch amb. Tätige Ärzte nicht durchgeführt werden können. Hier handelt es sich um indizierte stat. Aufenthalte, die zunehmen.</p>
059	<p>Krankenhauseinweisungen konnten verhindert werden.</p> <p>Weniger ambulante Krankenhausbehandlungen.</p>
061	Die Anzahl der stationären Palliativpatienten ist rückläufig, da durch die SAPV Krankenhauseinweisungen vermieden werden können.
063	<p>Zusammenarbeit / Vernetzung mit Krankenhausstationen und Palliativstationen des Hauses.</p> <p>Zusammenarbeit „Bewusstsein“ fördern palliative Versorgung mit Hausärzten</p>
065	Es ist schon eine Alternative zum Hospiz, wenn zu Hause professionelle Hilfe gewährleistet ist.
068	Weniger Krankenhauseinweisungen.

069	<p>Vernetzung noch besser. Engerer Kontakt zu Hausärzten. Rückwirkungen auf andere Bereiche lassen sich nicht quantifizieren. Keine Auswirkungen auf unsere Palliativstation.</p>
070	<p>Kürzere stationäre Verweildauer. Geringere Wiederaufnahmeraten von palliativ versorgten Patienten. Höhere Versorgungskapazitäten. Entlastung der stationären Versorgung.</p>
071	<p>Der Umgang mit den Verordnungen und die Verordnung der SAPV durch die Hausärzte hat sich gebessert. Es gibt bei den meisten Krankenkassen eigene Sachbearbeiter für die SAPV. Der Kontakt zum MDK geht oft über Telefonate wo offene Fragen auf dem kleinen Dienstweg geklärt werden. Die SAPV-Verordnungen erfolgen später, da die Hausärzte geschulter im Einsatz mit den Medikamenten sind und diese auch verordnen. Die Pflegedienste sind sicherer im Umgang mit der Bedarfsmedikation und den Schmerzpumpen. Pflegedienste rufen im Notfall nicht gleich den Notarzt sondern das SAPV-Team und fragen um Rat. Ethische und spirituelle Bedürfnisse werden schneller erkannt und durch die Pflegedienste an das SAPV-Team weitergeleitet. Der Drehtüreffekt im Pflegeheim wird durch die beratende Funktion des SAPV-Teams oft verhindert und die Patienten können in ihrer gewohnten Umgebung sterben.</p>
072	<p>Laut kooperierenden Hospizgruppen ist mit Beginn SAPV die Zahl der Anfragen an Hospizgruppen zurückgegangen. Das Spektrum der Begleitungen durch ambulante Hospizgruppen hat sich reduziert auf reine Hospizbegleitung geg. Koordination. Vorher hatten Hospizhelfer (ausgebildete Pflegekräfte) teilweise Palliative Care-Aufgaben mitübernommen.</p>
079	<p>Verbesserte Vernetzung und Kooperation zwischen den Leistungserbringern wie Ärzte, Sanitätshäuser, Pflegedienste, Pflegeheime → Patienten können besser begleitet werden. Überleitung aus dem stationären Bereich in die SAPV erfolgt reibungsloser. Mehr Patienten können zu Hause begleitet werden und auch dort versterben.</p>
085	<p>Durch die Aufnahme des Patienten im Palliativnetzwerk konnte eine deutliche Sicherheit für den Patienten sowie dessen Angehörige vermittelt werden (auch wegen der engen Zusammenarbeit mehrerer Professionen, wie z.B. Palliativpflegedienst, Palliativmediziner, amb. Hospizdienst). Z.T. konnte auch ein ambulanter Palliativpflegedienst eingeschaltet werden, welche die Palliativversorgung übernahmen, ein „normaler“ Pflegedienst erbrachte weiterhin Grundpflege. Nach Absprache mit der koordinierenden Stelle konnte z.T. 6x tgl. ein HB geplant werden, im Wechsel mit dem SAPV-Team und dem amb. Pflegedienst.</p>

089	<p>Rückgang der Krankenhauseinweisungen und –aufenthalte.</p> <p>Reduzierte Einweisung in stationäre Hospize.</p> <p>Stärkere Einbeziehung der Pflegedienste für eine qualifizierte Versorgung.</p>
093	<p>Nur 0,06% der betreuten Patienten mussten in Krankenhaus eingewiesen werden.</p> <p>Nur 0,02% benötigten einen Notarzteinsatz.</p> <p>Sterbeorte (bei 318 Verstorbenen in 2012):</p> <ul style="list-style-type: none"> - am Wohnort/zu Hause (164) - stationäres Hospiz (109) - nur 15 im Krankenhaus - 30 auf Palliativstation
094	<p>Krankenhausesentlassung früher möglich, aber auch im schweren Finalstadium (über 20% der Fälle sterben in der 1. Woche).</p> <p>Notfalleinsätze (Rettungswagen) nur selten – ca. 4-5 Mal im Jahr.</p> <p>Krankenhausaufenthalt für die SAPV-Patienten nur kurz (1-2 Tage) → „palliative/therapeutische Eingriffe“.</p>
096	<p>Signifikant weniger vollstationäre Leistungen im Krankenhaus.</p> <p>Weniger Verordnung teurer Chemotherapien.</p>
099	<p>Deutlicher Anstieg der ehrenamtlichen Begleitungen durch die enge Netzwerkarbeit.</p> <p>Deutlicher Anstieg von SAPV-Anfragen aus den Altenheimen.</p>
101	<p>Weniger stationäre Einweisungen.</p>
102	<p>Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und PCTs verbessert das Entlassungsmanagement und eine durchgehende Versorgung des Patienten.</p> <p>Verbesserung der Versorgung / Sicherung der häuslichen Versorgung sterbender Patienten (onkologische Fälle, aber auch COPD-, Demenz-, Herzinsuffizienz-Patienten).</p> <p>Vermeidung unnötiger Notarzteinsätze → Entlastung Rettungsdienst und Kostenreduktion.</p> <p>Vernetzung und verbesserte Kommunikation zwischen den Netzwerkpartnern (Ärzte, Apotheken, Pflegedienste, Hospizvereine).</p> <p>Vermeidung Doppelstrukturen.</p>
103	<p>Bessere Versorgung, weniger Krankenhauseinweisungen.</p> <p>Quantensprung in der Versorgung Sterbender.</p>
104	<p>Bereits bei Aufnahme befanden sich 41% der Patienten in einem Zustand, bei dem eine Krankenhausaufnahme indiziert gewesen wäre (Karnofsky 30% oder weniger). Sie konnten aber mit unserer Unterstützung daheim bleiben.</p> <p>Von den 149 Patienten, welche wir in unserer 24h-Rufbereitschaft betreuten, konnten 74% durchgehend daheim bleiben, 23% waren einmal im Krankenhaus (die Hälfte davon starb bei diesem Aufenthalt), 3% mehrfach.</p> <p>Es ist uns also erneut gelungen, bei schwerstkranken Patienten stationäre Einweisungen zu vermeiden, da sie sich daheim ausreichend versorgt fühlten.</p>
105	<p>Weniger palliativmedizinische Hausbesuche über meine Praxis pro Jahr.</p> <p>Weniger Einweisungen von hoch palliativen Patienten notwendig, da Team immer erreichbar; auch weniger Notarzt-Rufe durch Angehörige.</p>

106	<p>Vermeidung von Krankenhauseinweisungen (durch z.B. ambulante Aszites- und Pleurapunktionen; Kriseninterventionen, Notfallplanungen).</p> <p>Entlassung von Hausärzten und ärztl. Bereitschaftsdienst.</p> <p>Verbesserung der Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten und stationären Einrichtungen.</p> <p>Im Befragungszeitraum wurden insgesamt 123 Patienten betreut, davon sind 75 Patienten (61%) daheim verstorben. Bei der überwiegenden Zahl der Patienten wäre in der Terminalphase eine stationäre Einweisung unumgänglich gewesen.</p>
108	<p>Dank der SAPV erreichen wir die Bewohner von Pflegeheimen besser als früher. Das Pflegepersonal der Heime ruft und – nach guten Erfahrungen – für weitere Patienten.</p> <p>Die Zahl der Anfragen steigt, wobei die Zuweiser manchmal nicht korrekt einschätzen, ob bereits eine SAPV indiziert ist. Diese „Noch-nicht-SAPV-Patienten“ betreut unser Dienst im Rahmen der Brückenpflege oder im Rahmen der AAPV (die jedoch nicht kostendeckend finanziert ist).</p> <p>Die Anzahl von Zuweisungen nicht-onkologischer Patienten ist gestiegen.</p> <p>Die Einnahmen aus der AAPV sind für die Pflege und für unseren Arzt deutlich gesunken, wie die intensiven Betreuungszeiten in den letzten Lebenstagen oder -wochen jetzt in die SAPV fallen.</p>
109	<p>Kürzere Liegezeit Palliativstation.</p> <p>Höhere Sterberate Palliativstation.</p>
110	<p>Zusammenarbeit mit amb. Hospizdiensten: Betreuung vermehrt durch diese in Zeiten wo SAPV nicht in Versorgung ist.</p>
111	<p>Ambulanter Hospizdienst.</p> <p>Einsatz von Ehrenamtlichen ist meist bei SAPV-Patienten nicht gewünscht.</p> <p>Wenn SAPV-Patient nicht mehr in Versorgung, dann meist amb. Hospizdienst miteinbezogen.</p>

Frage 8: Sind aus Ihrer Sicht die Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend konkretisiert?

Wenn nein, benennen Sie uns bitte die Aspekte, die einer Konkretisierung in der Richtlinie bedürfen:

Identif.	Text
003	In einem Vertrag für SAPV-Teams aus der „Erwachsenen-Versorgung“ reicht NICHT der Satz „den besonderen Belangen von Kindern ... ist Rechnung zu tragen...“! Notwendigkeit eigener Kinder SAPV-Teams mit KINDER-Arzt, KINDER-Krankenschwestern, spezielle Notfall-Krisen- und Seelsorger!! Kinder haben völlig andere Bedürfnisse in Schmerztherapie, Psyche, Gefühlsleben, Symptomen und Bedarfen als Erwachsene. DAS haben WIR in der „großen“ Krankenpflege nie gelernt!!!
005	Die Besonderheiten von SAPV für Kinder insbesondere zur Krisenintervention sind oft nicht bekannt. Die Möglichkeiten längerer Versorgungen sollte dargestellt werden.
006	Geringe Anzahl von Kindern mit langen Anfahrtswegen und hohen Vorhaltungskosten. Geringe Anzahl an spezialisierten Diensten erfordert auch hier hohen Aufwand. Ländliche Strukturen bedürfen anderer Versorgungsmodelle (Kinderarzt vor Ort muss involviert sein), es ist eine PC-Netzstruktur anstelle PC-Teamstruktur nötig, andere Versorgungsmodelle als bei Erwachsenen-SAPV. Lebensverkürzende Erkrankung, ab wann ist SAPPV nötig und sinnvoll.
007	Welche Qualifikation ist für die Erbringung von SAPV erforderlich im Sinne einer pädiatrischen Qualifikation? Welche Entfernungen und welche Erreichbarkeiten sind dem Rechtsanspruch auf SAPV hinterlegt?
014	Voraussetzungen der Versorgungsstrukturen quantitativ und qualitativ; die Fallzahlen sind geringer als in der Erwachsenenversorgung, die Aufgaben gegenüber Patient und Umfeld komplexer. Personellen Voraussetzungen (z.B. Pädiatrie, Kinderkrankenpflege, psychologische Unterstützung). Unterstützungsmöglichkeiten durch die Kostenträger zum Strukturaufbau. Besondere Belange von Kindern/Jugendlichen in der SAPV-Situation.
019	Durch die Einrichtung spezieller pädiatrischer SAPV-Teams (SAPPV) flächendeckend in [Bundesland] sind adäquate Strukturen für die Kinder geschaffen worden. Noch ist eine volle Finanzierung wegen der geringen Fallzahlen und der ausgehandelten Pauschalen nicht gegeben. Außerdem fehlt eine psychosoziale Unterstützung der Familien. Dies ist durch den Kinderhospizdienst nur unzureichend möglich.
023	Anspruchsvoraussetzungen sind in § Abs. 3 Satz 2 nicht ausreichend für die SAPV für Kinder und Jugendliche bzgl. Lebenserwartung und Krisenintervention konkretisiert; sollte in einem eigenen Absatz aufgenommen werden. Besonderer Bedarf der psychosozialen Beratung / Begleitung in der SAPV für Kinder und Jugendliche ist nicht ausreichend berücksichtigt – sollte als Kernangebot der SAPV für Kinder und Jugendliche uns als Bestandteil des multiprofessionellen Teams aufgenommen werden.

