

Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV- Richtlinie für das Jahr 2015

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	5
2.	Sachverhalt	7
3.	Hinweise zu Art und Umfang der Erhebung	9
4.	Hinweise zum Rücklauf der Befragung.....	12
5.	Methodische Hinweise zur Auswertung der Befragung.....	13
6.	Ergebnisse	14
6.1	Ausgaben der Krankenkassen für SAPV	14
6.2	Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten	14
6.3	Qualifikation von Pflegekräften	17
6.4	Verordnungen	17
6.5	Angaben der Leistungserbringer zu abgelehnten Leistungsanträgen	19
6.6	Leistungsfälle	19
6.6.1	Abrechnungsfälle insgesamt	20
6.6.2	Angaben der Leistungserbringer zu den von diesen erbrachten Leistungsfällen.....	21
6.6.3	Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen	22
6.7	Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen	27
6.7.1	Antworten der Krankenkassen.....	27
6.7.2	Antworten der Leistungserbringer	28
6.7.3	Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen	29
6.7.4	Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG.....	29
6.8	Kooperationspartner	30
6.9	Änderungsvorschläge zur SAPV-RL und Problemschilderungen im Umgang mit SAPV	34
6.9.1	Antworten der Krankenkassen.....	34
6.9.2	Antworten der Leistungserbringer	34
6.9.3	Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen	35
6.9.4	Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG.....	36
7.	Berichte des GKV-SV zum Vertragsgeschehen.....	37
8.	Bewertung der Hinweise	39
8.1	Psychosoziale/seelsorgerische Begleitung der Betroffenen.....	39
8.2	Qualifikation von Leistungserbringern	40
8.3	Besondere Belange von Kindern und Jugendlichen.....	41
8.4	Abgrenzungsfragen (Teil- und Vollversorgung, SAPV und allgemeine ambulante Palliativversorgung).....	42
8.5	Verordnung oder Bewilligung der SAPV.....	43
9.	Fazit und Ausblick.....	45

10.	Anhang.....	48
10.1	Fragebogen an die Krankenkassen.....	48
10.2	Fragebogen an die Leistungserbringer.....	51
10.3	Fragebogen an die Mitgliedsorganisationen der DKG.....	58
10.4	Fragebogen an die Kassenärztlichen Vereinigungen	61
10.5	Freitextangaben der Krankenkassen	64
10.6	Freitextangaben der Leistungserbringer	66
10.7	Freitextangaben der Mitgliedsorganisationen der DKG.....	83
10.8	Freitextangaben der Kassenärztlichen Vereinigungen	84

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

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
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 2015 zu berichten. 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.

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 bis 2014 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 2015 insgesamt 118.451 Abrechnungsfälle aus (2014 wurden 87.460 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 2015 bis zum 31. Dezember 2015 bewilligten Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhoben, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen wird.

Es wurden insgesamt 119 Krankenkassen angeschrieben, von denen 86 bis zum 6. Mai 2016 einen ausgefüllten Fragebogen an die Geschäftsstelle des G-BA weitergeleitet haben, was einem Rücklauf von rund 72 % entspricht. Die 86 Krankenkassen repräsentieren nach eigenen Angaben 66.471.786 Versicherte und damit rund 94 % der insgesamt ca. 71 Millionen (70.737.497) gesetzlich Versicherten (inkl. beitragsfrei Mitversicherter) in Deutschland zum 1. Juli 2015 (www.gbe-bund.de).

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres wurde von den rückmeldenden Krankenkassen auf 735 beziffert, davon wurden 7 Leistungsfälle über Kostenerstattung geregelt (in der Befragung des Vorjahres lag die Anzahl der angegebenen Leistungsfälle bei 548, von denen 4 über Kostenerstattung geregelt wurden).

Von den 288 angeschriebenen Leistungserbringern konnten insgesamt 147 Fragebögen in die Auswertung eingehen, was einem Rücklauf von rund 51 % entspricht. Die Antworten von 3

Leistungserbringern wurden nicht berücksichtigt, da diese ihre Tätigkeit erst im November bzw. Dezember des Jahres 2015 aufgenommen haben.

Gemäß der Frequenzstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) betrug die Anzahl der Erstverordnungen vom 1. Quartal bis einschließlich 4. Quartal 2015 insgesamt 48.686 Erstverordnungen; die Anzahl der Folgeverordnungen belief sich auf 35.309 Verordnungen. Im Vorjahr (2014) wurden 40.913 Erstverordnungen und 29.516 Folgeverordnungen gezählt. Die Verordnungszahlen nehmen damit – wie schon in den vergangenen Jahren - kontinuierlich zu.

Für das Jahr 2015 betragen die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV 267,02 Millionen Euro (vom BMG veröffentlichte endgültige Rechnungsergebnisse [KJ 1-Statistik]). Im Jahr 2014 betragen die Ausgaben für ärztliche und pflegerische Leistungen in der SAPV 202,22 Millionen Euro (KJ 1-Statistik).

Zusammenfassend zeigen die vorangestellten Daten, dass sich die Struktur- und Leistungszahlen der SAPV auch in 2015 stetig weiterentwickelt 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 sowie im Einzelfall auf den Leistungsanspruch bei nicht onkologischen Krankheitsbildern oder bei einer palliativen Chemotherapie.

Es besteht bei einem Teil der Befragten der Wunsch, psychosoziale/seelsorgerische Begleitung der Betroffenen einschließlich Angehöriger stärker in der SAPV-RL zu berücksichtigen.

Zur Frage, ob die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV-RL ausreichend berücksichtigt sind, wurde mehrfach auf Konkretisierungsbedarf hingewiesen.

Sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen können konkrete Änderungsvorschläge für die SAPV-RL daraus nicht abgeleitet werden, da Konkretisierungen und Abgrenzungen die bewusst eingeräumten Gestaltungsspielräume der Vertragspartner einengen würden.

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.

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 ab 2013 wurde entsprechend der verfügbaren Daten gegenüber den Berichten aus den Vorjahren (2009 bis 2012) angepasst. Nachdem aus der Berichterstattung der Vorjahre 2009 bis 2012 belastbare Daten zu etwaigen Auswirkungen der SAPV auf die Verordnung und das Leistungsgeschehen in anderen Leistungsbereichen nicht zu erhalten waren, weil sich etwaige Veränderungen in anderen Leistungsbereichen nicht kausal auf das Leistungsgeschehen der SAPV zurückführen ließen, hat der im G-BA zuständige Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) in seiner Sitzung am 12. Februar 2014 beschlossen dieser Fragestellung im Bericht nicht mehr nachzugehen.

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 2015.

3. Hinweise zu Art und Umfang der Erhebung

Der zuständige 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 über das Jahr 2015 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).

Aufbauend auf den Erfahrungen mit den Auswertungen der Vorjahres-Befragungen wurde der Fragebogen an die Leistungserbringer auch in der Befragung über das Jahr 2015 in der um 3 Fragen ergänzten Version versandt. In Frage 1 wurde um eine Angabe gebeten, ob es sich um einen spezialisierten Leistungserbringer für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen handelt.

In Frage 2 wurde erneut ermittelt, seit welchem Jahr das SAPV-Team besteht (Vertragsbeginn mit der Krankenkasse).

Diese beiden Fragen sollten bei der Einschätzung helfen, wie viel Erfahrung der jeweilige Leistungserbringer sowohl insgesamt als auch im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen aufweist.

Schließlich wurde abermals nach den regelmäßigen Kooperationspartnern des Leistungserbringers gefragt, sowohl für den medizinisch-therapeutischen und pflegerischen, als auch für den psychosozialen Bereich.

Der vorliegende Bericht umfasst somit insgesamt folgende Aspekte:

1. Ausgaben der Krankenkassen für die SAPV,
2. Anzahl der qualifizierten Ärztinnen und Ärzte einschließlich Ort der Tätigkeit (stationär, niedergelassen),
3. Verordnungszahlen, differenziert nach Erst- und Folgeverordnung und dem jeweiligen KV-Bereich,

4. Regelmäßige Kooperationspartner der Leistungserbringer,
5. Angaben zu Ablehnungen von Leistungsanträgen, die auch nach einem Widerspruch Bestand hatten, differenziert nach Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen und Gründe für diese Ablehnungen,
6. Leistungsfälle, differenziert nach Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen sowie der jeweiligen Anzahl der Leistungsfälle, die für Kinder und Jugendliche über Kostenerstattung finanziert wurden,
7. Hinweise zu Änderungs- oder Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL, die sich auf die Belange von Kindern und Jugendlichen beziehen,
8. Hinweise zu Änderungs- oder Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL (die sich nicht auf Nummer 7 beziehen).

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 2015 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 erfolgte. Bei allen Krankenkassen wurden weiterhin die vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2015 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 Krankenversicherung keine Regelungskompetenz des G-BA besteht.

Für den Bericht 2015 wurde erneut den Fragen nachgegangen, ob die SAPV-RL den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ausreichend Rechnung trägt und ob Hinweise auf mögliche Änderungs- oder Klarstellungsbedarfe in der SAPV-RL bestehen.

Sowohl die Krankenkassen als auch die Leistungserbringer, die KVen und die Mitgliedsorganisationen der DKG wurden zu den beiden o. g. 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.

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 bis 2014 - 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 10.1) wurde an insgesamt 119 Krankenkassen versandt. Es wurden 86 ausgefüllte Fragebögen an die Geschäftsstelle des G-BA weitergeleitet, was einem Rücklauf von rund 72 % entspricht. Die 86 Krankenkassen repräsentieren nach eigenen Angaben 66.471.786 Versicherte und damit rund 94 % der insgesamt ca. 71 Millionen (70.737.497) gesetzlich Versicherten (inkl. beitragsfrei Mitversicherter) in Deutschland zum 1. Juli 2015 (www.gbe-bund.de).

Die Anzahl der Versicherten bei denjenigen Krankenkassen, die geantwortet haben, lag zwischen 2.089 und 9.478.150 mit einem Mittelwert von 801.858 Versicherten (Median 91.159). 17 Krankenkassen hatten mehr als 1 Million Versicherte, 45 Krankenkassen hatten unter 100.000 Versicherte.

Von den 288 mittels Fragebogen angeschriebenen Leistungserbringern (siehe Anhang 10.2) konnten insgesamt 147 Fragebögen in die Auswertung eingehen, was einem Rücklauf von rund 51 % entspricht. 3 Leistungserbringer haben ihre Tätigkeit erst am Ende des Jahres 2015 aufgenommen (November und Dezember) und wurden daher nicht berücksichtigt.

Die DKG hat von 9 der 16 Landesverbände von Krankenhausträgern Rückmeldungen zu einem Anpassungsbedarf der SAPV-Richtlinie erhalten. Dabei haben 8 Landesverbände den Fragebogen an die Mitgliedsorganisationen der DKG (siehe Anhang 10.3) beantwortet. Eine Mitgliedsorganisation hat mitgeteilt, dass keine neuen Erkenntnisse im Vergleich zur letztjährigen Befragung vorlägen, weshalb der aktuelle Fragebogen nicht ausgefüllt wurde. Zwei Landeskrankenhausesgesellschaften haben nicht als Verband geantwortet, sondern es wurde einmal eine Übersicht der Antworten der einzelnen Mitgliedskrankenhäuser eingereicht, die teilweise voneinander abweichend geantwortet haben, im anderen Fall wurden die Antworten von 1 „Institution“ eingereicht (diese Rückmeldung wurde als 8. Fragebogen gewertet).

Der Fragebogen an die KVen (siehe Anhang 10.4) wurde von allen 17 KVen zurückgesandt. Zwei KVen gaben dabei an, dass der Fragebogen nicht beantwortet werden könne, da die KVen vertraglich nicht an der Umsetzung der SAPV-RL beteiligt seien. Demnach liegen von Seiten der KVen 15 auswertbare Fragebögen vor.

5. Methodische Hinweise zur Auswertung der Befragung

Mit diesem Bericht liegen die Ergebnisse aus den Jahren 2009 bis 2015 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 auch in diesem Jahr 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.

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

6. Ergebnisse

6.1 Ausgaben der Krankenkassen für SAPV

Für das Jahr 2015 betragen die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV 267,02 Millionen Euro. Die Ausgaben für Arzneimittel im Rahmen der SAPV beliefen sich im Jahr 2015 auf 50,59 Millionen Euro, die für Heilmittel im Rahmen der SAPV auf 3,05 Millionen Euro und die für Hilfsmittel im Rahmen der SAPV auf 11,78 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.

Der Bericht für das Jahr 2014 führt die Ausgaben der Krankenkassen für die SAPV auf der Datenbasis der vorläufigen Rechnungsergebnisse der KJ 1 Statistik auf. In dem vorliegenden Bericht für das Berichtsjahr 2015 wurden die Angaben für das Jahr 2014 entsprechend der endgültigen Rechnungsergebnisse (Stand 23. Juni 2015) korrigiert, gleichwohl kann sowohl für das Jahr 2014 als auch für das Jahr 2015 weiterhin ein kontinuierlicher Anstieg der Ausgaben der Krankenkassen für SAPV festgestellt werden (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für SAPV 2009 bis 2015 (Quelle: Amtliche Statistik KJ 1; * die Statistik für 2009 erfasste die Ausgaben für Arznei sowie Heil- und Hilfsmittel nicht)

SAPV Mio.€/Jahr	Leistungsleistungen	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ärztlich/Pflegerische Leistungen		17,3	47,82	84,90	127,50	175,91	202,22	267,02
Arzneimittel		-*	5,60	15,14	20,50	31,71	42,80	50,59
Heilmittel		-*	0,42	0,61	0,85	1,36	2,70	3,05
Hilfsmittel		-*	2,27	3,27	2,94	5,24	7,19	11,78
Gesamt		17,3	56,11	103,92	151,79	214,21	254,91	332,44

6.2 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 2015 (vgl. Tabelle 2), dass insgesamt 9449 berufstätige Ärztinnen und Ärzte die Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ erworben haben. Davon waren 4210 Ärztinnen und Ärzte niedergelassen und 4188 im Krankenhaus tätig. Die Datenbasis des Berichtes für das Jahr 2009 hat möglicherweise Abweichungen im Vergleich zu den Folgejahren 2010 bis 2015, da 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 2015, (Quelle: BÄK).

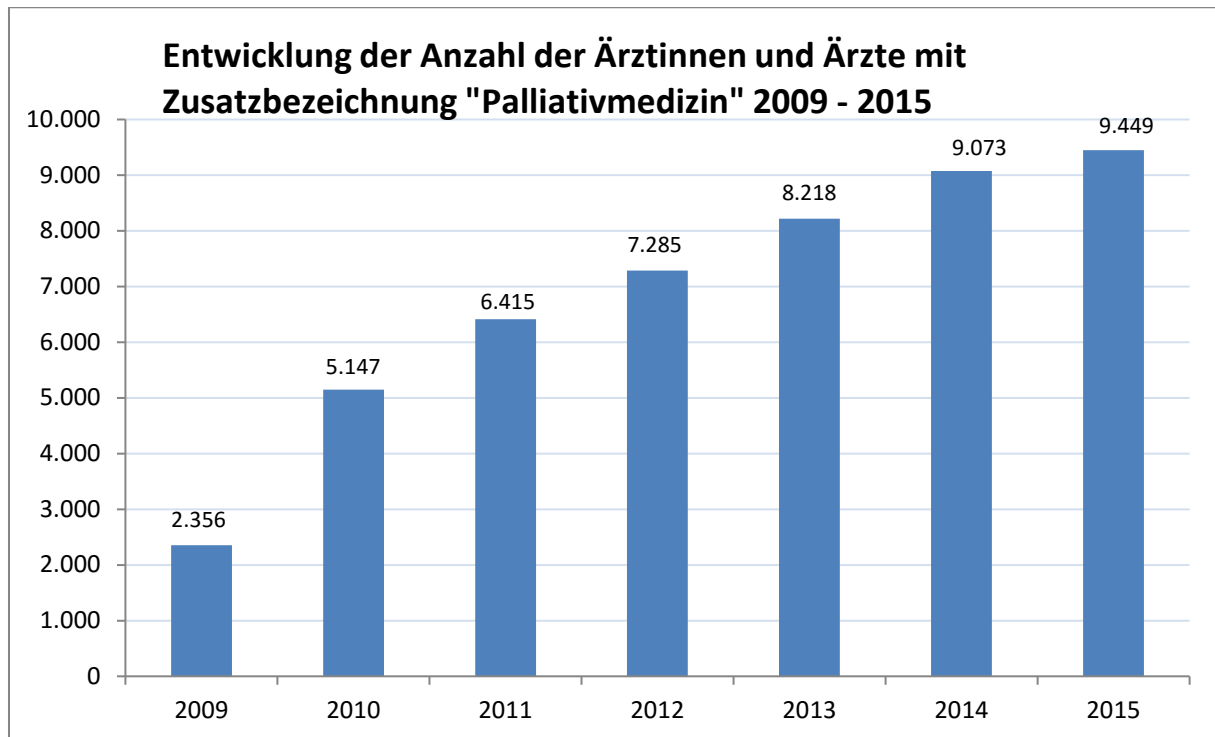



Tabelle 2: Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin nach Landesärztekammern und Tätigkeitsarten (Quelle: BÄK)

		Ärztinnen/Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin nach Bundesland und Tätigkeitsart (Stichtag 31.12.2015)					
Bundesland	berufstätig Gesamtanzahl	ambulant berufstätig Anzahl	davon niedergelassen berufstätig	stationär berufstätig Anzahl	in sonstigen Bereichen Anzahl	in Behörden Körpersch. u.a. Anzahl	ohne ärztliche Tätigkeit Anzahl
0	1	2	3	4	5	6	6
Baden-Württemberg	1448	814	728	577	39	18	94
Bayern	753	280	218	426	46	1	43
Berlin	312	133	83	147	22	10	28
Brandenburg	265	160	150	101	4	0	5
Bremen	68	28	27	34	3	3	2
Hamburg	190	100	78	80	8	2	13
Hessen	987	502	444	391	88	6	53
Mecklenburg-Vorpommern	164	77	77	79	8	0	8
Niedersachsen	1202	756	687	389	45	12	54
Nordrhein Westfalen	2285	1093	929	1141	40	11	99
Rheinland-Pfalz	492	237	209	225	20	10	18
Saarland	96	47	40	43	4	2	4
Sachsen	398	191	168	199	7	1	11
Sachsen-Anhalt	200	92	83	107	1	0	4
Schleswig-Holstein	409	257	225	144	7	1	20
Thüringen	180	74	64	105	1	0	4
Bundesgebiet	9449	4841	4210	4188	343	77	460

ambulant berufstätig = Ambulant/Praxis angestellte Ärzte + niedergelassene Ärzte

ohne ärztliche Tätigkeit = Ruhestand + Haushalt + Berufsfremd + Arbeitslos + Elternzeit + Berufsunfähig + Altersteilzeit (Freistellungsphase) + Sonstiger Grund

6.3 Qualifikation von Pflegekräften

Verlässliche Zahlen liegen nach Kenntnis des G-BA mit Blick auf die Anzahl der Pflegefachkräfte mit einer Palliative Care Weiterbildung nicht vor.

6.4 Verordnungen

Über die Frequenzstatistik der KBV wurde die Anzahl der Verordnungen vom 1. bis 4. Quartal 2015, 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 bis 2015 einbezogen. Die Anzahl der Erstverordnungen vom 1. bis einschließlich 4. Quartal 2015 betrug insgesamt 48.686, die Anzahl der Folgeverordnungen belief sich auf 35.309. Im Vergleich dazu wurden in den 4 Quartalen 2014 40.913 Erstverordnungen und 29.516 Folgeverordnungen gezählt (vgl. Abbildung 2 und Tabelle 3).

