



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**Bericht
an das Bundesministerium für Gesundheit
über die
Umsetzung der SAPV-Richtlinie
für das Jahr 2011**

Inhaltsverzeichnis

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

6.6.1	Antworten der Krankenkassen	32
6.6.2	Antworten der Leistungserbringer.....	33
6.6.3	Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen	34
6.6.4	Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG	34
6.7	Änderungsvorschläge zur SAPV-RL und Problemschilderungen im Umgang mit SAPV	36
6.7.1	Antworten der Krankenkassen	36
6.7.2	Antworten der Leistungserbringer.....	36
6.7.3	Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen	37
6.7.4	Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG	38
7.	Berichte des GKV-SV zum Vertragsgeschehen	39
8.	Fazit und Ausblick.....	40
9.	Anhang.....	42
9.1	Fragebögen	42
9.1.1	Fragebogen an die Krankenkassen.....	42
9.1.2	Fragebogen an die Leistungserbringer	42
9.1.3	Fragebogen an die Mitgliedsorganisationen der DKG	42
9.1.4	Fragebogen an die Kassenärztlichen Vereinigungen.....	42
9.2	Übersicht aller Freitextangaben	42

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

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

1. Zusammenfassung

Der nachfolgende Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) dient dazu, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über die Leistungsentwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Jahre 2011 Bericht zu erstatten. Dazu wurden amtliche Statistiken genutzt bzw. die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Mitgliedsorganisationen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie erstmalig auch die Leistungserbringer der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung befragt. Es wurden von diesen Befragten Hinweise und Einschätzungen erbeten, ob die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie des G-BA zur Verordnung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) ausreichend berücksichtigt sind und ob es möglicherweise Änderungs- oder Klarstellungsbedarfe in dieser Richtlinie gibt. Darüber hinaus war von Interesse, ob Erkenntnisse zu Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche bei den Befragten vorliegen, die sich quantifizieren lassen.

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

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle der Krankenkassen wird seit dem 1. Januar 2010 über die amtliche Statistik (KG 3) erfasst und für die Berichterstellung 2011 genutzt. Die amtliche Statistik weist für 2011 insgesamt 46.764 Abrechnungsfälle aus (2010 wurden 29.073 Abrechnungsfälle ausgewiesen). Bei allen Krankenkassen wurden weiterhin die vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2011 bewilligten Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhoben, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen wird.

Der im Anhang 9.1.1 abgebildete Fragebogen wurde an insgesamt 146 Krankenkassen versandt. Es wurden 74 ausgefüllte Fragebögen an die Geschäftsstelle des G-BA weitergeleitet, was einem Rücklauf von rund 50 % entspricht. Die 74 Krankenkassen repräsentieren nach eigenen Angaben 58.824.936 Versicherte und damit rund 84,5 % der insgesamt ca. 69,6 Millionen (69.609.742) gesetzlich Versicherten (inkl. beitragsfrei Mitversicherter) in Deutschland zum 1. Juli 2011 (gbe-bund.de).

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres wurde von den rückmeldenden Krankenkassen auf 267 beziffert, davon

wurden 22 Leistungsfälle über Kostenerstattung geregelt (in der Befragung des Vorjahres lag die Anzahl der angegebenen Leistungsfälle bei 186, von denen 15 über Kostenerstattung geregelt wurden).

Von den 212 angeschriebenen Leistungserbringern konnten insgesamt 127 des im Anhang 9.1.2 abgebildeten Fragebogens in die Auswertung eingehen, was einem Rücklauf von rund 60 % entspricht.

Gemäß der Frequenzstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) betrug die Anzahl der Erstverordnungen vom 1. Quartal bis einschließlich 4. Quartal 2011 insgesamt 25.937 Verordnungen; die Anzahl der Folgeverordnungen belief sich auf 17.784 Verordnungen. In den 4 Quartalen 2010, wurden 19.520 Erstverordnungen und 12.114 Folgeverordnungen gezählt.

Für das Jahr 2011 betragen die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV 84,9 Millionen Euro (vom BMG veröffentlichte endgültige Rechnungsergebnisse [KJ 1-Statistik]). Im Jahr 2010 betragen die Ausgaben für ärztliche und pflegerische Leistungen in der SAPV 47,82 Millionen Euro (KJ 1-Statistik).

Zusammenfassend zeigen sowohl die Erhebungen und Feststellungen des G-BA mit der Zunahme der Leistungsfälle, der Verordnungszahlen und der Ausgaben für SAPV als auch die Erhebungen, die der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) zur vertraglichen Umsetzung der SAPV vorgelegt hat, dass sich die Struktur- und Leistungszahlen der SAPV in 2011 kontinuierlich weiter entwickelt haben.

Die Angaben der Befragten zu möglichem Änderungs- oder Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL bezogen sich mehrfach auf die Aspekte der Leistungsinhalte bei Teil- und Vollversorgung und der Abgrenzung der SAPV gegenüber der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung.

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

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

Mit den Hinweisen und Anregungen wird sich der G-BA, wie in den Vorjahren, im Nachgang zur Berichterstellung auseinandersetzen. Dies gilt in besonderem Maße für die Auswertung und Prüfung der Hinweise in Bezug auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

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 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 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 für 2011 wurde entsprechend der verfügbaren Daten gegenüber dem Bericht 2010 vervollständigt.

Bereits in den Vorjahren hat sich gezeigt, dass die Organisation und Analyse der Befragung mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist. Davon ausgehend, dass die zusätzliche Befragung der Leistungserbringer im Berichtsjahr 2011 diesen Aufwand weiter erhöht, hat der G-BA mit Schreiben vom 27. September 2011 an das BMG angeregt, den Zeitpunkt der Berichtsabgabe für den Zeitraum 2011 in das 2. Halbjahr des Folgejahres zu verlegen.

Dem BMG wurde außerdem dargelegt, dass weitere Vorteile der zeitlichen Verschiebung des Abgabetermins darin bestehen, dass relevante amtliche Statistiken, die grundsätzlich erst im 2. Halbjahr des Folgejahres Auskunft über 4 Quartale eines Kalenderjahres geben, so vollständig berücksichtigt und auf die Verwendung vorläufiger Rechnungsergebnisse verzichtet werden könnte (z. B.: KV 45).

Das BMG hat mit Schreiben vom 24. Oktober 2011 die Einbeziehung der Leistungserbringer in die Erhebung ausdrücklich begrüßt und sich mit einer weiteren Verschiebung des Abgabetermins in das 2. Halbjahr des Folgejahres einverstanden erklärt.

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 2011. Er enthält nun bezüglich aller Auswertungen (auch der Frequenzstatistik der KBV) Angaben von 4 Quartalen des Kalenderjahres.

3. Hinweise zu Art und Umfang der Erhebung

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

Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Berichterstellung 2009 sowie die veränderte Aufgabenstellung seit dem Berichtsjahr 2010 wurden bei der Erstellung des Berichtes 2011 berücksichtigt. Befragt wurden, wie in den vorangegangenen Jahren, die Krankenkassen (über den GKV-SV), die KVen (über die KBV) und die Mitgliedsorganisationen der DKG (über die DKG). Zusätzlich wurden erstmals die Leistungserbringer (über den GKV-SV) in die Befragung einbezogen.

Der Bericht umfasst folgende Aspekte:

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

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

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

Da die SAPV durch qualifizierte Leistungserbringer sichergestellt werden soll, hat die Geschäftsstelle des G-BA die Bundesärztekammer (BÄK) um Mitteilung der Anzahl der bundesweit tätigen Ärztinnen und Ärzte gebeten, die zum Stichtag 31. Dezember 2010 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 erforderlich war. Bei allen Krankenkassen wurden weiterhin die vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2011 bewilligten Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, erhoben, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen wird.

Die Leistungserbringer wurden darüber hinaus befragt, wie häufig und mit welcher Begründung Leistungsanträge von Krankenkassen abgelehnt wurden.

Für den Bericht 2011 wurde erneut den Fragen nachgegangen, ob die SAPV-RL den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ausreichend Rechnung trägt, ob Hinweise auf mögliche Änderungs- oder Klarstellungsbedarfe in der SAPV-RL bestehen und ob sich durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen, Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben haben.

Sowohl die Krankenkassen als auch die Leistungserbringer, die KVen und die Mitgliedsorganisationen der DKG, wurden zu diesen drei Aspekten um ihre Einschätzung

gebeten. Diesen Fragen wurden Hinweise vorangestellt, die darauf abzielten, den Regelungsgehalt der SAPV-RL von dem der Verträge nach § 132d SGB V abzugrenzen und möglichst konkrete Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge zu erhalten.

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

Die eingegangenen Rückmeldungen wurden unter Zusicherung einer vertraulichen Behandlung, der in den Fragebögen enthaltenen Daten, unverändert an die Geschäftsstelle des G-BA zur Erfassung und Auswertung weitergeleitet. Die beantworteten Fragebögen wurden - wie bei den Befragungen für die Jahre 2009 und 2010 - 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 im Anhang 9.1.1 abgebildete Fragebogen wurde an insgesamt 146 Krankenkassen versandt. Bis zum 30. Mai 2012 wurden 74 ausgefüllte Fragebögen an die Geschäftsstelle des G-BA weitergeleitet, was einem Rücklauf von rund 50 % entspricht. Die 74 Krankenkassen repräsentieren nach eigenen Angaben 58.824.936 Versicherte und damit rund 84,5 % der insgesamt ca. 69,6 Millionen (69.609.742) gesetzlich Versicherten (inkl. beitragsfrei Mitversicherter) in Deutschland zum 1. Juli 2011 (www.gbe-bund.de).

Die Anzahl der Versicherten bei denjenigen Krankenkassen, die geantwortet haben, lag zwischen 1.812 und 8.608.818 mit einem Mittelwert von 794.932 Versicherten (Median 104.888). 13 Krankenkassen hatten mehr als 1 Million Versicherte, 36 Krankenkassen hatten unter 100.000 Versicherte.

Von den 212 angeschriebenen Leistungserbringern konnten insgesamt 127 Fragebögen in die Auswertung eingehen, was einem Rücklauf von rund 60 % entspricht. Der Fragebogen ist im Anhang 9.1.2 abgebildet.

Der im Anhang 9.1.4 abgebildete Fragebogen wurde an alle 17 KVen versandt. Bis zum 30. Mai 2012 haben alle KVen (100 % Rücklaufquote) die Umfrage beantwortet.

Die Umfrage haben 13 der 16 Landesverbände von Krankenhausträgern (Landeskrankenhausgesellschaften; 75 % Rücklaufquote) beantwortet. Dabei wurde von zwei Landeskrankenhausgesellschaften nicht als Verband geantwortet, sondern es wurde jeweils eine Übersicht der Antworten der einzelnen Mitgliedskrankenhäuser eingereicht, die teilweise von einander abweichend geantwortet haben. Von zwei Landeskrankenhausgesellschaften wurde geantwortet, dass nicht genügend Erkenntnisse vorliegen, um den Fragebogen beantworten zu können, in einem Fall verbunden mit der Anmerkung, die SAPV liefere nur schleppend an.