037	<p>Unter §1 Grundlagen und Ziele findet man unter (4) den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen den einzigen Hinweis darauf, dass es bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen besondere Belange gibt bzw. geben könnte. Eine Konkretisierung wäre hier hilfreich.</p> <p>Unter §3 Anforderung an die Erkrankung fehlt unter (3) die Konkretisierung der Unterschiede zwischen Erwachsenen und Kindern im Hinblick auf die Erkrankungen und besonders die Erkrankungsdauer (Verweis auf die Einteilung nach der ACT – Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families).</p>
055	Konkretisierung von „besonderer Belange von Kindern und Jugendlichen“ → werden im Rahmen der Verträge wie Erwachsene behandelt.
061	<p>Der Hilfe- und Unterstützungsbedarf der Angehörigen, besonders Eltern und Geschwisterkinder im psychosozialen Bereich.</p> <p>Gerade bei Kindern ist das Krankheitsbild und die Symptomatik sehr speziell und einmalig – es lassen sich nur schwer Aussagen über die zu verbleibende Lebenszeit machen, eine SAPV sollte auch bei unklarer Lebenserwartung möglich sein.</p>
070	<p>Die benötigte Qualifikation in der SAPPV sollte konkretisiert und definiert werden.</p> <p>Die Lebenserwartungsbegrenzung ist in vielen pädiatrischen Krankheitssituationen kein Anhaltspunkt.</p>
074	<p>Kinder benötigen mehr psychologische Unterstützung, die speziell auf Kinder und Jugendliche zugeschnitten ist, meist ist es schwierig zeitnahe Termine zu bekommen (dies gilt allerdings auch im Erwachsenenbereich).</p> <p>Für die Pflege von Kindern und Jugendlichen bedarf es speziell geschulte Pflegekräfte bzw. Pflegedienste, die im ländlichen Bereich nicht ausreichend erreichbar sind.</p>
076	Die SAPV-Richtlinie muss eindeutig klären, wo die Abgrenzung zwischen AAPV und SAPV liegt.
078	<p>Zu viel Spielraum bei der Vorgabe „den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen (...) Rechnung tragen“.</p> <p>Keine Kasse und kein Team kann damit arbeiten!</p>
102	<p>Personelle Spezifizierung (Kinderkrankenpflege, erhöhter personeller Aufwand).</p> <p>Unzureichende Abbildung bzgl. Kosten (vergrößerter Einzugsbereich, erhöhter personeller Aufwand).</p> <p>Schwierigkeiten Strukturaufbau zu betreiben (fehlende Netzwerkpartner).</p>
103	Kinder müssen länger betreut werden, Verläufe schwieriger abzuschätzen.

107	<p>Altersbegrenzung schwierig: oft Krankheiten des Kindesalters den Pädiatern bekannt, durch bessere Versorgungsmöglichkeiten heute vermehrt Erreichen des Erwachsenenalters → Versorgung dort aber nicht auf die Patienten eingestellt (z.B. Mucopolysaccharidose Typ III), Krankheitsverlauf und Symptome Internisten oder anderen „erwachsenen“ Fachrichtungen nicht ausreichend bekannt.</p> <p>Koordinations-/Beratungsaufgaben resultieren nicht unbedingt aus leidvollem Symptomkomplex: Im Verordnungsbogen Muster 63 schwer darstellbar / erklärbar.</p> <p>Komplexes Symptomgeschehen mit der vorgegebenen Auswahl zum Ankreuzen und 2 Zeilen zur sicheren Beschreibung reichen nicht aus, um Indikation ausreichend zu erklären (aber nur die Verordnung liegt KK zur Leistungsüberprüfung vor).</p> <p>Neurologisch komplex Erkrankte (z.B. Z.n. peripartaler Asphyxie oder Z.n. Ertrinkungsunfall) bilden in der päd. Palliativversorgung die größte Patientengruppe. Internationale Definitionen für die pädiatrische Palliativversorgung bestätigen den Bedarf für SAPV dieser als Gruppe IV zusammengefassten Patientengruppe (Association for children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families, ACT). Mit dem Muster 63 ist es nicht möglich, das angemessen abzubilden, und auch die Richtlinien spiegeln das in keinster Weise wider.</p>
110	Einsatz von Fachärzten → ausschließlich Pädiater oder auch andere gemeint?

Frage 9: Gibt es darüber hinaus Erkenntnisse, die aus Ihrer Sicht Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie ergeben?

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
003	<p>Vereinheitlichung einiger Kriterien, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Karnofsky-Index: Im Vertrag [Bundesland] muss er unter 40% sein, sonst SAPV-Ablehnung; in [anderes Bundesland] Karnofsky-Index egal. • In [Bundesland] Ernährung (parenteral), Chemo, Bestrahlung unter SAPV-Einschreibung NICHT mehr möglich, in [anderes Bundesland] „pausierbar“, Wechsel zwischen den Einrichtungen möglich. • In [Bundesland] „mindestens 2 Symptome schwer“, im [anderes Bundesland]-Vertrag nicht festgelegt. <p>→ Einschreibe-Voraussetzung also je LK unterschiedlich!</p> <p>Wo bleibt die Menschenwürde, wenn der Patient vielleicht 3 km im „falschen“ Bundesland lebt oder in der „falschen“ Krankenkasse versichert ist.</p>
004	<p>Z.B. in den Empfehlungen zur Umsetzung der Richtlinie von 11/12 wird die „Teamgröße 8 Vk“ in einem PCT zur Versorgung von ca. 250.000 Einwohnern genannt. Diese Zahl spielt bei Vergütungsverhandlungen in [Bundesland] keine Rolle! („gilt nicht in [Bundesland]“). Deshalb leisten in unserem Team 6 ! (bezahlbare) Vk die Versorgung in einer Region mit ca. 450.000 Einwohnern. Deshalb: Auch „dafür“ sollte sich der G-BA verantwortlich fühlen.</p> <p>→ Die Vergütungsunterschiede der einzelnen Bundesländer <u>lähmen</u> die Entwicklung von SAPV bundesweit und demotivieren die Teams. Großer Änderungsbedarf!</p>
007	<p>Festschreibung des erforderlichen persönlichen Patientenkontaktes sowohl des Palliativarztes als auch der Palliativpflegenden.</p> <p>Es entwickeln sich „virtuelle Teams“, die gemeinsam durchzuführenden Teamsitzungen als Qualitätsmerkmal werden nicht geprüft.</p> <p>Demgegenüber wird jedoch die patientenseitige Indikation zur SAPV mit unberechtigter Schärfe geprüft.</p> <p>Eine Einflussnahme auf die Qualitätsentwicklung halten wir für dringend geboten.</p>
009	<p>Information der Hausärzte über Sinn, Indikation und medizinische Ausrichtung (kein Hospizdienst!!!) von SAPV dringend erforderlich.</p> <p>Verbindlichere Festlegung der Indikation erforderlich: z.B. keine tumorspezifischen Therapiemaßnahmen mehr.</p> <p>Auf der anderen Seite die Möglichkeit einer prophylaktischen Aufnahme (z.B. Patient mit Bronchialkarzinom mit sehr rascher Erkrankungsprogredienz).</p>
010	<p>Es sollte der Baustein zwischen „normaler“ Versorgung und SAPV noch ausgebaut werden, da manche Patienten in der „Zwischenversorgung“ verloren gehen und niemand sich für diese Menschen zuständig fühlt.</p> <p>AAPV definieren, einführen und vergüten.</p> <p>Formular 63 sollte mindestens 3 Monate gültig sein und nicht nur 28 Tage, der bürokratische Aufwand könnte stark vermindert werden.</p>

011	<p>Die Möglichkeit SAPV zu verordnen wird häufig mit dem Hinweis es laufe noch eine (palliative) Chemotherapie nicht umgesetzt. Unklar ist, ob dies eine Reaktion auf den Wortlaut des im Rahmenvertrag in [Bundesland] ist:</p> <p>„§ 4 Anspruchsberechtigte Versicherte Anspruchsberechtigt gemäß § 37 b SGB V sind Versicherte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die an einer nicht heilbaren zum Tode führenden, - fortschreitenden Erkrankung leiden, - die soweit fortgeschritten ist, dass kausale Therapien mit lebensverlängernder Zielsetzung ausgeschöpft oder nicht mehr sinnvoll sind – ausgenommen in Einzelfällen kausale Therapieformen, die auf eine Symptomlinderung abzielen und ...“ oder aufgrund undeutlicher Regelung in der SAPV-RL. <p>Patienten mit laufender palliativer Chemotherapie, erhalten trotz ausgeprägten und komplexen Symptomgeschehen von einzelnen Praxen keine Leistung der SAPV, insbes. keine Leistungen der SAPV-Pflege. Im bundesweiten Vergleich ist die Leistungsabgabe und das Leistungsgeschehen sehr heterogen und mit unterschiedlichsten qualitativen Merkmalen versehen. Eine Gleichbehandlung von Patienten liegt bundesweit m.E. nicht vor. Fraglich ist, ob dies mglw. zwar im Sinne des Föderalismus, jedoch aus medizinisch ethischer Sicht mit den Grundwerten unserer Verfassung und dem Zielen des SGB V im Einklang steht.</p> <p>Wenn zeitgleich SGB IX-Leistungen erbracht werden, entstehen Regelungswidersprüche. MDK-Prüfungsrichtlinie sind mit dem Pflegeprozess in der SAPV nicht an allen Stellen kompatibel.</p> <p>In der Denkklogik der regionalen KK'n ist die Pflege nahezu ausschließlich als ärztlich delegierte Erfüllungsgehilfe für Behandlungspflegen gesehen und werden in deutlich geringeren Leistungsfällen in der SAPV eingebunden. Die eigenen Palliativ-therapeutischen Kompetenzen werden als eigenständiger, regelhafter Leistungsanteil, so wie vom Gesetzgeber in der Drucksache 16/3100 beschreiben, nicht umgesetzt. Hier bedarf es einen deutlicheren Regelungsbedarf in der SAPV-RL</p> <p>Die von den Krankenkassen mit der KV-[Bundesland] und uns geschlossenen Verträge sehen in der Vergütungsvereinbarung der Pflege vor, das „Mit den genannten Entgelten nach Absatz 1 Nr. 3 sind jeweils sämtliche im Zusammenhang mit den bewilligten und erbrachten Leistungen der SAPV erforderlichen Aufwendungen abgegolten, einschließlich ggf. erforderlicher Behandlungspflegen nach § 37 Absatz 2 SGB V als Bestandteil der verordneten Leistung, in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit notwendig sind.“ In der Praxis wirkt sich dies darauf aus, dass Pflegeeinrichtungen die keine spezialisierte ambulante Palliativversorgung anbieten, Palliative Patienten nicht oder nur gegen Widerstände an die spezialisierte Versorgung abgeben, obgleich ein eingesetzter SAPV-Arzt dies empfiehlt. Kostendruck wird somit zum entscheidenden Faktor ob ein Patient eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung erhält oder nicht.</p> <p>Diese Problematik scheint sich besonders zu verstärken, wenn der Träger eines Krankenhauses ebenfalls Träger eines nicht spezialisierten ambulanten Pflegedienstes ist und somit hier die Entlassungswege vorgezeichnet sind.</p> <p>Gerade mit diesem in [Bundesland] etablierten vertraglichen Vorgehen, wird der in § 5 Abs. 3 der SAPV-RL benannte Inhalte der SAPV „spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung“ hinsichtlich der spezialisierten Beratung der Pflegekräfte durch einen spezialisierten SAPV-Leistungserbringer Pflege nahezu unmöglich gemacht. Zudem entspricht diese Regelung nicht dem gesetzgeberischem Grundsatz, dass die Leistung der SAPV eine neu eingeführte Leistung ist. „Diese Leistung ist bisher in dieser Weise nicht erbracht und vergütet worden.“ (Drucksache 16/3100 – 16. Wahlperiode). Hier bedarf es einer genaueren Regelung in der SAPV</p> <p>Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkassen dauert deutlich zu lange.</p>
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