Abbildung 2: Anzahl der Erst- und Folgeverordnungen SAPV 2009 bis 2015 (Quelle: KBV)

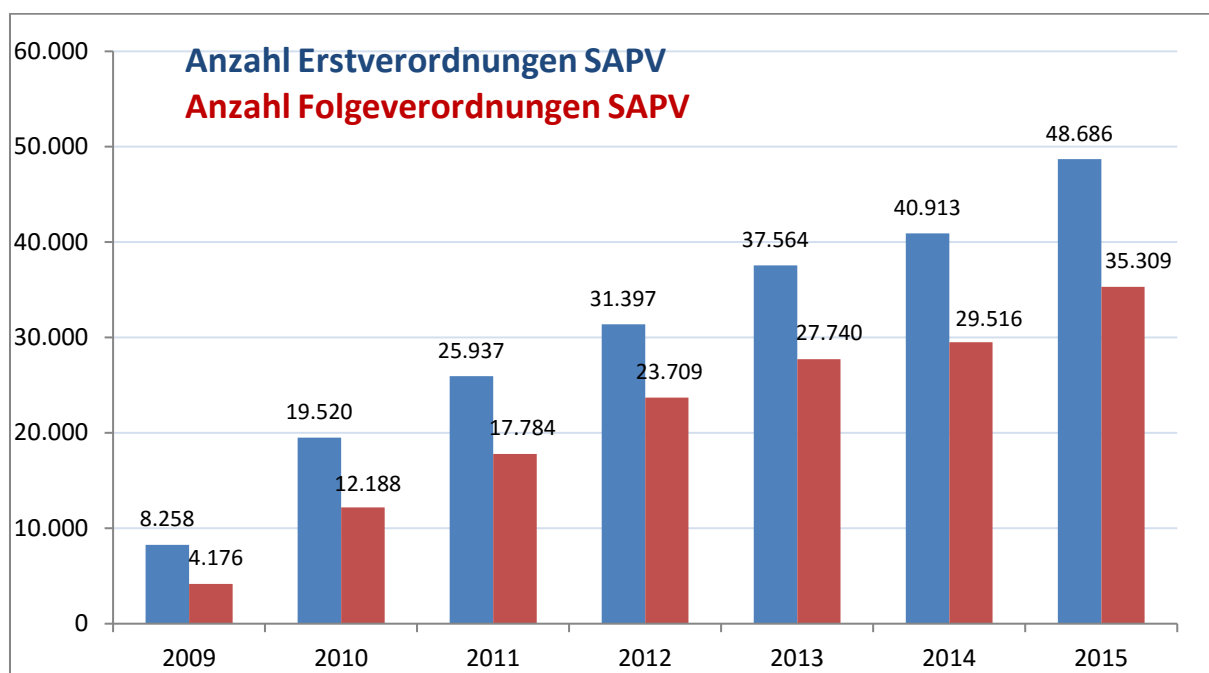


Tabelle 3: Frequenzstatistik SAPV Erst- und Folgeverordnungen von 2009 bis 2015

Frequenzstatistik SAPV Erst- und Folgeverordnungen von 2010 bis 2015	2009 ¹		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	EV*	FV**	EV	FV	EV	FV	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	4.059	4.425	3.315	2.982	3.730	2.825
Bayern	840	399	1.524	1.054	2.772	2.318	2.902	2.622	3.027	2.354	3.567	2.324	5.043	3.297
Berlin	267	162	2.799	1.313	4.304	1.865	4.670	2.188	5.309	2.469	5.581	2.883	6.045	3.609
Brandenburg	281	156	737	624	853	962	1.176	1.196	1.564	1.867	1.951	2.023	2.395	2.529
Bremen	66	21	121	48	115	71	162	73	214	150	275	168	328	204
Hamburg	232	76	416	249	1.011	500	1.260	787	1.384	952	1.291	825	1.400	976
Hessen	1.107	749	3.165	2.165	3.881	2.914	4.763	3.613	5.407	3.694	5.766	4.407	6.495	4.816
Mecklenburg-Vorpommern	138	85	335	276	425	306	546	481	815	593	967	792	1.309	1.039
Niedersachsen	1.225	520	2.298	992	3.343	1.724	4.504	2.581	5.519	3.364	6.322	4.424	7.363	5.101
Nordrhein	380	265	814	666	1.135	825	1.847	1.073	2.881	1.920	3.559	2.502	4.579	3.785
Rheinland-Pfalz	173	36	452	169	609	425	562	541	728	644	727	643	863	748
Saarland	38	5	345	225	293	165	417	277	553	365	701	455	932	663
Sachsen	233	46	1.020	723	1.139	969	1.426	1.466	1.901	1.903	2.437	2.349	2.710	2.538
Sachsen-Anhalt	132	23	312	108	520	219	684	393	979	486	1.048	599	1.159	602
Schleswig-Holstein	304	119	768	630	1.050	999	1.390	1.611	1.629	1.632	1.749	1.365	2.104	1.506
Thüringen			318	250	619	406	809	511	895	535	951	529	1.474	853
Westfalen-Lippe	893	476	1.344	746	829	557	657	362	700	387	706	246	757	218
Verordnungen gesamt	8.258	4.176	19.520	12.188	25.937	17.784	31.397	23.709	37.564	27.740	40.913	29.516	48.686	35.309
Legende:														
* Erstverordnung = EV														
** Folgeverordnung = FV														

¹ Die Verordnungszahlen für das Jahr 2009 umfassen das zweite bis vierte Quartal 2009.

6.5 Angaben der Leistungserbringer zu abgelehnten Leistungsanträgen

Die Antworten auf Frage 5 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Für wie viele Patienten wurden im oben genannten Zeitraum verordnete SAPV-Leistungen durch Krankenkassen **endgültig** abgelehnt?“

ergaben, dass im genannten Zeitraum insgesamt bei 601 Patientinnen und Patienten Leistungen der SAPV durch Krankenkassen abgelehnt wurden (Mittelwert 4, Median 1; Maximum 110 pro Leistungserbringer). Insgesamt 34 Leistungserbringer haben hier mindestens eine abgelehnte Verordnung angegeben.

Zur Frage der Ablehnungen von Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden Angaben im Abschnitt 6.6.3 gemacht.

Bei der Frage 6 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Sofern bekannt, was waren die Gründe, die **bei Erwachsenen** zu einer Ablehnung geführt haben?“

konnten die Leistungserbringer im Freitext antworten. Hiervon haben 71 Leistungserbringer Gebrauch gemacht.

Mehrfach führte die Einschätzung, dass die Kriterien zur Verordnung einer SAPV nicht erfüllt seien (basierend auf der gestellten Diagnose und Ausprägung der Symptomlast bzw. der zu erwartenden Lebenserwartung) 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 nachvollzogen wurde und die Versorgung nach Einschätzung des MDK im Rahmen der hausärztlichen Versorgung bzw. in einer stationären Pflegeeinrichtung ausreichend sichergestellt werden kann. Mehrfach wurden wie in den vergangenen Jahren fehlende Erkennbarkeit der Leistungsvoraussetzung bei nicht-onkologischen Krankheitsbildern (wie z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, COPD, neurologische und dementielle Erkrankungen) genannt. Darüber hinaus wurden auch vereinzelt Ablehnungen aufgrund von Formfehlern in Bezug auf Antragsstellung und verspäteter Einreichung genannt. Ferner wurden in der diesjährigen Befragung erneut Ablehnungen der Kostenübernahme durch Unternehmen der Privaten Krankenversicherung genannt.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.6 zu entnehmen.

6.6 Leistungsfälle

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle der Krankenkassen wird seit dem 1. Januar 2010 über die amtliche Statistik (KG 3) erhoben und für die Berichterstellung 2015 genutzt. Darüber hinaus

wurden auch die Leistungserbringer zur Zahl der Leistungsfälle, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2015 erbracht haben, befragt.

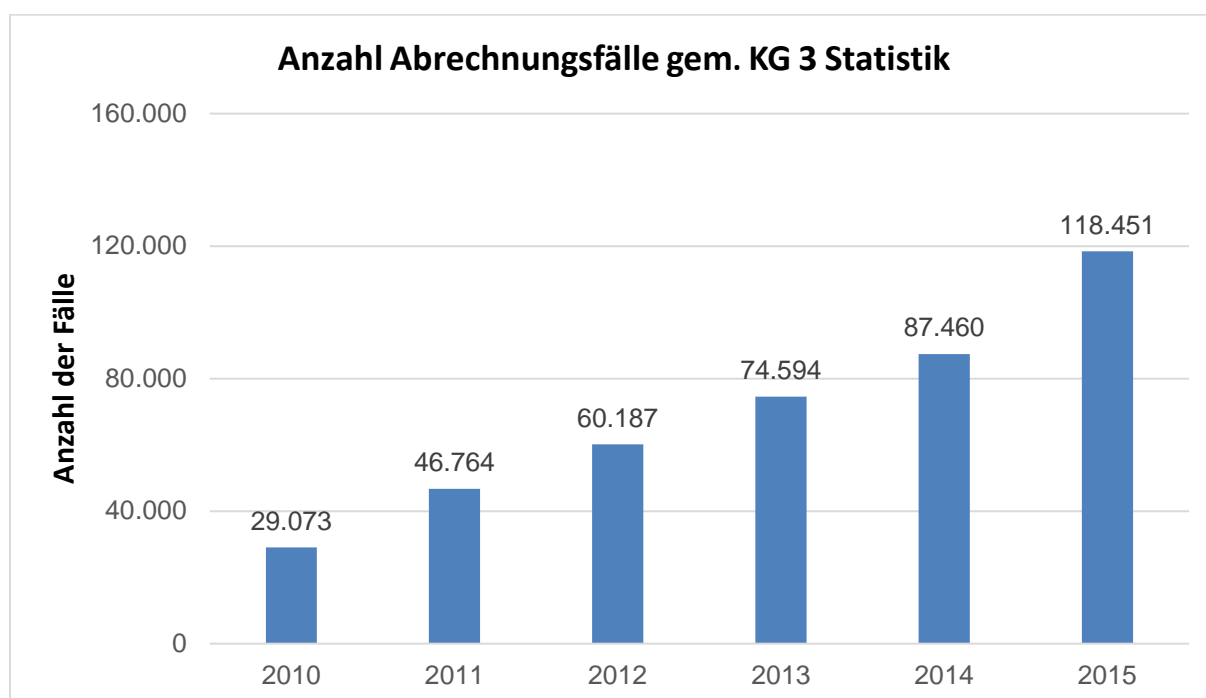
Die Angaben der Leistungsfälle in den Berichten des G-BA über die Jahre 2009 bis 2010 wurden bei den Krankenkassen erhoben. Da sich nicht alle Krankenkassen an der Befragung beteiligt haben, war die Erfassung der Leistungsfälle unvollständig. Bei den Leistungszahlen der KG 3 Statistik handelt es sich dagegen um eine Vollerhebung aller Abrechnungsfälle in Deutschland. Bei der Beurteilung der Entwicklung der Abrechnungsfälle ist weiterhin zu beachten, dass diese Fälle in der amtlichen Statistik entsprechend ihrer quartalsweisen Abrechnung gezählt werden. Ein Fall, 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 2015 bis zum 31. Dezember 2015 bewilligten diesbezüglichen Leistungsfällen, befragt, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen werden sollte.

6.6.1 Abrechnungsfälle insgesamt

Die amtliche Statistik KG 3 weist für 2015 insgesamt 118.451 Abrechnungsfälle aus (2014 wurden in der amtlichen Statistik 87.460 Abrechnungsfälle ausgewiesen; vgl. Abb. 3).

Abbildung 3: Anzahl der Abrechnungsfälle SAPV 2010 bis 2015 (Quelle: KG 3 Statistik)



6.6.2 Angaben der Leistungserbringer zu den von diesen erbrachten Leistungsfällen

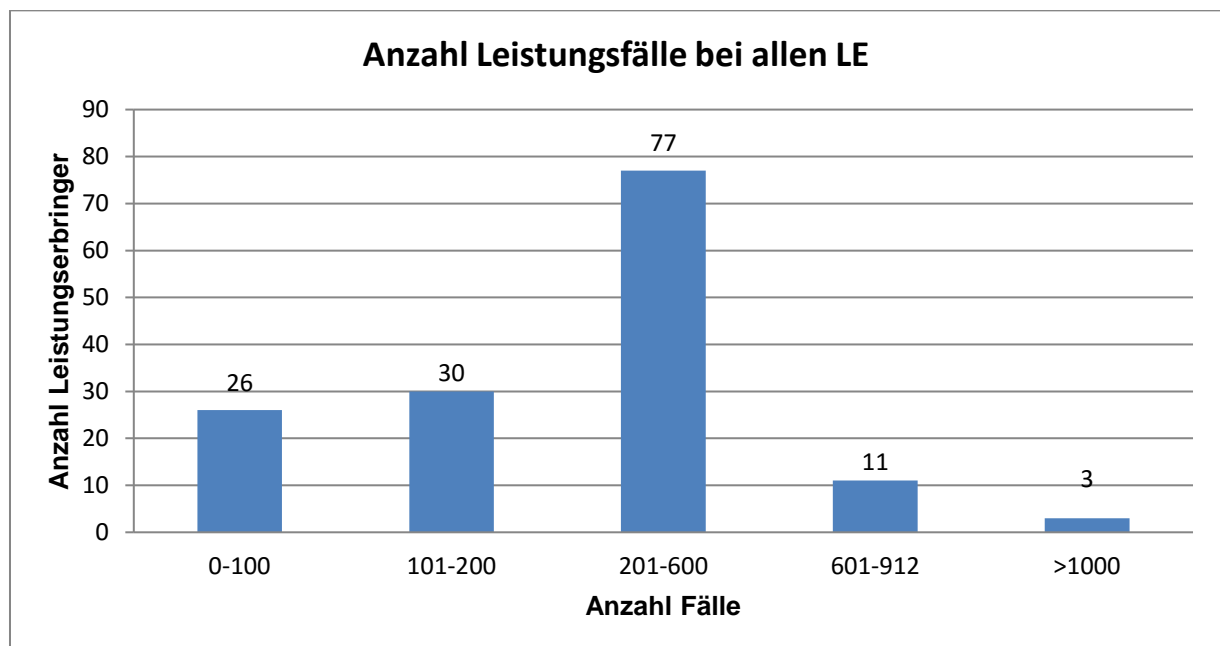
Die Antwort auf Frage 4 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2015 von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht“

ergab, dass im genannten Zeitraum insgesamt 43.285 Leistungsfälle von den 147 Leistungserbringern, die sich an der Befragung beteiligt haben, erbracht wurden.

Die Anzahl der Leistungsfälle pro Leistungserbringer lag zwischen 0 und 1.353 mit einem Mittelwert von 294 Leistungsfällen (Median 249). Dabei gaben 26 Leistungserbringer an, zwischen 0 und 100 Leistungsfälle gehabt zu haben, bei 30 waren es zwischen 101 und 200 und bei 77 Leistungserbringern zwischen 201 und 600 Leistungsfälle. Von 11 Leistungserbringern wurde eine Fallzahl zwischen 601 und 912 Fällen angegeben Die 3 Leistungserbringer mit den höchsten Fallzahlen gaben 1.190, 1.223 bzw. 1.353 Leistungsfälle an.

Abbildung 4: Anzahl aller SAPV Leistungsfälle aller Leistungserbringer, die den Fragebogen beantwortet haben (Quelle: Leistungserbringerbefragung 2015).



Die Antwort auf Frage 2 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Seit wann besteht Ihr SAPV-Team (Vertragsbeginn mit der Krankenkasse)?“

wurde von 145 Leistungserbringern beantwortet, 2 Leistungserbringer machten hier keine Angabe. Die Angaben erfolgten teilweise als reine Jahresangabe, teilweise als genaue Datumsangabe.

Die Daten zum Vertragsbeginn wurden bei der Auswertung der Freitextangaben der Leistungserbringer berücksichtigt.

6.6.3 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen

Im Rahmen der Erhebung wurden bei allen Krankenkassen die vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2015 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 **01.01.2015 bis zum 31.12.2015** bewilligten Leistungsfälle betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres??“

wurde angegeben, dass 735 Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betrafen.

Insgesamt gaben 38 der 86 Krankenkassen an, dass keiner der Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betraf, 32 Krankenkassen hatten zwischen 1 und 10 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen, 7 Krankenkassen zwischen 11 und 30 Leistungsfälle, 6 Krankenkassen zwischen 31 und 100 Leistungsfälle und eine Krankenkasse 109 Leistungsfälle. Das Maximum für eine Krankenkasse lag demnach bei 109 Leistungsfällen für Kinder und Jugendliche. Von 2 Krankenkassen wurde an dieser Stelle keine Angabe gemacht.

Nach den Angaben der Krankenkassen wurden im Jahr 2015 insgesamt 7 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen über Kostenerstattung geregelt, 1 dieser Fälle betraf eine Krankenkasse, eine weitere Krankenkasse gab 6 Fälle an, die über Kostenerstattung geregelt wurden. Eine Krankenkasse mit 31 Fällen bei Kindern und Jugendlichen machte hier keine Angaben zur Anzahl der Fälle, die über eine Kostenerstattung geregelt wurden, die beiden Krankenkassen, die zu Frage 1 bereits keine Angabe gemacht hatten, machten auch hier keine Angabe.

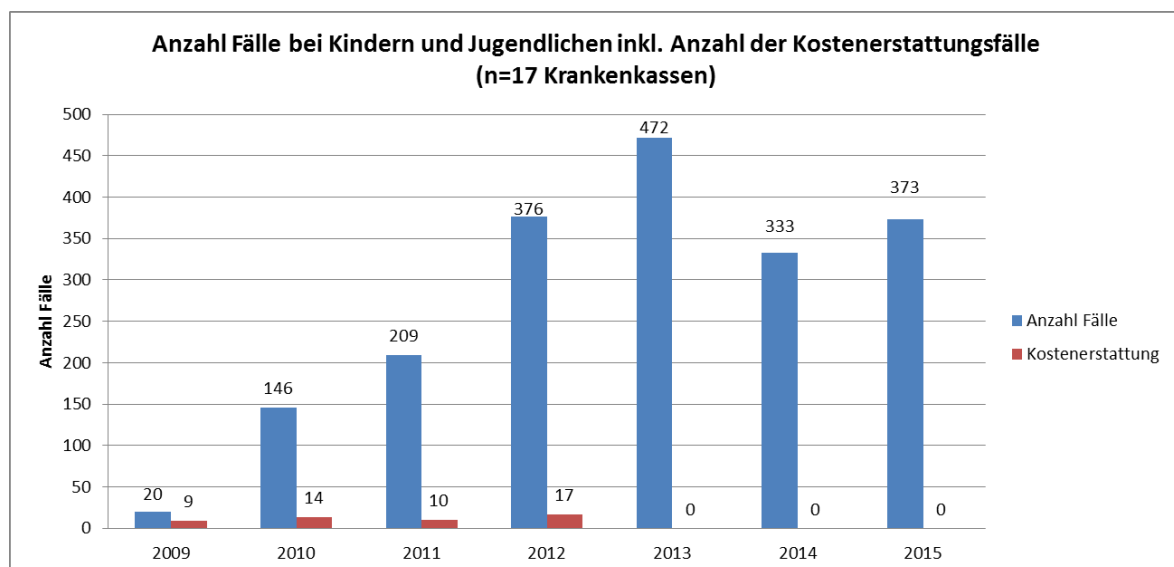
Aufgrund der besonderen Bedeutung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgte zum Zweck der besseren Einschätzung des Umsetzungsstandes der SAPV-RL zu diesem Punkt eine gesonderte Analyse. Hierzu wurden die Daten der Krankenkassen herangezogen, die konstant in allen sieben bisher evaluierten Berichtsjahren die Befragung beantwortet

haben. Dies war wie im Vorjahr bei 17 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 17 Krankenkassen, die in allen Jahren an der Befragung teilgenommen und an dieser Stelle Angaben gemacht haben, zeigen im Vergleich zum Vorjahr eine leicht erhöhte Anzahl an Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen. Bei diesen Krankenkassen gab es für den Berichtszeitraum 2015 keinen Fall, der über Kostenerstattung geregelt wurden.

Allerdings machte eine Krankenkasse an dieser Stelle keine Angabe über die Anzahl der über Kostenerstattung geregelten Fälle (es wurden 31 Fälle angegeben).

Abbildung 5: Angaben zur Anzahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen (inkl. Kostenerstattungsfälle) aus sieben Berichtsjahren anhand der Daten von 17 Krankenkassen, die in jedem Jahr an der Befragung teilgenommen haben.



Auf Frage 1 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Handelt es sich bei Ihrem Team um einen ausschließlich auf die Belange von Kindern und Jugendlichen spezialisierten SAPV-Leistungserbringer?“

antworteten 10 der 147 Leistungserbringer mit „Ja“, 135 mit „Nein“ und 2 Leistungserbringer machte hier keine Angabe.

Bei der durch die Leistungserbringer genannten Gesamtzahl von 641 Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen entfallen auf die 10 Leistungserbringer, die an dieser Stelle mit „Ja“ geantwortet haben, insgesamt 589 Leistungsfälle. Die Differenz von 52 Leistungsfällen wurde demnach von Leistungserbringern erbracht, die keine explizite Spezialisierung auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen aufwiesen.

Die Antworten auf Frage 4.1 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

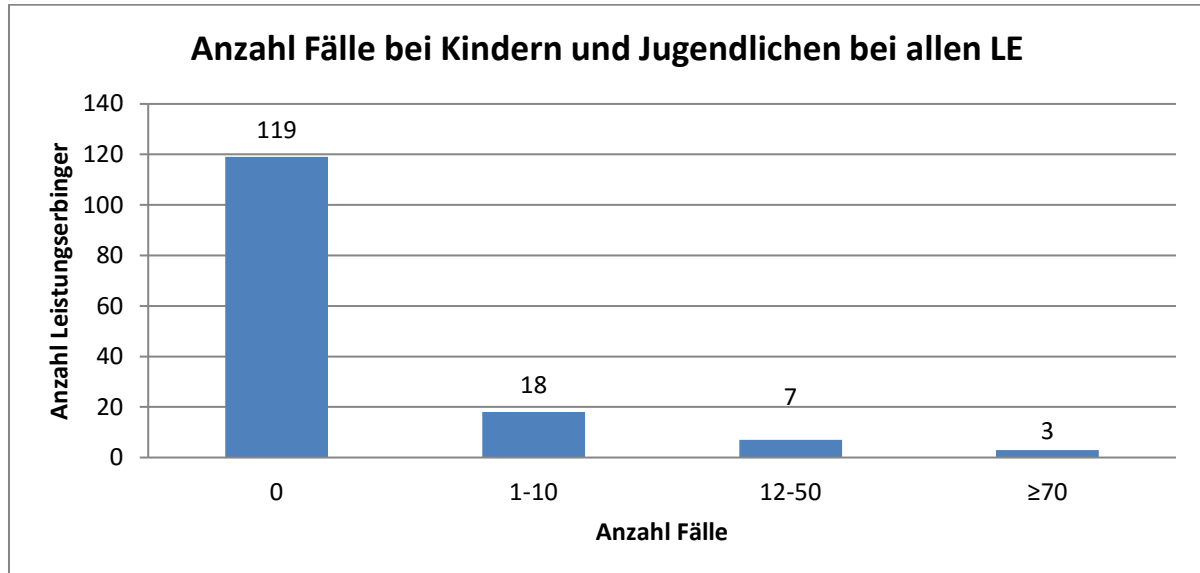
„Wie viele der unter 4. genannten Fälle betrafen/waren Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?“

ergaben, dass im genannten Zeitraum insgesamt 641 der unter Frage 4 genannten Leistungsfälle (n= 43.285) Kinder und Jugendliche betrafen.