Aufgrund der eingegangenen abweichenden Antworten der Mitgliedskrankenhäuser erfolgt die Auswertung der Rückmeldungen der DKG auf Ebene der 24 eingegangenen Fragebögen und nicht auf Ebene der 13 Landeskrankenhausgesellschaften. Der Fragebogen ist im Anhang 9.1.3 abgebildet.

5. Methodische Hinweise zur Auswertung der Befragung

Mit diesem Bericht liegen die Ergebnisse aus den Jahren 2009 bis 2011 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.

Zusätzlich wird die Vergleichbarkeit der aktuellen Ergebnisse mit den Ergebnissen der Befragungen aus 2009 und 2010 dadurch erschwert, dass die Fragebögen zwischenzeitlich angepasst und verändert wurden, so dass nicht für alle Fragen des aktuellen Fragebogens Antworten aus allen drei Befragungen vorliegen.

6. Ergebnisse

6.1 Ausgaben der Krankenkassen für SAPV

Für das Jahr 2011 betragen die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV 84,9 Millionen Euro. Im Vergleich dazu betragen die Ausgaben im Jahr 2010 für ärztliche und pflegerische Leistungen in der SAPV 47,82 Millionen Euro und im Jahr 2009 17,3 Millionen Euro. Die Ausgaben für Arzneimittel im Rahmen der SAPV beliefen sich im Jahr 2011 auf 15,14 Millionen Euro (5,6 Mio. Euro 2010), die für Heilmittel im Rahmen der SAPV auf 0,61 Millionen Euro (0,42 Mio. Euro 2010) und die für Hilfsmittel im Rahmen der SAPV auf 3,27 Millionen Euro (2,27 Mio. Euro 2010). Alle Angaben wurden dem jeweiligen 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.

6.2 Analyse zur Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten

Die Befragung der BÄK zur Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Stunden Weiterbildung) ergab zum Stichtag 31. Dezember 2011 (vgl. Tabelle 1 auf der folgenden Seite), dass insgesamt 6.415 berufstätige Ärztinnen und Ärzte die Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ erworben haben. Davon waren 2.995 Ärztinnen und Ärzte niedergelassen und 2.762 im Krankenhaus tätig. Die Datenbasis des Berichtes für das Jahr 2009 hat möglicherweise Abweichungen im Vergleich zu 2010 und 2011, gleichwohl kann ein merklicher Anstieg der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ festgestellt werden (siehe Abbildung 1).



Abbildung 1: Entwicklung der ÄrztInnen mit Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ 2009 – 2011, (Quelle: BÄK).

Tabelle 1: Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin nach Landesärztekammern und Tätigkeitsarten (Quelle: BÄK)

Ärztinnen/Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin nach Landesärztekammern und Tätigkeitsarten										
Stand: 31.12.2011										
Landesärztekammer	gesamt		darunter:	berufstätig		davon:				
	Anzahl	Anteil am Bundesgebiet in Prozent	ohne ärztliche Tätigkeit Anzahl	Anzahl	Anteil am Bundesgebiet in Prozent	ambulant Anzahl	darunter: niedergelassen Anzahl	stationär Anzahl	In Behörden Körpersch. u.a. Anzahl	in sonstigen Bereichen Anzahl
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Baden-Württemberg	1 249	19,5	57	1 192	19,2	710	671	452	8	22
Bayern	414	6,5	20	394	6,3	142	212	239	0	13
Berlin	194	3,0	16	178	2,9	88	57	79	2	9
Brandenburg	172	2,7	1	171	2,8	102	98	67	0	2
Bremen	40	0,6	1	39	0,6	16	14	23	0	0
Hamburg	153	2,4	6	147	2,4	82	65	63	0	2
Hessen	681	10,6	17	664	10,7	363	338	254	4	43
Mecklenburg-Vorpommern	128	2,0	0	128	2,1	52	52	71	0	5
Niedersachsen	703	11,0	15	688	11,1	424	393	245	6	13
Nordrhein	665	10,4	21	644	10,4	323	298	312	1	8
Rheinland-Pfalz	357	5,6	7	350	5,6	171	162	159	11	9
Saarland	68	1,1	3	65	1,0	34	30	28	1	2
Sachsen	326	5,1	6	320	5,2	145	132	172	0	3
Sachsen-Anhalt	145	2,3	3	142	2,3	65	62	77	0	0
Schleswig-Holstein	271	4,2	8	263	4,2	161	147	95	2	5
Thüringen	106	1,7	4	102	1,6	42	38	60	0	0
Westfalen-Lippe	743	11,6	21	722	11,6	335	317	366	3	18
Bundesgebiet insgesamt	6 415	100,0	206	6 209	100,0	3 255	2 995	2 762	38	154

6.3 Verordnungen

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

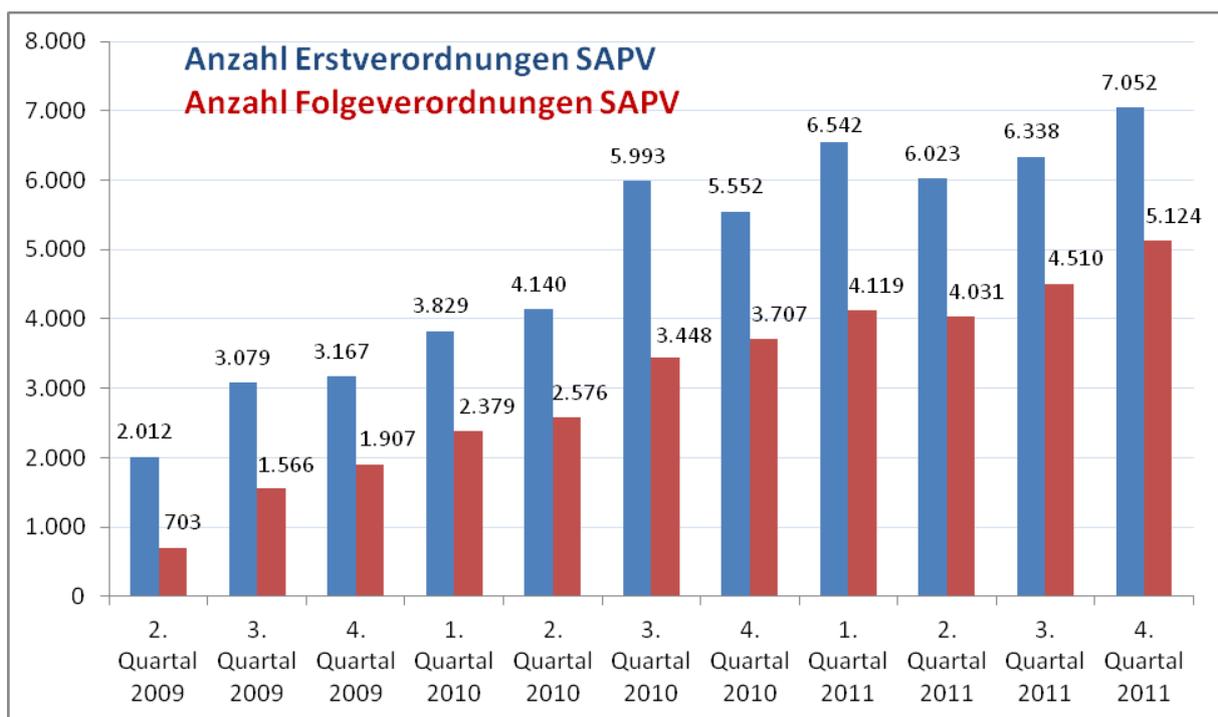


Abbildung 2: Anzahl der Erst- und Folgeverordnungen SAPV 2. Quartal 2009 – 4. Quartal 2011 (Quelle: KBV)

Tabelle 2: Frequenzstatistik SAPV Erst- und Folgeverordnungen vom 2. Quartal 2009 bis zum 4. Quartal 2011

Frequenzstatistik SAPV Erst- und Folgeverordnungen vom 2. Quartal 2009 bis zum 4. Quartal 2011																						
	2009/2		2009/3		2009/4		2010/1		2010/2		2010/3		2010/4		2011/1		2011/2		2011/3		2011/4	
	EV*	FV**	EV	FV																		
Baden-Württemberg	475	196	757	354	717	488	683	477	638	465	704	491	727	517	785	548	730	609	748	652	776	750
Bayern	254	53	312	134	274	212	288	173	325	172	518	355	393	354	608	495	664	487	658	622	842	714
Berlin	60	41	104	50	103	71	217	245	167	103	1420	448	995	517	1.002	389	982	443	1.161	500	1.159	533
Brandenburg	49	18	111	61	121	77	151	127	157	124	220	166	209	207	236	242	189	204	209	260	219	256
Bremen	17	2	24	6	25	13	26	10	28	13	38	11	29	14	32	21	26	16	30	19	27	15
Hamburg	26	5	91	28	115	43	92	48	87	57	126	74	111	70	224	92	250	107	239	151	298	150
Hessen	256	86	417	329	434	334	637	435	739	521	821	552	968	657	1.076	763	806	626	965	702	1.034	823
Mecklenburg-Vorpommern	37	2	51	27	50	56	53	50	72	64	101	74	109	88	106	86	95	67	116	71	108	82
Niedersachsen	282	92	497	232	446	196	500	183	548	239	616	298	634	272	762	356	841	380	775	452	965	536
Nordrhein	85	40	154	105	141	120	188	125	172	143	232	189	222	209	256	197	241	188	279	207	359	233
Rheinland-Pfalz	22	3	78	13	73	20	76	23	131	52	121	38	124	56	185	72	131	111	133	125	160	117
Saarland	7	1	12	2	19	2	103	54	94	61	73	53	75	57	97	47	49	38	71	38	76	42
Sachsen					233	46	233	99	248	165	296	209	243	250	311	241	280	223	271	229	277	276
Sachsen-Anhalt	40	2	30	9	62	12	72	17	67	29	82	27	91	35	133	36	101	64	139	57	147	62
Schleswig-Holstein	65	21	120	40	119	58	193	117	190	159	189	169	196	185	234	206	268	223	261	246	287	324
Thüringen							43	33	62	41	93	54	120	122	118	86	155	103	174	108	172	109
Westfalen-Lippe	337	141	321	176	235	159	274	163	415	168	343	240	312	175	359	242	215	142	109	71	146	102
Verordnungen gesamt	2.012	703	3.079	1.566	3.167	1.907	3.829	2.379	4.140	2.576	5.993	3.448	5.552	3.707	6.524	4.119	6.023	4.031	6.338	4.510	7.052	5.124

Legende:
* Erstverordnung = EV ** Folgeverordnung = FV

6.4 Angaben der Leistungserbringer zu abgelehnten Leistungsanträgen

Die Antworten auf Frage 3 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

ergaben, dass im genannten Zeitraum insgesamt 721 verordnete SAPV-Leistungsanträge durch Krankenkassen abgelehnt wurden. Dabei gilt zu beachten, dass es sich in 3 Fragebögen um „circa“-Angaben handelt und in 2 Fragebögen der Hinweis erfolgte, dass von diesen Fällen einige nach Widerspruch doch genehmigt wurden. Inwieweit unter den übrigen Zahlen Fallzahlen sind, die nach Widerspruch doch genehmigt wurden, bleibt unklar. Weiterhin deuten Angaben von Leistungserbringern wie z. B.: „davon ein PKV-Patient“ darauf hin, dass sich nicht ausschließen lässt, dass sich unter den Angaben zu den abgelehnten Leistungsfällen auch Ablehnungen durch Private Krankenversicherungen befinden könnten. Aus den ermittelten Hinweisen ergibt sich eine korrigierte Zahl von insgesamt 699 (Mittelwert 8, Median 3,5; Maximum 74) abgelehnten Leistungsfällen. Insgesamt 84 der 127 Leistungserbringer haben hier mindestens eine abgelehnte Verordnung angegeben.