013	<p>Abgrenzung Vollversorgung / Teilversorgung. Abgrenzung AAPV / SAPV. Bundesweit einheitliche Strukturanforderungen. Bundesweit einheitliche Verträge zur Reduzierung des Verwaltungsaufwandes.</p>
014	<p>Zur Stabilisierung der Versorgung im häuslichen Umfeld ist eine Einbindung psychosozial arbeitender Berufsgruppen (Psychologen, Sozialarbeiter und Seelsorger) unerlässlich. Sowohl beim Patienten als auch bei den betreuenden Angehörigen (dieses schließt auch Minderjährige ein) im Wohnumfeld besteht regelhaft eine hohe psychische Belastung. Die Krankheitsverläufe sind oft rasant, sodass eine Be- und Verarbeitung der Situation von Patienten und Angehörigen der unmittelbaren Unterstützung bedarf.</p> <p>Zu 132d SGBV: die Frist für die Vorlage der Verordnung bei der Krankenkasse sollte verlängert werden. Insbesondere in Urlaubszeiten kommt es zu prekären Situationen, die zu unnötigen Krankenhausaufenthalten führen.</p> <p>Privatversicherte sollten ebenfalls einen gesetzlichen Anspruch auf SAPV haben.</p> <p>Verpflichtung der GKV, bei Ablehnungen der SAPV die Begründung auch gegenüber den Leistungserbringern offen zu legen.</p> <p>Eine Prüfung der GKV sollte nur in begründeten Einzelfällen erfolgen – vor dem Hintergrund der besonderen Lebenssituationen von Familien innerhalb der SAPV könnte eine Beweislastumkehr der Leistungsansprüche eine besondere Entlastung darstellen.</p> <p>GKV anderer Bundesländer sollten den jeweiligen Mustervertrag des PCTs am Wohnort/ Versorgungsort des Patienten anerkennen. PCTs haben entsprechend ihrer Musterverträge inzwischen etablierte Strukturen aufgebaut und können zusätzliche und teilweise stark abweichende Vertragspflichten nicht leisten (Bsp. [Krankenkasse]). Eine Festlegung eines Territorialprinzips kann hier Klarheit schaffen. Nicht selten wählen Patienten den Versorgungsort nach der Familienanbindung und nicht nach der geographischen Zuordnung der GKV.</p>
015	<p>Abgrenzung zwischen der Teil- und Vollversorgung (deutlichere Definition von beiden).</p>
021	<p>Eine vom Patienten gewünschte und ärztlich empfohlene palliative Chemotherapie darf eine SAPV-Betreuung nicht ausschließen und kein Grund für eine Ablehnung sein.</p>
023	<p>Klarstellung bezüglich der Aufgaben der SAPV für Kinder und Jugendliche und der Ambulanten Kinderkrankenpflege. Hier kommt es immer wieder zu Irritationen und Klärungs- bzw. Erklärungsbedarf gegenüber den Kostenträgern, wenn SAPV und Ambulante Pflege in Kooperation die Versorgung leisten.</p>
024	<p>Ausführliche Definition des Leistungsumfanges (Schwierigkeiten bei bundeslandübergreifender Versorgung,, da statrke Differenzen in der Vertragsgestaltung der Musterverträge zur SAPV) → Frage nach einem bundeseinheitlichen Vertrag.</p>

025	<p>SAPV wird von den Krankenkassen oft als Begleitung der letzten Tage (Terminal-, Finalphase) angesehen. Die RL spricht aber von Monaten, somit definitionsgemäß vom letzten Lebensjahr. Hier wäre eine Konkretisierung sinnvoll.</p> <p>Die besondere Aufwändigkeit ist ebenfalls nicht ausreichend präzise formuliert: Das Kriterium „besonders aufwändig“ könnte weiter differenziert werden in</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besonders aufwändig im Sinne von besonders zeitaufwändig (Dauer einzelner Maßnahmen, zeitlicher Einsatz zur Unzeit, häufige Kriseninterventionen etc.), wobei Zeit nicht alleine die messbare Zeit in Minuten oder Stunden vor Ort meint. Hinter dem Begriff „Zeit“ verbergen sich viele weitere Aufwände, die auch die zur SAPV gehörende Koordination beinhalten. Hier ebenfalls enthalten ist die stete Verfügbarkeit des Personals (24 Stunden/365 Tage). • Besonders aufwändig im Sinne von besonders versorgungsintensiv (komplexe Symptomlinderungen, häufige Hausbesuche, große Wundversorgungen) m Zusammenhang mit dem Zeitaufwand steht die Versorgungsintensität, deren Kernelement die Dichte der Versorgung darstellt. Gerade die Unvorhersehbarkeit von kritischen Ereignissen und die Notwendigkeit, während solcher Krisen oder während der Finalphase mit hoher Vor-Ort-Präsenz und Versorgungskompetenz ein Sterben zuhause zu ermöglichen, zeichnet diese Form des Aufwands aus. • Besonders aufwändig im Sinne von komplexem Versorgungsgeschehen (Punktionen im häuslichen Umfeld, komplexe Symptomlinderungen, parenterale Therapien, große Wundversorgungen) Unter komplexem Symptomgeschehen dürfen nicht alleine rein somatische Symptomkomplexe, sondern zusätzlich zu den genannten somatischen Symptomgeschehen der G-BA-RL müssen weitere komplexe Geschehen wahrgenommen werden. Hierzu zählen ethische Konflikte, akute Krisensituationen des Patienten, Unterstützungsbedarf privates Bezugssystem, Betreuung/Beratung bei sozialrechtlichen Problemen, Sicherung der häuslichen Wohnumgebung durch Hilfsmittel und sonstige Hilfen, Koordination/Unterstützung des weiteren Betreuungsnetzes. Auch wenn der SAPV stets ein komplexes somatisches Symptomgeschehen zugrunde liegt, sind häufig die nicht-somatischen Geschehen ...
027	<p>Soziale und familiäre Krisen.</p> <p>Fehlende Anschubfinanzierungsmöglichkeit im gesetzlichen Kontext für beginnende Netze.</p> <p>Spezifizierung der nicht-tumorbedingten SAPV-Diagnosen.</p>
028	<p>§5 (2): wie wird die additiv unterstützende Teilversorgung von der vollständigen Versorgung unterschieden? In [Bundesland] gibt es praktisch keinen Unterschied zwischen den beiden Formen. Die Auslegung der Versorgungsformen ist je nach Bundesland unterschiedlich.</p>
029	<p>Differenzierte Darstellung der Teil- und Vollversorgung sollte geprüft werden.</p> <p>Bundeseinheitliche Vertragswerke.</p> <p>SAPV-Versorgung der PKV sollte geregelt werden → bisher Zusagen der Kostenübernahme durch Einzelfallentscheidungen.</p> <p>Aufnahmekriterien für primär nicht onkologische Erkrankungen sollten ausformuliert sein.</p> <p>Psychoziale Begleitung sollte zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen einen höheren Stellenwert zur SAPV-Genehmigung sein.</p>

030	<p>Der MDK in [Bundesland] verbindet die Indikation zur SAPV ausschließlich mit medizinischen Maßnahmen und oft mit der Notwendigkeit invasiver Verfahren. D.h. es wird in der Richtlinie zu wenig deutlich, dass</p> <p>a) die Komplexität auch in nichtmedizinischen, wie wohl ärztlich zu behandelnden Problemen, liegen kann, z.B. psychologisch sowie in pflegerischer, sozialer oder spiritueller Hinsicht begründet ist.</p> <p>b) SAPV-dort ergänzt, wo Regelversorgung an ihre Grenzen stößt, was freilich regional und in der Inanspruchnahme der individuellen Dienste bzw. der individuellen Patientensituation unterschiedlich und wohl kaum sozialmedizinisch zu beurteilen sein wird.</p> <p>Wir möchten uns dafür aussprechen, weniger durch eine verbale Rezensierung der SAPV-Richtlinie statt durch eine qualitative Verbesserung/Qualifizierung in der Begutachtung dazu beizutragen, dass diejenigen Patienten SAPV erreicht und erhalten, für die dies vom Gesetzgeber tatsächlich vorgesehen ist.</p>
033	<p>Das Problem der weiten Wege (und langen Anfahrtszeiten) sollte thematisiert werden. Auf dem Lande stehen 1 Stunde SAPV-Leistungserbringung bis zu 1,5 Std. Fahrtzeit (An- und Abfahrt) gegenüber.</p>
034	<p>Finanzierung von Sozialdienst als fester Bestandteil von SAPV.</p> <p>Möglichkeit um Netzwerkaufbau zu finanzieren, z.B. Unterversorgung von Neurologen, Psychiater, Psycho(onko)logen, die Hausbesuche machen.</p> <p>Öffnung der Richtlinie für mehr Kooperation z.B. mit amb. Pflegediensten.</p>
039	<p>In unseren Augen hat sich die Aufteilung der Verordnungsstufen nicht bewährt. Die Einteilung in zwei Stufen würde genügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koordination - Versorgung. <p>Der Begriff Vollversorgung ist nach wie vor verwirrend.</p> <p>In den Kriterien für SAPV werden ausschließlich medizinisch-pflegerische Symptome genannt. Es zeigt sich jedoch, dass es psychosoziale Aspekte gibt, die eine SAPV rechtfertigen. Dazu gehören die Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei ethischen Konflikten - bei sozial-rechtlichen Problemen - des privaten Bezugssystems (z.B. notwendige Beratung, Schulung und Anleitung, um die häusliche Situation auszuhalten bzw. zu bewältigen) - bei akuten Krisensituationen - bei der Sicherung der häuslichen Wohnumgebung - des fachlichen Bezugssystems (Beratung). <p>Wenn Familien ohne Pflegedienste pflegen, wenn ein Migrationshintergrund oder eine psychiatrische Vorerkrankungen bestehen, stoßen SAPV und AAPV an Grenzen.</p> <p>Muster 63 sollte vereinfacht werden. Sinnvoll wäre ein Raum für geplante Versorgungsleistungen aus Sicht der SAPV Teams. Dies wird in Bayern derzeit mit einem Zusatzbogen recht gut gelöst.</p> <p>Die Aufgabe der SAPV sollte auch um die Fortbildung für weitere Mitarbeiter für SAPV Teams erweitert werden (analog zu Lehrkrankenhäusern und –praxen), z.B. 30% der SAPV-Stellen für Mitarbeiter öffnen, die die vollständige Qualifikation erst im Laufe der Praxis erwerben. Diese Leistung müsste auch in der Finanzierung berücksichtigt werden.</p>