An dieser Stelle gaben 119 Leistungserbringer an, keine Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen gehabt zu haben. 18 Leistungserbringer hatten bis zu 10 Leistungsfälle in diesem Bereich, 7 Leistungserbringer hatten zwischen 12 und 50 Leistungsfälle und jeweils ein Leistungserbringer gab hier 70, 116 bzw. 191 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen an.

Somit hatten 28 der 147 Leistungserbringer mindestens einen Leistungsfall im genannten Zeitraum, der ein Kind oder einen Jugendlichen betraf (Mittelwert 23, Median 4, Maximum 191). Von diesen Leistungserbringern hatten 10 die Frage 1 [*handelt es sich um ein auf Kinder und Jugendliche spezialisiertes Team*] mit „Ja“ beantwortet und 18 mit „Nein“.

Abbildung 6: Anzahl der SAPV-Fälle bei Kindern und Jugendlichen bei allen Leistungserbringern (Quelle: Leistungserbringerbefragung 2015).



Die 3 Leistungserbringer mit den meisten Leistungsfällen in diesem Bereich (70, 116 und 191 Fälle) waren ausweislich ihrer Antwort auf Frage 1 spezialisierte Leistungserbringer für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und versorgten einen Anteil von 76 % bis 91 % Kinder und Jugendliche an allen von ihnen unter Frage 4 genannten Leistungsfällen.

Auf die Frage 5.1 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Wie viele der unter 5. genannten Patienten waren Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?“

gaben 4 Leistungserbringer an, dass dies einmal der Fall war. Zwei Leistungserbringer gaben an, dass insgesamt 2 der abgelehnten Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betrafen. Es wurden also insgesamt 8 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen abgelehnt. Bei 5 der Leistungserbringer, die hier eine Angabe gemacht haben, handelt es sich nach eigenen Angaben um spezialisierte Teams für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit insgesamt 211 Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen sowie um 1 Leistungserbringer, der Frage 1 mit „Nein“ beantwortet hat und ausweislich der vorherigen Antworten weder Fälle hatte, die Kinder und Jugendliche betrafen (Antwort „0“ auf Frage 4.1 noch Ablehnungen (Antwort „0“ auf Frage 5) hatte.

Die Frage 7 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

wurde von 5 Leistungserbringern beantwortet. Abweichend von der Darstellung der übrigen Freitextangaben werden die Antworten zu den Ablehnungsgründen von Anträgen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen in diesem Abschnitt im Volltext zitiert.

Alle Leistungserbringer, die hier Angaben gemacht haben, waren gemäß der Antwort auf Frage 1 spezialisierte Leistungserbringer für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen (vgl. Tabelle 4). Ein Team machte eine Freitextangabe zu den Gründen der Ablehnungen ohne dass eine Ablehnung vorlag.

Tabelle 4: Ablehnungsgründe bei Kindern und Jugendlichen

LE für Kinder und Jugendliche	Seit wann tätig	Ablehnungen / Fälle	Begründung der Ablehnung (wörtliche Zitate)
Ja	08/13	1/116	„betreffender Fall: progrediente, weit fortgeschrittene lebenslimitierende Grunderkrankung durch den MDK bestätigt, aber der aktuelle Prozess bzw. die daraus resultierende komplexe Versorgung zuhause sei nicht ableitbar => Ablehnung, aber persönlicher Anruf vom MDK, dass die SAPV bei einer Krise mit hoher Symptomlast erneut beantragt werden soll“
Ja	05/14	1/16	„Das Kind werde auch anderweitig betreut. (Intensivpflegedienst, der allerdings keine Palliativversorgung durchführte. Das Kind verstarb wenig später dann in der Klinik).“
Ja	11/10	1/41	"Im vorliegenden Fall erhält der Versicherte im Rahmen seiner schwerwiegenden Grunderkrankung bereits eine umfassende behandlungspflegerische Versorgung im Rahmen von 24 Stunden Intensivpflege - durch geschulte Fachkräfte. ..."
Ja	01/12	0/47	„ - bei den Privaten Krankenkassen besteht oftmals hoher Aufwand der Beantragung und Begründung um eine Kostenzusage für SAPV für Kinder und Jugendliche zu erhalten“
Ja	11/09	2/5	„- SAPV wird nicht für nötig gehalten - es waren immer schwerst mehrfach behinderte Kinder mit Symptomen“

6.7 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 Befragung ab 2013 wiederum darum gebeten, Aspekte, die aus Sicht der Befragten einer Klarstellung in der SAPV-RL bedürfen, möglichst konkret zu benennen.

6.7.1 Antworten der Krankenkassen

Auf Frage 3 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

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

antworteten 72 der 86 Krankenkassen mit „Ja“ (83,7 %) und 8 mit „Nein“ (9 %), 6 Krankenkassen machten an dieser Stelle keine Angaben (7 %). Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Nein“ lautete, konnten im Freitext Angaben dazu gemacht werden, die dies näher erläutern. Diese Möglichkeit haben 5 Krankenkassen genutzt. Darüber hinaus wurde an dieser Stelle von 1 Krankenkasse, die mit „Ja“ geantwortet hatte, Angaben gemacht. Bei den Freitexterläuterungen wird - wie in den Vorjahren - eine Konkretisierung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen im Unterschied zu der Erwachsenenversorgung in der SAPV-RL gewünscht. Dabei wird ein Bezug zu den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin sowie des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen vorgeschlagen. Auch wurde eine konkrete Benennung der Altersabgrenzung gewünscht.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.5 zu entnehmen.

6.7.2 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 konkretisiert?“

wurde von 71 der 147 Leistungserbringer mit „Ja“ (48 %) und von 20 Leistungserbringern mit „Nein“ (13,6 %) beantwortet; in 56 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. Die Möglichkeit der Freitextantwort bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ wurde in 14 Fragebögen genutzt, ebenso in 1 Fragebogen, in denen weder „Ja“ noch „Nein“ angekreuzt wurde.

Von den 15 Leistungserbringern, die hier die Möglichkeit der Freitextangabe genutzt haben, hatten 6 Leistungserbringer mindestens einen Fall bei Kindern und Jugendlichen (die Fallzahl lag zwischen 5 und 49 Fällen bei Kindern und Jugendlichen). Von diesen 6 Leistungserbringern haben 5 die Frage 8 mit „Nein“ beantwortet; der sechste Leistungserbringer hatte hier weder mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet.

Die anderen 9 Leistungserbringer hatten keine Fälle bei Kindern und Jugendlichen und haben alle die Frage 8 mit „Nein“ beantwortet und eine Freitextangabe gemacht.

An dieser Stelle wird der Wunsch nach einer Konkretisierung der „besonderen Belange“ von Kindern und Jugendlichen geäußert bzw. dargelegt, dass sich die Versorgung von Kindern und Jugendlichen deutlich von der Erwachsener unterscheidet, auch was die notwendige Dauer und den intermittierenden Bedarf der Betreuung (z.B. bei Kindern mit irreversiblen, jedoch nicht progredienten Erkrankungen, die regelhaft Komplikationen zeigen und wahrscheinlich zum vorzeitigen Tod führen) und die Komplexität der Erkrankungen angeht. Es wird eine Klarstellung in der Richtlinie angeregt, die den Zugang zur SAPV für Jugendliche und junge Erwachsene mit pädiatrischer Grunderkrankung verbessert. Weiterhin werde nach Ansicht der Antwortenden die Notwendigkeit einer psychosozialen Betreuung der Familie und die Notwendigkeit der Unterstützung bei der Trauerarbeit bisher nicht ausreichend berücksichtigt. Es wird darauf hingewiesen, dass die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen nur mit ausreichend qualifiziertem Personal berücksichtigt werden können. Dabei werden Probleme beschrieben, die entsprechende Grundstruktur flächendeckend zu jeder Zeit vorzuhalten.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.6 zu entnehmen.

6.7.3 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Frage 1 aus den Fragebögen der KVen

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

wurde in 5 der 15 Fragebögen mit „Ja“ (33 %) und in 7 Fragebögen mit „Nein“ beantwortet (46,6 %). 2 KVen machten hier keine Angaben, da sie vertraglich nicht an der Umsetzung der SAPV-RL beteiligt sind und 3 KVen machten ohne Angabe von Gründen keine Angabe. Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Nein“ lautete, hatte die KV die Möglichkeit, dies im Freitext zu begründen. Diese Möglichkeit haben 5 KVen genutzt; ebenso 1 KV, die mit „Ja“ geantwortet hat. Somit liegen seitens der KVen 6 Freitextangaben zu dieser Frage vor.

Die Hinweise beziehen sich wie bereits im Vorjahr u.a. auf strukturelle Unterschiede der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu der von Erwachsenen. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen einerseits regional gefestigte Strukturen bestehen. Andererseits werden Probleme in Bezug auf die flächendeckende Versorgung in ländlichen Gebieten beschrieben. Es wird der Wunsch geäußert, den § 1 Abs. 4 der SAPV-RL um den Begriff „Jugendliche“ zu ergänzen. Die Formulierung „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“ sei für die Kostenträger häufig unklar und werde daher unzureichend umgesetzt. Zudem wird darauf aufmerksam gemacht, dass in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen neben der medizinischen Versorgung insbesondere der altersgerechte psychosoziale und spirituelle Umgang mit den Themen Krankheit und Tod unerlässlich sei. Diesem Aspekt sollte in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen noch mehr Bedeutung eingeräumt werden, als in der Versorgung von Erwachsenen. Daneben gibt es positive Rückmeldungen dazu, dass die Zusammenarbeit gut funktioniert (Kinderhospizdienst und SAPV für Kinder sei etabliert) und sich die Strukturen gefestigt haben.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.8 zu entnehmen.

6.7.4 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG

Die Frage 1 aus dem Fragebogen der Mitgliedsorganisationen der DKG

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

wurde in 5 der 8 Fragebögen mit „Ja“ (62,5 %) und in 3 Fragebögen mit „Nein“ (37,5 %) beantwortet. Die Möglichkeit der Freitextantwort bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ wurde in allen 3 Fragebögen genutzt. Die Befragung der Mitgliedskrankenhäuser eines

Bundeslandes ergab jeweils einmal die Antwort „Ja“, „Nein“ und „trifft für unsere Institution nicht zu“. Hier wurden keine Freitextangaben gemacht.

Bei den Freitextangaben wird in den Fragebögen wie in den Vorjahren eine Konkretisierung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen gefordert; vor allem in Hinblick auf notwendige Kriseninterventionen und längere Krankheitsverläufe. Außerdem wird ebenfalls wieder die Notwendigkeit der Bereitstellung von (psychosozialem) Unterstützungsbedarf für betroffene Familien thematisiert. In einem Fragebogen werden Probleme hinsichtlich der Verfügbarkeit von speziell pädiatrisch qualifiziertem Personal genannt.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.7 zu entnehmen.

6.8 Kooperationspartner

Im Rahmen der diesjährigen Befragung wurde den Leistungserbringern auch eine Frage zur Vernetzung und den Kooperationspartnern gestellt. Dabei wurde zwischen den Kooperationspartnern im medizinisch-therapeutischen Bereich und im psychosozialen Bereich differenziert.

Bei Frage 3 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Mit welchen Kooperationspartnern arbeitet Ihr Team regelmäßig zusammen?“

haben alle 147 Leistungserbringer eine Angabe gemacht. Zum medizinisch-therapeutischen Bereich haben 97 Leistungserbringer alle Kategorien angekreuzt und 35 dieser Leistungserbringer haben zusätzlich dazu unter „Sonstige“ eine Angabe gemacht.

Die Angaben auf die vorgegebenen Kategorien verteilen sich wie folgt:

Tabelle 5

Kategorie	Häufigkeit der Nennung ²
Ambulante Pflegedienste	140
Vertragsärzte	138
KH-Ärzte	126
Apotheken	137
stat. Hospize	122
Sanitätshäuser	120
Sonstige	47

² Mehrfachnennungen möglich

Die Angaben der 47 Leistungserbringer, die insgesamt eine Freitextangabe unter „Sonstige“ gemacht haben, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Tabelle 6

sonstige Kooperationspartner	Häufigkeit der Nennung³
Physiotherapie	14
Homecare	7
Pflegeheime / stationäre Pflege	6
Ergotherapeuten	4
Logopäden	3
Atemtherapeuten	2
(niedergelassene) Fachärzte	2
Zahnärzte	2
Hilfsmittellieferanten	2
Einrichtungen der Alten- / Behindertenhilfe	2
amb. Hospizdienst	1
Seelsorge	1
Palliative OWL Erwachsene	1
Pflegepersonal in Krankenhäusern	1
Wundmanagement	1
Ökotrophologe	1
Agnes zwei Fachkräfte des Ärztenetzes	1
SPZ	1
Med. Dienstleister	1
Palliativstation	1
viele andere	1
Einrichtung des Maßregelvollzugs/der Drogenhilfe	1
Gesundheitsämter	1
Spezialapotheken	1
Spezialambulanzen	1
Spez. Kinderkrankenpflegedienste	1

³ Mehrfachnennungen möglich

Bei der Teilfrage der Kooperationspartner im psychosozialen Bereich machten 25 Leistungserbringer in jeder Kategorie ein Kreuz, 8 davon machten zusätzlich noch Angaben unter „Sonstige“.

Die Angaben auf die vorgegebenen Kategorien verteilen sich wie folgt:

Tabelle 7

Kategorie	Anzahl Nennungen ⁴
amb. Hospizdienst	140
Seelsorge	97
psychologische/psychotherapeutische Leistungserbringer	74
Sozialarbeiter	71
Sozialpädagogen	30
Sonstige	24

Die Angaben der 24 Leistungserbringer, die insgesamt eine Freitextangabe unter „Sonstige“ gemacht haben, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Tabelle 8

sonstige Kooperationspartner	Anzahl Nennungen ⁵
Psychoonkologie	5
Physiotherapie	3
Musiktherapie	2
Selbsthilfegruppen	2
Seniorenbegleitung	1
Frauengruppe	1
Atemtherapeutin	1
Trauerbegleitung	1
Casemanager des Ärztenetzes	1
Supervisor	1
Seelsorge im Rahmen eines Projektes	1
Einrichtungen der Jugendhilfe	1
Sozialarbeiterin gehört zum Team, Krankenhausschule, Kindergarten, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Logopäde, Schule	1
Kunsttherapie	1

⁴ Mehrfachnennungen möglich

⁵ Mehrfachnennungen möglich

sonstige Kooperationspartner	Anzahl Nennungen ⁵
Sozialämter, Kostenträger, Pflegekassen, Einrichtungen der Angehörigenbegleitung (bspw. Kinder kranker Eltern), Trauerangebote etc.	1
Je nach Aufenthalt: Altenheim, Behinderteneinrichtungen! Als Leistungserbringer: Logopäden, Podologen, ehrenamtl. Hospizdienste	1
Ehrenamt	1
Jugendämter, Schulämter, Schulen, Kindergärten, Amtsvormund, Familiengerichte, Landeswohlfahrtsverband, etc.	1
Trauerbegleitung, Kinder- und Jugendtrauerbegleitung	1
Krebsberatungsstellen, Trauerland, Flüsterpost e.V.	1

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

6.9.1 Antworten der Krankenkassen

Auf Frage 4 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

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

antworteten 7 der 86 Krankenkassen mit „Ja“ (8 %) und 74 mit „Nein“ (86 %), 5 Krankenkassen machten hier keine Angaben (6 %). Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Ja“ lautete, konnten im Freitext Angaben dazu gemacht werden, die dies näher erläutern. Hiervon machten 5 Krankenkassen Gebrauch. Darüber hinaus wurde an dieser Stelle von einer Krankenkasse eine Freitextangabe gemacht, die weder mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet hatte.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.5 zu entnehmen.

Bei den Freitexterläuterungen wird vorgeschlagen, innerhalb der SAPV-RL Abgrenzungskriterien zwischen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und der SAPV deutlicher zu formulieren. Zudem wurde zurückgemeldet, dass insbesondere bei Intensivpflegebedürftigen klare Abgrenzungskriterien zwischen HKP und SAPV benötigt werden. Weiterhin wird der Wunsch geäußert, eine Definition für einen Leistungsfall aufzunehmen, um klarer zwischen Erst- und Folgeverordnung unterscheiden zu können. Von einer Krankenkasse wird darüber hinaus der Wunsch nach einer Konkretisierung der Richtlinie zur Verordnung von Vollversorgungen geäußert, um Doppelversorgungen zu vermeiden und eine wirtschaftliche Ordnungsweise zu gewährleisten. Auch wurde zurückgemeldet, dass es in vielen Fällen nicht nachvollziehbar sei, dass SAPV-Verordnungen für Verordnungszeiträume im Rahmen einer Einzelverordnung von einem Jahr ausgestellt werden, ohne dass sich der verordnende Arzt in der Zwischenzeit von der Notwendigkeit einer weiteren Versorgung mit SAPV überzeugt (liegt das komplexe Symptomgeschehen noch vor?). Hier wird eine Begrenzung der max. zulässigen Verordnungsdauer im Rahmen einer Verordnung vorgeschlagen, damit ein Arzt nach Ablauf der Verordnung die weitere Notwendigkeit der SAPV prüfen und – wenn der Bedarf vorhanden ist – eine Folgeverordnung ausstellen kann.

6.9.2 Antworten der Leistungserbringer

Die Frage 9 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

wurde von 56 der 147 Leistungserbringer mit „Ja“ (38 %) und von 76 Leistungserbringern mit „Nein“ (52 %) beantwortet; in 15 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. Insgesamt 55 Leistungserbringer, die an dieser Stelle mit „Ja“ geantwortet haben, haben die Möglichkeit zu erläuternden Ausführungen im Freitext genutzt, ebenso 1 Leistungserbringer, der weder mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet hat, sowie 3 Leistungserbringer, die mit „Nein“ geantwortet haben.

An dieser Stelle wurde, wie in den Vorjahren, eine Verbesserung der Trennschärfe zwischen allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und SAPV angeregt. Des Weiteren wird auf Konkretisierungsbedarf der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen sowie die Klärung der Unterschiede zwischen Teil- und Vollversorgung hingewiesen. Des Weiteren wird eine stärkere Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte wie Trauerarbeit, Begleitung von Kindern krebserkrankter Eltern und Nachsorge erbeten. Auch hinsichtlich der Versorgung nicht-onkologischer und dementer Patienten sowie für Patienten, die kurative Interventionen erhalten wird Klärungsbedarf gesehen. Darüber hinaus werden Probleme bei der Rekrutierung entsprechend qualifizierten Personals, vor allem in ländlichen Regionen, geäußert und über die SAPV-Richtlinie die bedarfsgerechte, unmittelbare strukturelle Einbindung von Sozialarbeitern, Sozialpädagogen und Psychologen in das SAPV-Team angeregt. Es wird mehrfach Verbesserungsbedarf in Bezug auf das Genehmigungsverfahren und vertragliche Vorgaben für SAPV- Leistungen geäußert.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.6 zu entnehmen.

6.9.3 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Frage 2 aus den Fragebögen der KVen

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

wurde in 10 der 15 Fragebögen mit „Ja“ (66 %) und in 4 Fragebögen mit „Nein“ beantwortet (26,6 %). 2 KVen machten hier keine Angaben, da sie vertraglich nicht an der Umsetzung der SAPV-RL beteiligt sind und 1 KV machte ohne Angabe von Gründen keine Angabe. Die Möglichkeit einer Freitextangabe wurde von den 10 KVen, die mit „Ja“ geantwortet haben genutzt.

An dieser Stelle werden vor allem der hohe bürokratische/administrative Aufwand, z.B. in Bezug auf den Verordnungsvordruck (Muster 63), kritisiert. Daneben werden Schnittstellenprobleme adressiert, die zum einen in einer Polymedikation der Versorgten, zum anderen zur „Ausgrenzung“ der betreuenden Hausärzte führen können. Zudem finden Probleme bzgl. der flächendeckenden Versorgung und die Notwendigkeit der

Berücksichtigung der besonderen Belange von Demenz-Patienten sowie Fragen des Überleitungsmanagements zwischen dem stationären und ambulanten Bereich Erwähnung in den hier getätigten Freitextangaben. Es wurde zudem kritisiert, dass die Dauer der Verordnungen in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich gehandhabt wird.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.8 zu entnehmen.