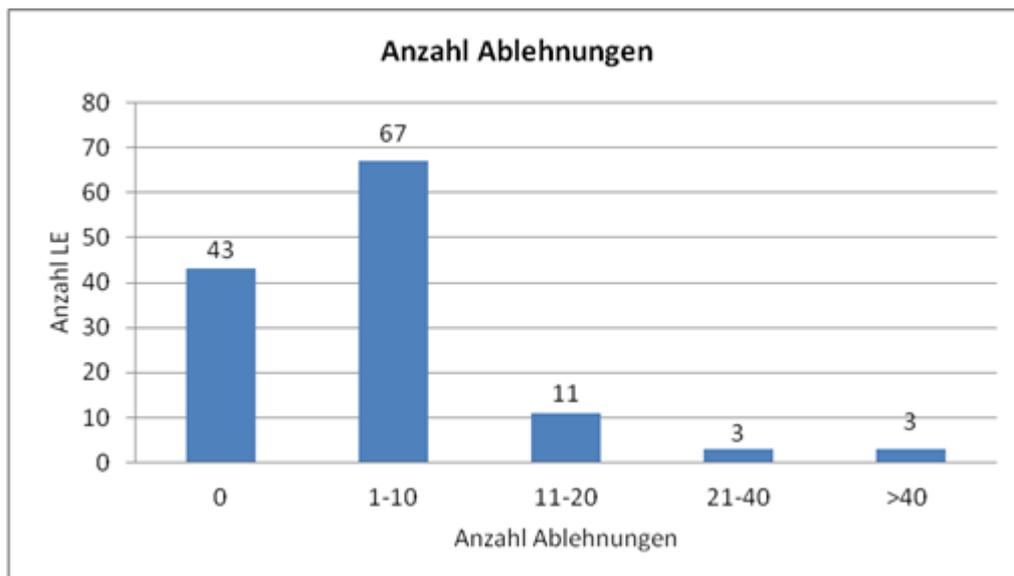


Abbildung 3: Anzahl der Ablehnungen bei allen Leistungserbringern, die den Fragebogen beantwortet haben (Quelle: Leistungserbringerbefragung)

Anmerkung: Die hier gemachten Angaben sind nicht als Teilmenge der unter Frage 1 „Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit vom 01.01.2011 bis zum 31.12.2011 von Ihnen (als

SAPV-Leistungserbringer) erbracht?“ genannten Anzahl der Leistungsfälle für das Berichtsjahr zu verstehen (keine „davon“ Angabe). Vielmehr wurde an dieser Stelle unabhängig von der Anzahl der erbrachten Leistungsfälle erfragt, wie viele Ablehnungen der Leistungserbringer im Berichtsjahr zu verzeichnen hatte. Die vereinzelt Hinweise von Leistungserbringern, dass hier auch nach Widerspruch genehmigte sowie Ablehnungen, die PKV-Fälle betrafen, aufgeführt wurden, lassen darauf schließen, dass die hier ermittelten Zahlen höher ausfallen, als die Zahl der tatsächlich endgültig abgelehnten GKV-Fälle.

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

Bei der Frage 5 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Welches waren die Gründe, die am häufigsten zu einer Ablehnung geführt haben?“

konnten die Leistungserbringer im Freitext antworten. Hiervon haben 88 Leistungserbringer Gebrauch gemacht. Als Gründe für die Ablehnung von Verordnungen wurden mehrfach formale Gründe (beispielsweise unzureichend ausgefüllte Verordnungen) und organisatorische Gründe (beispielsweise Sitz der Krankenkasse in einem anderen Bundesland) genannt. In einigen Fällen führte auch die Einschätzung, dass die Kriterien zur Verordnung einer SAPV nicht erfüllt seien (basierend auf der gestellten Diagnose bzw. der zu erwartenden Lebenserwartung) zu einer Ablehnung der Verordnung. Mehrfach wurde als Begründung auch genannt, dass die Indikation für eine SAPV – von Seiten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) – nicht gesehen worden sei.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.5 Leistungsfälle

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle der Krankenkassen wird seit dem 1. Januar 2010 über die amtliche Statistik (KG 3) erhoben und für die Berichterstellung 2011 genutzt. Darüber hinaus wurden erstmals auch die Leistungserbringer zur Zahl der Leistungsfälle, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2011 erbracht haben, befragt.

Die Angaben der Leistungsfälle in den Berichten des G-BA über die Jahre 2009 bis 2010 wurden bei den Krankenkassen erhoben. Da sich nicht alle Krankenkassen an der Befragung beteiligt haben, war die Erfassung der Leistungsfälle unvollständig. Bei den Leistungszahlen der KG 3 Statistik handelt es sich dagegen um eine Vollerhebung aller Leistungsfälle in Deutschland. Bei der Beurteilung der Entwicklung der Leistungsfälle ist weiterhin zu beachten, dass die Leistungsfälle in der amtlichen Statistik entsprechend ihrer quartalsweisen Abrechnung gezählt werden. Ein Leistungsfall, der innerhalb eines Quartalswechsels verläuft, wird somit in beiden Quartalen gezählt. Ein direkter Vergleich der Zahl der Leistungsfälle zwischen den Berichten des G-BA und den Ergebnissen über die Jahre 2009 bis 2010 der amtlichen KG 3 Statistik 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 2011 bis zum 31. Dezember 2011 bewilligten Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, befragt, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen werden sollte.

6.5.1 Leistungsfälle insgesamt

Die amtliche Statistik KG 3 weist für 2011 insgesamt 46.764 Abrechnungsfälle aus (2010 wurden in der amtlichen Statistik 29.073 Abrechnungsfälle ausgewiesen).

6.5.2 Angaben der Leistungserbringer zu den von diesen erbrachten Leistungsfällen

Die Antwort auf Frage 1 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit vom 01.01.2011 bis zum 31.12.2011 von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht?“

ergab, dass im genannten Zeitraum insgesamt 21.964 Leistungsfälle von den Leistungserbringern, die sich an der Befragung beteiligt haben, erbracht wurden. Dabei ist zu beachten, dass einige Leistungserbringer ihre Tätigkeit erst im Laufe des Jahres 2011 aufgenommen haben.

Die Anzahl der Leistungsfälle lag zwischen 0 und 674 mit einem Mittelwert von 173 Leistungsfällen (Median 142). Die Anzahl der angegebene Leistungsfälle lässt sich in drei Klassen einteilen: die Zahl der Leistungsfälle lag bei 45 Leistungserbringern bei weniger als 100 Leistungsfällen, bei 60 Leistungserbringern zwischen 100 bis einschließlich 300 Leistungsfällen und bei 22 Leistungserbringern bei über 300 Leistungsfällen im genannten Zeitraum.

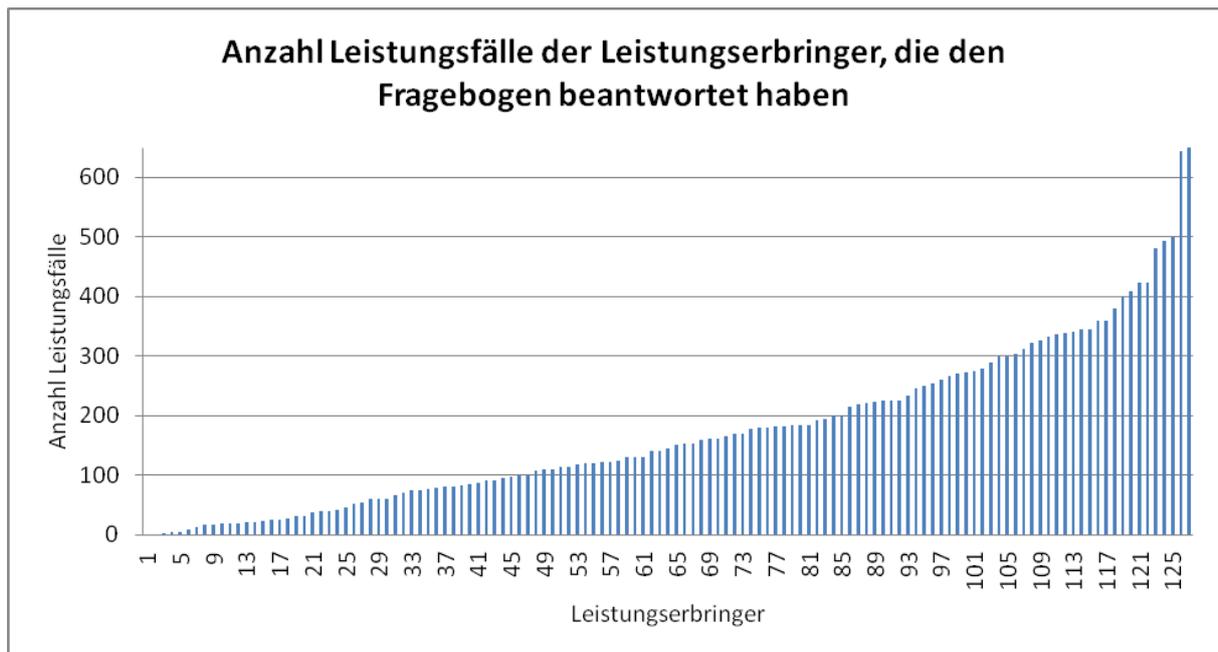


Abbildung 4: Anzahl aller SAPV Leistungsfälle aller Leistungserbringer, die den Fragebogen beantwortet haben (Quelle: Leistungserbringerbefragung)

6.5.3 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen

Im Rahmen der Erhebung wurden bei allen Krankenkassen die vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2011 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 01.01.2011 bis zum 31.12.2011 bewilligten Leistungsfälle betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?“

wurde angegeben, dass 267 Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betrafen.