040	<p>Die Unterscheidung von Teil- und Vollversorgung ist in der Praxis wenig sinnvoll und führt zu zusätzlichem bürokratischem Aufwand und unnötigen Diskussionen mit den Kassen. Sinnvoll wäre eine 3-stufige Verordnungsmöglichkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versorgung - Beratung - Koordination
042	Z.B. Patienten mit MS oder ALS.
043	Verzögerte Bearbeitung seitens mancher Krankenkassen (hier speziell [Krankenkasse]).
047	<p>Ablehnung von SAPV durch Kostenträger / Widerspruch: alle Kostenträger akzeptieren einen Widerspruch, der durch SAPV-Team / SAPV-Arzt (auf Wunsch / Bevollmächtigung des Pat.) im Ergebnisbericht / Assessmentbogen formuliert und eingereicht wird → Ausnahme [Krankenkasse], diese lässt dieses Prozedere nicht gelten.</p>
049	Anforderungen an einzustellendes PCT-Pflegepersonal.
051	<p>§ 7: ... Verordnung durch Krankenhaus ... <u>längstens 7 Tage</u>. Organisatorisch großer Mehraufwand, da Stabilisierung innerhalb 7 Tage häufig nicht möglich ist. Folgeverordnungen sollten vom Team ausgestellt werden, da dies die Organisation (Zeitaufwand) vereinfachen würde.</p>
053	<p>Die Begrifflichkeit „palliativ“ sollte geschützt werden. AAPV sollte von der SAPV deutlich abgegrenzt werden. Das Symptomgeschehen psychiatrische / psychische Symptomatik wird nicht berücksichtigt bei den Krankenkasse, obwohl es einen großen Anteil bei der Versorgung zu Hause ausmacht. Es erfolgen Ablehnungen und der Patient geht dann ins Hospiz, obwohl die Versorgung zu Hause noch möglich gewesen wäre.</p>
055	<p>Betonung, dass auch Nicht-Tumorpatienten mit begrenzter Lebenserwartung Anspruch auf SAPV haben (internistisch, z.B. COPD, Herzinsuffizienz / neurologisch, z.B. ALS, MS) Eine Lücke gibt es aus unserer Sicht bei der Betreuung von Patienten, die auf Grund ausgeprägter Symptome Therapien abbrechen; da sie erst nach Abbruch der Therapie in eine palliative Situation kommen, kann die Symptomkontrolle beginnen. Aus unserer Sicht ist es unethisch den Patienten vor die Wahl zu stellen, ob er sich in eine palliative Situation begibt und die Symptome behandeln lässt oder versucht die Therapie z.T. mit ausgeprägten Symptomen versucht durchzuführen.</p>
057	Klare Aussagen zu Aufnahmekriterien, Verweildauer.
059	<p>§1 Abs. 6 Satz 2: „Sie kann als alleinige Beratungsleistung...“, bitte alleinige Beratungsleistung klarstellen. §3: deutlicher welche Diagnosen bzw. Krankheitsbilder. §4 Satz 1: „...nur unter besonderer Koordination ausreichen...“ bitte klarstellen.</p>
061	SAPV nicht von der Lebenserwartung (Wochen o. Monate) abhängig machen.

062	<p>Die durch Onkologen überwiesenen Patienten werden manchmal sehr spät überwiesen. Das bedeutet Zustand / Allgemeinzustand ist oft sehr gering und Angehörige sehr XXX.</p> <p>SAPV ist immer noch kein vertrauter Begriff in stationären Einrichtungen. Dementsprechend werden Patienten, die durchaus SAPV-relevant sind, entlassen in hausärztliche Regie und werden dabei zum Teil unter- bzw. gar nicht versorgt.</p> <p>Keine Hausbesuche etc. etc., Schmerzlinderung nicht suffizient.</p>
064	<p>Fehlende Kenntnisse KK-MDK über die Voraussetzungen zum Einschreiben SAPV.</p> <p>Onkologische Fälle werden in der Regel genehmigt, schwer Herzkrankte, Neurologische, urogenitale, respiratorische immer wieder Ablehnung und bei Patienten im stat. Bereich – Begründung: sind schon 24 Std. versorgt durch Pflege.</p> <p>Absagen / Ablehnungen kommen in der Regel Freitagmittag, so dass das Wochenende rausfällt.</p>
066	<p>Um Kostendeckend arbeiten zu können, sind Komplex-Pauschalen der SAPV-Leistungen günstiger als einsatzbezogene Grundpauschalen mit Begrenzung der Einsätze → bundeseinheitliche Vergütungsregelungen</p>
069	<p>Konkretisierung des § 1 Abs. 3 zur ärztlichen Versorgung mit SAPV in Hospizen > was heißt „besonders aufwändiger Versorgungsbedarf“?</p> <p>§ 5 Satz 3: (bitte einfügen) Die Koordination kann von jeder beteiligten Berufsgruppe erfolgen. Voraussetzung sind hinreichende Kenntnisse in der Palliativmedizin.</p> <p>Es sollte auch etwas präziser die Abgrenzung der SAPV von AAPV beschrieben werden.</p> <p>Der administrative Aufwand ist teilweise zu hoch, einheitliche, z.B. bundesweite, Regelung wäre vorteilhaft.</p>
071	<p>Der Umgang mit Demenz-Patienten oder Patienten nach Schädel-Hirn-Traumen, und wechselnden Bewusstseinszuständen.</p> <p>Die ethischen Konflikte des Patienten und des Bezugssystems, die oft bei einer Therapiezieländerung auftreten können.</p> <p>Der Umgang mit den spirituellen und religiösen Bedürfnissen des Patienten, die zu einem ganzheitlichen Ansatz dazu gehören.</p> <p>Der Umgang mit neurologischen Patienten, die eine unheilbare Erkrankung haben wie ALS oder MS (lange Betreuungszeiten).</p> <p>Der Umgang mit beatmeten Patienten (Hirnbeatmung).</p>
072	<p>Das SAPV-Team darf Medikamente und Hilfsmittel verordnen.</p> <p>Die Verordnung von</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physiotherapie, - ambulanter Krankenpflege, - medizinischer Behandlung durch Pflegedienst (Medikamentengabe/Überwachung etc.) <p>ist nicht möglich/geregelt bzw. kann nur der Hausarzt (Budget!) verordnen! gemäß §6 Zusammenarbeit!</p>
079	<p>Privatversicherte sollten ebenfalls einen gesetzlichen Anspruch auf SAPV haben.</p> <p>Verpflichtung der Krankenkassen die Gründe für eine Ablehnung der SAPV dem Leistungserbringer offen zu legen.</p> <p>Krankenkassen anderer Bundesländer sollen den SAPV-Vertrag der PCTs am Wohnort des Patienten anerkennen.</p>

084	Patienten mit palliativer Chemo und Bestrahlung benötigen zu 95% eine SAPV-Versorgung.
085	<p>Es sollte darauf geachtet werden, dass es für eine Region, egal ob Stadt oder Land, einen Anbieter bzw. eine koordinierende Stelle gibt, welche den Versorgungsvertrag erhält. Somit können nicht mehrere Netzwerke nebeneinander existieren und aufgebaut werden. Dadurch entsteht ein starker Konkurrenzgedanke, welches zur Unsicherheit aller Beteiligten führt, explizit bei den Patienten.</p> <p>Es ist uns bekannt, dass ein Mitbewerber massiv gegen uns vorgeht und somit sehr viel hier im LK verunsichert. Dieser Mitbewerber geht so weit und betreibt Rufmord. Wir überlegen derzeit mit unseren Anwälten gerichtlich dagegen vorzugehen.</p>
090	<p>Die Richtlinien sind sehr allgemein gehalten und der MDK definiert die Begriffe „ausgeprägt“ oder besonders aufwändig häufig anders als ein SAPV-Koordinator. Es sollten daher z.B. Weiterbildungen bzw. Fortbildungen für SAPV-Koordinatoren geben.</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte ganz konkrete Ausfüllanleitungen herausgeben, die auch für den MDK bindend sind. Es sollte festgelegte Fristen geben, in der die Krankenkasse oder der MDK einen Widerspruch zu bearbeiten haben. Die Menschen in der SAPV haben nicht viel Zeit!</p>
094	Wenn möglich, sollten die Begründungen für die Ablehnung der SAPV genauer beschrieben werden.
096	Privatversicherte sollten mit einbezogen werden.
101	<p>Bisher ist es so, dass eine Beratung nicht als eigenständige Leistung von den Kassen anerkannt wird. Dies müsste geändert werden, da viele Patienten bereits mit einer einmaligen Beratung geholfen und nicht zwingend eine Aufnahme in eine Versorgung notwendig ist. Da eine Beratung nicht abrechenbar ist, teilweise aber einen hohen Aufwand bedeutet (Hausbesuch des Palliative-Care-Teams mit Arzt und Pflegekraft bei großen räumlichen Entfernungen im ländlichen Bereich sowie telefonische Koordination, um notwendige Dinge auf den Weg zu bringen mit hohem zeitlichen Aufwand) können Beratungen entweder nicht geleistet werden oder erfordern eine vorübergehende Aufnahme in eine Teilversorgung, was wiederum einen unnötigen bürokratischen Aufwand darstellt.</p> <p>Es müsste deutlicher werden, dass auch multimorbide, an einer nicht mehr heilbaren internistischen Krankheit erkrankte Patienten Anspruch auf SAPV haben. Hier stoßen wir bei den Kassen immer wieder auf große Schwierigkeiten, mehrfach musste Widerspruch eingelegt werden, um die Patienten letztendlich betreuen zu dürfen.</p>
102	<p>Privatversicherte (PKV) sollen ebenfalls einen Anspruch auf SAPV haben.</p> <p>GKVen anderer Bundesländer (großes Problem mit [Krankenkasse]) erkennen den jeweiligen Mustervertrag des PCTs am Wohn-/Versorgungsort nicht an.</p> <p>SAPV-VO 63 mit Eingangsassessment werden automatisch auf Grund interner Anweisung direkt zur Prüfung dem MDK weitergeleitet (großes Problem mit [Krankenkasse])</p>
103	Betreuung junger Leukämie-Patienten! Häufig wünschen diese, dass alles gemacht wird – wollen also in die Klinik, obwohl hochgradig palliativ.