6.9.4 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG

Die Frage 2 aus dem Fragebogen der Mitgliedsorganisationen der DKG

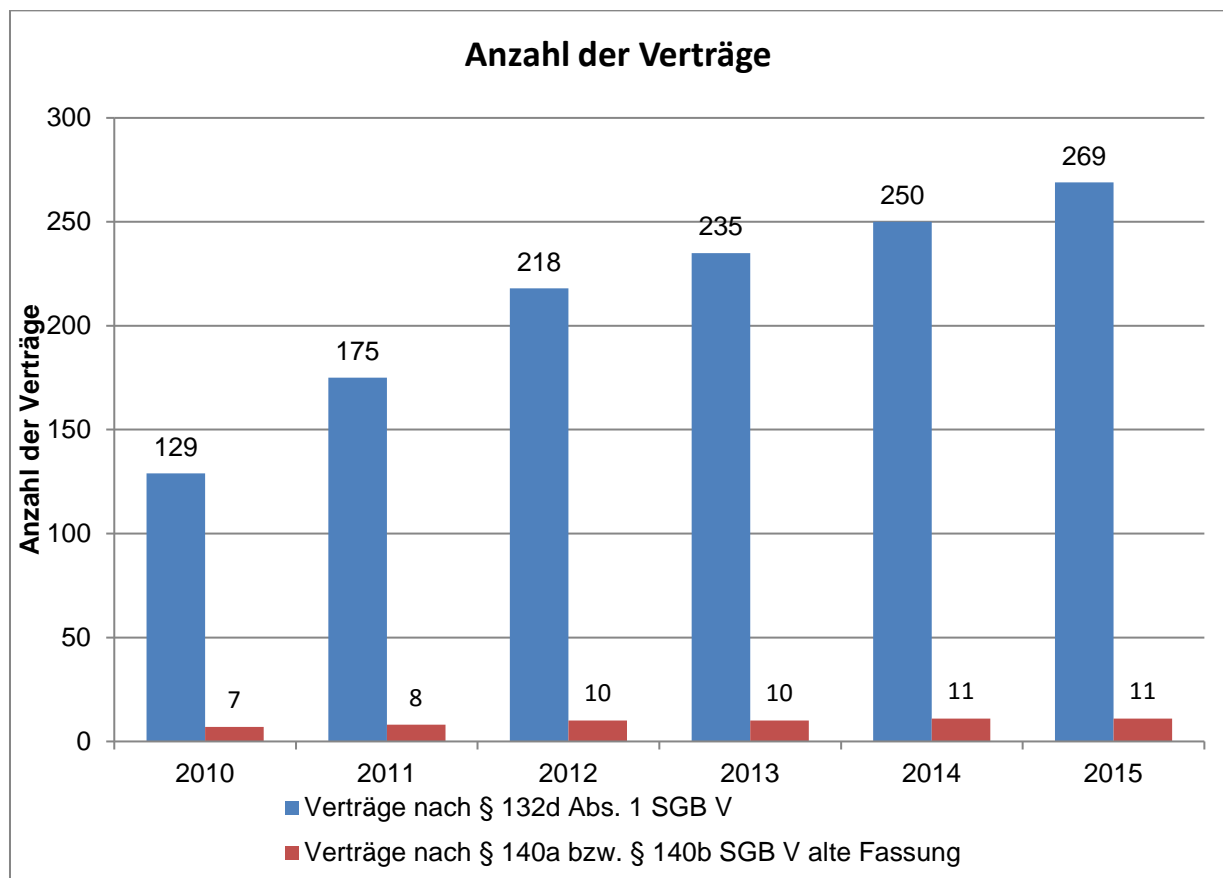
„Gibt es darüber hinaus Erkenntnisse, die aus Ihrer Sicht Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?“

wurde in 1 der 8 Fragebögen mit „Ja“ (12,5 %) und in 7 Fragebögen mit „Nein“ (87,5 %) beantwortet. Im Fragebogen, in dem an dieser Stelle mit „Ja“ geantwortet wurde, findet sich auch eine Freitextangabe. Dort heißt es: „In § 5 Abs. 3 der Richtlinie wäre eine Klarstellung hilfreich, dass nicht alle dort gelisteten Leistungen in jedem Einzelfall erbracht werden müssen, um die Mindestvoraussetzungen zur Abrechnung von SAPV-Leistungen zu erfüllen. Es sollte klargestellt werden, dass die dort aufgelisteten Leistungen jeweils nach Bedarf erbracht werden.“ Die Befragung der Mitgliedskrankenhäuser eines Bundeslandes ergab zu dieser Frage 2 Mal die Antwort „Nein“ und 1 Mal die Antwort „Ja“, ohne Freitextangaben.

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-Spitzenverbandes zum Stand der vertraglichen Umsetzung der SAPV ist im weiteren Verlauf eine kontinuierliche Zunahme von geschlossenen Verträgen nach § 132d Abs. 1 SGB V sowie Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140b SGB V zu den Stichtagen 31.12. zu entnehmen:

Abbildung 7: Anzahl der Verträge nach §§132d Abs. 1 und 140a bzw.140b SGB V alte Fassung



Die Anzahl der geschlossenen Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V, die speziell auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind, lag zum Stichtag 31.12.2015 bei 20 Verträgen. Die Zunahme der geschlossenen Verträge im Rahmen der SAPV verdeutlicht den sich stetig fortsetzenden Strukturaufbau von SAPV. In einigen Regionen stehen keine SAPV-Leistungserbringer zur Verfügung. Dem Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Stichtag 31.12.2015 ist zu entnehmen, dass dies insbesondere auf den Mangel an ausreichend qualifizierten Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften mit entsprechenden palliativmedizinischen sowie palliativpflegerischen Fort- und Weiterbildungen zurückzuführen ist. Daher wurden - soweit erforderlich und vertretbar - bezogen auf den Erwerb der

erforderlichen praktischen Berufserfahrung überwiegend Übergangsregelungen vertraglich vereinbart, um eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zu ermöglichen.

8. Bewertung der Hinweise

Der G-BA hat zur Bewertung der Leistungsentwicklung der SAPV unter Berücksichtigung der vorhandenen Rückmeldungen der Befragten eine differenzierte Beratung und Abwägung zur Frage, ob es möglicherweise Änderungsbedarfe oder Klarstellungsbedarfe in der SAPV-RL gibt, vorgenommen.

Für den Berichtszeitraum 2015 wurden wie in den Vorjahren nachfolgende Themenschwerpunkte als problematisch für die Versorgung mit SAPV genannt. Darüber hinaus wurden Rückmeldungen zu Sachverhalten eingereicht, die der Regelung durch die Vertragspartner nach § 132d SGB V vorbehalten sind und somit in diesem Bericht nicht aufgenommen wurden. Die Ergebnisse der Auseinandersetzung des G-BA mit den Hinweisen der Befragten sind in den Abschnitten 8.1 bis 8.5 dargestellt.

8.1 Psychosoziale/seelsorgerische Begleitung der Betroffenen

Es besteht bei einem Teil der Befragten der Wunsch, psychosoziale/seelsorgerische Begleitung der Betroffenen einschl. Angehöriger stärker in der SAPV-RL zu berücksichtigen.

Entsprechend der Begründung des Gesetzgebers zum § 37b SGB V handelt es sich bei der Leistung „um eine Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen, die bei Bedarf auch rund um die Uhr erbracht werden kann. Die Leistung ist primär medizinisch ausgerichtet und umfasst die Befreiung oder Linderung von Symptomen (z. B. Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Verwirrtheit und Depressionen). Der Leistungsanspruch umfasst auch die Koordinierung der einzelnen Teilleistungen. Darüber hinausgehende Begleitleistungen (z. B. Sterbebegleitung und Begleitung der Angehörigen) sind vom Leistungsanspruch nicht umfasst, sondern sind weiterhin ergänzend, z. B. von ambulanten Hospizdiensten, zu erbringen.“

Die vorliegende Befragung des G-BA zeigt deutlich, dass SAPV-Teams in der Regel mit ambulanten Hospizdiensten kooperieren, deren detailliertes Tätigkeitsspektrum allerdings nicht Gegenstand dieses Berichtes ist.

Die SAPV-RL regelt im § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

„Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen. Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden oder behandelnden Ärzte(in) sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten

Leistungserbringer, der Patienten(innen) und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132d SGB V.“

Dies wird im § 5 Absatz 3 der SAPV-RL weiter konkretisiert. Bezüglich der Anforderungen bei Bedarf weitere Berufsgruppen einzubeziehen wird dort unter anderem ausgeführt, dass Inhalte der SAPV insbesondere

- „Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit“,
- „Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod“ sowie
- „psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten“

sind.

Eine Erweiterung des Leistungsanspruches der SAPV in Bezug auf die psychosoziale Betreuung - wie sie in den letzten Jahren der Befragung immer wieder angeregt wurde - um nicht primär medizinische bzw. pflegerische Begleitmaßnahmen, die über den vorgenannten Leistungsanspruch hinausgeht, ist ausweislich der gesetzlichen Regelung in § 37b SGB V und deren Begründung jedoch nicht vorgesehen. Somit ist auch keine Änderung der SAPV-RL in dieser Hinsicht möglich.

Um eine psychosoziale/seelsorgerische Betreuung der Patientinnen und Patienten im Rahmen des SAPV zu gewährleisten, sollen ambulante Hospizdienste nach § 39a Abs. 2 SGB V in die Versorgung einbezogen werden, sofern dies von den Patientinnen und Patienten gewünscht wird. Die vorliegende Befragung zeigt, dass diese Kooperationen in der Regel auch umgesetzt werden. Allerdings können aus den bereits genannten Gründen keine Aussagen zur detaillierten Ausgestaltung der Kooperationen getätigt werden.

8.2 Qualifikation von Leistungserbringern

Es werden mehrfach Probleme bei der Rekrutierung entsprechend qualifizierten Personals geäußert und darauf hingewiesen, dass die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen nur durch ausreichend qualifiziertes Personal berücksichtigt werden können, welches in der Regelversorgung und im Rufdienst für die SAPV jederzeit zur Verfügung stehen muss.

Der Gesetzgeber hat die jeweiligen Regelungskompetenzen in den §§ 132d und 37b SGB V festgelegt.

Er hat in § 132d Abs. 2 SGB V den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) beauftragt [gemeinsam und einheitlich] unter der Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung auf Bundesebene einheitlich in Empfehlungen festzulegen. Diese Empfehlungen greifen auch die Frage des Versorgungsbedarfes auf, der in einzelnen Regionen unterschiedlich sein kann.

Der G-BA ist vom Gesetzgeber in § 37b SGB V beauftragt worden, Anforderungen an die Erkrankung und Inhalte der Leistungen der SAPV zu bestimmen. Mit diesen Festlegungen zu den Leistungsinhalten hat der G-BA zwar auch grundlegende Anforderungen zu den Qualifikationen der Leistungserbringer definiert, gleichwohl werden die konkreten Festlegungen zur erforderlichen Qualifikation und den weiteren personellen Voraussetzungen in den Verträgen nach 132d Abs. 1 SGB V unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach 132d Abs. 2 SGB V getroffen.

Folglich kann eine Änderung der SAPV-RL in dem gewünschten Kontext nicht erfolgen, da der G-BA mit Blick auf die Qualifikationsanforderungen des im SAPV-Team arbeitenden Personals keine Zuständigkeit hat.

8.3 Besondere Belange von Kindern und Jugendlichen

Es wird mehrfach auf Konkretisierungsbedarf der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen, insbesondere in Hinblick auf die Gruppe von Kindern mit länger prognostizierter Lebenserwartung und intermittierendem Versorgungsbedarf (z.B. Kinder mit irreversiblen, jedoch nicht progredienten Erkrankungen) und der Versorgung bei Jugendlichen und junge Erwachsene mit pädiatrischer Grunderkrankung hingewiesen.

In der SAPV-RL wurde in § 1 Abs. 2 die Zielformulierung des Absatzes 1 um das Erfordernis, die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen (§ 37 b Abs. 1 S. 4 SGB V) vervollständigt.

Bei Kindern besteht ein großes Spektrum an unterschiedlichen, teils sehr seltenen Krankheitsbildern, mit sehr unterschiedlichem Verlauf und schlecht einschätzbarer sehr unterschiedlicher Versorgungsdauer, häufig auch mit wechselnder Intensität der Versorgung. Mit dem Satz 2 in § 3 Abs. 3 der SAPV-RL wird daher darauf verwiesen, dass insbesondere bei Kindern die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt sind.

Bezüglich der Übergangssituationen vom Jugendlichen zum jungen Erwachsenen setzt die SAPV-RL keine Altersgrenzen. Diese individuell flexibel zu treffenden Regelungen beim

Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter jenseits des 18. Lebensjahres werden auch in der „Empfehlung zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen⁶“ hervorgehoben, die auf der Bundesebene zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V. entwickelt wurde und die in die Vertragsverhandlungen einbezogen werden soll. Des Weiteren wurden analoge Regelungen auch in der Begutachtungsanleitung⁷ (Begutachtungsanleitung SAPV und stationäre Hospizversorgung des GKV-SV sowie des MDS als Richtlinien nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung) aufgenommen.

Aus den vorliegenden Hinweisen der Befragten kann kein Änderungsbedarf an der SAPV-RL abgeleitet werden.

8.4 Abgrenzungsfragen (Teil- und Vollversorgung, SAPV und allgemeine ambulante Palliativversorgung)

Es wird eine Verbesserung der Trennschärfe zwischen allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und SAPV angeregt.

Diese Punkte wurden bei der Erstellung der SAPV-RL und auch bereits im Zusammenhang mit der Berichterstellung für das Jahr 2009 sehr ausführlich beraten. Auch in der aktuellen Auseinandersetzung mit diesen Hinweisen bleibt festzustellen, dass es ein wesentliches Anliegen ist, 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 und eine weitergehende Abgrenzung zwischen den Versorgungsstufen (Teil- und Vollversorgung), wurde dabei bewusst vermieden, damit u. a. die Versorgung einzelfallbezogen erfolgen und sich besser an den bestehenden Strukturen und deren Leistungsfähigkeit orientieren kann.

Konsequenzen für den Regelungsbereich der SAPV-RL des G-BA werden daher bis auf weiteres nicht gesehen, könnten aber ggf. aus der Entwicklung einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (HKP) erwachsen.

⁶ Empfehlung zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen, 2012, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Palliativ_Empfehlungen_Kinder_Jugend_2013-06-12.pdf (abgerufen am 12.08.2016)

⁷ Begutachtungsanleitung SAPV und stationäre Hospizversorgung; Richtlinien nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung, 2014 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Begutachtungsanleitung_SAPV_stationaere_Hospizversorgung_2014-05-12.pdf (abgerufen am 12.08.2016)

8.5 Verordnung oder Bewilligung der SAPV

In Hinblick auf die Verordnungsdauer von SAPV wird für Erwachsene und im Besonderen für Kinder wiederholt darauf hingewiesen, dass der Zeitraum der verordneten Leistung dem tatsächlichen Bedarf nicht immer gerecht würde. Auch hinsichtlich der Versorgung nicht-onkologischer und dementer Patienten sowie für Patienten, die noch eine palliative Chemotherapie erhalten, wird Klärungsbedarf gesehen.

Ablehnungen bei Mitgliedern der Privaten Krankenversicherung können durch den G-BA nicht bewertet werden. Eine Bewertung der damit verbundenen Problematik muss durch andere Stellen erfolgen.

Im Rahmen der Rückmeldungen wurde ein erhöhter Aufwand bei der Antragstellung kritisiert und eine Vereinfachung der Verordnung (Muster 63) angeregt. In § 7 Abs. 2 der SAPV-Richtlinie werden die Mindestanforderungen an die Inhalte des Verordnungsformulars beschrieben. Hierzu zählen die Angabe des aktuellen Versorgungsbedarfs nach § 5 der SAPV-Richtlinie sowie Angaben zur Dauer der Verordnung. Näheres zur Vorgabe, welche Informationen in den Formularen erfasst sind, wird in den Anlagen des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) festgelegt. Konsequenzen für den Regelungsbereich der SAPV-RL werden nicht gesehen.

In § 7 Abs. 1 der SAPV-Richtlinie ist geregelt, dass die SAPV auch von einem Krankenhausarzt in der Regel für 7 Tage verordnet werden kann. Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass die Verordnung über 7 Tage hinausgehen kann.

Zur Verordnungsdauer von SAPV wird auf die in § 3 Abs. 3 der SAPV-RL gewählte Formulierung verwiesen. Da keine letztgültig validen Instrumente zur Abschätzung der Lebenserwartung vorliegen, stellt die Regelung auf eine begründete Einschätzung des verordnenden Arztes ab und verzichtet auf die Nennung eines festen Zeitfensters. Die Formulierung in der Richtlinie ermöglicht, dass insbesondere bei Kindern die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erbracht werden soll.

Ferner werden in der SAPV-RL keine Indikationen bezogen auf bestimmte Diagnosen 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). SAPV ist indiziert, wenn die Voraussetzungen nach den §§ 2-4 der SAPV-RL vorliegen. Folglich bedarf es keiner ergänzenden Klarstellung, dass die SAPV auch bei nicht onkologischen Erkrankungen grundsätzlich indiziert sein kann. Dies ergibt sich bereits aus der Systematik der SAPV-RL.

Dies wurde auch in der Begutachtungsrichtlinie des GKV-SV sowie des MDS als Richtlinie nach § 282 SGB V nochmals hervorgehoben. Dort wurde auch klarstellend geregelt, dass die Durchführung einer Strahlen- oder Chemotherapie per se kein Ausschlussgrund für Leistungen der SAPV ist. Vielmehr komme es auf die Zielsetzung der Strahlen- oder Chemotherapie bei der Frage, ob eine SAPV indiziert ist, an. Die Begutachtungsanleitung ist als Richtlinie nach § 282 SGB V für die Krankenkassen sowie die MDK-Gemeinschaft insoweit verbindlich.

Ein Änderungsbedarf an der SAPV-RL hinsichtlich der Vorgaben zur Verordnung wird somit nicht gesehen.

9. Fazit und Ausblick

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Leistungsentwicklung der SAPV im Jahre 2015. Die Kostenträger und die Leistungserbringer haben die strukturellen und vertraglichen Grundlagen für die Leistungserbringung weiter ausgebaut, dies kann auch in diesem Berichtszeitraum anhand einer weiteren Zunahme der Leistungsfälle, der Verordnungen sowie der Ausgaben der Krankenkassen für SAPV gegenüber den Vorjahren 2009 bis 2014 nachvollzogen werden. Auch im Jahr 2015 wurde wieder ein Anstieg der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ festgestellt.

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

Bei Kindern und Jugendlichen ist die Anzahl der Leistungsfälle der SAPV im Verlauf der sieben Berichtsjahre deutlich gestiegen. Gleichzeitig hat die Anzahl der über Kostenerstattung geregelten SAPV-Fälle abgenommen. Im Rahmen dieser Befragung hat sich bestätigt, dass der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen von dafür spezialisierten Leistungserbringer-Strukturen versorgt wurde.

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 vorhandene hausärztliche Versorgung ausreichend sei. Bei den 5 Ablehnungen, die SAPV-Leistungen für Kinder und Jugendliche betrafen, wurde als Begründung angegeben, dass die prüfende Stelle die Regelversorgung als ausreichend ansah, oder eine bereits bestehende Versorgung jenseits der SAPV bei der aktuellen Symptomlast als ausreichend eingestuft wurde.

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass bezogen auf die Ablehnungsgründe nur Leistungserbringer durch den G-BA befragt wurden.

Zur Frage, ob die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV-RL ausreichend berücksichtigt sind, wurde – wie in den Vorjahren – durch die Befragten mehrfach auf Konkretisierungsbedarf hingewiesen, ohne dass daraus konkrete Änderungsvorschläge für die SAPV-RL abgeleitet werden konnten. Die Rückmeldungen der Befragten deuten auch auf Probleme bei der praktischen Umsetzung der Richtlinie hin. Da die Palliativmedizinische Betreuung/Begleitung von Kindern und Jugendlichen Besonderheiten aufweist, die durch die SAPV-RL mit abgebildet wurden, sollten die Aspekte der geforderten Symptomkontrolle vorrangig vor Aspekten der Symptomlast in der praktischen Umsetzung verfolgt werden.

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 bis 2014 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, vor allem in Hinblick auf eine optimale Symptomkontrolle im Verlauf des Palliativgeschehens.

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 diesbezüglich – wie auch in den Vorjahren – nicht gesehen, könnten allerdings ggf. durch aktuelle Entwicklungen im Bereich der ambulanten Palliativversorgung in der häuslichen Krankenpflege (HKP) entstehen.

Der G-BA sieht in diesem Kontext derzeit keinen Änderungsbedarf der SAPV-RL. Die Größenordnung der in den Antworten genannten Problematiken ist auch 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).

Zwischenzeitlich hat der GKV-SV in seiner Zuständigkeit für Richtlinien nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Lösung der geschilderten Probleme in einer verabschiedeten Begutachtungsanleitung SAPV und stationäre Hospizversorgung klarstellend geregelt, dass die Durchführung einer Strahlen- oder Chemotherapie per se kein Ausschlussgrund für Leistungen der SAPV ist. Vielmehr komme es auf die Zielsetzung der Strahlen- oder Chemotherapie bei der Frage, ob eine SAPV indiziert ist, an. Ferner wurde in der Begutachtungsanleitung nochmals klargelegt, dass die Einschätzung, ob die Voraussetzungen nach § 3 der SAPV-RL vorliegen, unabhängig davon zu treffen ist, ob es sich bei der zugrunde liegenden Erkrankung um eine onkologische oder nicht onkologische Erkrankung handelt (vgl. 2.3.1 der Begutachtungsanleitung). Die Begutachtungsanleitung ist insoweit für die Krankenkassen sowie die MDK-Gemeinschaft verbindlich.

Der G-BA wird die Auswirkungen dieser Maßnahmen auf die Patientenversorgung weiterhin sorgfältig prüfen.

Schließlich wurde nach den regelmäßigen Kooperationspartnern des Leistungserbringers gefragt, sowohl für den medizinisch-therapeutischen und pflegerischen, als auch für den psychosozialen Bereich. Der diesjährige Bericht zeigt, dass die Leistungserbringer – so wie es die Richtlinie vorgibt - ein breites Spektrum an Kooperationspartnern in die SAPV mit einbeziehen.