Insgesamt gaben 43 Krankenkassen an, dass keiner der Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betraf, 23 Krankenkassen hatten zwischen 1 und 8 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen und 8 Krankenkassen hatten zwischen 14 und 50 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bewilligt. Das Maximum für eine Krankenkasse lag demnach bei 50 Leistungsfällen für Kinder und Jugendliche.

Nach den Angaben der Krankenkassen wurden im Jahr 2011 insgesamt 22 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen über Kostenerstattung geregelt. Diese verteilen sich auf 3 Krankenkassen, wobei eine Kasse 1 von insgesamt 2 Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen über Kostenerstattung geregelt hat, bei der Zweiten waren es 11 von 21 Fällen und bei der Dritten 10 von 50 Fällen. Eine Krankenkasse mit 37 Fällen bei Kindern und Jugendlichen machte keine Angabe zur Anzahl der Fälle, die über Kostenerstattung geregelt wurden („keine Angabe möglich“).

Aufgrund der besonderen Bedeutung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgte zum Zweck der besseren Einschätzung des Umsetzungsstandes der SAPV-RL zu diesem Punkt eine gesonderte Analyse. Hierzu wurden die Daten der Krankenkassen herangezogen, die konstant in allen drei bisher evaluierten Berichtsjahren die Befragung beantwortet haben. Dies war bei 37 Krankenkassen der Fall, wobei auch hier eine gewisse Unsicherheit in den Daten besteht, die auf den zwischenzeitlich erfolgten Kassenfusionen und veränderten Mitgliederstrukturen beruht.

Die Daten der 37 Krankenkassen, die in allen Jahren an der Befragung teilgenommen haben, zeigen eine deutliche Zunahme der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen im Verlauf der drei Berichtsjahre. Dabei blieb die Zahl der über Kostenerstattung geregelten Fälle über die Jahre relativ konstant. Demnach sinkt seit 2009 der Anteil der über Kostenerstattung geregelten SAPV-Fälle an allen Leistungsfällen die Kinder und Jugendliche betreffen.

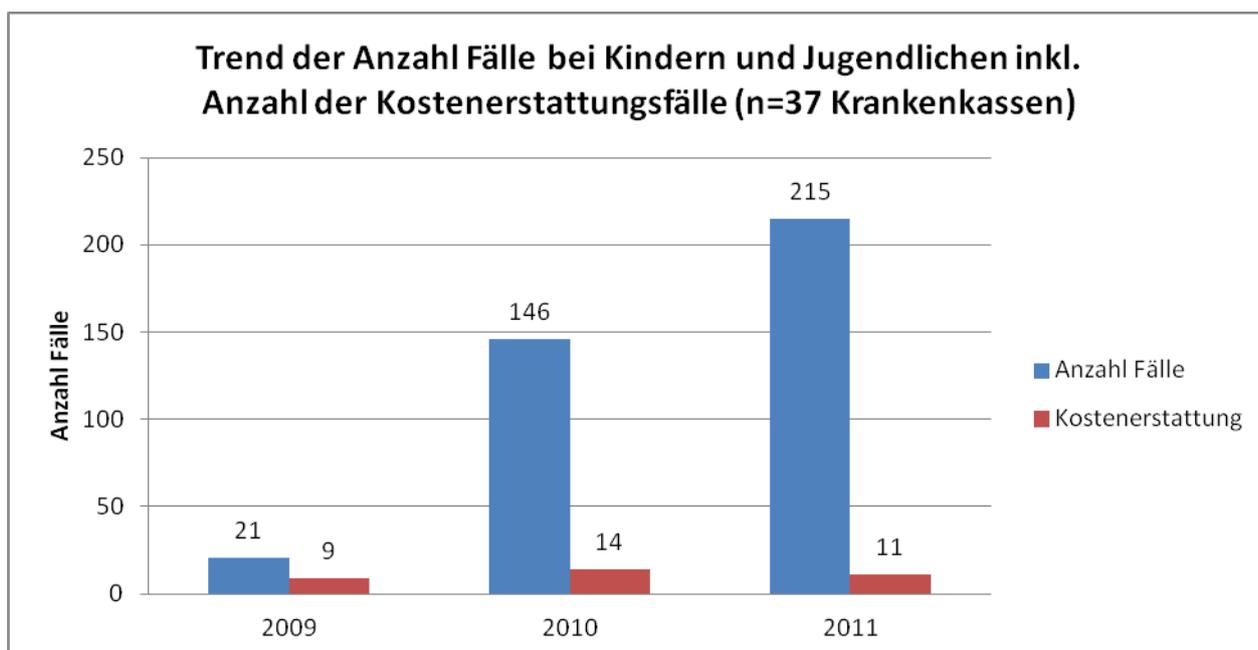


Abbildung 5: Angaben zur Anzahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen (inkl. Kostenerstattungsfälle) aus drei Berichtsjahren anhand der Daten von 37 Krankenkassen, die an der Befragung teilgenommen haben.

Die Antworten auf Frage 2 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

ergaben, dass im genannten Zeitraum insgesamt 163 der unter Frage 1 genannten Leistungsfälle (n=21.964) Kinder und Jugendliche betrafen.

Von den insgesamt 127 Leistungserbringern gaben 107 Leistungserbringer an, keine Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen gehabt zu haben, 14 Leistungserbringer hatten weniger als 10 Leistungsfälle in diesem Bereich, 4 Leistungserbringer hatten zwischen 10 und 20 Leistungsfälle und 2 Leistungserbringer hatten mehr als 30 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen.

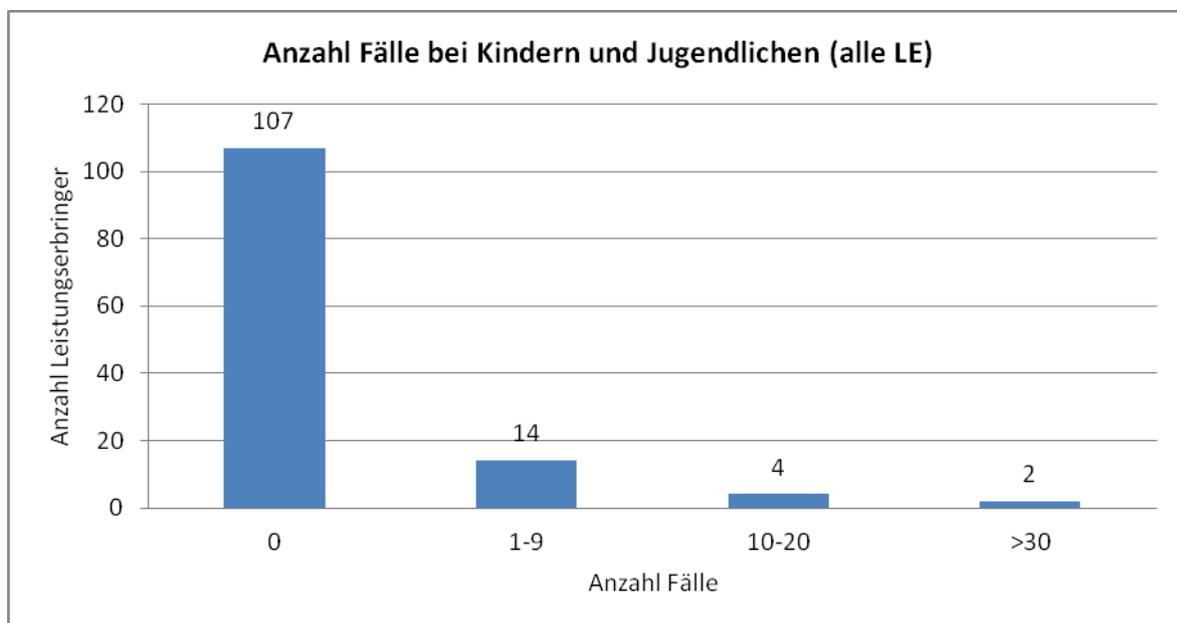


Abbildung 6: Anzahl der SAPV-Fälle bei Kindern und Jugendlichen bei allen Leistungserbringern, die den Fragebogen beantwortet haben (Quelle: Leistungserbringerbefragung).

Somit hatten 20 der 127 Leistungserbringer mindestens einen Leistungsfall im genannten Zeitraum, der ein Kind oder einen Jugendlichen betraf (Mittelwert 8, Median 2, Maximum 37). Die 5 Leistungserbringer mit den meisten Leistungsfällen in diesem Bereich (15 - 37 Fälle) waren ausgewiesene Leistungserbringer für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

¹ Die Frage 1 aus dem Fragebogen an die Leistungserbringer lautete: „Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit vom 01.01.2011 bis zum 31.12.2011 von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht?“

und hatten einen Anteil von 80 - 100 % Kinder und Jugendliche an allen von ihnen unter Frage 1 genannten Leistungsfällen. Bei den übrigen Leistungserbringern betrug der Anteil Kinder und Jugendlicher weniger als 1 % (11 Fragebögen), 1 - 3 % (4 Fragebögen) bzw. 6,7 % (1 Fragebogen) aller Leistungsfälle.

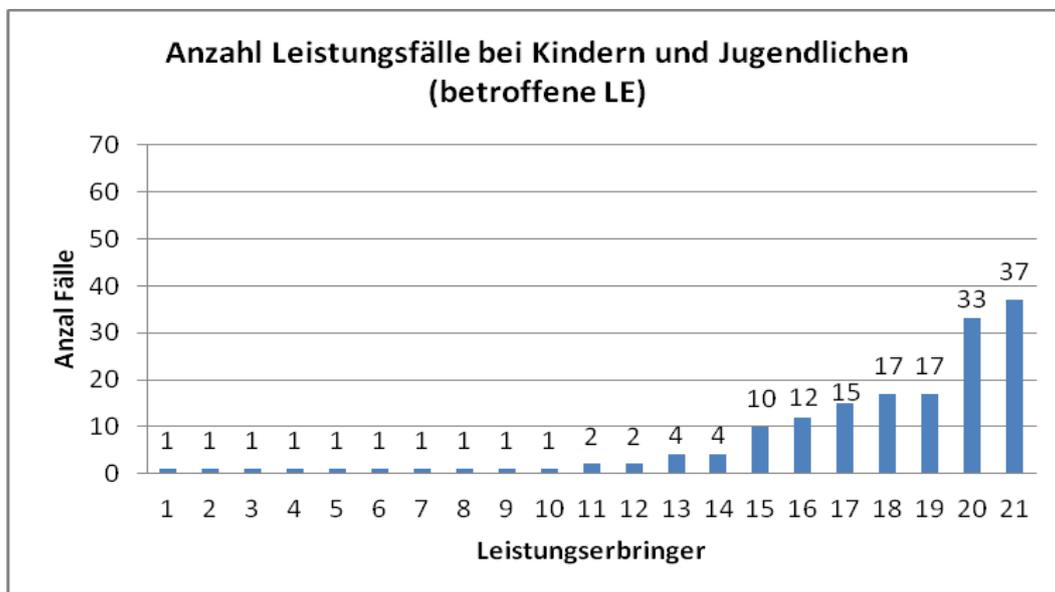


Abbildung 7: Anzahl der SAPV-Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bei allen Leistungserbringern, die diesen Personenkreis betreut haben und den Fragebogen beantwortet haben (Quelle: Leistungserbringerbefragung).