104	<p>Nach unserer Erfahrung besteht die wesentliche Neuerung durch die SAPV nicht im Fachwissen, sondern in der Struktur der SAPV-Teams: konstante (und wenige) Bezugspersonen schaffen trotz komplexer Probleme, trotz der existentiellen Krise Todesnähe Sicherheit im ambulanten Bereich. Nur dank gegenseitiger Unterstützung im Team gelingt diese belastende Arbeit. Zu Recht hat das Bundesministerium für Gesundheit in seinem Schreiben vom 14. Februar 2008 den Hinweis gegeben, die interdisziplinäre Versorgungsstruktur als Palliative-Care-Team in den Richtlinien explizit zu fordern. Dies halte ich für die langfristige Absicherung von einer hochqualifizierten SAPV für erforderlich.</p> <p>Grundlage für SAPV bleibt eine funktionierende AAPV mit palliativem Fachwissen bei Pflegekräften, Ärzten und anderen beteiligten Berufen. Dies muss gefördert werden. Netzwerke aus diesen Personen, die mancherorts als SAPV bezeichnet werden, leisten wertvolle Arbeit, können aber ein SAPV-Team nicht ersetzen.</p> <p>In unserer Praxis hat sich herausgestellt, dass die Unterscheidung von Teil- und Vollversorgung nicht funktioniert. In der existenziell belastenden Situation unserer Patienten können wir nicht nur in einem uns zustehenden Teilbereich 24 Stunden erreichbar sein – das entspräche der Teilversorgung –, wir müssen einfach immer kommen, wenn ein Notfall entsteht und der Hausarzt nicht erreichbar ist. Außerdem ist die Krankheit rasch fortschreitend, weshalb sich auch regelmäßig binnen kurzer Zeit ein erhöhter Betreuungsbedarf ergibt. Daher sollten die Kategorien Teil- und Vollversorgung zur „Versorgung mit 24h-Bereitschaft“ zusammengefasst werden.</p> <p>Die Tätigkeit des gesamten Teams muss im Altenheim erlaubt bleiben, im stationären Hospiz, welches über pflegerisches Fachpersonal verfügt, genügt die ärztliche Komponente von SAPV...</p> <p>Die 3-Tages-Frist zum Beantragen der SAPV muss entweder verlängert oder folgende Formulierung verwendet werden: „drei Tage nach Leistungsbeginn“.</p>
105	<p>Chemotherapie = Ausschluss von Teilversorgung? (wenn Ziel „Lebensverlängerung“ laut MDK).</p> <p>Hospizpatienten haben Anspruch auf SAPV (muss betont werden)</p> <p>Krankenhauseinweisungen durch SAPV-Team?</p> <p>Krankenhaustransportschein durch SAPV-Team?</p> <p>Wenn zukünftig palliativmedizinisch geschulter Hausarzt bei Patienten – SAPV trotzdem noch möglich?</p> <p>Psychologisch/psychiatrisch auffälliges Umfeld des Patienten als SAPV-Indikation?</p>
106	<p>Nicht-onkologische Patienten und Patienten mit Demenzerkrankungen bzw. neurologischen Erkrankungen werden die Richtlinien nicht gerecht, da sie einer deutlich längeren Betreuungszeit und eines anderen Betreuungsaufwandes bedürfen.</p>
108	<p>Es gibt einige Patienten, die von der Kompetenz und ständigen Erreichbarkeit eines SAPV-Dienstes eindeutig profitieren, obwohl die Kriterien zum Einschluss in die SAPV noch nicht vorliegen. Diese Patienten sind in der ihnen zugänglichen AAPV unterversorgt (ihre Primärversorger Hausarzt/Hausärztin und Sozialstation sind mit ihrer adäquaten Palliation überfordert).</p> <p>Wir wünschen uns daher eine „Vor-SAPV-Stufe“ mit (im Vergleich zur SAPV) geringerer Vergütung, damit eine sehr sinnvolle pflegerisch/ärztliche Betreuung dieser ausgewählten Patienten früher durch einen SAPV-Dienst unterstützt werden kann (early integration, early palliative care).</p>

109	Wie werden ethische Fallberatungen (phasenweise sehr ausführlich, mit hohem Zeitaufwand verbunden) gewertet? Pflegeheim erstattet nicht 24h-Betreuung – Kostenträger teilweise der Ansicht, dass im Pflegeheim automatische Koordination ausreichend.
111	Auslegung der Richtlinie „beim Satz in der Regel für 7 Tage“ (Verordnung aus dem Krankenhaus) → Erhöhter Verwaltungsaufwand bei allen Parteien. Besser wäre hier keine Zeitangabe.

Freitextangaben der Mitgliedsorganisationen der DKG / 2012

Frage 1: Haben sich aus Ihrer Sicht durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben (Bitte machen Sie dazu nur Angaben, soweit Sie die Rückwirkungen anhand konkreter Erkenntnisse auch quantifizieren können)?

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
01	Bei SAPV-Teams, die an Krankenhäusern angesiedelt sind, können sich Überschneidungen der „Brückenpflege“ gemäß Onkologie-Konzept [Bundesland] ergeben. Dies ist allerdings ein landesspezifisches Problem. Konkret kann dies bei onkologischen Schwerpunkten und Tumorzentren zur Kürzung der Zuschlagsfinanzierung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG führen.
02	Die stationären und ambulanten palliativmedizinischen Leistungen und Angebote sind bekannter geworden und werden nachgefragt bzw. in die Behandlungsstrategie einbezogen. Die häusliche Versorgung ist besser möglich, dadurch kommt es zur Vermeidung bzw. Verkürzung von Krankenhausaufenthalt bzw. stationärem Hospiz. Weitergehende Auswirkungen sind nicht erkennbar. Nachtrag: Ergänzend hierzu hat uns aus dem Mitgliedsbereich ein weiterer Hinweis zur Beantwortung von Frage 1 erreicht, die die zuvor getroffenen Aussagen relativieren. Danach wird die Verkürzung der Aufenthaltsdauer von Patienten im Krankenhaus grundsätzlich bestätigt, jedoch mit dem Hinweis verbunden, dass die Patienten zunehmend bei verschlechtertem Allgemeinzustand ins Krankenhaus kommen. Dies hat eine erhebliche Verdichtung der notwendigen Hilfeleistungen, vergleichbar einer Notfallversorgung, zur Folge.
03	Ca. 60% der Einbeziehung von Ehrenamt in der ambulanten Hospizbegleitung wurden im AHD einer Diakoniestation durch Palliativteam angeregt. Die Häufigkeit stat. Einweisungen in der Präfinal- und Finalphase wurde reduziert.
04	Mehr Begleitungen im Hospizdienst, aber massive Zunahme der kurzen Begleitung bei den Hospizdiensten. Bei den Versorgungen im Kindesalter wäre ohne Unterstützung durch SAPV eine Überführung in die häusliche Umgebung ausnahmslos nicht möglich gewesen.
08a	Weniger häufig erneute stationäre Einweisungen auf Palliativstation
08b	Entlassung von Palliativpatienten in die häusliche Versorgung wird ermöglicht. Aufnahmen in Palliativstationen entsprechen mehr den Indikationen als bisher (palliativmedizinische Behandlung statt Versorgung)
08c	Mehr schwerstkranke Patienten können im häuslichen Umfeld versorgt werden, daher Vermeidung von vollstationären Einrichtungen der Pflege. Bei SAPV im Pflegeheim: Zunahme und dadurch Vermeidung von langen Wartezeiten für stationäre Hospizaufnahme
08d	Patienten mit komplexem Symptomgeschehen können früher nach Hause entlassen werden. Der Drehtüreffekt wird initiiert.
08e	nicht quantifizierbar
08h	Betroffene Patienten können zügiger von der stationären in die ambulante Versorgung übergeleitet werden, bei gleichzeitiger Sicherstellung der notwendigen palliativmedizinischen Betreuung.

08i	Krankenhausaufenthalte können verkürzt werden, stationäre Aufnahme (Hospiz oder Pflegeheim) teilweise dadurch nicht notwendig oder zeitlich verzögert.
09d	<ul style="list-style-type: none"> - Rückgang der KH-Einweisungen und Aufenthalte - reduzierte Einweisungen in stationäre Hospize - stärkere Einbeziehung der Pflegedienste für eine qualifizierte häusliche Versorgung
09e	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzierung von Notarzt- und Bereitschaftsdiensteinsätzen - Vermeidung von Krankenhausaufnahmen wegen Symptomverschlechterung oder Dekompensation des soz. Umfeldes - Zunahme der ehrenamtlichen Hospizbegleitungen
09f	<ul style="list-style-type: none"> - die Patienten werden schlechter versorgt, weil die behandelnden Onkologen z.T. im Krankenhaus nicht einbezogen werden - die Patienten verunsichert sind, sich entscheiden müssen, z.T. sittenwidrig Patienten zur Unterschrift unter den SAPV Vertrag genötigt werden (Problem der individuellen Vertragsgestaltung mit einer großen Primärkasse)
09h	<ul style="list-style-type: none"> - Vergrößerung des Einzugsgebietes stat. Hospizpatienten - Vermeidung von Krankenseinweisungen am Lebensende (81% SAPV-Pat. Sterben zu Hause)
10	<p>Leistungserbringer wie Ärzte und Krankenhäuser nehmen SAPV als sinnvolle Ergänzung an den Schnittstellen stationär – ambulant wahr.</p> <p>Unterstützung der Hausärzte bei schmerztherapeutischen Fragestellungen.</p> <p>Koordinierende Wirkung, Patient erhält zielgenauer die Hilfe (Palliativstation, Hospiz, ambulanter Hospizdienst), die er benötigt.</p>
12	Besseres Entlassungs-Management aus dem Krankenhaus.

Frage 2: Sind aus Ihrer Sicht die Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend berücksichtigt?

Wenn nein, warum nicht:

Identif.	Text
01	<p>In der aktuelle Fassung der Richtlinie wird zu wenig deutlich, dass die SAPPV gesondert von der SAPV gesehen werden muss und sinnvollerweise in eigenständigen Verträgen gemäß § 132d Abs. 1 i.V.m. § 37b SGB V zu regeln ist. Gründe dafür:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wesentliche anderes Patienten Klientel, andere Indikationen, schneller Wechsel der Versorgungsintensität, längere Betreuungszeit - kleinere Fallzahlen - größere Versorgungsgebiete führen insgesamt zur Notwendigkeit anderer Versorgungskonzepte
02	<p>Es handelt sich um eine allgemeine Aussage, die von pädiatrischen Palliativmedizinern präzisiert werden sollte.</p> <p>Darüber hinaus sind die Belange ausreichend konkretisiert oder es liegen keine konkreten Erfahrungen zur Umsetzung bei Kindern und Jugendlichen vor.</p>

03	Bei Eintritt der Volljährigkeit muss die Versorgung an ein SAPV-Team abgegeben werden. Hier sollten Übergangsregelungen getroffen werden.
04	<p>Die allgemeine Formulierung „den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“ sowie die Ausführungen des §3 Abs. 3, Satz 2 der RL bilden die notwendige Konkretisierung zur Berücksichtigung eben dieser besonderen Belange nicht ab. Daher entstehen hier derart unkonkrete Deutungsräume, dass eine einheitliche Sprachregelung zwischen Kostenträgern einerseits und Leistungserbringern andererseits derzeit in der semantischen Unkonkretheit verweilt und verbindliche Regelungen verhindert. Der hier bewusst oder unbewusst (?) eingeräumte Gestaltungsspielraum führt zu einer Unterversorgung von Kindern. Die notwendige Schaffung von für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen geeigneten Strukturen zur bedarfsgerechten Versorgung wird von den Kostenträgern bisher überwiegend nicht unterstützt, da ein Einvernehmen über die Erfordernisse zur Berücksichtigung der besonderen Belange der Kinder nicht zu erzielen ist.</p> <p>Die besonderen Belange von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters erfordern eine entsprechende fachliche Expertise sowohl im ärztlichen als auch im Pflegebereich. Dies begründet sich in der notwendigen Vertrautheit mit den spezifischen Krankheitsbildern im Kindes- und Jugendalter, den spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen im Umgang mit den unterschiedlichen Altersstufen, der besonderen Psychodynamik im Kindesalter und der erforderlichen Fertigkeiten und Expertise in der Eltern- und Familienbetreuung. Andererseits bedarf es auch besonderer Fertigkeiten und der Vertrautheit mit altersspezifischer Ausstattung und Medikation, die in der SAPV für Erwachsene nicht oder nicht in dieser Weise angewendet werden (z.B. Hickman-Katheter, kleinlumige Magensonden, Shuntventile, differenzierte antikonvulsive Medikation, u.a.).</p> <p>Weiterhin sind die Ziele der SAPV zum häuslichen Verbleib nur mit einem qualifiziert systemischen Interventionsansatz zu erreichen, da die notwendige Umfeldunterstützung (Eltern, Geschwister, Helfer der Regelversorgung) ungleich aufwändiger und für die Zielerreichung essentieller ist als bei Erwachsenen. Ohne spezialisiert qualifizierte Kompetenz im Rahmen der Komplextherapie (hier nicht: subsidäre Leistungsübernahme durch Ärzte und Pflegenden über Professionsgrenzen hinweg) kann die notwendige Umfeldstabilisierung ohne einschlägig geschulte und erfahrene Psychologen und Sozialarbeiterregelhaft nicht erreicht werden.</p> <p>Hier ergibt sich eine Dilemma-Situation: Einbindung spezialisierter Sozialarbeiter und Psychologen für die Betreuung von Kind und Familie und auch über den Tod hinaus ist zwar dringend erforderlich, wird aber bisher von den Krankenkassen als nicht systemkonform oder zumindest aus Mitteln des SGB V nicht finanzierbar betrachtet. Der Zugriff auf andere Kostenträger für ein derartiges spezialisiertes aufsuchendes System ist bisher auch an anderer Stelle nicht geregelt. Wie sollen die Leistungserbringer den notwendigen Interventionsumfang verfügbar machen, wenn wesentliche Anteile einer angemessenen Versorgung im ambulanten Umfeld bisher nicht finanziert werden?</p> <p>Eine weitere Besonderheit des Kindes- und Jugendalters besteht in der niedrigen Prävalenz von sterbenden Kindern, dadurch sind einerseits Strukturen der allgemeinen Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche regelhaft weder im ambulanten noch stationären Sektor vorhanden. (§4 Satz 1). Daraus ergibt sich eine niedrigere Indikationsschwelle für SAPV in diesen Altersgruppen. Zum anderen bedingt die niedrige Prävalenz ein größeres Einzugsgebiet (z.B. max. 80-100 km Radius) für die Leistungserbringung im Sinne wirtschaftlich darstellbarer Strukturen.</p> <p>Darüber hinaus ist die im Vergleich zu Erwachsenen oft langfristige Versorgung von Kindern in palliativen Lebenssituationen in der Richtlinie derzeit nur mit dem Stichwort der Krisenintervention abgebildet. Bedarfsgerechter langfristiger Versorgungs- oder Interventionsbedarf dieser Kinder und der betroffenen Familien sowohl in psychosozialen</p>

als auch pflegerisch-medizinischen Belangen wird auf der Grundlage der aktuellen Fassung der Richtlinie von Seiten der Kostenträger nicht als Bestandteil der SAPV gesehen.