10. Anhang

10.1 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 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 2015	
ALLGEMEINE ANGABEN	
Name der Krankenkasse:	Adresse der Krankenkasse:
	Ansprechpartner und Telefon-Nr.:
Anzahl Versicherte am 31.12.2015: <input type="text"/>	Datum der Beantwortung: <input type="text"/>
LEISTUNGSFÄLLE	
1. Wie viele der von Ihnen in der Zeit vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2015 bewilligten Leistungsfälle ¹ betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?	
Anzahl der Kinder und Jugendlichen: (keine=0)	<input type="text"/>

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



2. Wie viele der unter 1. bewilligten Fälle, die Kinder und Jugendliche betrafen, wurden im Rahmen der Kostenerstattung mit Ihrer Krankenkasse abgerechnet?

Anzahl der Fälle der Kinder und Jugendlichen
im Rahmen der Kostenerstattung:
(keine=0)

--	--	--	--

HINWEISE ZU DEN FRAGEN 3-4

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

3. 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:



4. Gibt es darüber hinaus Erkenntnisse, die aus Ihrer Sicht Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:

VIELEN DANK FÜR IHRE MITWIRKUNG BEI DER BEFRAGUNG!

10.2 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. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen nur aus, wenn er Ihnen von der Krankenkasse übermittelt wurde und Sie **Leistungserbringer nach § 132d** Abs. 1 SGB V 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 2015 (Fragebogen)“ zum Download bereit. Wir bitten Sie, den Fragebogen bis zum **29. April 2016** 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
10596 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 2015

ALLGEMEINE ANGABEN

Name des SAPV-Leistungserbringers: Adresse:

Ansprechpartner und Telefon-Nr.:

Datum der Beantwortung:

T	T	M	M	J	J

SAPV-LEISTUNGSGESCHEHEN

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

1. Handelt es sich bei Ihrem Team um einen ausschließlich auf die Belange von Kindern und Jugendlichen spezialisierten SAPV-Leistungserbringer?

Ja

Nein

2. Seit wann besteht Ihr SAPV-Team (Vertragsbeginn mit der Krankenkasse)?

Monat/Jahr:

M	M	J	J

3. Mit welchen Kooperationspartnern arbeitet Ihr Team regelmäßig zusammen?

Medizinisch-pflegerisch:

- Niedergelassene Vertragsärztinnen/Vertragsärzte

- Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte

- Ambulante Pflegedienste



- Apotheken
- Stationäre Hospize
- Sanitätshäuser
- Sonstige _____

Psychosozial:

- Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter
- Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen
- psychologische/psychotherapeutische Leistungserbringer
- Seelsorge
- Ambulanter Hospizdienst
- Sonstige _____

4. Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit **vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2015** von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht?

Anzahl der Fälle insgesamt:

4.1 Wie viele der unter 4. genannten Fälle betrafen/waren Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?

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



SAPV-LEISTUNGSGESCHEHEN

5. Für wie viele Patienten wurden im oben genannten Zeitraum verordnete SAPV-Leistungen durch Krankenkassen **endgültig** abgelehnt?

Anzahl der Patienten:
(keine=0)

5.1 Wie viele der unter 5. genannten Patienten waren Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?

Anzahl der Kinder und Jugendlichen:
(keine=0)

6. Sofern bekannt, was waren die Gründe, die **bei Erwachsenen** zu einer Ablehnung geführt haben?

HINWEISE ZU DEN FRAGEN 8-9

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

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

Ja

Nein *weiter mit Frage 8.1*

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



ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

1. 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:

2. Gibt es darüber hinaus Erkenntnisse, die aus Ihrer Sicht Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

VIELEN DANK FÜR IHRE MITWIRKUNG BEI DER BEFRAGUNG!

10.4 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 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 2015

ALLGEMEINE ANGABEN

Kassenärztliche Vereinigung:

Adresse der Kassenärztlichen
Vereinigung:

Ansprechpartner und Telefon-Nr.:

Datum der Beantwortung:

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

HINWEISE ZU DEN FRAGEN 1-2

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

1. 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:

2. Gibt es darüber hinaus Erkenntnisse, die aus Ihrer Sicht Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

VIELEN DANK FÜR IHRE MITWIRKUNG BEI DER BEFRAGUNG!

10.5 Freitextangaben der Krankenkassen

Freitextangaben der Krankenkassen/ Befragung 2016

Freitextangaben der Krankenkassen/ Befragung 2016

Frage 3: 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:

Text
Verbindliche Aufnahme der Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der SAPV von Kindern und Jugendlichen vom 12.06.2013 in die Richtlinie.
Die Definition der Kinder- und Jugendversorgung zur Abgrenzung der Erwachsenenversorgung sollte klarer definiert werden. Konkret die Frage, bis zu welchem Zeitpunkt eine auf Kinder / Jugendliche ausgerichtete Versorgung plausibel erscheint. Zudem sollte der Begriff der „Krisenintervention“ näher beschrieben und konkretisiert werden.
Zu § 3 Abs. 2 SAPV-RL: Wie werden bei Kindern die Voraussetzungen für die SAPV als „Krisenintervention“ definiert? Es wird eingeschätzt, dass zur Notwendigkeit einer Krisenintervention im Sinne der SAPV-RL in der Umsetzungspraxis unterschiedliche Standpunkte der Leistungserbringer, MDK-Begutachter und der Leistungsbereiche bestehen. Eine nähere Beschreibung, ggf. anhand von Fallbeispielen, wäre hilfreich.
Rolle der gesamten Familie stärker in den Fokus rücken.
Konkretisierung des Aspektes „den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“ (§ 1 Abs. 4 SAPV-RL).
Es ist lediglich der Hinweis gegeben, dass den Belangen von Kindern besonders Rechnung zu tragen und SAPV auch bei einer länger prognostizierten Lebensdauer angezeigt sein kann. Aufgrund der geringen Anzahl der Leistungsfälle bei Kindern und der Berücksichtigung in den Begutachtungsrichtlinien des MDS wird kein Handlungsbedarf gesehen.

Frage 4: Gibt es darüber hinaus Erkenntnisse, die aus Ihrer Sicht Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?

Wenn ja, welche:

Text
Die Zielsetzung der SAPV ist in aller Regel die Palliativversorgung von Versicherten am Lebensende. In einer Vielzahl von Fällen ist es daher nicht immer nachvollziehbar, dass der Verordnungszeitraum ein Jahr beträgt. Die Richtlinie sollte eine max. Begrenzung der Dauer je Einzelverordnung schaffen. Vollversorgungen nehmen einen immer größer werdenden Teil der Verordnungszahlen ein. Eine Konkretisierung der Richtlinie zur Verordnung von Vollversorgungen sollte angestrebt werden, um u. a. Doppelversorgungen zu vermeiden und eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu gewährleisten. Eine Aufnahme von Zeitfenstern für die einzelnen Leistungen wäre wünschenswert. Ebenfalls sollte auf der Verordnung die Unterschrift des Versicherten

Freitextangaben der Krankenkassen/ Befragung 2016

Text
/ GV / Angehörigen verpflichtend sein. Das Nähere regeln weiterhin die Vertragspartner nach § 132d SGB V. Der Versicherten / GV / Angehörigen sollte klar aufgezeigt werden, welche Leistungen an ihm erbracht werden. Dies ist für eine selbstbestimmte letzte Lebensphase unabdingbar.
<ul style="list-style-type: none">• Konkretisierung bzw. Unterscheidung von Beratungsleistung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützende Teilversorgung und vollständiger Versorgung.• Beschreibung der Schnittstelle zwischen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der SAPV, so insbesondere auch im intensivpflegerischen Bereich (Beatmungsfälle, spezielle Krankenbeobachtung)
Definition Leistungsfall sollte aufgenommen werden. Nach einer Unterbrechung der SAPV (intermittierender Bedarf, durch KH-Aufenthalt oder Stabilisierung des Zustands) ist eine Klarstellung erforderlich, wann FolgeVO oder ErstVO genutzt werden müssen. Erneute ErstVO abhängig von der Dauer der Unterbrechung?
Innerhalb der SAPV-Richtlinie sollten Abgrenzungskriterien zwischen der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)/Ambulante Palliativversorgung/Regelversorgung und der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) deutlicher formuliert werden. Letztendlich soll der Patient anhand seines Gesundheitszustandes sowohl durch Leistungserbringer der AAPV/Regelversorgung als auch durch Palliative-Care-Teams in der SAPV versorgt werden können. Hierzu sind klare Abgrenzungskriterien notwendig.
Leistungsnachweise sollten verbindlich als Rechnungsgrundlage festgelegt werden. Mindestzahl von zu erbringenden Leistungseinsätzen sollten für Pauschalen verbindlich festgelegt werden.

10.6 Freitextangaben der Leistungserbringer

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Freitextangaben der LE / Befragung 2016

Frage 6: Sofern bekannt, was waren die Gründe, die bei Erwachsenen zu einer Ablehnung geführt haben?

Text
Die meisten unserer o.g. Patienten wurden nach Akteneinsicht vom MDK abgelehnt. Mit der Begründung die normale hausärztliche Versorgung ausreichend ist.
initial häufig Ablehnung der Krankenkasse bei Herzinsuffizienz-, bei schwerer COPD, bei präfinalen Stadium mit GIB, nach Widerspruch ∅ Ablehnung mehr
Überschreiten des 18. LJ führte mehrfach zum Schriftwechsel mit einzelnen Krankenkassen, daraufhin erfolgte aber jeweils die Bewilligung.
Krankenkassen sahen keine Notwendigkeit für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung
Wir haben 2x eine Ablehnung erhalten bei Patienten, bei denen Demenz bzw. Alzheimererkrankungen die Hauptdiagnose war.
keine SAPV-Indikation
- MDK sah Notwendigkeit der SAPV bei einer stationären Heimversorgung nicht für notwendig - grundsätzlich wird die SAPV in stationären Einrichtungen (Heim) kritisch gesehen, hier oftmals nur Teilkostenzusagen + Dokumentationsanforderungen vom MDK
- Verbesserung der Symptomlast durch kontinuierliche Begleitung des PCT
Hinweis: es waren aber in einigen Fällen schriftl. oder telefonische Begründungen + Erklärungen nötig viele KK leiten selbst Erst-Vo direkt zum MDK weiter, dort wird von unterschiedl. Ärzten sehr "persönlich" entschieden + bewertet!
Nicht lebenslimitierende Erkrankung
Zu spät eingereicht und zu gesund
Voraussetzung für SAPV nicht erfüllt
nach Ansicht des MDK kein ausreichendes Symptomkomplexgeschehen oder zu erwartende Lebenszeit mehr als Wochen oder wenige Monate. Versorgung AAPV reiche aus.
1.) Pat. war im Pflegeheim. Versorgung konnte angebl. über dortiges Personal gewährleistet werden (-> ist bei aktueller fachlicher und quantitativen Stellenbesetzung grundsätzlich fraglich!) 2.) Pat. in häuslicher Situation, Versorgung sollte weiterhin über Behandlungspflege verordnet werden (uz. Übelkeit, parenterale Ernährung, problematisches soziales Umfeld, Inappetenz, Gewichtsverlust, Rudikontrolle (??))
Die begrenzte Lebenserwartung wurde nicht erkannt.
- Symptomgeschehen nicht komplex genug - schon 12 Wochen in der SAPV und noch immer nicht gestorben
Kein komplexes Symptomgeschehen zu erkennen. nach VO Muster 63 und Patientenunterlagen nach Schweigepflichtentbindung.
nicht ausreichende Symptomlast
nicht ausreichende Symptomlast
Das MDK sah keine weitere Notwendigkeit der SAPV!

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text
- keine onkolog. Grunderkrankung, deshalb wurde die letzte Lebensphase / Lebensbegrenzung nicht anerkannt bzw. von der Kasse in Frage gestellt, - noch stattfindende Therapie bzw. Eh-Gabe
Krankenkasse war nicht zu überzeugen, trotz mehrfacher Widersprüche
Krankheitsstadium angeblich noch nicht fortgeschritten bzw. Lebensende nicht absehbar. Allg. Palliativversorgung wäre ausreichend.
Nichtvorliegen der Aufnahmekriterien
Angst vor der palliativen Situation, noch nicht damit auseinandergesetzt, der Wunsch dahin auch nicht vorhanden.
Keine Indikation für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung
Die Krankenkasse hatte folgende Gründe: - Versorgung durch Hausarzt und ambulanten Pflegedienst sei ausreichend - Gesundheitszustand sei so stabil, dass SAPV nicht erforderlich ist - Krankheitsbild entspreche nicht der SAPV
fortgeschrittene Demenz wurde nicht als palliative Diagnose anerkannt.
keine fortschreitende und terminale Erkrankung mit unmittelbar begrenzter Lebenserwartung erkennbar keine spezifische palliative Versorgungsnotwendigkeit
Krankenkasse war der Meinung, Pat. könne auch über die Behandlungspflege des SGB V versorgt werden und außerdem sei er mobil genug, um den Hausarzt aufzusuchen. Wir haben mehrfach Widerspruch eingelegt, ohne Erfolg.
-Nichtonkologische Erkrankungen mit aus Sicht des MDK unklarer Prognose -im Aufnahme-Assessment aus Sicht des MDK zu gering ausgeprägte oder zu wenig komplexe Symptomatik -im Aufnahmeantrag nicht ausreichend genau Betreuungsbedarf beschrieben, nach Einspruch wurde SAPV-Versorgung genehmigt.
SAPV Kriterien nicht erfüllt
nicht ausreichend begrenzte Lebenserwartung (wenige Wochen übersteigend)
bei Herz-Kreislauferkrankungen als Indikation wurde teilweise der Schweregrad für SAPV- Betreuung als nicht ausreichend eingeschätzt
-SAPV nicht anerkannt nach den SAPV Richtlinien -Patienten haben sich im Verlauf SAPV ausreichend stabilisiert - verkürzte Verordnungen seitens der Krankenkasse ohne Begründung -Endstadium ist nicht erkennbar -Grundpflegerische Versorgung ausreichend(Heim
- Wenn Patienten auf niedrigem Niveau stabil sind, weil sie durch die angesetzte Medikation gut eingestellt sind, wird bei einer Folgeverordnung die SAPV abgelehnt, da die Symptome kontrolliert sind. - Wenn für den MDK keine ausreichende Symptomlast e
Die Krankenkassen haben die Indikatoren für eine SAPV-Versorgung nicht gesehen
-internistische Diagnosen, lt. MDK nicht palliativ.

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text
Keine medizinische Notwendigkeit seitens des MDK
Zu Ablehnungen kommt es häufiger bei Nicht-Tumorpatienten und geriatrischen Patienten, deren Versorgung dann der AAPV zugeschlagen wird. Deren Krankheits-Verläufe sind tatsächlich auch schwieriger vorauszuahnen. Zu Ablehnungen kommt es außerdem häufig dann, wenn die "besonders aufwändige Versorgung" darin besteht, Therapien zu begrenzen und die spezialisierte palliativmedizinische Kompetenz gerade darin besteht, unnötige diagnostische oder therapeutische Maßnahmen zu vermeiden. Die Begrenzung bzw der Verzicht auf Therapien kann in der Situation am Lebensende oft sehr viel hilfreicher für die Betroffenen sein als der Einsatz vieler weiterer diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen. Wir erleben es immer wieder, dass im Rahmen der bisherigen Versorgung, egal ob als Regelversorgung oder AAPV durchgeführt, viel zu viel gemacht wird und erst daraus die Probleme resultieren. Hier wäre es wünschenswert, wenn die Gutachter des MDK bzw. die Krankenkassen bei ihren Entscheidungen, diese Besonderheit bedenken und berücksichtigen würden.
Erkrankung mit einem progredienten Verlauf konnte nicht ausreichenden dargestellt werden
keine ausreichende Begründung für den besonderen Leistungsbedarf SAPV - zumeist wurden im Ablehnungsschreiben die Gründe gar nicht aufgeführt
- Bedarf Pädiatrischer Palliativversorgung wurde nicht gesehen - neurologische Patienten, Bedarf wurde nicht gesehen, -> Verweis auf die Rahmenempfehlungen der SAPV für Kinder und Jugendliche und die Aussagen zur Versorgung über das 18. Lebensjahr hinaus
keine ausreichende SAPV-Indikation aus Sicht des MDK, vor allem bei Nichttumor-Patienten.
vom MDK nicht als SAPV gewertet
Es wurde lediglich immer wieder die Notwendigkeit für die SAPV hinterfragt, speziell bei chronisch Erkrankten und im Besonderen bei neurologischen Erkrankungen
Bei Privaten Krankenkassen wird die SAPV Leistung nur in seltenen Fällen zugesagt. Bei Privatversicherten führen wir keine „Ablehnungsstatistik“, da wir erst mit der SAPV beginnen, wenn die „freiwillige“ Zusage der Privatversicherung vorliegt. Hier sehen wir Bedarf der Änderung und Einbezug der privaten Krankenversicherungen
Voraussetzungen zur SAPV-Leistungserbringung nicht gegeben beatmete Patienten in Intensivpflegeeinrichtungen nicht SAPV-fähig (ausreichend betreut)
-keine Karzinomdiagnose -Einschätzung der begrenzten Lebenserwartung wurde durch den MDK nicht geteilt - Sterbebegleitung alter Menschen im Pflegeheim mit dringender Anforderung durch das Pflegeheim, da Hausarzt die Begleitung nicht leisten wollte
Bei 35 Patienten wurde die verordnete Versorgungsart herabgestuft (= Tei ablehnung). Bei einigen Fällen entsprach die Ablehnungsbegründung nicht den gesetzlichen Vorschriften. Auf ein Sozialgerichtsverfahren wurde zur Vermeidung der grundsätzlich guten Kooperation mit den Krankenkassen verzichtet.
nicht ausreichende Symptomlast
Die Gründe waren in zwei Fällen eine Verordnung für zurückliegenden Zeitraum, ohne dass Wochenende bzw. Feiertag vorlagen und in einem Fall das unterschriebene Original-/Folgeverordnung nicht fristgemäß vorgelegt wurde sondern erst nach Beendigung der Versorgung einging.
In beiden Fällen wurde die Versorgung durch ein SAPV Team für Kinder und Jugendliche abgelehnt, obwohl eine für das Kindes- und Jugendalter typische Erkrankung vorlag.

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text
It. MDK war bei dem abgelehnten Pat. keine SAPV indiziert -> nach Widerspruch wurden alle genehmigt
aus Sicht des MDK nicht ausreichende Symptomlast
nicht eindeutig SAPV
- keine Tumorerkrankung - Patienten in einem Hospiz - bei palliativer Chemotherapie - Patienten sind zu mobil
unzureichende Symptomlast
- laut MDKH keine Indikationen für SAPV - Durchschnitt komplexes Symptombild
Kurativer Behandlungsansatz, Chemotherapie
Lt. MDK: - Lebenserwartung nicht auf Tage oder Wochen begrenzt - Ambulante Pflegedienste + Hospizdienste ausreichend
- mangelhaft ausgefüllt VO 63 - keine Veränderung im Medikamentenplan - psychosoziale vordergründige Symptome wurden seitens der Kasse nicht ausreichend bewertet
keine eindeutige SAPV-Indikation: - geringe Symptomlast - lange Lebenszeitprognose - keine Progredienz der Erkrankung
Nichterfüllung der Kriterien SAPV in allen 3 Fällen
- MDK Gutachten - Diagnose
Keine Tumorerkrankung, Demenzerkrankung mit komplexen Symptomgeschehen
Der MDK kommt zu dem Ergebnis, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung medizinische nicht notwendig ist.
Ungenügende Prüfung durch den MDK; MDK setzt sich teilweise nicht mit dem SAPV-Team in Verbindung um die notwendigen Unterlagen/Befunde/SAPV-Fragebögen anzufordern - Ablehnung der SAPV (palliativmedizinische Maßnahmen) im stationären Hospiz weil die Meinung vertreten wird, dass dort die allgemeinärztliche Palliativversorgung ausreichend ist; Hausärzte verfügen jedoch in den meisten Fällen nicht über die notwendige palliativmedizinische Qualifikation und sind nicht 24 Stunden für den Patienten und die Hospizmitarbeiter erreichbar - Ablehnung der SAPV mit der Begründung, dass ein Pflegedienst vorhanden ist und dieser Grund- und/oder Behandlungspflege erbringt, - Ablehnung der SAPV mit der Empfehlung eine Höherstufung der Pflegestufe zu beantragen und somit die Maßnahmen der SAPV nicht mehr nötig wären
Aus Sicht des MDK nach Aktenlage konnte der Nachweis für ein komplexes und ausgeprägtes Symptomgeschehen nicht erbracht werden.
Patienten mit ALS = laut sozialmedizinischen Gutachten folgende Aussage: "Sozialmedizinische Voraussetzung zur Leistungsgewährung nicht erfüllt." desweiteren wurden die Patienten auf nervenärztliche Praxen in der Wohnortnähe verwiesen. Kein komplexes Symptomgeschehen für den MDK ersichtlich.

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text

Während der weitere Auf- und Ausbau palliativer Versorgungsstrukturen in der Gesundheitspolitik derzeit hohe Priorität genießt, erfährt die geriatrische Versorgung in Deutschland keine vergleichbare Aufmerksamkeit in Politik und Gesellschaft. Hier besteht dringender Nachbesserungsbedarf. Die SAPV Verordnung für schwerste chronische Erkrankungen z.B. bei Herz- und Niereninsuffizienz, Alzheimer in der Endphase führen häufiger zu Nachfragen der Krankenkassen als bei Tumorerkrankten.