Auf die Frage 4 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

antwortete 1 Leistungserbringer mit der Angabe, dass der einzige abgelehnte Fall ein Kind bzw. Jugendlicher war, ein weiterer Leistungserbringer (kein Leistungserbringer für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen) gab an, dass dies in 1 von insgesamt 20 Ablehnungen der Fall war. Ein dritter Leistungserbringer gab an, dass alle 3 Ablehnungen Kinder und Jugendliche betrafen, bei einem vierten Leistungserbringer betrafen 12 von insgesamt 17 Ablehnungen Kinder und Jugendliche. Alle anderen Leistungserbringer gaben hier 0 an.

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

Drei der Leistungserbringer, die an dieser Stelle Ablehnungen von Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen angaben, waren Leistungserbringer für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Die von den Befragten genannten Gründe für Ablehnungen betreffen zum einen Auffassungsunterschiede in der medizinischen Indikation der SAPV. Es werden im Einzelnen genannt: Nicht erkennbare Lebenszeitverkürzung, fehlendes Vorliegen einer Tumorerkrankung, Durchführung einer Chemotherapie, Vorhandensein einer Intensivpflege bei Heimbeatmung oder fehlende „Elternverfügung“. Zum anderen betreffen die Ablehnungsbegründungen das Ausmaß der Versorgung. Es wird genannt, dass Regelversorgung ausreiche, vollständige Pflege vorhanden sei, es sich eher um ein soziales Versorgungsproblem handle, Symptomkontrolle nicht notwendig sei bzw. dass die SAPV nach einem Zeitraum von 14 - 21 Tagen abgeschlossen sein müsse.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.5.4 Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen

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

Den ersten Berichten des G-BA über die Leistungsentwicklung bzw. die Umsetzung der SAPV-RL für die Berichtszeiträume 2009 und 2010 ist zu entnehmen, dass es sehr allgemein gehaltene Rückmeldungen bzgl. Änderungs- bzw. Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL gab. Aus diesem Grund wurde in der aktuellen Befragung darum gebeten, die Aspekte, die aus Sicht der Befragten einer Klarstellung in der SAPV-RL bedürfen, möglichst konkret zu benennen.

6.5.5 Antworten der Krankenkassen

Auf Frage 4 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

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

antworteten 56 der 74 Krankenkassen mit „Ja“ (75,6 %) und 8 mit „Nein“ (11 %), 10 Krankenkassen machten an dieser Stelle keine Angaben. Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Nein“ lautete, konnten im Freitext Angaben dazu gemacht werden, die dies näher erläutern. Diese Möglichkeit haben 4 Krankenkassen genutzt; darüber hinaus auch eine Krankenkasse, die weder mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet hat.

Bei den Freitexterläuterungen wird von einzelnen Krankenkassen eine Konkretisierung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen gewünscht ohne dies näher zu spezifizieren.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.5.6 Antworten der Leistungserbringer

Die Frage 7 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

wurde von 34 Leistungserbringern mit „Ja“ (27 %) und von 34 Leistungserbringern mit „Nein“ (27 %) beantwortet; in 59 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. Die Möglichkeit der Freitextantwort bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ wurde in 29 Fragebögen genutzt und zusätzlich in jeweils 6 Fragebögen in denen mit „Ja“ bzw. in 2 Fragebögen in denen weder mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet wurde.

An dieser Stelle wurde vor allem darauf hingewiesen, dass die „besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen“ nicht ausreichend konkretisiert seien und es wird auf die komplexe Problemlage, wie sie bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen besteht, hingewiesen. Dies beinhaltet die geringen Fallzahlen bei gleichzeitig hohem pflegerischem Aufwand und der Notwendigkeit einer psychosozialen Betreuung.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.5.7 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Frage 2 aus den Fragebögen der KVen

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

wurde in 8 Fragebögen mit „Ja“ und in 5 Fragebögen mit „Nein“ beantwortet; 4 KVen machten an dieser Stelle keine Angaben. Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Nein“ lautete, hatte die KV die Möglichkeit, dies im Freitext zu begründen. Diese Möglichkeit haben 4 KVen genutzt; ebenso 2 KVen, die die Frage mit „Ja“ beantwortet haben. Zusätzlich begründete eine KV, die hier weder mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet hat, dies im Freitext damit, dass bisher noch keine Kinder innerhalb der SAPV behandelt worden seien.

Die Hinweise beziehen sich auf inhaltliche und strukturelle Unterschiede der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen zu der von Erwachsenen. Es werde auf die besonders intensive Einbeziehung und Betreuung der Eltern und Angehörigen palliativmedizinisch erkrankter Kinder und Jugendlicher nicht eindringlich genug hingewiesen. Problematisch sei die Implementierung von Palliativversorgung bei Erkrankungen mit längeren Verläufen, aber dennoch komplexem Versorgungsaufwand. Die Versorgung junger Erwachsener, die seit dem Kindes- und Jugendalter an typisch pädiatrischen Erkrankungen leiden, wird als Problemfeld benannt. Darüber hinaus würden qualifizierte Pflegekräfte für pädiatrische Palliativversorgung fehlen, dem mit Übergangsregelungen begegnet werden könne.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.5.8 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG

Die Frage 2 aus dem Fragebogen der Mitgliedsorganisationen der DKG

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

wurde in 7 der 24 Fragebögen mit „Ja“ (29 %) und in 8 Fragebögen mit „Nein“ (33 %) beantwortet. In 9 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. Die Möglichkeit der Freitextantwort bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ wurde in 7 Fragebögen genutzt und zusätzlich in 2 Fragebögen, in denen weder mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet wurde.

Bei den Freitexterläuterungen wird vor allem auf die besondere Situation der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen hingewiesen, die sich teilweise komplexer darstellt als bei Erwachsenen und sich durch geringe Fallzahlen bei hohem Betreuungsaufwand auszeichne. Es wird darauf hingewiesen, dass die speziellen Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie zu wenig konkret formuliert seien.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.6 Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche

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

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

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.6.1 Antworten der Krankenkassen

Auf Frage 3 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

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

antworteten 2 der 74 Krankenkassen mit „Ja“ (2,7 %), 60 Krankenkassen antworteten mit „Nein“ (81 %) und 12 Krankenkassen machten an dieser Stelle keine Angaben.

Sofern diese Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, hatten die Krankenkassen die Möglichkeit, diese Angabe im Freitext zu erläutern. Diese Möglichkeit haben zwei Krankenkassen genutzt.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.6.2 Antworten der Leistungserbringer

Die Frage 6 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

wurde von 57 Leistungserbringern (45 %) mit „Ja“ und von 49 Leistungserbringern (38,5 %) mit „Nein“ beantwortet; in 21 Fragebögen wurden an dieser Stelle keine Angaben gemacht. In allen Fragebögen wurde die Möglichkeit genutzt, bei der Beantwortung der Frage mit „Ja“ eine Freitexterläuterung zu machen; ebenso in 2 Fragebögen, in dem diese Frage verneint worden war sowie in 3 Fragebögen, bei denen weder mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet wurde.

An dieser Stelle wurde vor allem darauf hingewiesen, dass durch die Möglichkeit, SAPV zu verordnen, Krankenhauseinweisungen vermieden oder Wiedereinweisungen verhindert werden können und somit einem größeren Teil der Patienten das Versterben in häuslicher Umgebung ermöglicht werde. Einige Leistungserbringer machten an dieser Stelle Angaben aus eigenen Erhebungen, die einen Rückgang von Krankenhauseinweisungen für 50 % bis über 80 % der versorgten Patienten beziffern. Bei zwei Leistungserbringern lag der Anteil Patienten, die im Jahr 2011 im Krankenhaus behandelt werden mussten und teilweise auch dort verstarben, bei etwas mehr als 6 %. Ein Leistungserbringer machte an dieser Stelle Angaben darüber, dass von den durch ihn betreuten Patienten 67,8 % zu Hause verstarben, 22 % auf einer Palliativ-Station, 5 % im Krankenhaus, 3,4 % im Heim und 1,7 % im Hospiz. Die mediane Betreuungsdauer lag bei 12 Tagen.

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

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.6.3 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Frage 1 aus dem Fragebogen der KVen

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

wurde in 4 von 17 Fragebögen mit „Ja“ (23,5 %) beantwortet und in 10 Fragebögen mit „Nein“ (58,8 %). Insgesamt 3 KVen machten an dieser Stelle keine Angabe. Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Ja“ lautete, hatte die KV die Möglichkeit, dies im Freitext zu erläutern. Diese Möglichkeit haben alle 4 KVen genutzt; zusätzlich haben 3 KVen, die mit „Nein“ geantwortet haben, eine Freitextangabe gemacht.

Thematisiert wurde in diesem Zusammenhang der Wunsch nach ergänzenden Strukturen der allgemeinen Palliativversorgung, welche die Palliativversorgungssituation zusätzlich stabilisieren würden. Eine Wechselwirkung zwischen dem Vorhandensein allgemeiner ambulanter Palliativversorgung auf die Anzahl und Dauer von Krankenhauseinweisungen und Verordnungen von SAPV wird von KVen angenommen.

Die hier gemachten Angaben werden allerdings nicht konkreter quantifiziert.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.6.4 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG

Die Frage 1 aus dem Fragebogen der Mitgliedsorganisationen der DKG

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

wurde in 9 der 24 Fragebögen mit „Ja“ (37,5 %) und in 9 Fragebögen mit „Nein“ (37,5 %) beantwortet; in 6 Fragebögen wurde an dieser Stelle keine Angabe gemacht. In 8 Fragebögen wurde die Möglichkeit genutzt, bei der Beantwortung der Frage mit „Ja“ eine

Freitexterläuterung zu machen; ebenso in einem Fragebogen, in dem mit „Nein“ geantwortet wurde.

Bei den Freitexterläuterungen wird vor allem die Reduktion sowohl von Notfalleinweisungen ins Krankenhaus als auch von Einweisungen in Hospize und Pflegeheime genannt, wodurch das Sterben zu Hause ermöglicht werde. Es gibt Hinweise auf eine intensivierte Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und palliativ-hospizlich agierenden Strukturen. Aber es wird auch auf Probleme im ländlichen Raum verwiesen. Es muss festgestellt werden, dass eine konkrete Quantifizierung der hier gemachten Angaben, in keinem der Fragebögen erfolgte.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

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

6.7.1 Antworten der Krankenkassen

Auf Frage 5 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

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

antworteten 7 der 74 Krankenkassen mit „Ja“ (9 %) und 58 mit „Nein“ (78 %), 9 Krankenkassen machten hier keine Angaben. Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Ja“ lautete, konnten im Freitext Angaben dazu gemacht werden, die dies näher erläutern. Hiervon machten alle 7 Krankenkassen Gebrauch.