Speziell im Kindes- und Jugendalter bestehen im Rahmen der lebensbegrenzenden Erkrankungen regelmäßig über einen langen Zeitraum mit wechselnder Häufigkeit Symptombilder mit einer besonderen Schwere (z.B. komplizierte Krampfanfälle oder komplexe respiratorische Symptombilder mit Luftnot und Angst) selbst bei niedriger Häufigkeit. Hinsichtlich des zeitlichen Verlaufes, der Häufigkeit und des Auftretens solcher Exazerbationen ist die SAPV zur Sicherung des häuslichen Verbleibs notwendig. Die absolut zuverlässige und ununterbrochene Erreichbarkeit sowie die aktuelle Vertrautheit des Kinderpalliativteams mit dem Patienten und der aktuellen Erkrankungssituation ist unverzichtbar. Zusätzlich muss auch die Vertrautheit der Eltern mit der Interventionszuverlässigkeit des Teams und mit den vom Team etablierten Maßnahmen zur Eigenhilfe durch die Kontinuität der Begleitung unterstützt werden. Daher würde eine reine Krisenintervention ohne kontinuierlichen Kontakt (telefonisch und persönlich) in bedarfsadaptierten Intervallen zur Sicherung des häuslichen Verbleibs nicht ausreichen.

Alternativ zu einer Versorgung in der SAPV bleibt den Eltern in Krisensituationen selbst in Sprechstundenzeiten nur die Möglichkeit den Rettungsdienst hinzuzuziehen, da die kassenärztliche Alltagsroutine die Durchführung von notfälligen Hausbesuchen aus der regelhaft überlaufenen Sprechstunde nicht zulässt. Die zuverlässige Folge aus dem Einsatz des Rettungsdienstes ist eine stationäre Aufnahme im Anschluss an die notärztliche Krisenintervention vor Ort. Wegen dieses Defizites in der ambulanten Versorgung sollte selbst bei zwischenzeitlich stabil wirkender Situation aber zu erwartender ausgeprägter Symptomschwere selbst bei geringer Häufigkeit die langfristige Versorgung für diese Kinder in der SAPV möglich sein, dies ist in der bisherigen Fassung der Richtlinie nicht abgebildet.

Bisher als Besonderheit des Kindes- und Jugendalters nicht geregelt, aber unverzichtbar, ist zur Überleitung aus der stationären in die ambulante Versorgung ein Leistungsbeginn mit Beratungen und unterstützender spezieller Koordination bereits während eines stationären Aufenthaltes. Dies begründet sich zum einen durch die komplexen Krankheitsbilder zum anderen durch die notwendige Systemintervention zur Befähigung der häuslichen Versorgung, um eine Entlassung aus stationärer Behandlung überhaupt erst zu ermöglichen.

Bei den erfahrungsgemäß langfristigen Verläufen entsprechender Erkrankungen im Kindesalter wird trotz der indikationsgerechten Durchführung von SAPV die Notwendigkeit für geplante stationäre Kurzaufenthalte gegeben sein, da spezialisierte und komplexere Interventionen und diagnostische Re-Evaluationen im Kindesalter im ambulanten Umfeld nicht verfügbar sind (z.B. MRT unter Analgosedierung beim Kleinkind).

Zielklärung vor Rechtsanspruch?? – ein zumindest im Kindesalter ethisch nicht vertretbarer Konflikt:

Sollte das Zusammenwirken der §§ 1, 2 und 4 der Richtlinie SAPV bedeuten, dass der Rechtsanspruch des versicherten Kindes gemäß §37b SGB V ausschließlich dann zum Tragen kommt, wenn neben dem Vorliegen einer entsprechenden Erkrankung gemäß §3 und einer besonderen Aufwändigkeit gemäß §4 die Ziele des §1 Abs. 1 vollständig zutreffen müssen, dann besteht hier eine möglicherweise unzulässige Leistungseinschränkung gegenüber dem Gesetzestext.

Der Bedarf der besonders aufwändigen Versorgung besteht entgegen der Formulierung der Richtlinie insbesondere bei Kindern auch dann, wenn Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern sind, dies aber nicht anstelle eines als kurativ verstandenen Ansatzes sondern begleitend dazu erforderlich ist. Einem Kind und seinen Eltern kann die Entscheidung gegen Therapien zur Beeinflussung des Erkrankungsverlaufes nicht als Voraussetzung für eine angemessene Symptomkontrolle im häuslichen Umfeld vermittelt

und zugemutet werden.

Erläuterungen:

Der Rechtsanspruch gemäß §37b des SGB V „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.“ ist konditional nicht durch die subjektive Behandlungsintention des Patienten und seiner Familie eingeschränkt.

Die Gesetzesbegründung (BtDS 16/3100, S. 105ff) verweist auf das anerkannte gesellschaftliche Ziel, Sterben in Würde in häuslicher Umgebung zu ermöglichen als Motivation dieser legislativen Initiative. Daher ist folgendes Ziel definiert: „Es wird eine flächendeckende Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung angestrebt“. Auch hier erfolgt keine Einschränkung des Leistungsanspruches über die Zielsetzung der Behandlung oder die notwendige Abkehr von möglicherweise anhaltend bestehender (vielleicht auch irrealer) Hoffnung auf Heilung bis zuletzt.

Weiter heißt es dann allerdings: „Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll es Versicherten ermöglichen, bis zum Tode in der vertrauten häuslichen Umgebung betreut zu werden.“ Und im Weiteren: „Der neue Leistungsanspruch steht den Palliativpatienten mit einer begrenzten Lebenserwartung zu, die einen besonderen Versorgungsbedarf (z.B. aufgrund einer besonderen Schwere und Häufigkeit unterschiedlicher Symptome) aufweisen und dennoch ambulant versorgt werden könnten(...)“. Die bisher verfügbaren Leistungen müssen insoweit ergänzt werden, dass nicht das strukturell bedingte Unterlassen notwendiger aber ambulant nicht verfügbarer Maßnahmen die Beendigung des häuslichen Verbleibs erzwingt. Selbst in komplexen Erkrankungssituationen soll das Angebot der bedarfsgerechten häuslichen Versorgung bis zuletzt gewährleistet werden. Eine notwendige Vorabentscheidung des Patienten (Kind & Eltern) über ein Kontinuum des Verbleibs als Voraussetzung für das Leistungsangebot ist hier gerade nicht erkennbar.

Im Folgenden wird auf die Begründung zum neuen §132d verwiesen (S. 144). Dort heißt es dann: „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung steht den Versicherten zu, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Palliativpatienten, die diesen besonderen Bedarf nicht aufweisen, werden weiterhin im Rahmen der derzeitigen Strukturen insbes. durch Vertragsärzte, Pflegedienste, und stationäre Einrichtungen palliativmedizinisch versorgt.“ Die erforderliche Abgrenzung von Palliativpatienten mit einem Leistungsanspruch für SAPV erfolgt auch hier nur über den Bedarf einer besonders aufwändigen Versorgung, nicht über die Versorgungs- und Behandlungsziele.

Die nachfolgende Beauftragung des G-BA (§37b Abs. 3) zur Erstellung von Richtlinien beinhaltet neben den Zugangskriterien „Erkrankung“ und „besonderer Versorgungsbedarf“ die Konkretisierung des Leistungsinhaltes und des Umfangs der SAPV. Auch das Zusammenwirken mit anderen Strukturen sowie den Verordnenden ist zu regeln. Hierzu heißt es in der Gesetzesbegründung: „Zu konkretisieren ist dabei auch der besondere Versorgungsbedarf, der Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Leistung ist.“ (Zu Absatz 3, S. 105 BtDS 16/3100). Dies unterstreicht den Versorgungsbedarf als zentrales Zugangskriterium und lässt auch hier die Zulässigkeit einer Einschränkung über die Zielsetzung des Patienten nicht erkennen.

Eine Beauftragung des G-BA zur Eingrenzung der Anspruchsberechtigten mit weiteren Kriterien neben Charakteristika der Erkrankung und Definition des besonderen Bedarfes ist somit nicht erfolgt.

Die derzeitige Formulierung des §1 der RL: „1Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen. 2Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht

zu lindern“ führt in Kombination mit der Formulierung des §4: „1Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach§ 1 Abs. 1 zu erreichen“ zu den nachfolgend beschriebenen Problemen:

Bei Patienten mit einer weit fortgeschrittenen, fortschreitenden und lebensbegrenzenden Erkrankung und besonders aufwändigen Versorgungsbedarf, die zumindest an einem Rest Hoffnung auf Heilung bis zuletzt festhalten, wird eine ausschließliche Ausrichtung auf Symptomkontrolle „anstelle“ eines als kurativ verstandenen Ansatzes nicht erzielt.

Bei entsprechend erkrankten Kindern und deren Eltern ist die Gleichzeitigkeit von Bedarf für Symptomkontrolle und Ausschöpfung aller gebotenen Maßnahmen der Krankheitsbeeinflussung mit einem bis zuletzt erhaltenen "Funken Hoffnung" nicht die Ausnahme, sondern die Regelsituation. Das Bedürfnis nach Linderung wird nicht „anstelle“ von Kuration, sondern in dieser verzweifelten Situation neben einem bis zuletzt als kurativ verstandenen Ansatz verfolgt.

Diesen Betroffenen nun wegen des Festhaltens an Maßnahmen zur versuchten Beeinflussung des Krankheitsverlaufes bzw. an Optionen einer möglichen Lebensverlängerung die Leistung SAPV vorzuenthalten, ist in so offensichtlicher Weise im Widerspruch zur erkennbaren Intention des Gesetzgebers, dass hier eine Anpassung der RL zumindest für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwingend geboten erscheint.

In diesem Zusammenhang wird die Notwendigkeit der Klärung des verwendeten Begriffes „kurativer Ansatz“ im Sinne einer Konkretion gesehen. Ist ein Therapieversuch zur Beeinflussung des Verlaufes der als nicht heilbar eingeschätzten Grunderkrankung ein Grund zur Leistungsverweh rung? Darf eine Intervention gleichzeitig der Symptomkontrolle und Krankheitsbeeinflussung in möglicherweise nicht sicher bestimm baren Anteilen dienen, ohne den Rechtsanspruch zu gefährden?