Patienten waren nicht onkologisch erkrankt (hoher Anteil bei Demenz, COPD und Herzinsuffizienz im Endstadium). Begrenzte Lebenserwartung sei nicht SICHER zu erkennen. Es wird auf alternative Versorgungsformen hingewiesen, die entweder nicht existieren oder nicht gewollt sind (ASV, stationäres Hospiz, palliative Pflege). Deutlicher Hinweis auf Leistungsanspruch (Tage, Wochen, Monate) sollte erfolgen.

Frage 7: Sofern bekannt, was waren die Gründe, die bei Kindern und Jugendlichen zu einer Ablehnung geführt haben?

Text

betreffender Fall: progrediente, weit fortgeschrittene lebenslimitierende Grunderkrankung durch den MDK bestätigt, aber der aktuelle Prozess bzw. die daraus resultierende komplexe Versorgung zuhause sei nicht ableitbar
=> Ablehnung, aber persönlicher Anruf vom MDK, dass die SAPV bei einer Krise mit hoher Symptomlast erneut beantragt werden soll

Das Kind werde auch anderweitig betreut. (Intensivpflegedienst, der allerdings keine Palliativversorgung durchführte. Das Kind verstarb wenig später dann in der Klinik).

"Im vorliegenden Fall erhält der Versicherte im Rahmen seiner schwerwiegenden Grunderkrankung bereits eine umfassende behandlungspflegerische Versorgung im Rahmen von 24 Stunden Intensivpflege - durch geschulte Fachkräfte. ..."

- bei den Privaten Krankenkassen besteht oftmals hoher Aufwand der Beantragung und Begründung um eine Kostenzusage für SAPV für Kinder und Jugendliche zu erhalten

- SAPV wird nicht für nötig gehalten

- es waren immer schwerst mehrfach behinderte Kinder mit Symptomen

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:

Text

Bei der Formulierung "Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt", wird nicht ganz deutlich, dass es auch um die Versorgung von Jugendlichen und die von jungen Erwachsenen mit pädiatrischen Erkrankungen geht, dass eine sinnvolle „Krisenintervention“ bei SAPV nicht allein stehen kann, sondern immer auch ein aktuelles Assessment erfordert, und dass es nicht nur um „längere“ Verläufe, sondern insgesamt um die Gruppe 4 der Palliativkrankungen nach den IMPaCCT-Kriterien geht.

Es gibt entsprechende Empfehlungen, die in der Richtlinie berücksichtigt werden müssten.

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text
-typisch für die Palliativversorgung von Kindern ist der intermittierende SAPV-Bedarf, dies ist nicht ausreichend konkretisiert
-Gerade in der SAPV sind geringe Patientenzahlen und / oder großflächige Versorgungsregionen mit weiten Anfahrtswegen typisch
gut geregelt in der gemeinsame Bundesrichtlinie zur Versorgung SPV KJ
In der Begleitung bedarf es häufiger einer intensiveren (psychologische/+Betreuungsangebote spez. geschulter Personen) Betreuung. Die Betreuer können aber nicht in Rechnung gestellt werden.
Betonung des außerordentlichen Bedarfs an psychosozialer Unterstützung der Familien bei SAPPV;
noch größere Bedeutung der Koordination in der SAPPV gegenüber SAPV muss hervorgehoben werden
Da wir bereits in den zurückliegenden Vorerhebungen (2012 und 2013) ausführlich hierzu Stellung genommen hatten und dies jeweils keinerlei Berücksichtigung gefunden hatte (außer als Zitat im Anhang), verzichten wir hier wegen offensichtlicher Sinnlosigkeit auf weitere Angaben. Hinsichtlich der Inhalte siehe gerne unsere Rückmeldung aus den Jahren 2012/2013
Wir sehen weiterhin für die SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene einen Konkretisierungsbedarf, der sich nach unserem Ermessen am Besten in einer eigenen Richtlinienfassung oder einem spezialisierten Anhang zur RL-SAPV abbilden ließe.
Zur Sicherung des Verbleibs in der häuslichen Umgebung und einer adäquaten Überleitung der betroffenen Kinder aus dem stationären Bereich ist eine Vorab-Kontaktaufnahme und Versorgungsplanung durch das SAPV-KJ Team unerlässlich, die im stationären Bereich erbrachten Leistungen (z.B. Casemanagement) können den persönlichen Kontakt durch das SAPV-KJ-Team nicht ersetzen. Beratungen im stationären Bereich durch das SAPV-KJ-Team werden immer wieder angefordert und durchgeführt und sind unverzichtbare Leistungen der SAPV-KJ.
Der Zugang für junge Erwachsene mit einer für das Kindes- und Jugendalter typischen Erkrankung in der Transition zwischen dem 18. und z.B. 27. Lebensjahr zur SAPV-KJ wird trotz nationaler und internationaler Empfehlungen (siehe z.B. gemeinsame Empfehlungen zur Ausgestaltung der SAPV für Kinder und Jugendliche) von den Kostenträgern sehr kritisch gesehen und immer wieder unter dem Verweis auf SAPV für Erwachsene negativ beschieden, so dass derzeit in zwei Fällen der Rechtsweg eingeschlagen werden musste.
Darüber hinaus muss auch die vorgeburtliche Beratung und Versorgungsplanung bei erkannt schwerst fehlgebildeten Foeten unter dem Aspekt der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen benannt und berücksichtigt werden und als Leistung eines SAPV-KJ Teams anerkannt werden.
Zu den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen zählt auch die extrem hohe Belastung des Familiensystems durch die Erkrankung des Kindes sowohl emotional, als auch sozial. Die Einbindung psychosozialer Mitarbeiter in ein multiprofessionelles SAPV-KJ Team ist zwingend erforderlich. Da die Kinderhospizdienste nur in sehr unterschiedlichem Umfang diese Leistungen erbringen können, werden die Bedarfe der Familien und der betroffenen Kinder und Jugendlichen aktuell nicht gedeckt.
zu wenig Angebote / Pflegedienste
Einbeziehung von Trauerarbeit / Nachsorge in die SAPV
Die schwerst mehrfach behinderten Kinder müssen mehr Erwähnung finden!
Kinder u. Jugendliche haben eine eigene Sozialwelt, die keinerlei Berücksichtigung beider soz. Krisenintervention berücksichtigt.
§ 1, Absatz 4 "den besonderen Bedürfnissen von Leidenden ist Rechnung zu tragen" ist zu ungenau, Bedürfnisse konkretisieren und Unterschiede zu Erwachsenen bitte herausarbeiten (u.a. Ernährung am Lebende, Gruppe IV-Patienten)
Laut SAPV-Richtlinie sind den besonderen Belangen von Kindern Rechnung zu tragen. Es wurde eine

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text
<p>Empfehlung zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen ausgesprochen, diese Ausgestaltung ist gut ausformuliert, jedoch nur eine Empfehlung. Über folgende Aspekte wird noch immer diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krisenintervention bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung - Versorgung der über 18-jährigen Patienten durch ein Kinderteam, besonders aus der IMPaCCT Gruppe 4
<p>In § 2 sollten die Anspruchsvoraussetzungen auf SAPV für Kinder und Jugendliche gesondert definiert werden. So ist der Nachweis des Fortschreitens einer Erkrankung häufig schwer zu belegen. Es sollte heißen: „Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf SAPV, wenn sie an einer nicht heilbaren und prinzipiell lebenslimitierenden Erkrankung leiden. Die Länge der zu verbleibenden Lebenszeit ist hierbei nicht von Belang.“</p> <p>In § 3, Abs. 3 sollte konkretisiert werden, dass eine SAPV bei Kindern und Jugendlichen nach Bedarf durchgängig über mehrere Monate bzw. Jahre oder intermittierend im Sinne einer Krisenintervention notwendig sein kann. Der Bedarf für eine SAPV für Kinder und Jugendliche kann also über einen unbegrenzten Zeitraum bestehen, sich aber auch ändern oder vorübergehend nicht mehr bestehen. Hierbei sollte alle drei Monate neu evaluiert werden, ob die Bedingungen für eine Verordnung der SAPV noch erfüllt sind. Es muss ausdrücklich erwähnt werden, dass es keine Obergrenze für Folgeverordnungen gibt.</p> <p>In § 5 Abs. 2 sollte ausgeführt werden, dass die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen nur durch ausreichend qualifiziertes Personal berücksichtigt werden können. Hierfür sollten mindestens ein Facharzt für Kinder- und Jugendliche mit Zusatz-Weiterbildung spezialisierte Palliativversorgung und eine examinierte Pflegekraft für Kinder und Jugendliche in der Regelversorgung und im Rufdienst für die SAPV jederzeit zur Verfügung stehen. Zudem sollte auch die Notwendigkeit einer psychosozialen Unterstützung der Familien durch einen entsprechenden Stellenanteil im SAPV-Team gefordert werden.</p>

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

Wenn ja, welche:

Text
Die SAPV-Richtlinie ist ausreichend konkretisiert, jedoch nicht ausreichend umsetzbar durch unzureichende Kapazitäten (im personellen Bereich).
Es bedarf einer klaren Definition zur Abgrenzung zwischen der AAPV zur SAPV um Streitigkeiten zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zu minimieren.
<ul style="list-style-type: none"> - psychologische Begleitung schwierig, da schwer Termine zu bekommen sind - Nachsorge fällt nicht unter SAPV (Trauerverarbeitung / Abschlussgespräch dem Verstorbenen...) - Begleitung von Kindern krebserkrankter Eltern in der Häuslichkeit oder in einer Gruppe ist nicht gegeben - 3 Tages-Frist bei der Verordnung ist knapp, z.B. wenn Hausärzte im Urlaub sind
<ul style="list-style-type: none"> - Verbindlichkeit der Leistungserbringer zur Netzwerkarbeit - verbindliches Vorhalten von Strukturen des ehrenamtlichen Begleitung und der Trauerarbeit
<ul style="list-style-type: none"> - zunehmende Probleme bei der Versorgung mit onkologischer Pat (Demenzpat.) ? dringend einer Klärung - MDK in BW versucht vermutl. Pat. in AAPV zu schieben, die dort aber nicht ausreichend versorgt werden, da die Regelversorger überfordert sind - im ländl. Bereich sind die z.T. sehr langen Anfahrtswege nicht berücksichtigt - hohe Anforderungen an die Leistungserbringer bzgl. Umgang mit VO (3-Tages-Frist, rückwirkend ausgestellte VO), aber sehr wenig Verpflichtung für die KK - wir warten bei vielen Kassen wochenlang

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text
auf eine Genehmigung!C12221
Definierung von AAPV und Abgrenzung von SAPV, Vermehrte Berichts- und Dokumentationsanforderungen seitens der Kostenträger - trotz progredienter Erkrankung, Motto: Kosten sparen statt Kosten tragen bei erhöhtem Verwaltungsauswand auf beiden Seiten.
Eine seit Einführung der SAPV weiterhin bestehende Versorgungslücke kann im Baden-Württemberg bei onkologischen Patienten durch die Brückenpflege kompensiert werden. Zu deren Zielen zählt: Vermeidung unerwünschter Krankenhausaufenthalte, Vermeidung von Überforderung, Erreichbarkeit an 24-Std./Tag durch Rufbereitschaft, Vernetzung des ambulanten und stationären Sektors, Erstellung von Notfallplänen Auch die Studie: Early Palliative Care for Patients with metastatic non-small -cell-lung-cancer von Ling u.a. von JS Temel (2010) bestätigt uns in unserer Auffassung, dass Patienten von einer frühen Einbindung von Palliativärzten und pflegerischen Fachkräften profitieren. Diese Versorgungslücke, die u.a. auch Patienten mit ALS betrifft, sollte durch eine entsprechende Erweiterung der Richtlinie geschlossen werden. psychoziale Begleitung der Patienten und Angehörigen,
Versorgung in stationären Einrichtungen! Quantitative/qualitative Versorgung in Pflege-/Behinderungseinrichtungen ist für SAPV-Patienten häufig nicht ausreichend!
Was beinhaltet die Leistung: Koordination?
wenn Ablehnung durch KK, dann Gutachter vor Ort zwingend nachzuweisen, unabhängig vom MDK Gutachten in Bezug zur Beurteilung der Pflegestufe
1. 3-Tagesfrist zur Einreichung der Erstverordnung 2. Nicht Genehmigung der TV bei Patienten mit nicht onkologischen Erkrankungen, Rückstufung in die Koordination, obwohl höherer Bedarf auch bei diesen Erkrankungen vorhanden. 3. Rückstufung von Patienten in Alten- und Pflegeheimen. Wegen dortiger pflegerischer Versorgung, die mit Palliativmedizin nichts zu tun hat. Auch alte kranke Menschen brauchen eine gute Palliativmedizin.
Es gibt zu wenig palliativmedizinisch ausgebildete Pädiater oder zu wenig Pädiater, die bereit sind, in einem palliativmedizinischen Netz mitzuarbeiten und auch einen Bereitschaftsdienst zu leisten. bundesweite Vereinheitlichung der länderspezifischen Vertragssysteme, oder wenigstens im Bundesland Vereinheitlichung der Vertragssysteme (derzeit 3 verschiedene Vertragssysteme in sachsen- Anhalt; Ergebnis: Verunsicherung der Betroffenen, Angehörigen, Kooperationspartner, Leistungserbringer, ...) dringender Regulierungsbedarf!
klare Abgrenzung Teil- Vollversorgung dringend erforderlich oder Abschaffung der Differenzierung, denn sie wird durch Krankenkassen nicht mehr unterschieden, bei durch den Arzt verordneter Teil- oder Vollversorgung, bestimmt die Krankenkasse den Versorgungsumfang, dies ist falsch! Klare Regelung erforderlich, wer bestimmt den Versorgungsumfang!
Es muss unbedingt geregelt werden, dass IKM und Pflegehilfsmittel auch ohne eine Pflegestufe kurzfristig beliefert wird. Des Weiteren sollten im Notfall auch die Möglichkeit bestehen, dass Apotheken die Lieferung vornehmen darf.
Folgende Bemerkungen betreffen Abrechnung - und Vertragsumsetzungen. Teil - und Vollversorgungen sind in der Umsetzung nicht klar geregelt. Psychologische/psychotherapeutische Leistungserbringer sind in der SAPV Betreuung finanziell nicht

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text
<p>abgebildet.</p> <p>Bemerkung zu privat Versicherten: In 2015 kam es zusätzlich zu 40 Begleitungen von Privat Versicherten Patienten bei deutlich mehr Voranfragen. Hier kam es trotz bestehender Indikation zu keiner Betreuung, da eine deutlich geringere Kostenübernahme, als bei gesetzlich Versicherten, zugesagt wurde.</p>
<p>Es ist m.E. wichtig, zu betonen, dass würdegemäße Versorgung kranker Kinder immer auch die Betreuung der ganzen Familie und folgerichtig auch psychosoziale Arbeit und zumindest Anfangsmaßnahmen der Trauerbegleitung impliziert.</p>
<p>Im Land Berlin gelten andere SAPV-Richtlinien als in anderen Bundesländern. Die hier geltenden Richtlinien erschweren die Arbeit der SAPV-Dienste ungemein bzw. fast jeder Dienst kämpft ums Überleben. Es passiert immer wieder, dass Dienste schließen müssen und dadurch entstehen große Versorgungslücken.</p>
<p>Eine Angleichung der Richtlinien an den südlichen Raum wäre erstrebenswert.</p>
<p>Die Definition einer VV und TV ist zu streichen, da sie keine ausreichende Begründung in der SAPV erfährt und nur zu einer finanziellen Definition geführt hat.</p>
<p>MDS - Begutachtungsanleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Ansatz "alle Anforderungen an die Erkrankung und der gleichzeitig bestehenden Notwendigkeit einer besonders aufwendigen Versorgung" ebenso wie der Ansatz "anstelle eines kurativen Ansatzes das medizinisch-pflegerische Ziel einer einzelfallgerechten Steigerung der Lebensqualität durch Linderung von Symptomen und Leiden" - sind in der Versorgungsrealität ethisch nicht umsetzbar - Eine Prüfung auf SAPV-Leistungspflicht der Krankenkassen mit dem Fokus auf Beendigung aller kurativen Maßnahmen ist ethisch nicht vertretbar. <p>Lösung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intermittierende SAPV? - bessere Vernetzung AAPV/SAPV (Schnittstelle)
<p>gleichzeitige Betreuung durch SAPV und Pflegedienste, Aufgabenverteilung 51% Klausel für Palliativmediziner und Palliative Care Pflegekräfte Ausschluss von Palliativziffern für Hausärzte, wenn Patienten in der SAPV Vollversorgung</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Auftrag zur Versorgungsforschung – was bewirkt SAPV? => in Richtlinie fixieren -Aufforderung zur Flächendeckung prüfen – Wer soll das tun? => in Richtlinie fixieren -Prüfung, mit welcher Versorgungsqualität eine Flächendeckung erreicht wird (Unterschied
<p>1. Eine Vereinfachung der Verordnung (Muster 63) wäre aus unserer Sicht sinnvoll. Die dort hinterlegten Informationen spielen (nach unserer Erfahrung) keine entscheidene Rolle; weder für die Leistungserbringung, noch für die Leistungsentscheidung durch die Kostenträger oder für die Begutachtung zur Notwendigkeit einer SAPV durch den MDK.</p>
<p>Entscheidend sind die Einschätzungen bzw. Stellungnahmen der SAPV Teams und die meistens vorhandenen Epikrisen des Patienten.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Schulung der Krankenkassenmitarbeiter- MDK - auch Patienten in stationären Einrichtungen brauchen SAPV(dort häufiger Ablehn.) -Öffentlichkeitsarbeit , was ist SAPV -Aufklärung bei Haus-Fach und Klinikärzten-Personal-Sozialdienst - Aufklärung auch andere
<ul style="list-style-type: none"> - Es sollte deutlicher hervorgehoben werden, dass auch internistische Erkrankungen SAPV-pflichtig sein können. Insbesondere Motoneuronen-Erkrankungen wie z.B. Parkinson, können gerade zum Ende eine dramatische Symptomlast entwickeln.

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text
- weiterhin sollte in de
Stabilisierung und Stützung des familiären Umfelds zur Sicherstellung der weiteren häuslichen Versorgung kann nicht als Hausbesuch abgerechnet werden.
Auflistung der Diagnosen für SAPV
<p>§ 7 Absatz 2: Der vereinbarte Vordruck (Muster 63) ist immer wieder Quelle von Missverständnissen und Ärgernissen. Er bürokratisiert einen Vorgang, ohne wirklich Auskunft darüber geben zu können über das, was in der realen Versorgungsnotwendigkeit geschieht. Er ist eine Momentaufnahme, die in der nächsten Woche schon wieder ganz anders aussehen kann. Außerdem sind die Gewichte falsch verteilt. Wieso stehen nur zwei Zeilen für das, was wirklich wichtig ist, nämlich das komplexe Symptommageschehen, zur Verfügung, aber fünf Zeilen für die aktuelle Medikation? Das führt mitunter dazu, dass wenig Medikamente eher zur Ablehnung führen und viele Medikamente ein Selbstläufer zu sein scheinen. Es widerspricht auch völlig dem unter Punkt 6 Beschriebenen. Die Beratungsinhalte und die notwendigen Maßnahmen können sich außerdem schnell ändern - was dann? Muss man einen neuen Antrag stellen? Wohl kaum. Die recht unterschiedliche Bewertung von Muster 63 und das unterschiedliche Bewilligungsverhalten durch Krankenkassen und MDKs in den verschiedenen Bundesländern (was allein schon durch die unterschiedlich langen SAPV-Versorgungsdauern deutlich wird) lässt es außerdem höchst fraglich erscheinen, ob Muster 63 wirklich das Gelbe vom Ei ist und für eine gerechte und in allen Bundesländern gleiche Behandlung derjenigen Patienten führt, die SAPV wirklich dringend brauchen. Auch das die Dauer der Verordnung in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich gehandhabt wird ist ungerecht und ein Ärgernis. Der bürokratische Aufwand (Stichwort: Folgeverordnungen) ließe sich schlagartig verringern, wenn SAPV grundsätzlich - z.B. für mindestens drei Monate - bewilligt werden würde. Schließlich: Sowohl die Patientenunterschrift (häufig in sterbenahen Situationen!) auf Muster 63 als auch der zeitliche Druck, der in § 8 benannt wird, dienen nicht dem Patienten, sondern wirken wie Schikane und belasten oft alle Beteiligten.</p> <p>PS: Die Frage nach den Leistungsfällen (Frage 4) konnten wir nur annähernd beantworten, da wir bei uns keine Leistungsfälle pro Quartal zählen, sondern lediglich die Zahl der versorgten SAPV-Patienten (unabhängig davon, ob sie in mehreren Quartalen versorgt wurden oder nicht). So sind bei uns im Jahr 2015 insgesamt 434 GKV-PatientInnen in der SAPV verstorben und am Jahresende nahmen wir 85 GKV-PatientInnen in der SAPV mit in das nächste Jahr. Die durchschnittliche Versorgungsdauer in der SAPV beträgt bei uns knapp 60 Tage. Wie viele unserer SAPV-PatientInnen wir quartalsübergreifend versorgt haben, wissen wir nicht und es ist für uns zu mühsam, das zu recherchieren. Die Zahl von 750 "Leistungsfällen" erscheint uns aber als plausibler Schätzwert.</p>
Derzeit wird die SAPV als Therapie der letzten Wochen angesehen, obwohl in der g-BA-RL §3 Absatz 3 Satz 1 auch von Monaten gesprochen wird. Eine Präzisierung dahingehend, dass damit die Versorgung im letzten Lebensjahr eines Menschen gemeint ist wäre durchaus im Alltag hilfreich, da damit den Krankenkassen die Beschränkung auf die Terminal- und Finalphase schwerer fallen dürfte und ggf. auch andere Finanzierungsmodelle in Deutschland geprüft werden müssten.
Die Qualifikation und Aufgaben von Koordinatoren/-innen ist nicht ausreichend beschrieben.
<p>1. Leistungserbringer der SAPV können den in der Richtlinie dargestellten Erfordernissen der Spezialversorgung für „besonders aufwändige“ Versorgungsleistungen nach einschlägig wissenschaftlich belegter und international zweifelsfreier Einschätzung nur als multiprofessionelles Team erfolgreich Rechnung tragen. Die derzeitige Praxis der Vertragsgestaltung der Krankenkassen ohne Rücksicht auf gesetzgeberische Vorgaben (siehe Gesetzesbegründung zu §132d SGB V und Genehmigungsschreiben des BMG zur o.g. RL-SAPV) auch lose „Netzwerke“ mit Surrogatcharakter zu beauftragen, wird dem in keiner Weise gerecht und dient erkennbar der Fehlalimentation von anders nicht abgebildeten Strukturen der bisherigen Versorgung nach §73, §37 und gem. SGB XI aus Töpfen der ausdrücklich nicht dem kassenärztlichen Versorgungsauftrag zugehörigen multiprofessionellen SAPV. Die Leistungserbringung nur durch entsprechend gebildete und strukturierte Teams fehlt in</p>

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text

der RL vollständig (siehe wieder Genehmigungsschreiben BMG vom 14.02.2008). Die Regelung in §5 (2) reicht hierzu nachweislich nicht aus.