Bei den Freitexterläuterungen zu Punkten, die sich auf die Abgrenzung SAPV/Allgemeine Ambulante Palliativversorgung und die Verordnung durch Krankenhausärzte beziehen, werden keine Hinweise gegeben, die einen konkreten Änderungsbedarf näher darlegen.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.7.2 Antworten der Leistungserbringer

Die Frage 8 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

wurde von 78 Leistungserbringern mit „Ja“ (61 %) und von 32 Leistungserbringern mit „Nein“ (25 %) beantwortet; in 17 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. Alle bis auf 2 Leistungserbringer, die an dieser Stelle mit „Ja“ geantwortet haben, haben die Möglichkeit zu erläuternden Ausführungen im Freitext genutzt, ebenso wie 4 Leistungserbringer, die hier mit „Nein“ geantwortet hatten und 2 Leistungserbringer, die weder mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet hatten.

An dieser Stelle wurde vor allem eine Verbesserung der Trennschärfe zwischen allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und SAPV angeregt sowie die Klärung der Unterschiede zwischen Teil- und Vollversorgung erbeten. Auch hinsichtlich der Versorgung nicht-onkologischer und dementer Patienten wird Klärungsbedarf gesehen. Darüber hinaus wird mehrfach auf den Bedarf bundeseinheitlicher Regelungen hingewiesen, z. B. in Bezug auf die Vergütung von Leistungen.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.7.3 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Frage 3 aus den Fragebögen der KVen

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

wurde in 9 Fragebögen mit „Ja“ (53 %) und in 6 Fragebögen mit „Nein“ (35 %) beantwortet; 2 KVen machten an dieser Stelle keine Angabe. Die Möglichkeit einer Freitextangabe wurde von allen 9 KVen, die mit „Ja“ geantwortet haben, genutzt.

An dieser Stelle wird der Wunsch nach bundeseinheitlichen Regelungen sowohl der Ausbildungsanforderungen als auch der Vergütungsregelungen geäußert. Weiterhin erscheine eine bessere Abgrenzung sowohl von spezieller zu allgemeiner Palliativversorgung als auch von Teil- zu Vollversorgung notwendig. Einmal wurde auch der hohe administrative Aufwand gegenüber Krankenkassen oder dem MDK bemängelt. Hausärzte bzw. dauerbehandelnde Fachärzte sollen grundsätzlich als Kooperationspartner in die SAPV einbezogen werden.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

6.7.4 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG

Die Frage 3 aus dem Fragebogen der DKG

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

wurde in 9 der 24 Fragebögen mit „Ja“ (37,5 %) und in 11 Fragebögen mit „Nein“ (45,8 %) beantwortet; in 4 Fragebögen wurde an dieser Stelle keine Angabe gemacht. Insgesamt wurde in 9 Fragebögen die Möglichkeit zu erläuternden Ausführungen im Freitext genutzt.

Bei den Freitexterläuterungen wird unter anderem angegeben, dass in der Richtlinie geklärt werden solle, dass SAPV auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe i.S. der §§ 53, 54 Zwölftes Sozialgesetzbuch (SGB XII) gelten soll, um den Betroffenen ein Sterben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Darüber hinaus wird Klarstellungsbedarf zur Abgrenzung der SAPV von der SAPV bei Kindern und Jugendlichen sowie von der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gesehen. Weiterhin wird gewünscht, die Vergütung der psychosozialen Betreuung sowie die Angehörigenunterstützung in der Richtlinie zu regeln.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 9.2 zu entnehmen.

7. Berichte des GKV-SV zum Vertragsgeschehen

Der G-BA ist in seinem Bericht über die Umsetzung der SAPV-RL für das Jahr 2009 zum Stichtag 30. September 2009 von Verträgen mit ca. 30 - 40 Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V ausgegangen. Die Berichte des GKV-SV zum Stand der vertraglichen Umsetzung der SAPV wiesen zum 30. Juni 2010 insgesamt 110 Verträge, zum 31. Dezember 2010 insgesamt 123 Verträge, zum 30. Juni 2011 insgesamt 154 Verträge und zum 31. Dezember 2011 insgesamt 176 Verträge mit Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V aus, die weit überwiegend kassenartenübergreifend geschlossen wurden. Davon wurden zum 31. Dezember 2011 insgesamt 11 Verträge, speziell für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen. Die Anzahl der in Verhandlung stehenden Verträge von 55 verdeutlicht, dass der Strukturaufbau in den meisten Bundesländern weiter fortgesetzt wird.

8. Fazit und Ausblick

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich in der Hauptsache mit der Leistungsentwicklung der SAPV im Jahre 2011. Die Bemühungen der Leistungsträger und der Leistungserbringer, die strukturellen und vertraglichen Grundlagen für die Leistungserbringung zu schaffen führten dazu, dass im Berichtszeitraum eine weitere Zunahme der (Sach-)Leistungsfälle, der Verordnungszahlen sowie der Ausgaben der Krankenkassen für SAPV gegenüber dem Vorjahr verzeichnet werden konnten. In diesem Kontext steht auch der merkliche Anstieg der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“, der auch 2011 wieder festgestellt werden konnte.

Die Zunahme der Leistungsfälle vollzieht sich im Rahmen der weiteren Entwicklung des Aufbaus der Versorgungsstruktur, wie sie aus den halbjährlichen Berichten des GKV-SV an das BMG zum Stand der vertraglichen Umsetzung der SAPV hervorgeht. Die Berichte zeigen, dass auch 2011 noch Verträge hinzugekommen sind, im Wesentlichen konzentriert auf die Versorgung von erwachsenen Patienten.

Die Anzahl der Leistungsfälle der SAPV für Kinder und Jugendliche ist im Verlauf der drei Berichtsjahre ebenfalls deutlich gestiegen. Für die 37 Krankenkassen, die in allen drei Berichtsjahren die Befragung beantwortet haben, blieb die Zahl der über Kostenerstattung geregelten Fälle über die Jahre relativ konstant. Demnach sinkt seit 2009 der Anteil der über Kostenerstattung geregelten SAPV-Fälle an allen Leistungsfällen, die Kinder und Jugendliche betreffen. Dies könnte am weiteren Ausbau der Versorgungsstrukturen mit insgesamt 11 Verträgen, speziell für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen liegen.

Soweit SAPV-Leistungen abgelehnt wurden, geschah dies insbesondere aufgrund von Uneinigkeit über Indikationen und Versorgungsumfang sowie aus formalen Gründen (z. B. Verordnung nicht richtig ausgefüllt).

Der G-BA sieht in diesem Kontext derzeit keinen Änderungsbedarf der SAPV-RL. Die Größenordnung der genannten Problematik ist 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.

Aus den Antworten der Leistungserbringer geht zudem hervor, dass eine Versorgung von PKV-Versicherten durch SAPV-Leistungserbringer teilweise nicht erfolgen konnte, weil entsprechende Anträge abgelehnt wurden.

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 und 2010 dargestellt – auch im Rahmen dieser Befragung wieder geäußert.

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

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

Wirklich belastbare Informationen über die Auswirkungen der SAPV auf die Verordnung und das Leistungsgeschehen in anderen Leistungsbereichen fehlen weiterhin. Einigen Fragebögen war die Einschätzung zu entnehmen, dass durch die SAPV stationäre (Hospiz-) Behandlungen vermieden bzw. verkürzt werden können. Mehrfach wird eine Rückwirkung auf den Bereich der HKP angenommen. Auch Rückwirkungen auf die Leistungsbereiche Heil- und Hilfsmittel bzw. Arzneimittel werden angenommen. Ein Kausalzusammenhang etwaiger Veränderungen mit dem Leistungsgeschehen in der SAPV konnte nicht hergestellt werden. Das Leistungsgeschehen unterliegt so vielfältigen Einflüssen, dass ein Zusammenhang von Veränderungen in anderen Leistungsbereichen mit der SAPV nicht belegt werden kann. Der Auftrag, die Rückwirkungen der SAPV auf andere Leistungsbereiche zu ermitteln, war insofern erneut nicht zufriedenstellend erfüllbar und wäre nur mit einem Untersuchungsaufwand denkbar, der in keinem Verhältnis zu vergleichbaren Auskunftspflichten und damit verbundenen Erhebungen des G-BA stehen würde.

Mit den weiteren Hinweisen und Anregungen, die von den Befragten gegeben wurden und die den Kompetenzbereich des G-BA betreffen, wird sich der G-BA gesondert auseinandersetzen. Dies gilt in besonderem Maße für die Auswertung und Prüfung der Hinweise in Bezug auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

9. Anhang

9.1 Fragebögen

9.1.1 Fragebogen an die Krankenkassen

9.1.2 Fragebogen an die Leistungserbringer

9.1.3 Fragebogen an die Mitgliedsorganisationen der DKG

9.1.4 Fragebogen an die Kassenärztlichen Vereinigungen

9.2 Übersicht aller Freitextangaben

ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

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

WEITERE HINWEISE

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

FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2011

ALLGEMEINE ANGABEN

Name der Krankenkasse:

Adresse der Krankenkasse:

Ansprechpartner und Telefon-Nr:

Anzahl Versicherte am 31.12.2011:

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

Datum der Beantwortung:

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

LEISTUNGSFÄLLE

1. Wie viele der von Ihnen in der Zeit vom **01.01.2011 bis zum 31.12.2011** bewilligten Leistungsfälle¹ betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?

Anzahl der Kinder und Jugendlichen:
(keine=0)

--	--	--	--	--

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

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

Im Rahmen einer Befragung durch den G-BA zur Evaluation der SAPV-Richtlinie, werden Sie aus Datenschutzgründen von einer Krankenkasse angeschrieben, da den Krankenkassen Ihre Adressdaten aufgrund Ihres Vertragsverhältnisses bekannt sind. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte direkt an die unten stehenden Kontaktdaten des **G-BA**. Es ist nicht auszuschließen, dass Sie diesen Fragebogen mehrfach erhalten. Wir würden uns freuen, wenn Sie sich an der Befragung beteiligen und bitten Sie dann, den Fragebogen **nur einmal** auszufüllen und an die E-Mail-, Fax oder Postadresse des **G-BA** zu senden:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Befragung zur SAPV-RL
Postfach 12 06 06
10623 Berlin

sapv@g-ba.de

Ansprechpartnerin:
Frau Alexandra Wieland
Tel.: 030/-275838-333
Fax: 030/-275838-305

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 2011

ALLGEMEINE ANGABEN

Name des SAPV-Leistungserbringers: Adresse:

Ansprechpartner und Telefon-Nr:

Datum der Beantwortung:

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

SAPV-LEISTUNGSGESCHEHEN

1. Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit **vom 01.01.2011 bis zum 31.12.2011** von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht?