Das Verfolgen „kurativer“ oder vermeintlich kurativer „Ansätze“ von Therapie führt darüber hinaus auch zu einer Veränderung des Wunsches nach dem Verbleiben in der häuslichen Umgebung vor allem in Krisensituationen. Sollten evtl. lebensverlängernde oder (vermeintlich) kurative Handlungsansätze eben gerade nicht im häuslichen, sondern ausschließlich im stationären Behandlungsumfeld angeboten werden können, dann wird der Patient (oder seine Eltern) nicht das Ziel verfolgen, „bis zum Tod“ ausschließlich zuhause zu bleiben, sondern bis zuletzt so viel Zeit wie möglich in häuslicher Umgebung zu verbringen. Das erkennbare Ziel des Gesetzgebers ist auch dann erreicht, obwohl die Kriterien des §1 der RL offensichtlich nicht zutreffen.

In den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA vom 13.09.2007 wird allerdings klar, dass die „Vermeidung“ von Krankenhausbehandlung als Ziel der SAPV zur Abgrenzung des Rechtsanspruches genutzt wird. Hier wird nicht „Reduktion“ sondern „Vermeidung“ formuliert, dies unterstreicht den vorgetragenen Zielkonflikt.

Einen Hinweis zur Bedeutung der Formulierung der Linderung „anstelle“ eines „kurativen Ansatzes“ findet man dort nicht.

Die Bedeutung des § 1 der RL mit der Beschreibung der Ziele der SAPV als Bestandteil der gewählten Form der Abgrenzung der Leistung in Kombination mit §4 wird unterstrichen, indem es heißt: „Danach besteht Bedarf nach besonders aufwändiger Versorgung immer (und nur) dann, wenn die anderweitigen Versorgungsstrukturen gerade nicht ausreichen, um die in § 1 Abs. 1 formulierten Ziele der Palliativversorgung (menschenwürdiges Leben bis zum Tod in der vertrauten Umgebung, optimierte Symptomkontrolle, etc.) zu erreichen.“ Die Formulierung „bis zum Tod“ ist erkennbar bewusst gewählt, stellt aber, wie oben dargestellt, eine nicht notwendige, möglicherweise unzulässige und für Kinder und Jugendliche nicht zumutbare Eingrenzung der Anspruchsberechtigten dar.

Die derzeitige Formulierung der Richtlinie wird aber von Krankenkassen und MDK in der

	o.g. Weise verstanden und führt zu einer richtlinien- aber nicht gesetzeskonformen Verweigerung von bedarfsgerechten Leistungen bei hoher Symptomlast sofern nicht eine vorherige Entscheidung zur ausschließlichen Palliation gefällt wurde.
05	<p>Eine Konkretisierung zu Kindern und Jugendlichen finden sich in der Richtlinie nur in folgender Formulierung: „Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.“ Dabei ist nicht klar genug:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dass es auch um die Versorgung von Jugendlichen und die von jungen Erwachsenen mit pädiatrischen Erkrankungen geht - dass sinnvolle „Krisenintervention“ bei SAPV nicht allein stehen kann, sondern immer auch ein aktuelles Assessment erfordert - dass es nicht nur um „längere“ Verläufe, sondern um die Gruppe 4 der Palliativkrankungen nach den IMPaCCT-Kriterien geht - dass würdegemäße Versorgung kranker Kinder immer auch die Betreuung der ganzen Familie und folgerichtig auch zumindest Anfangs-Maßnahmen der Trauerbegleitung impliziert
08b	Es reicht nicht aus, nur allgemein zu postulieren, dass die Belange zu berücksichtigen sind. Das „WIE“ der Berücksichtigung ist nicht beschrieben. Das ist die Aufgabe des G-BA.
09c	<ul style="list-style-type: none"> - Kinder / Jugendliche werden durch unser Palliativzentrum nicht versorgt - 2 SAPV-Zentren im Bundesland zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen
09f	<ul style="list-style-type: none"> - die Versorgung klappt nicht wie Pat. informiert wurde - versorgende Pflegedienste werden nicht einbezogen, sondern entsorgt - es erfolgt keine Netzwerkbildung, sondern Monopolstellung einzelner Krankenhäuser, von Kasse so gewollt - aufgrund der derzeitigen Praxis, dass zwischen den Leistungsträgern und den Leistungserbringern eine Pauschalierung der Leistung vereinbart wird, welche nicht unbedingt der erforderlichen Realisierung des § 1 Abs. 1 dient, sollte unbedingt die Zielstellung für die Kinder bzw. die Ökonomisierung dieser Zielstellung von denen der Erwachsenen getrennt werden
09g	In der SAPV für Kinder werden überwiegend Patienten mit seltenen, oft prognostisch schwer vorhersehbaren Krankheitsbildern versorgt, die häufig einen intermittierenden Betreuungsaufwand bedürfen, diesem Fakt werden Verträge zur IV / SAPV nicht gerecht, wenn sie aus dem Erwachsenenbereich unverändert übertragen werden.

Frage 3: Gibt es aus Ihrer Sicht Erkenntnisse, die Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
02	<p>Es wird darauf hingewiesen, dass die Kostenträger sich schwer tun eine erfolgreiche (ambulante) Palliativversorgung zu würdigen und, dass bei Stabilisierung des Patienten und seiner Familie unter SAPV mit Linderung der Symptomintensivität dann die Berechtigung der SAPV (bzw. das Fortbestehen einer Indikation für SAPV) bestritten wird. Weitergehende Änderungs- bzw. Klarstellungsbedarfe werden nicht genannt.</p>
03	<p>§ 7 Abs. 2 Hier werden über die vorliegende Regelung hinaus, von Seiten des MDK, zusätzlich Formulare angefordert, da eine Beurteilung ansonsten nicht möglich ist. Dies ist ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand für den SAPV-Erbringer.</p>
04	<p>§1 (1): Zielklärung von Rechtsanspruch: siehe oben (endgültige) Entscheidung für Aufenthalt bis zum Tode vor Rechtsanspruch: siehe oben Widerspruch der Formulierung: „Im <u>Vordergrund</u> steht <u>anstelle</u> sollte aufgelöst werden: siehe oben Klärung des Begriffes „kurativer Ansatz“ erforderlich: siehe oben §1 (4): Konkretisierung dringend erforderlich: siehe oben §1 (6): Trotz dieser Formulierung werden regelmäßig Versuche der Kostenträger unternommen, Leistungen z.B. des §37 SGB V mit solchen aus der SAPV aufzurechnen. Insbesondere Leistungen von Intensivpflegediensten z.B. bei beatmeten Betroffenen sowie 24h-Pflege sind hiervon betroffen. §2: Lebenslimitierend erkrankte Kinder mit unklaren Erkrankungen müssen den Rechtsanspruch behalten, auch wenn die Diagnose nicht zu benennen ist (wie Syndrome unklarer Genese mit fortschreitendem Verlust der neuronalen Steuerungsfunktionen). §3 (1) siehe Vorbemerkung zu §2 §3 (3): Satz 1: psychosoziale Betreuung soll im Vordergrund der Versorgung stehen, entsprechend qualifizierte Mitarbeiter werden seitens der Kostenträger nicht finanziert. Wie dieser Konflikt aufzulösen? §3 (3) Satz 2: bei längerfristiger Versorgung von Kindern ist SAPV nur als Krisenintervention nicht ausreichend – siehe oben. §4 Satz 1: der unbedingte häusliche Verbleib kann nicht Ziel sein, der Verzicht auf krankheitsbeeinflussende Therapien („kurativ“??) kann kein Zugangskriterium sein – siehe oben. §5 (3): erneut wird auf die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und die Notwendigkeit der psychosozialen Unterstützung sowohl der Patienten als auch ihrer Angehörigen (!) verweisen: Finanzierungsproblem – siehe oben. §5 (3): die notwendige Nachbetreuung der Geschwisterkinder und Eltern nach dem Versterben ist dringend erforderlich, aber nicht abgebildet. §6 (5): siehe oben – wie soll das gehen ohne entsprechenden Gestaltungsspielraum? Nebenbemerkung: Die Datenerhebung erscheint insofern unscharf, da junge Erwachsene (> 18 Jahre) mit langfristigem Verlauf einer Erkrankung, die im Kindesalter beginnt, hier fälschlich nicht mitgezählt werden. Diese bedürfen im gleichen Maße einer speziellen Expertise wie Kinder und Jugendliche (in unserer Einrichtung für 2011 ca. 3 Patienten).</p>
08b	<p>Das Ordnungsverfahren ist der spezialisierten Versorgung nicht angemessen. Der bürokratische Aufwand ist immens, die fachliche Dimension und die Expertise zu gering</p>

	ausgeprägt. Vorschlag: Überweisung statt Verordnung.
08c	Des Öfteren Rückkehr/Wiederaufnahme von Patienten ins Akut-Krankenhaus, bei denen die KV die SAPV eingestellt bzw. die Kostenübernahme abgelehnt hat, obwohl Patient und Angehörige eindeutig einen Bedarf sahen und von der Versorgung profitierten.
08d	Zu hoher bürokratischer Aufwand bei Antragstellung.
09b	<ul style="list-style-type: none"> - zu wenige Zentren für Kinder und Jugendliche - Wohnortnahe Zentren fehlen - evtl. Angliederung an Erwachsen-Teams, die entsprechende Qualifizierungen aufweisen
09c	<ul style="list-style-type: none"> - differenzierte Darstellung der Teil- und Vollversorgung sollte geprüft werden - landeseinheitliche Verträge - SAPV-Versorgung der PKV sollte geregelt werden - bisher Zusagen der Kostenübernahme durch Einzelfallentscheidungen - Aufnahmekriterien für primär nicht onkologischer Patienten sollte ausformuliert werden - psychosoziale Begleitung sollte zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen einen höheren Stellenwert zur SAPV-Genehmigung einnehmen
09e	<ul style="list-style-type: none"> - Koordination braucht spezifische Kenntnisse eines Generalisten, sie kann nicht nebenbei von Pflege oder Medizin geleistet werden - Begriff "Koordination" ist missverständlich (siehe Koordination Hospizarbeit) - psychosoziale Bedürfnisse der Patienten und Familien sind nicht ausreichend dargestellt und finden demnach keine Beachtung folgend auch keine Finanzierung, gerade durch Vermittlung von Sicherheit kann ambulante Versorgung ermöglicht werden - Nachsorge ist nicht Gegenstand der RL, ist aber wichtig, um pathologische Trauer zu vermeiden
09f	<ul style="list-style-type: none"> - die derzeit praktizierten Maßnahmen verhindern eine gesunde Konkurrenz, die Monopolstellung muss unterbunden werden, das sind rechtliche Formulierungen - § 5 Abs. 2 Satz 1 ist dahingehend zu ändern, dass die interdisziplinäre Versorgungsstruktur zur Erbringung der Zielsetzung des § 1 Abs. 1 nicht notwendig ist. - Die vollständige Versorgung ist aus dem SAPV-Leistungsspektrum zu streichen, da hier den allgemeinen palliativ pflegenden Pflegediensten eine existenzielle Konkurrenz entsteht. Eine Kooperation wird von vorn herein nicht in Betracht gezogen, noch werden palliativ arbeitende Pflegedienste in die Versorgung mit einbezogen. Selbst dann nicht, wenn es sich um Betroffene handelt, die seit längerem von spezialisierten Pflegediensten sehr gut versorgt werden. - Die Kontrolle der max. Verordnungsfrist von 7 Tagen nach § 7 Abs. ? Satz 3 der RL ist nicht gewährleistet und wird regelmäßig überschritten zum Nachteil i. V. mit o. g. 3 der normalen Pflegedienste.
09g	Patienten in der SAPV für Kinder sollten federführend durch Ärzte / Pflegekräfte mit einer Ausbildung in Pediatric Palliative Care betreut werden. Eine Mitbetreuung ausschließlich durch Versorger aus dem Erwachsenenbereich sollte nicht möglich sein.
09h	Abgrenzung Vollversorgung / Teilversorgung. Abgrenzung AAPV / SAPV.
12	Klarstellung des Begriffs „Komplexität eines Symptoms“. Was ist „komplex“? Klarstellung des Begriffs schwierige Versorgung. Was ist schwierig? Definition der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV).