2. In diesem Zusammenhang ist die Art der Fragestellung in 3. zu den „Kooperationspartnern“ völlig unscharf formuliert und gibt Anlass sowohl für Fehlangaben als auch für Fehlinterpretationen: nicht als real existierendes Team sondern in loser kooperativer Netzwerkstruktur tätige Surrogat-Leistungserbringer werden hier möglicherweise alle auch nur gelegentlich angebundene „Team-Ressourcen“ benennen, physisch existente und mit eigenen festen Mitarbeitern besetzte Palliative-Care-Teams hingegen benennen nicht die eigenen Ressourcen, sondern die externen Kooperationspartner aus der sonstigen Regelstruktur des SGB V, mit denen es fallweise zusammenarbeitet. Bei der Auswertung sind dann damit Fehlinterpretationen über Ressourcen oder Schnittstellen programmiert. In beiden Fällen ist allerdings sehr verwunderlich, dass Pflegedienste und Einrichtungen der stat. Altenhilfe nicht als Kooperationspartner genannt sind, da sie doch neben den Kassenärzten die zentralen Kooperationspartner für Palliative-Care-Teams oder zentrale gleichwertige Netzwerkpartner zu den Kassenärzten in den (nicht rechtskonformen) Surrogatstrukturen darstellen. Als einzige sonstige Deutung kann dem Ersteller des Fragebogens nur unterstellt werden, er gehe davon aus, dass Leistungserbringer der SAPV gem. §132d SGB V generell Pflegedienste seien, dies wäre eine dem Grunde nach falsche Voraussetzung.

3. Die Formulierungen des §1 Absatz 1 geben regelmäßig Anlass für Unklarheiten und Auseinandersetzungen mit MDK und Krankenkassen, daher erscheint deren gelegentliche Klarstellung unbedingt erforderlich: „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.“ Hier wird von der Seite der Kostenträger (zumindest in unserem Bundesland) regelmäßig vorgetragen, dass mit der Formulierung „...bis zum Tod...“ der bereits bei Eintritt der SAPV-Bedürftigkeit getroffene definitive Entscheid zum verbindlichen Verzicht auf eine Option auch zur Krankenhausbehandlung Zugangsvoraussetzung bzw. Grundlage für den Rechtsanspruch darstellt. Eine dem menschlichen Leben und der besonderen Lebenssituation des Palliativpatienten geradezu typischerweise eigene Ambivalenz wird so als Grund gesehen, den Leistungszugang zu begrenzen. Diese Deutung wird durch entsprechende Formulierung/en in dem Dokument der tragenden Gründe leider auch untermauert. Gleichfalls problematisch ist die Formulierung des 2. Satzes und daher zu prüfen: „Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.“ Die Verwendung der Worte „Vordergrund“ und „anstelle“ führt zur insbesondere von den Krankenkassen vorgetragenen Deutung, dass das Festhalten des Patienten an jeglichen kurativen Behandlungsinterventionen den Rechtsanspruch auf die Leistungen der SAPV infrage stellt. Dies wird gerade dann problematisch, wenn Patienten und / oder Angehörige Behandlungsintentionen als vermeintlich kurativ deuten, obwohl sie dies nicht mehr sind. Das Wort „anstelle“ scheint mit seiner von einzelnen Lesern, und damit Deutungen, wahrgenommenen Abgeschlossenheit und Unvermittelbarkeit neben dem Begriff „Vordergrund“, welcher ja gerade um sich herum anderes zulässt, nicht hinreichend klar verständlich zu sein. Langwierige Auseinandersetzungen mit KK und geradezu künstlerische Umdeutungen der Behandlungsintentionen zur Erlangung des Rechtsanspruches für unzweifelhaft

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text

bedürftige Patienten seitens der Leistungserbringer sind regelmäßig genauso die Folge, wie der verzweifelte Versuch, einfach jedem Palliativpatienten die Leistungen der SAPV zugänglich zu machen, wenn es die Kostenträger nicht hinterfragen. Eine klarere und unmissverständlicher Formulierung zur Unterscheidung zwischen SAPV und sonstiger Versorgung (gen. AAPV) würde daher langfristig entstehendem Schaden abwenden.

4. Zur Sicherstellung der multiprofessionellen Teamleistung SAPV bedarf es einer nicht nur inhaltlich sondern auch strukturell und in Maßzahlen erkennbaren Versorgungskapazität, die sich in angemessen verfügbaren und entsprechend befähigten Mitarbeitern aller notwendigen Professionen abbildet. Um die politisch ausdrücklich geforderte Flächendeckung und Versorgungsgerechtigkeit für alle Betroffenen Bürger zu erreichen, bedarf es notwendigerweise einer entsprechenden Vorhaltung. Diese Vorhaltung einer rund um die Uhr einsatzbereiten geschulten und sichergestellten Grundstruktur mit mindestens einem qualifizierten Arzt und einer qualifizierten Pflegefachkraft, die mit den besonderen Erfordernissen genau der versorgten Patienten vertraut sind und als gemeinsames Team auch angemessen handeln können, ist erforderlich, um die gesetzten Behandlungsziele auch erreichen zu können. Es handelt sich somit eigentlich auch nach entsprechender Auffassung des EU-MR und der WHO um ein Strukturerefordernis der grundständigen Daseinsvorsorge. Die regelmäßig vorgetragene Auffassung der Krankenkassen, dass „Vorhaltung keine Leistung sein und daher nicht zu finanzieren sei“ betrifft gleichermaßen die Grundvorhaltung, wie die einsatzbereite rund um die Uhr verfügbare Beratungs- und Interventionsbereitschaft in den Nacht- und Wochenend- bzw. Feiertagsstunden. Es ist festzustellen, dass die Bereitstellung eines organisierten und informierten mit den aktuell versorgten Patienten und seiner Versorgungssituation vertrauten Behandlungsteams zur sofortigen bedarfsgerechten Intervention eine inhaltlich qualifizierte Leistung darstellt. Eine Vergütungsrelevanz ist daher anzunehmen, obwohl von Kostenträgerseite bisher vehement bestritten. (Anmerkung: Polizisten, Soldaten und Feuerwehrleute werden nicht nur dann bezahlt, wenn sie in der abzurechnenden Dienstzeit nachweislich mindestens ein Feuer gelöscht haben, einen Verbrecher gefasst oder gar ein gegnerisches Ziel zerstört haben.) Eine Flächendeckung als erklärtes politisches Ziel wird es ohne Klärung dieser Fragestellung nicht geben können, da die Leistungserbringung keiner Bedarfsplanung und auch keiner Anschub- oder Unterhaltsfinanzierung aus Steuergeldern oder anderen Mittelzuflüssen unterliegt.

5. Für die unzweifelhaft erforderliche Multiprofessionalität findet sich auch weiterhin keine strukturelle Lösung, da die bisher vorgetragene Auffassung der Krankenkassen von einer ausschließlichen Finanzierung der Bi-Professionalität aus Arzt und Pflege für SAPV-Team ausgeht. Lösungen zur bedarfsgerechten unmittelbaren strukturellen Einbindung auch von Sozialarbeitern / Sozialpädagogen und Psychologen sind zukünftig zu finden.

6. Anmerkung zur PKV: Auch, wenn aus rechtssystematischer Sicht hier keine Zuständigkeit besteht, ist bei der Berichterstattung über die Entwicklung der SAPV in Deutschland deutlich zu benennen, dass die Teamleistung SAPV in einer großen Zahl von Fällen von den privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht vergütet wird. Dies geschieht, obwohl dem Versicherten dies zunächst aus „Kulanz“ in Aussicht

Es ist wünschenswert, dass in den Richtlinien präzise Angaben zu den Items der Evaluation gemacht werden. Die unterschiedliche Auslegung der Versorgungstiefe und der Versorgungsdichte von SAPV

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text
Patienten führt ansonsten zur Über-oder Unterversorgung der jeweiligen Teams.
<p>§6 Abs. 5: Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.</p> <p>Hier besteht höchster Handlungsbedarf. Nach wie vor ist SAPV nur die Leistung eines Teams aus Ärzten und Pflegenden. Sozialarbeit wird zwar gewünscht, wird aber nicht finanziert. Dieser wird aber einer immensen Bedeutung zugemessen, da durch die Stütze des Systems (auch durch die sozialrechtliche Betreuung/Organisation) erst ein Verbleib in der Häuslichkeit möglich wird.</p> <p>Generell ist zu beobachten, dass die Betreuungen zunehmend komplexer werden, da nun Patienten zur SAPV Zugang erhalten, die nicht die typische Tumorerkrankung haben. Zu nennen sind hier beispielsweise</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patienten mit neurologischen Erkrankungen -Patienten mit chronisch verlaufenden, aber austherapierten Erkrankungen -junge Erkrankte mit kleinen Kindern, wo es neben der Symptomkontrolle noch viele andere Felder gibt, die für die dauerhafte ambulante Versorgung bearbeitet werden müssen. -Patienten mit psychiatrischer Zusatz-/Grunderkrankung -Patienten mit Suchterkrankung und palliativer Lebenssituation <p>An diesen Fällen zeigen sich die Grenzen der SAPV. Es braucht mehr als Team Arzt/Pflege, um eine erfolgreiche, gelingende Betreuung im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Fehlende Finanzierung von Sozialarbeit, Hausbesuche Psychiater/Psycho(onko)logen, Neurologen verhindern den Ausbau von Netzwerken. Für nicht mobile Patienten besteht eine Unterversorgung für den Zugang notwendiger Bereiche.</p>
<p>Die im Jahre 2013 erstellte Liste der Änderungswünsche wird von uns auch in diesem Jahr in allen Punkten mitgetragen. Zusätzlich sehen wir wesentlichen Änderungsbedarf hinsichtlich der Einschränkungen zur personellen Besetzung: Der Absatz „... die Personen müssen hauptsächlich für die Leistungen der Palliativ Care zur Verfügung stehen ... „ stellt uns bei der Personalrekrutierung vor erhebliche Probleme. Im Rahmen des Arzt- und Pflegenotstandes können wir keine „Attraktiven Bedingungen“ für Teilzeit anbieten. Wir befürchten, dass diese Bedingungen in Zukunft die Rekrutierung von Personal erheblich einschränkt und die Versorgung nur schwer aufrecht zu erhalten ist.</p> <p>Die Leistungsnachweise sollten auch elektronisch ohne Originalunterschrift bei den Kassen eingereicht werden können und nur auf Nachfrage von den Kassen angefordert werden. Hier würde es das Handling der Abrechnung in einem EDV-Prozess erleichtern.</p> <p>Im Vertrag ist gefordert, dass wir Kooperationsverträge schließen. Das ist aus Qualitätsgesichtspunkten absolut wünschenswert. Wir stellen aber fest, dass es zum Teil bei bestimmten Kassen zu Überschneidungen kommt, da diese eigene Kooperationspartner (Apotheken, Sanitätshäuser) haben. Hier können wir unsere Verträge nicht erfüllen und müssen mit Fremdapotheken und Fremdsanitätshäusern zusammen arbeiten. Dies ist im strengen Sinne nicht mit der gewünschten Qualität vereinbar. Hier wünschen wir uns Klarstellung, dass die Kooperationspartner des SAPV Teams Vorrang vor den Verträgen der Kostenträger haben.</p>
Begriff der "begrenzten Lebenszeit" sorgt für Unsicherheit da er sehr dehnbar ausgelegt werden kann
exakte Differenzierung/Abgrenzung SAPV/AAPV
Die Versorgung von SAPV-Teams mit Praxisbedarf.
Im Rahmen eines derzeit beim OLG Düsseldorf anhängigen Verfahrens aufgrund eines Kartellrechtlichen Prüfungsverfahrens für die Vergabe eines SAPV-Vertrages durch die Krankenkassen in RLP (Bereich Südwestpfalz) an einen Anbieter wird aufgrund der Beschwerde eines weiteren, nicht zum Zuge gekommenen SAPV-Anbieters, geprüft, inwieweit die SAPV dem Wettbewerbsrecht

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text
<p>unterliegt. Im Zuge des Verfahrens zeigte sich, dass die derzeitigen Formulierungen einzelner §§, u.a. § 69 SGB V, dem nicht widersprechen - allerdings müssten u.E. hier (wie in anderen Bereichen von Gesundheitsdienstleistungen auch) Ausnahmen für die SAPV formuliert werden. Derzeit würde dies bedeuten, dass SAPV-Leistungen ausgeschrieben werden müssen (der billigste bekommt den Zuschlag??) und nur auf 4 Jahre befristet werden (dies verunsichert Patienten - wer kommt dann morgen zu mir? - und macht die Rekrutierung von qualifizierten Mitarbeitern schwierig, da die Arbeitsverträge befristet werden müssten). Derzeit werden in RLP aufgrund dieses schwebenden Verfahrens keine neuen, weiteren SAPV-Teams zugelassen, ganze Regionen bleiben faktisch unversorgt (trotz Rechtsanspruch!) und die bestehenden Teams sind ebenfalls verunsichert. Es braucht aber für alle Beteiligten, v.a. die Patienten, Planungs- und Versorgungssicherheit!</p>
<p>Abgrenzung zur allgemeinen Palliativversorgung notwendig</p>
<p>§2 der Richtlinie zweiter Spiegelstrich die nach den medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Erfordernissen....</p>
<p>§4 der Richtlinie, Satz 5 und 6 Ergänzung psychosoziale Symptomatik z.B. Konfliktsituationen in der Familie, Kommunikationsstörungen innerhalb der Familie, Krankheitsverarbeitung....</p>
<p>§5der Richtlinie Satz 4 Ergänzung und psychosoziale Teilleistung Ergänzung "Erhaltungs-SAPV" für die Patienten die in die Regelversorgung entlassen werden können, da diese sonst aus dem Raster fallen.</p>
<p>§8 der Richtlinie Überprüfung nicht nur nach den medizinischen sondern auch nach den pflegerischen und psychosozialen Symptomen erfolgen soll. (Komplexleistung medizinisch/pflegerisch und nach unserer Auffassung auch psychosozial.) In den "tragenden" Gründen des GKV zu dem Beschluss der GBA über die Erstfassung der RL vom 20.12.2007 heißt es unter 2.8: In der SAPV sind rasche Entscheidungen über die Leistungsbewilligung notwendig. Die in §8 getroffene Regelung ist inhaltlich an die entsprechend Vorschrift der HKP-RL angelehnt. Mit ihr wird keine Anschlussfrist für notwendige Leistungen der SAPV normiert. Auch wenn die Verordnung verspätet eingereicht wird, besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen Anspruch auf SAPV bereits vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an. Nach den Rahmenempfehlungen des GKV zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132a Abs. 1 vom 10.12.2013 gilt gem. §2 Abs. 3 eine dem §8 der SAPV-RL entsprechende Regelung. Angefügt ist dort jedoch der Absatz 4. Die unbedingte, d.h. ohne Genehmigung ausgesprochene Kostenübernahme, die die Genehmigungsfähigkeit der erbrachten Leistung voraussetzt. Die in der RL i.d. F. ab 16.04.2010 und daraus im SAPV-Vertrag 2009 getroffene Regelung, wonach bei verspätetem Einreichen, die Kosten erst ab Eingangsdatum übernommen werden und nicht auch dann übernommen werden, wenn die Leistung erbracht und genehmigungsfähig ist, sollte entsprechend angepasst werden. Der Schutzzweck der Regelung nach §8 der RL und des §6 Abs. 1 des SAPV-Vertrages liegt darin, dass die Krankenkasse bis zu ihrer negativen Entscheidung auch dann die Kosten einer medizinisch nicht notwendigen Leistung übernimmt, wenn die Verordnung ihr am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag vorliegt (vorläufige Kostenzusage).</p>

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text
<p>1. Verordnungsformalitäten sehr aufwändig => zu hoher Ressourcenverbrauch v.a. wenn zuständige Vertragsärzte nicht erreichbar sind (überfüllte oder geschlossene Praxen).</p> <p>2. Überprüfung der Leistungsansprüche sowie der Leistungserbringung durch nicht speziell qualifiziertes Personal = theoretische Kenntnisse ohne praktischen Bezug => zu hoher Ressourcenverbrauch.</p> <p>3. Genehmigte Leistungsansprüche werden häufig im Nachhinein noch einmal überprüft, ohne Nennung eines konkreten Anlasses.</p> <p>4. Inhalte der Richtlinie wie beispielsweise der Anspruch der Betroffenen und deren vertrauten Personen auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse einzugehen müssen regelmäßig mit den Kostenträgern, bzw. mit MDK Mitarbeitern diskutiert werden. V.a. die psychosoziale/ seelsorgerische Begleitung. Auch auf Seiten der Leistungsträger ist qualifiziertes Personal notwendig.</p>
Siehe Antwortbogen des PalliativTeam Frankfurt (BSNR 744601663)
Die Einbindung der psychosozialen Begleitung und Versorgung verpflichtend zu machen, so dass sie auch über die Krankenkassen mit finanziert werden.
<ul style="list-style-type: none"> - Patienten ohne Tumorerkrankungen können auch palliativ sein - Vergütung für Sozialarbeiter und Psychoonkologie vorgesehen sind - postmortem Besuch zur Trauerbewältigung wird nicht abgebildet
Ost / West Gleichstellung Vergütung
<p>Abgrenzung SAPV AAPV</p> <p>Erweiterung der Leistung der SAPV in Hospizen und Heimen</p> <p>Verordnungsdauer und Besuchsanzahl an Krankheitsbild und D anpassen</p> <p>Versorgung von dementen Pat. einbeziehen</p> <p>Sicherstellung der Qualität über QM</p>
Die Kostenzusagen sollten durch die Kassen schneller genehmigt werden. Zum Teil warten wir bis zu 3 Monate aus SAPV-Kostengenehmigungen und gehen immer auf Risiko. Auch sollten verordnete Hilfsmittel schnell/sofort genehmigt werden und Lieferungen sofort kommen, da sind Ausschreibungen ungünstig, z.B. Bereich IKM, Sauerstoff.
<p>Es gibt selbst bei Genehmigung oft Kürzung bei sozialen Kriseninterventionen. Kassen wollen jeden Einsatz mit einer medizinischen Intervention belegt haben -> hier sollte deutlicher formuliert werden. Auch dem präventiven Charakter d. Telefonkontakte, die oft nachträglich gekürzt werden, sowie Koordinationskontakte => bitte klare Notwendigkeit formulieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychosoziale Aspekte müssen mehr Berücksichtigung finden - der ganzheitliche Ansatz, dass in unserer Versorgung auch das "Auffangen" der Angehörigen gehört, wird zu wenig berücksichtigt
<ul style="list-style-type: none"> - Klarstellung, dass SAPV im Team erbracht werden muss, deren feste Mitarbeiter spezialisiert in Palliative Care tätig sind - Einreichungsfrist für die Verordnung Muster 63: bisher in § 8: "...spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird." <p>bitte ändern in:</p> <p>"...spätestens an dem dritten dem Leistungsbeginn folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird."</p>
<p>Grund: Die Verordnung liegt manchmal bereits beim Patienten, obwohl er noch nicht angemeldet ist. Bis zum erstbesuch vergehen dann bereits drei Werktage, so dass eine neue Verordnung geholt werden muss.</p> <p>es ist auch sinnvoll, die Verordnung erst nach dem Erstbesuch einzureichen, da dann das SAPV-Team den tatsächlichen Betreuungsbedarf einschätzen kann.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Fahrtkosten werden nicht honoriert - Pauschalen für Besuche sind nicht kostendeckend angesetzt
§7, Ausstellung der SAPV für längstens 7 Tage durch Krankenhausärzte. Unzumutbare Bürokratie in der Sterbephase für Patient/Angehörige und das PCT.