Anzahl der Fälle insgesamt:
(hier Ca.-Angabe ausreichend)

--	--	--	--

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

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

--	--	--	--

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

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:

ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

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

WEITERE HINWEISE

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

FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2011

ALLGEMEINE ANGABEN

Name der Mitgliedsorganisation:

Adresse der Mitgliedsorganisation:

Ansprechpartner und Telefon-Nr:

Datum der Beantwortung:

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

SAPV-LEISTUNGSGESCHEHEN

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

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:



HINWEISE ZU DEN FRAGEN 2-3

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

Damit wir Ihre Hinweise prüfen und ggf. berücksichtigen können, bitten wir um möglichst konkrete Benennung der Aspekte, die aus Ihrer Sicht einer Klarstellung bedürfen.

ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

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

Ja

Nein

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

ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

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

WEITERE HINWEISE

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

FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2011

Kassenärztliche Vereinigung:

Adresse der Kassenärztlichen
Vereinigung:

Ansprechpartner und Telefon-Nr:

Datum der Beantwortung:

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

SAPV-LEISTUNGSGESCHEHEN

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

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:

HINWEISE ZU DEN FRAGEN 2-3

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

Damit wir Ihre Hinweise prüfen und ggf. berücksichtigen können, bitten wir um möglichst konkrete Benennung der Aspekte, die aus Ihrer Sicht einer Klarstellung bedürfen.

ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

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

Ja

Nein

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

3. 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!

Freitextangaben der Krankenkassen / 2011

Frage 3: Haben sich aus Ihrer Sicht durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben?

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
02	Die Verordnung von SAPV findet auf Leistungserbringerseite statt
26	Überschneidungen mit HKP-Leistungen (parallele Leistungserbringung mit Abgrenzungsschwierigkeiten) VO von SAPV in stationären Hospizen (regionale Probleme, dass sämtliche Hospizfälle als SAPV-Fälle betrachtet werden)

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

Wenn nein, warum nicht:

Identif.	Text
10	Die Vertragsgestaltung ist zu hinterfragen. Die Belange der Minderjährigen könnten detaillierter verfasst werden. Die Richtlinien selbst sind okay.
23	Altersabgrenzungen fehlen: Da es in unserem Bundesland separate Verträge für die Versorgung von Kindern im Rahmen der SAPV gibt, ist die Frage nach der Altersabgrenzung relevant. Trotz der Diagnosen der Patienten erreichen diese des Öfteren auch das junge Erwachsenenalter. Ein Wechsel des SAPV-Teams ist dann wegen der geschaffenen Vertrauensstrukturen schwer vermittelbar. Auch sollen Erwachsenen-SAPV-Teams mit Erkrankungen, die ihren Ursprung in der Kindheit oder Jugend haben, oftmals keine genaueren Kenntnisse bzw. Erfahrung haben.
27	In den SAPV - Verträgen unserer Kasse wurde richtlinienkonform geregelt, dass den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen Rechnung getragen wird. Insbesondere im Hinblick auf die in der Praxis gebotene sensible Abgrenzung zur AAPV möchten wir den G-BA um eine Konkretisierung bitten, worin aus seiner fachlichen Sicht die besonderen Belange von Kindern und Jugendliche bestehen.
28	Zu § 4 der SAPV-RL merken wir folgendes an: Der bereits im Gesetz benutzte Begriff "aufwändige Versorgung" trifft den Sachverhalt nicht. Das Wort "aufwändig" wird üblicherweise ökonomisch verstanden im Sinne von "teuer". Bei der SAPV handelt es sich jedoch nicht um eine besonders "teure" Leistung (wie z. B. eine Hämophilieversorgung oder Nierentransplantation), sondern vielmehr um eine besonders "betreuungsintensive" Leistung. Da der Begriff "aufwändig" nicht eindeutig ist und ökonomisch missverstanden werden kann, sollte die Richtlinie für alle Beteiligten verständlicher abgefasst werden.

38	Die seelsorgerische Betreuung der Kinder/Jugendlichen sollte in der Richtlinie genauer spezifiziert werden.
----	---

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

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
14	Es müsste eine bundeseinheitliche Abrechnung geben und nicht in 16 Bundesländern unterschiedliche Verfahren! Einmal über die KV (z.B. Berlin mit Abschlägen) einmal über die Pflegedienste direkt usw. Unbedingter Handlungsbedarf!
23	Problem in der Versorgung ist oft, dass es nur wenige Intensivpflegedienste gibt, die die SAPPV ergänzen bzw. die Grundversorgung der AAPPV adäquat sicherstellen können. Die Kassen haben des Öfteren ein Problem, wenn beide Leistungserbringer, Intensivpflege und SAPPV, gleichzeitig erbracht werden sollen. Intensivpflege dient der Lebenserhaltung/curativus, die SAPPV-Team sind rein palliativtätige Leistungserbringer. Die Grundversorgung muss zwingend durch den Intensivpflegedienst erfolgen. Nicht selten kommt auch der Hilfeschierei vom Intensivpflegedienst an das SAPPV-Team, da ein auf die Palliativversorgung von Kindern spezialisierter Arzt vor Ort fehlt.
26	Differenzierung Teilversorgung/Vollversorgung. Ergänzende Erläuterungen für SAPV in Hospizen.
30	Innerhalb der SAPV-Richtlinie sollten Abgrenzungskriterien zwischen der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) deutlicher formuliert werden. Letztendlich soll der Patient anhand seines Gesundheitszustandes sowohl durch Leistungserbringer der AAPV als auch durch Palliative-Care-Teams in der SAPV versorgt werden können. Hierzu sind klare Abgrenzungskriterien notwendig.
38	Die seelsorgerische Betreuung der Familie (auch in der Nachsorge) sollte in der Richtlinie mit aufgenommen bzw. genauer spezifiziert werden.
55	Verordnung durch Krankenhausärzte >> bürokratischer Aufwand!
66	Schwierigkeiten macht weiterhin die Leistungsabgrenzung zwischen allgemeiner Palliativversorgung gem. §37 SGB V und der lukrativeren SAPV. SAPV-Teams werden zum Teil von Krankenhäusern eröffnet. Die Krankenhäuser überführen dann die Versicherten in ihre eigenen SAPV-Stationen. Bis die Kassen mit Hilfe des MDK mühsam nachgewiesen haben, dass eine SAPV nicht notwendig ist, vergehen mehrere Tage. Klarere Leistungsabgrenzungen wären wünschenswert.

Freitextangaben der Leistungserbringer / 2011

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

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

Identif.	Text
LEB-001	Keine eindeutige palliative Diagnose. KK außerhalb des Bundeslandes.
LEB-002	Unzureichend ausgefüllte Verordnungen durch niedergelassene oder KH-Ärzte. Fehlende Bereitschaft der PKV der Kostenerstattung auf Kulanzbasis. Ablehnung der Vertragsbedingungen durch KK anderer Bundesländer.
LEB-003	Probleme bei Patienten mit nichtonkologischen Erkrankungen (Organinsuffizienzen, Demenz) in Kombination mit von den Verordnern aus Sicht der KK nicht spezifisch genug ausgefüllten Verordnungen. Generell von den Verordnern aus Sicht der KK nicht spezifisch genug ausgefüllte Verordnungen. Privatkassen sind allg. weiterhin problematisch, was die Gewährung von Leistungen der SAPV anbelangt.
LEB-006	Nach MDK-Begutachtung per Aktenlage die Aussage, dass Grundpflege und AHD ausreichend sind. Ablehnungen im Pflegeheim.
LEB-008	Lebensdauer wurde als zu lang angesehen (es lagen ausgeprägte Symptome vor). Die Schwere der Erkrankung wurde nicht gesehen (fast ausschließlich bei Nicht-Tumorpatienten und bei Patienten mit Demenz und ALS → mit und ohne Tumor). Eine Erweiterung auf Patienten Anfang 20 wäre schön.
LEB-009	Nach MDK-Prüfung abgelehnt. Diagnose nicht SAPV-fähig. Nicht karzinogene Diagnosen führten zu Ablehnung!
LEB-010	Nichtererkennung des Mehraufwandes außerhalb der Regelversorgung.
LEB-012	Unzureichend ausgefüllte Verordnung, insbes. durch Hausärzte Fristversäumnisse
LEB-013	Unverständnis der Sachbearbeiter Keine Ahnung von den SAPV-Verträgen.
LEB-018	1x KK eines anderen Bundeslandes 1x private KK
LEB-025	Schlecht ausgefüllte VO 63. Keine palliative Situation erkennbar. 2x Patienten mit Versicherung in [Bundesland].

	Keine Karzinom-Erkrankung.
LEB-028	Zu spät eingereichte Verordnung.
LEB-029	Unkenntnis über palliative Versorgung in der Häuslichkeit seitens der KK. Unzureichende Begründung auf SAPV-Verordnungen.
LEB-030	Ablehnung durch die KK: - weil der MDK beurteilt hat, dass keine Indikation für SAPV vorliegt; - weil für den Kostenträger/MDK nicht ersichtlich sei, dass der Patient eine verkürzte Lebenserwartung in Tagen, Wochen oder Monaten durch seine Erkrankung habe.
LEB-031	Keine ausreichende Indikation für SAPV. Kein komplexes Symptomgeschehen. Keine besonders aufwändige Versorgung.
LEB-034	Nichterfüllung der Richtlinien des G-BA bzw. Spitzenverband der KK.
LEB-035	Unzureichende Beschreibung des Probleme und der Symptomenkomplexe.
LEB-036	Nichterfüllen der SAPV-Kriterien.
LEB-037	Laut Begutachtung nach Aktenlage hat der sozialmedizinische Bericht d. MDK [Bundesland] keine Indikation zur SAPV gesehen (Pat. ist noch vor Erstellung d. Gutachtens verstorben). AOK-[Bundesland] lässt die Verträge mit der AOK [Bundesland] nicht gegen sich gelten. Private Krankenversicherer (Name der KK) fordert ausführliche Behandlungsdokumentationen, die nach den [Bundesland] Verträgen <u>nicht</u> zur Verfügung gestellt werden müssen.
LEB-038	Unzureichend ausgefülltes Formular „Muster 63“.
LEB-039	Keine onkologische Erkrankung und durch den Hausarzt wäre die Versorgung ausreichend. Kein Bedarf für die SAPV.
LEB-040	Wir unterscheiden AAPV und SAPV in [Landkreis] nicht in der täglichen Arbeit. Grund: Sollen wir mit Palliativpflegediensten zusammenarbeiten, sind die technischen Schwierigkeiten (Geldflüsse zwischen Palliativarzt und dem Palliativpflegedienst) groß. Es werden aber XXX ca 10% der Patienten von den pro Quartal ~100% eingeschriebenen (?) Patienten intensiv XXX (täglich?) behandelt. Das entspricht den SAPV Kriterien.
LEB-041	Ablehnungsgrund der KK: ... aus den vorliegenden Unterlage ist keine ausreichende Indikation für die SAPV erkennbar.
LEB-043	AAPV ausreichend. Hinzuziehen Hospiz ambulant für psychosoz. Betreuung ausreichend. Fast 100%ige Ablehnung für Patienten mit Demenz und zusätzl. ausgeprägte Symptome (Schmerz, Luftnot, Angst). Fast 100%ige Ablehnung für Patienten mit psych, psychosoz. Problemen. KK-abhängig – das betrifft v.a. GKV mit hohem Patientenaufkommen.
LEB-044	Gesetzliche alle bezahlt, Kostenübernahme kein Problem; nur anfangs Ablehnung. Private KK: Große Probleme; [Name PKV] und [Name PKV] zahlen grundsätzlich nicht, hier aus LEB-Sicht erhebliche Nachbesserung notwendig.