Freitextangaben der Kassenärztlichen Vereinigungen / 2012

Frage 1: Haben sich aus Ihrer Sicht durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben?

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
02	<p>10% aller Sterbenden können lt. Definition des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit in der SAPV betreut werden.</p> <p>Zur Ergänzung und Unterstützung der SAPV sind deshalb weiterte Strukturen erforderlich.</p> <p>Nach unseren Kalkulationen verstreben ca. 35 % der Bevölkerung unter Betreuung der Niedergelassenen – also in der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV). Ein weitere Teil wird in der AAPV Palliativ versorgt und verstirbt im Krankenhaus oder in der SAPV. Dieser Versorgungsbedarf muss gedeckt werden.</p> <p>In Bayern gab es für alle Vertragsärzte 2010-2011 eine finanzielle Förderung der AAPV. Diese Strukturen haben es ermöglicht die SAPV sinnvoll zu ergänzen sowie unnötige Einweisungen in Krankenhäuser und unnötige Verordnungen von SAPV (= schwierige Betreuungssituationen) zu verhindern.</p> <p>Weitere ambulante Vernetzungsstrukturen (bspw. durch Niedergelassene mit entsprechender Palliativmedizinischer Fortbildung) sind meist unentgeltlich, beruhen auf besonderem persönlichem Engagement und können nicht als selbstverständlich angesehen werden.</p> <p>Die Einführung der SAPV hat deutlich gemacht, dass es verschiedene Strukturen geben muss, die aufeinander aufbauen:</p> <p>Angesichts des Demographischen Wandels und des Fortschrittes in der Medizin werden die Symptome in der Sterbebegleitung immer komplexer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Einrichtungen und SAPV sollten für „schwierigen Betreuungssituationen“ vorbehalten sein. • Die Betreuungszahlen und der Betreuungsaufwand werden in der AAPV ebenfalls steigen. Die AAPV darf nicht an der SAPV gemessen bzw. von ihr definiert oder strukturiert werden. Das Versorgungsziel ist zwar gleich, aber der Versorgungsauftrag ist anders. <p>Es gilt die AAPV zu stärken und flächendeckend umzusetzen. Auch für die AAPV müssen Patienten einen Rechtsanspruch haben. Da die AAPV unnötige Einweisungen in Krankenhäuser und unnötige Verordnungen von SAPV verhindert, sind die Mehrausgaben für die AAPV aus Einsparungen bei Krankenhausaufenthalten und SAPV zu finanzieren.</p>
06	<p>Schwer pflegebedürftige Patienten werden infolge mangelnder Anerkennung der allgemeinen Palliativversorgung eher und unkritischer an die SAPV überwiesen.</p> <p>Die Möglichkeit, die SAPV anzubieten ohne Mitwirkung von der Kassenärztlichen Vereinigung, führte dank der Direktverträge mit den Krankenkassen zu einem eigenständigen Versorgungsbetrieb. Dieser ist auf eine kontinuierliche Regulierung von Patienten angewiesen, um je nach Größe seinen Geschäftsbetrieb zu erhalten.</p>
09	<p>Es wird vermutet, dass es Rückwirkungen – z.B. auf den Leistungsbereich der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) – gibt. Valide Daten liegen hierzu jedoch nicht vor.</p>
10	<p>Mach Angaben der Kassenverbände wurden bis jetzt nur 5 Verträge mit Leistungserbringern (an der KV vorbei) geschlossen. Deshalb lassen sich zurzeit auch keine Rückwirkungen auf</p>

	andere Leistungsbereiche ermitteln.
15	<p>Auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palliativnetze und andere Leistungserbringer • Heil- und Hilfsmittelverordnung • Arzneimittelverordnung • Einrichtungen und Anbieter technischer Geräte und deren Wartung
16	s. auch flächendeckender APV-Vertrag mit allen Kostenträgern.

Frage 2: Sind aus Ihrer Sicht die Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend berücksichtigt?

Wenn nein, warum nicht:

Identif.	Text
02	<p>Es gibt nach wie vor nur wenige SAPV-Verträge, die speziell für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gestellt werden. Eine abschließende Bewertung kann deshalb aus unserer Sicht nicht erfolgen.</p> <p>Zusätzliche Anreize für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen in der SAPV sind zu setzen (Förderung der Einrichtung von SAPV-Teams; siehe 3.).</p>
06	<p>Im Gegensatz zur spezialisierten Palliativversorgung bei Erwachsenen ist die palliative Betreuung bei Kindern und Jugendlichen durch eine notwendige intensive zwischenmenschliche Zuwendung geprägt, die insbesondere die Eltern und Angehörigen mit einbeziehen muss.</p> <p>Es geht also nicht in erster Linie um die spezialisierte Versorgung, die bei Erwachsenen in der Praxis häufig gekennzeichnet ist durch eine differenzierte Schmerzbehandlung (deswegen ist die Anzahl von Anästhesisten in diesem Gebiet ja auch so hoch) und der Wund- und Ernährungsmodalitäten.</p> <p>Dies nimmt bei Kindern und Jugendlichen außerhalb der Kliniken einen weniger großen Raum ein und würde einer allgemeinen Palliativversorgung zugeordnet werden, wenn es sie denn gäbe.</p>
07	<p>In unserem Bundesland ist noch kein SAPPV-Vertrag abgeschlossen worden. Trotzdem wird der durch die Richtlinie nicht eng gestrickte Gestaltungsspielraum für die vertragliche Gestaltung der SAPPV positiv gesehen.</p>
09	<p>Die in der Richtlinie (§ 1, Absatz 4) gewählte Forderung: „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“ ist für die Kostenträger häufig unklar und wird daher unzureichend umgesetzt. Dies betrifft z.B. den Einsatz von SAPPV</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei länger prognostizierter Lebenserwartung • in Krisensituationen • als intermittierende Erbringung palliativer Leistungen • bei jungen Erwachsenen, die seit dem Kindes- oder Jugendalter an typisch pädiatrischen Erkrankungen leiden <p>Weiterhin fehlen Lösungsansätze zur psychosozialen Begleitung der gesamten Familie, die hier in ganz besonderem Maße betroffen ist. Geschwister werden nicht berücksichtigt und entwickeln im Verlauf oft psychosomatische Erkrankungen. Eltern als Pflegende erfahren nur wenig Entlastung.</p>

10	Die Richtlinie lässt u.E. ausreichen Raum, in SAPV-Verträgen die Belange von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen. Ob dieser „Spielraum“ in den Verträgen zwischen den Kassenverbänden und den Leistungserbringern genutzt und auch tatsächlich umgesetzt wird, ist und nicht bekannt.
13	§ 1 Abs. 4 ist unzureichend, um die konkreten von den Krankenkassen abzusichernden Grundlagen in der Häuslichkeit des betroffenen Kindes und seiner Angehörigen tatsächlich zu gewährleisten (Anspruchskonkretisierung/Rechtssicherheit).
15	Fehlen entsprechen qualifizierter Pflegekräfte. Ausbildung langwierig und kostenintensiv. Pflegekräfte werden auch im stat. Bereich benötigt → keine / nicht genügend Pflegekräfte. Finanzielle Unterstützung für die Ausbildung. Vergütung bei Kindern zu niedrig.

Frage 3: Gibt es aus Ihrer Sicht Erkenntnisse, die Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
02	<p>(1) Administrativer Aufwand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hoher Informations- und Aufklärungsaufwand gegenüber Krankenkassen und dem MDK • unnötige Folgeverordnungen – da bei Fallpauschalen diese sowieso nur 1x alle 2 Jahre bezahlt werden • Einzelaufstellung von Telefonaten • Abrechnung über verschiedene Systeme <p>(2) Gestufte Leistungserbringung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die 4 Formen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Beratung, 2. Koordination, 3. Teil – und 4. Vollversorgung haben sich nicht bewährt Grund: täglich wechselnder Versorgungsbedarf • Sinnvolle Änderung – Auflösung in 2 Formen: <ol style="list-style-type: none"> 1. beratende Mitbetreuung ohne 24-Std.-Betreuung 2. ergänzende Versorgung mit 24 Std. Bereitschaft <p>(3) Probleme bzgl. flächendeckende Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fehlendes Fachpersonal: Einführung einer Übergangsregelungen sinnvoll • große finanzielle Vorleistung: Die Einrichtung der SAPV-Teams muss von • den Teams finanziert werden. Hier wären aus unserer Sicht die Einrichtung von einmaligen Fördergeldzahlungen (der Kassen oder Länder) ein wichtiger Schritt – auch für die SAPV für Kinder- und Jugendlichen. • aktuell keine kostendeckende Finanzierung der SAPV – fehlende Finanzierung für z.B. Anfahrtswege und -zeiten, Ruf- und Kriseninterventionsbereitschaft (sowohl Arzt als

	<p>auch Pflege!)</p> <ul style="list-style-type: none"> • flächendeckende Versorgung in ländlichen Strukturen braucht adaptierte Strukturvorgaben (z.B. Satellitenteams in Zusammenarbeit mit stat. Einrichtungen), aber muss auch aus den Strukturen vor Ort wachsen, nur dann ist die Akzeptanz gewährleistet
06	<p>Die allgemeine Palliativversorgung wird weder durch eine Honorarregelung noch versorgungspolitisch anerkannt. Sie ist aber die Basis jedweder Versorgung außerhalb der Kliniken.</p> <p>Durch eine Kooperation unter Definition der Schnittstellen und Kompetenzen ist nicht nur eine erhebliche Kosteneinsparung zu erzielen, sondern auch eine deutlich verbesserte Betreuung dieses Patientengutes.</p>
07	<p>Aus unserer Sicht fehlt eine Definition des Begriffes „ärztliche Teilleistung“ bei der Betreuung von Palliativpatienten in stationären Hospizen (nämlich nicht nur das medizinische Tun, sondern auch die erforderlichen Beratungsleistungen, Besprechungen mit dem Pflegepersonal, Dokumentation, Sicherstellung der Rufbereitschaft...).</p>
09	<p>Die Zuständigkeit für junge Erwachsene mit typisch pädiatrischen Erkrankungen muss geklärt werden.</p> <p>Anmerkung: Wir würden es begrüßen, wenn neben der SAPV auch die AAPV bundesweit gesetzlich geregelt würde.</p>
13	<p>§ 6: Der Hausarzt bzw. dauerbehandelnde Facharzt muss grundsätzlich als Kooperationspartner einbezogen werden, nicht nur im Einzelfall.</p> <p>§ 5 (2): Qualifizierte Leistungserbringer können auch Absolventen des sog. Basiskurses „Palliativmedizin“ sein, sofern eine Teamstruktur, die der SAPV-Richtlinie entspricht, vorliegt.</p> <p>§ 5 (3): Kriseninterventionen müssen durch Überlassung von BT-Mitteln beim Patienten/Angehörigen praxisnah bewältigt werden dürfen (gesetzliche Absicherung). Siehe Novelle der Apothekenbetriebsordnung.</p>
15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schwerpunkt auf fachliche Qualifikation – Angebote ermöglichen. 2. Finanzielle Unterstützung für die Ausbildung. 3. Anpassung der Verträge <u>bundeseinheitlich</u>. <p>Anmerkung: Alle Hinweise haben wir mit gleichem Text bereits im Jahr 2011 und 2012 gegeben <u>ohne</u> Rückmeldung bzw. Berücksichtigung.</p>