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text
<p>§8, Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse (--> Knappschafft). Hier erfolgt die Begutachtung der Pflegestufe und im Nachhinein wird die SAPV abgelehnt. Die Leistungsvergütung für die Teilversorgung ist nicht kostendeckend, unter dem Niveau vom EBM und AAPV.</p>
<p>Wünschenswert wäre die Empfehlung als Richtlinie aufzuführen.</p>
<p>Es sollte klar sein, welche Rechtsmittel ein SAPV-Team, hat wenn die Kostenübernahme seitens der Krankenkasse abgelehnt ist. Es ist sowohl für die Patienten als auch für die Angehörigen unzumutbar in einer palliativen Situation Widerspruch gegen die Ablehnung der Krankenkasse einzulegen.</p>
<p>- Fehlender Status als Ambulanz keine Möglichkeiten, Laborentnahme, Praxisbedarf, Krankentransport etc. auszustellen, bzw. zu beauftragen</p>
<p>Die Betreuung von Patienten mit Demenz ist nur unzureichend abgebildet. Betreuung von Patienten mit noch laufender tumorspezifischer Therapie in rein palliativer Intension wird von den Leistungserbringern unterschiedlich gehandhabt, d.h. ein Teil schließt erst ein, wenn diese beendet sind. Teilweise gibt es hier auch immer wieder Rückfragen der Krankenkassen (z.B. Betreuungsdauer zu lang, etc....). Lt. Definition der Palliativmedizin der WHO und der EAPC beginnt Palliativmedizin aber nicht erst nach Abschluss der tumorspezifischen Therapie sondern viel früher nämlich eigentlich sogar mit der Diagnosestellung einer potentiell lebensbedrohlichen Erkrankung. § 8 der SAPV-Richtlinie müsste strenger formuliert werden, da dies von den Kostenträgern unterwandert wird.</p>
<p>Entwicklung SAPV Zahlen: 2014>336 Patienten, 15 Ablehnungen = 4,46%. Versorgungsdauer unter 10 Tage, 74!=22,02%. 2015>400 Patienten, 37 Ablehnungen=9,25%. Versorgungsdauer unter 10 Tage 112=28%. 2016>156 bis April, 25 Ablehnungen=16,03%, 20 von 70 erfasst=28,57%. SAPV Stufe I-IV nicht zielführend. SAPV wird fast ausschließlich in Stufe II-IV verordnet. Es werden immer schwerere und kürzere Verläufe vorgestellt. Leistungsausschlüsse zwischen häuslicher Krankenpflege und SAPV werden von Kostenträgern „produziert“. In der Versorgung ist dies schwierig. Abrechnungsausschlüsse EBM (Vollversorgung) und SAPV ist schwierig. Sollte entfallen. SAPV sollte am Entlassungs- und Aufnahmetag (Krankenhaus) auch im Krankenhaus möglich sein, da die ambulante Versorgung völlig andere Rahmenbedingungen bietet als der stationäre Sektor. Die Therapien sollten vor Entlassung auf die ambulant möglichen Maßnahmen umgestellt werden.</p>
<p>1. Die 3-Tages-Frist zur Vorlage der vollständig unterzeichneten SAPV Verordnungen (Muster 63 mit Unterschrift Patient, verordnender Arzt und SAPV-Koordination) bei den Krankenkassen ist insbesondere in ländlichen Regionen mit langen Fahrtwegen nur mit extrem hohem Aufwand zu realisieren - teilweise sind hier Einzelfahrten der Koordinatoren zum "Vordrucktransport" notwendig, die wertvolle Kapazitäten für die Patientenversorgung binden. Eine 5 tägige Frist wäre angemessener und in Anbetracht der niedrigen Ablehnungsquoten und der in den meisten Verträgen enthaltenen Wochenpauschalen insgesamt auch nicht mit Mehrkosten verbunden, da selbst bei einer Ablehnung 1 Wochenpauschale gezahlt werden würde (5 Tage wären immer noch nur 1 angefangene Woche)</p>
<p>2. Insbesondere in ländlichen Regionen mit wenigen ambulanten Ärzten insgesamt und knapper palliativärztlicher Versorgung sind die Palliativteams auf die Mitarbeit bereits im Ruhestand befindlicher Palliativärzte ohne kassenärztliche Zulassung angewiesen. Diese "Rentner" verfügen über sehr viel Erfahrung, Zeit und Empathie, welche für die SAPV notwendig ist. Aufgrund der nicht mehr vorhandenen KV-Zulassung ergeben sich allerdings immer wieder Probleme hinsichtlich der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln und in Einzelfällen notwendiger Diagnostik beim Facharzt (z.B. Radiologie). Lediglich im Bereich der Arzneimittel ist dies über die BSNR des Palliativteams und die Pseudo - LANR zufriedenstellend geregelt - diese Lösung sollte auf die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, auf Überweisungen und auf Einweisungen ausgeweitet werden, damit auch Palliativmediziner ohne KV-Zulassung in der Lage sind, ihre Patienten adäquat zu versorgen.</p>

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2016

Text

Im Rahmen eines derzeit beim OLG Düsseldorf anhängigen Verfahrens aufgrund eines Kartellrechtlichen Prüfungsverfahrens für die Vergabe eines SAPV-Vertrages durch die Krankenkassen in RLP (Bereich Südwestpfalz) an einen Anbieter wird aufgrund der Beschwerde eines weiteren, nicht zum Zuge gekommenen SAPV-Anbieters, geprüft, inwieweit die SAPV dem Wettbewerbsrecht unterliegt. Im Zuge des Verfahrens zeigte sich, dass die derzeitigen Formulierungen einzelner §§, u.a. § 69 SGB V, dem nicht widersprechen - allerdings müssten u.E. hier (wie in anderen Bereichen von Gesundheitsdienstleistungen auch) Ausnahmen für die SAPV formuliert werden. Derzeit würde dies bedeuten, dass SAPV-Leistungen ausgeschrieben werden müssen (der billigste bekommt den Zuschlag??) und nur auf 4 Jahre befristet werden (dies verunsichert Patienten - wer kommt dann morgen zu mir? - und macht die Rekrutierung von qualifizierten Mitarbeitern schwierig, da die Arbeitsverträge befristet werden müssten). Derzeit werden in RLP aufgrund dieses schwebenden Verfahrens keine neuen, weiteren SAPV-Teams zugelassen, ganze Regionen bleiben faktisch unversorgt (trotz Rechtsanspruch!) und die bestehenden Teams sind ebenfalls verunsichert. Es braucht aber für alle Beteiligten, v.a. die Patienten, Planungs- und Versorgungssicherheit!

SAPV auch bei Nichttumorpatienten, wie schwere COPD mit schwerer Symptomlast wie Angst- und Panikattacken, Dyspnoe. Dies wird vom MDK oft nicht so gesehen, eine Konkretisierung wäre wünschenswert.

Frist der Einreichung von SAPV Verordnung (§8) von 3 Werktagen zu kurz - Kassen gewähren bei späterem Eingang davor geleistete Einsätze nicht.

10.7 Freitextangaben der Mitgliedsorganisationen der DKG

Freitextangaben der Mitgliedsorganisationen der DKG / Umfrage 2016

Freitextangaben der Mitgliedsorganisationen der DKG / Umfrage 2016

Frage 1: 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:

Text
Es wäre wünschenswert, in § 3 Abs. 3 Satz 2 der Richtlinie näher zu konkretisieren, unter welchen Voraussetzungen Kinder die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllen. Dafür können die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands vom 12.6.2013 herangezogen werden.
Eine Konkretisierung zu Kindern und Jugendlichen finden sich in der Richtlinie nur in der folgenden Formulierung: „Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.“ Dabei ist nicht klar genug: <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 Anfangsmaßnahmen der Trauerbegleitung impliziert.
Bessere Definition der Notwendigkeit einer Krisenintervention Belange und Belastungen von Familien/Betreuer und deren Einbeziehung in die Betreuung des Kindes sollten berücksichtigt werden Genaue Regelung einer SAPV im Kindesalter bei langen Verläufen z.B. bei ICP SAPV durch pädiatrisch geschultes Pflegepersonal kann oft nicht gewährleistet werden, gerade bei jungen Erwachsenen ist eine adäquate Versorgung oft schwierig

Frage 2: Gibt es darüber hinaus Erkenntnisse, die aus Ihrer Sicht Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?

Wenn ja, welche:

Text
In § 5 Abs. 3 der Richtlinie wäre eine Klarstellung hilfreich, dass nicht alle dort gelisteten Leistungen in jedem Einzelfall erbracht werden müssen, um die Mindestvoraussetzungen zur Abrechnung von SAPV-Leistungen zu erfüllen. Es sollte klargestellt werden, dass die dort aufgelisteten Leistungen jeweils nach Bedarf erbracht werden.

10.8 Freitextangaben der Kassenärztlichen Vereinigungen

Freitextangaben der KVen / Umfrage 2016

Freitextangaben der KVen / Umfrage 2016

Frage 1: Sind aus Ihrer Sicht die Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend konkretisiert?

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

Text
§ 1 Abs. 4 d. Richtlinie sollten um den Begriff „Jugendliche“ ergänzt werden.
Es gibt zurzeit nur Oasenlösungen für die Betreuung von Kindern. Häufig werden sie stat. Hospizen überstellt. Kinderärzte ziehen sich diesbezüglich völlig zurück, SAPV – Teams sind für diese Aufgabe noch nicht ausreichend aufgestellt. Insbesondere ist der Verlauf bei Kindern zeitlich länger, der Betreuungsbedarf gegenüber Eltern deutlich höher. Auch in der Definition der Kinder-Palliativversorgung existieren zurzeit zu wenig eindeutige Aussagen.
In der Betreuung von Kindern und Jugendlichen ist neben der medizinischen Versorgung insbesondere der altersgerechte psychosoziale und spirituelle Umgang mit den Themen Krankheit und Tod unerlässlich. Diesem Aspekt sollte im Umgang mit jungen Palliativpatienten mehr Bedeutung eingeräumt werden als bei der Versorgung von erwachsenen Palliativpatienten. Neben dem in der SAPV-RL bereits ermöglichten längerem Zeitraum zur Behandlung in der SAPV erfordert dies eine dezidierte altersgruppenspezifische Qualifikationen in den Bereichen Seelsorge, Psychotherapie und spirituelle Betreuung. Zudem sind altersgruppenspezifische medizinische und hospizliche Kenntnisse notwendig. In der SAPPV ist außerdem nicht nur der zeitliche Aufwand für Gespräche mit Angehörigen sondern auch die emotionale Belastung des ärztlichen und pflegerischen Personals größer. Das zeigt die hohe Bedeutung von passenden Rahmenbedingungen und einer umfassenden Ausbildung des Personals um nicht nur den kleinen Patienten sondern auch die Angehörigen in der schwierigen Situation adäquat zu betreuen können. Der Sicherstellungsauftrag für die SAPV liegt bei den Krankenkassen. Diese schließen ohne Beteiligung der KV direkt Verträge mit den SAPV-Teams. Die KV hat deshalb keine umfassenden Informationen über das Angebot an SAPV in [REDACTED] und das in der SAPV erbrachte Leistungsgeschehen. Nach unserem Wissen gibt es derzeit vier SAPV-Teams in [REDACTED], die speziell die SAPV-Betreuung von Kindern und Jugendlichen übernehmen. Die bestehenden Strukturen haben sich in [REDACTED] gefestigt und werden von den Teams sehr gut genutzt. Um das Angebot auszubauen, bedarf es jedoch einer stärkeren Förderung bzw. Anschubfinanzierung.
Begründung: 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 <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
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.
gute Zusammenarbeit seit 2006 besteht Kinderhospizdienst, und seit 2010 eine SAPV für Kinder.

1

Freitextangaben der KVen / Umfrage 2016

Text
Bei zu hoher Inanspruchnahme Weiterleitung an SAPV (Erwachsene)
<ul style="list-style-type: none">- strukturelle Unterschiede der Versorgung von Kindern sind nicht ausreichend berücksichtigt- keine speziellen Verträge für Kinder- kein qualifiziertes Personal spez. F. Kinder

Frage 2: Gibt es darüber hinaus Erkenntnisse, die aus Ihrer Sicht Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?

Wenn ja, welche:

Text
<p>§ 7 Absatz 2: Der vereinbarte Vordruck (Muster 63) ist immer wieder Quelle von Missverständnissen und Ärgernissen. Er bürokratisiert einen Vorgang, ohne wirklich Auskunft darüber geben zu können über das, was in der realen Versorgungsnotwendigkeit geschieht. Er ist eine Momentaufnahme, die in der nächsten Woche schon wieder ganz anders aussehen kann. Außerdem sind die Gewichte falsch verteilt. Weshalb stehen nur zwei Zeilen für das, was wirklich wichtig ist, nämlich das komplexe Symptomgeschehen, zur Verfügung, aber fünf Zeilen für die aktuelle Medikation? Das führt mitunter dazu, dass wenige Medikamente eher zur Ablehnung führen und viele Medikamente ein Selbstläufer zu sein scheinen. Es widerspricht auch völlig dem unter Punkt 6 Beschriebenen. Die Beratungsinhalte und die notwendigen Maßnahmen können sich außerdem schnell ändern - was ist dann? Muss man einen neuen Antrag stellen? Wohl kaum. Die recht unterschiedliche Bewertung von Muster 63 und das unterschiedliche Bewilligungsverhalten durch Krankenkassen und MDKs in den verschiedenen Bundesländern (was allein schon durch die unterschiedlich langen SAPV-Versorgungsdauern deutlich wird) lässt es außerdem höchst fraglich erscheinen, ob Muster 63 wirklich zweckmäßig ist und für eine gerechte und in allen Bundesländern gleiche Behandlung derjenigen Patienten führt, die SAPV wirklich dringend brauchen. Auch dass die Dauer der Verordnung in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich gehandhabt wird ist ungerecht und ein Ärgernis. Der bürokratische Aufwand (Stichwort: Folgeverordnungen) ließe sich schlagartig verringern, wenn SAPV grundsätzlich - z.B. für mindestens drei Monate - bewilligt werden würde. Schließlich: Sowohl die Patientenunterschrift (häufig in sterbenahen Situationen!) auf Muster 63 als auch der zeitliche Druck, der in § 8 benannt wird, dienen nicht dem Patienten, sondern belasten oft alle Beteiligten.</p>
<p>Über 90% der palliativ zu versorgenden Patienten gehören in die Rubrik der allgemein zu versorgenden Menschen. Dabei kommt es nicht darauf an, eine ambulante Intensivstation unter häuslichen Bedingungen einzurichten, sondern in erster Linie sich darauf zu konzentrieren, die Familie und die Patienten so zu betreuen, dass sie sich begleitet fühlen. Aktuell – mit besonderer Erfahrung aus [REDACTED] – werden sterbende Patienten einerseits palliativ von spezialisierten Teams behandelt, andererseits soll der Hausarzt/ Hausärztin den gleichen Patienten weiter in der Basisversorgung betreuen. Das führt zu einer Polymedikation, in der jede Seite so tut, als gäbe es die andere Seite nicht. Gerade in der Palliativversorgung kommt es jedoch darauf an, ein einheitliches, auf den Patienten individuell ausgerichtetes Behandlungskonzept zu entwickeln, das sich eindeutig auf die notwendige Symptomkontrolle bezieht. Die ungleiche und getrennte Honorierung führt außerdem dazu, dass Patienten von der SAPV versorgt werden, die noch nicht in einen so schweren Verlauf eingetreten sind, dass sie einer besonderen spezialisierten Versorgung bedürfen. In den wenigsten Fällen kommt es in der täglichen Praxis zu einem echten Miteinander in der Versorgung. Unter diesem Aspekt muss die allgemeine, nicht spezialisierte palliative Versorgung unter</p>

Freitextangaben der KVen / Umfrage 2016

Text
Berücksichtigung einer dem Zeitaufwand entsprechenden Honorierung der Basisversorgung zurückgeführt werden.
(1) Administrativer Aufwand: <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▪ Einzelauflistung von Telefonaten▪ Abrechnung über verschiedene Systeme
(2) Gestufte Leistungserbringung: <ul style="list-style-type: none">▪ die 4 Formen:<ol style="list-style-type: none">1. Beratung,2. Koordination,3. Teil – und4. Vollversorgunghaben sich nicht bewährtGrund: täglich wechselnder Versorgungsbedarf▪ Sinnvolle Änderung - Auflösung in 2 Formen:<ol style="list-style-type: none">1. beratende Mitbetreuung ohne 24-Std.-Bereitschaft2. ergänzende Versorgung mit 24 Std. Bereitschaft
(3) Probleme bzgl. flächendeckender Versorgung: <ul style="list-style-type: none">▪ fehlendes Fachpersonal: Einführung einer Übergangsregelung sinnvoll▪ große finanzielle Vorleistung: Die Einrichtung der SAPV-Teams muss von den Teams finanziert werden. Hier wäre 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 auch Pflege!)▪ 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
- Die Rabattverträge der Krankenkasse erschweren die schnelle Versorgung der Patienten mit SAPV in zunehmenden Maße - Auch die Verwendung von Off Label - Medikamenten sollte für mit SAPV zu betreuende Patienten erleichtert werden.
Um die Nachhaltigkeit der SAPV in den Versorgungsregionen zu gewährleisten, wird folgende Ergänzung als notwendig erachtet: 1) „Ist eine bedarfsgerechte SAPV-Versorgung durch ein multiprofessionelles Team in der Versorgungsregion bereits vorhanden, besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss durch ein anderes multiprofessionelles Team in dieser Region.“ Erläuterung: Das multiprofessionelle Team hat erheblich in Personal, Ausstattung, Organisation und Kooperation investiert, um die SAPV vor Ort auf Dauer sicherzustellen. Erst durch diese gewachsene Struktur der palliativen Versorgung ist es möglich, dass die erforderlichen palliativen Maßnahmen bedarfsgerecht und aufeinander abgestimmt in weitgehender personeller Kontinuität erbracht werden können. 2) Gleichfalls halten wir es für sinnvoll die besonderen Belange von Demenz-patienten in der Richtlinie stärker zu berücksichtigen, da diese einen anders gearteten Betreuungsaufwand erfordern.
Klarstellungen erforderlich:

Freitextangaben der KVen / Umfrage 2016

Text
<ul style="list-style-type: none">- dass der SAPV- Patient/Angehörige von den zuständigen SAPV-Leistungserbringern, den Palliativzentren (im Weiteren PZ) darüber zu informieren sind, dass der vertraute i.d.R. langjährige Hausarzt (im Weiteren HA) in der SAPV nicht ausgegrenzt oder gar ausgeschlossen ist.- dass SAPV-Verträge kraft regelhafter Vereinbarung einer Vollversorgung mit entsprechender Versorgungspauschale die Möglichkeit einer additiv unterstützenden Teilversorgung durch den HA / Facharzt (im Weiteren FA) nicht ausschließen dürfen. <p>Klarstellung bezogen auf eine:</p> <ul style="list-style-type: none">- verpflichtende, individuelle Information der SAPV-Patienten/Angehörigen durch PZs über Versorgungsmöglichkeiten der SAPV (Beratung des Vertragsarztes etc. bis hin zur additiv unterstützenden Teilversorgung). Diese Information muss zwingend unabhängig von bestehenden wirtschaftlichen Zwängen (Tagespauschalensätze) erfolgen.- verpflichtende Information, wenn eine SAPV-Verordnung über den stationären Bereich erfolgt ist gegenüber dem i.d.R. behandelnden HA. Diese Information zielt auch auf eine sektorübergreifende Abstimmung unter Kollegen über die Fortsetzung der Verordnung des Musters 63 (nach Ablauf der 7-Tages-Wirksamkeit) und damit auf ein sachgerechtes SAPV-Überleitungsmangement.- regelmäßige Evaluation der bestehenden SAPV-Verträge, um Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Abgleich mit dem gesetzlichen Gewährleistungsauftrag der Krankenkassen bewerten zu können (z.B. auch Versorgungsradius, Anzahl der Patientenkontakte, Verweildauer in der SAPV, Versorgungszufriedenheit durch Angehörige etc.). Rein zahlenmäßige Erhebungen von geschlossenen SAPV-Verträgen sind insofern wenig aussagekräftig <p>Klarstellung:</p> <ul style="list-style-type: none">- dass SAPV-Vergütungspauschalen angemessen sein sollen und zudem nur zulässige, ethisch gebotene Vergütungsinhalte enthalten dürfen (z.B. keine Obergrenzen, keine Vergütungsabstaffelung bei längerem Sterbeweg etc.).- dass landeseinheitliche, kassenartenübergreifende SAPV-Verträge dem gesetzlichen Versorgungsauftrag am sachgerechtesten entsprechen.
großzügigere Genehmigung bzw. Installation einer AAPV
Nach wie vor ist es nachteilig, dass die Verträge zur Leistungserbringung nur zwischen SAPV Team und Krankenkassenverbänden geschlossen werden. Detail-Vereinbarungen zum Inhalt und Umfang des jeweiligen Leistungserbringers sind der KV ■■■■■ nicht bekannt. In ■■■■■ wird die additive Vollversorgung nicht angeboten.
- Anpassung regionaler Unterschiede bei den Verträgen
Anpassung an die neue Gesetzeslage ab 01.01.2016.