LEB-045 + LEB-046 + LEB-047	<p>Verkürzte Lebenserwartung nicht sichtbar.</p> <p>Notfallpläne müssen etabliert sein.</p> <p>Die Regelversorgung ist ausreichend.</p> <p>Nicht-Tumorpatienten bekommen meist keine Genehmigung oder nur für 14 - 21 Tage.</p> <p>Patient befindet sich noch in kurativer Behandlung, da Chemotherapie oder Tumorboard noch durchgeführt werden.</p> <p>Vollständige Pflege ist vorhanden (immer „Fachkraft“ da).</p> <p>Eher ein soziales Versorgungsproblem.</p> <p>Symptomkontrolle nicht notwendig.</p> <p>Koordinationstätigkeit ist erfolgt, somit keine SAPV mehr benötigt bzw. muss nach 14 - 21 Tagen abgeschlossen sein.</p>
LEB-048	Formfehler bei anfänglicher Beantragung.
LEB-049	<p>Es bestand kein palliativmedizinischer oder palliativpflegerischer Bedarf.</p> <p>Es wurde eine 24 Std. Pflegekraft eingesetzt.</p>
LEB-052	Kostenübernahme durch private KK abgelehnt.
LEB-053	Gründe nicht genannt, da Gutachten nicht einsehbar (MDK sagte „keine Indikation auf Teilversorgung“ => Rückstufung auf Koordination, in 2 Fällen auf Beratung zurückgestuft, in 2 Fällen SAPV total abgelehnt).
LEB-054	KK mit Sitz außerhalb [Bundesland] hat SAPV-Vertrag nicht unterschrieben!
LEB-056	Verordnung wurde verspätet abgegeben, d.h. unsere p.c. Pflegekraft beginnt sofort bei Anfrage was sich auch bewährt hat bei dem Patientenklitel. Das führt jedoch dazu, dass es gelegentlich zur verspäteten Abgabe der Verordnung kommt – hier wäre eine längere Frist der Abgabe von Verordnungen besser.
LEB-058	<p>Krankenkassenseitig (bzw. vom MDK) wurde die Notwendigkeit einer aufwändigen spezialisierten ambulanten Teilversorgung nicht gesehen.</p> <p>„Normale“ Palliativversorgung...</p> <p>(Rest ist nicht lesbar; schlechte Qualität des Fax-Ausdrucks)</p>
LEB-060	<p>Ablehnung von Seiten der PKV (musste über XXX abgerechnet werden), da SAPV keine Kassenleistung sei.</p> <p>Zuerst Ablehnungen von Seiten GKV bei neurologischen Erkrankungen (besonders ALS) – durch intensive Gespräche u. Argumentation dann doch genehmigt.</p>
LEB-061	Alle, ca. 2, Ablehnungen haben wie nach Einspruch doch genehmigt bekommen: Gründe einer Ablehnung waren „nur psychische und neurologische Symptome“ oder „zu wenige oder schwache Symptome“, eine SAPV wurde nicht verlängert, der der Patient stabiler wurde...
LEB-062	<p>Angeblich war MDK anderer Meinung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kein erhöhter Bedarf 2) Formular nicht korrekt ausgefüllt 3) Allgemeine Pflege ausreichend 4) Allgemeine Hospizpflege ausreichend
LEB-063	Folgeverordnungen mit unverändertem Therapieschema.

	MDK-Überprüfungen, die zur Nichtbewilligung führten. Patientenim Hospiz betreut mit unverändertem Therapieschema und keine Tumorerkrankung.
LEB-064	Es wurde abgelehnt auf Grund nicht ausreichender Verordnung Nr. 63.
LEB-068	1 Ablehnung wurde nach Widerspruch zurückgenommen. 2x Voraussetzungen für SAPV anhand der angegebenen Diagnosen von KK nicht akzeptiert.
LEB-069	Allgemeine palliative Versorgung ausreichend. „Eine „Zustand nach“-Situation sei ja nicht fortschreitend“ (laut MDK!) (ateminsuffizienter Patient nach Apoplex mit rezidivierenden Pneumonien) Nicht maligne Erkrankungen.
LEB-070	Ablehnung Koordination u./o. pflegerische Leistung (→ nach Widerspruch genehmigt) Begründung für Ablehnung: Pflege habe keine oder zu wenig Behandlungspflege lt. VO Patient sei nicht terminal.
LEB-071	Die Notwendigkeit der SAPV-Teilversorgung war für den MDK nicht erkennbar.
LEB-073	Nach MDK-Prüfung → laut MDK war eine SAPV-Versorgung nicht angezeigt, da kein komplexes Symptomgeschehen vorlag.
LEB-074	Keine besonders aufwändige Versorgung erkennbar (AAPV ./ SAPV). Assessments und KH-Epikrisen ließen keine SAPV-Notwendigkeit erkennen. 1x Krisenintervention drei Tage Fr.-So., Montag, ehe das Assessment Erfolgte verstorben = Ablehnung durch KK
LEB-075	1x Privatversicherung nicht akzeptiert. 5x Hinweis auf AAPV.
LEB-078	Zusammenarbeit und Informationsaustausch mit den Mitgliedskassen der [Namen KK] und dem MDK ist gut und durch gegenseitige Wertschätzung geprägt.
LEB-081	Kriterien zum Vorliegen der SAPV wären nicht ausreichend erfüllt. Symptomlast (bzw. das <u>spezielle</u>) in der SAPV sei nicht zu ersehen.
LEB-083	Der Grund war, dass ein Intensivpflegedienst in der Familie war. Die Ausbildung der Schwestern von Intensivpflegediensten beinhaltet zwar Intensivpflege, allerdings fehlen Kenntnisse in der palliativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Da Intensivpflege nur Schwestern beschäftigt, gibt es für uns keinen ersichtlichen Grund eine ärztlich-pflegerische Leistung abzulehnen.
LEB-084	Durch die SAPV erreichen wir die Pflegeheime besser; daher haben wir auch mehr Brückenpflege-Patienten in den Heimen. Generell steigt die Anzahl der Anfragen, wobei die Zuweiser oft nicht richtig einschätzen können, ob SAPV angezeigt ist. Wir machen oft Einstufung als Brückenpflegepatient, daher steigt die Anzahl der Brückenpflege-Patienten. Auch steigt die Anzahl der nicht-onkologischen Patienten. Die Einnahmen aus der AAPV sind gesunken, da nun Leistungen / Patienten der SAPV zugeordnet werden. Die Betreuungszeiten in der Brückenpflege sind gesunken.

LEB-085	Zitat KK: „aus ärztlicher medizinischer Sicht ist Palliativversorgung begründet, aber nicht begründet ist eine spezialisierte pflegerische Versorgung.“
LEB-086	Fehleinschätzung der KK und des MDK. Formale Fehler – Beginn SAPV und Vorlage des Antrages bei der KK. Inkompetenz der Sachbearbeiter bei der KK → Ziel SAPV verhindern! Angst vor neuen Kosten!
LEB-087	Symptomlage war nicht eindeutig. Lebensbegrenzende Erkrankung wurde nicht anerkannt bei Demenz, Parkinson und Multipler Sklerose. Notwendige Maßnahmen und Aufwand eher im pflegerischen Bereich.
LEB-088	Ungenügend ausgefüllte Verordnungen durch Haus-, Fach- oder KH-Ärzte. Ungenügende Kenntnisse der SAPV-Richtlinien der Sachbearbeiter bei den KK hinsichtlich der schwerwiegenden Erkrankung / lebensbegrenzenden Erkrankung und des komplexen Symptomgeschehens. Häufig erfolgt seitens der Kostenträger keine zeitnahe Reaktion auf das Einreichen der SAPV-Verordnung, meist erfolgt eine Mitteilung erst nach Versterben des Patienten.
LEB-089	Keine SAPV, sondern AAPV-Indikation; jedoch AAPV in [Bundesland] noch nicht installiert. Unklare oder schwierige prognostische Beurteilbarkeit des Patienten, insbesondere bei nichtonkologischen Patienten, nicht komplexes Symptomgeschehen.
LEB-090	Inhaltlich und formal mangelhaft durch die Verordnenden (Hausarzt / Facharzt / Krankenhaus) ausgefüllte Verordnungen auf Muster 63 (tlw. auch unlesbar). Expertise der Verordnenden für die notwendigen Leistungen und die sachgerechte sowie RL-konforme Verordnung fehlt häufig. Einmalig aber gravierend: Symptomlast wurde seitens des MDK nicht als der führenden Diagnose zugeordnet: Schmerzen kommen (auch) von Vorerkrankung (Polyneuropathie und Phantomschmerz nach Amputation), Lebenslimitierung besteht durch jetzt neue Erkrankung (Glioblastom WHO IV). Da Schmerzen auch von Seiten der Vorerkrankung bestehen, bestehe kein Rechtsanspruch.
LEB-092	Nicht Nachvollziehbarkeit der Notwendigkeit der Verordnungsstufe. Es handelte sich bis auf 1 um sog. XXX, bei allen legten wir Widerspruch ein, dem dann auch immer stattgegeben wurde.
LEB-094	Nichtanerkennung der nicht-onkologischen Erkrankung als SAPV Indikation (Widerspruch erfolgreich!).
LEB-095	Keine Vollversorgung sondern Koordination und Beratung. Keine Koordinationsleistungen bei Menschen im Altenheim. Bei chron. Kranken und dementen lebensverkürzende Diagnose gesehen. Statt Pauschale bei Todeseintritt innerhalb der 1. Woche nur Tagessätze genehmigt. → Die meisten VO wurden nach Intervention oder Widerspruch doch noch genehmigt!
LEB-096	Lebensende laut MDK nicht absehbar.
LEB-097	Keine palliative Situation im speziellen Rahmen, also keine SAPV-Leistung.
LEB-098	Probleme mit PKV.

LEB-099	Laut MDK keine Notwendigkeit für SAPV. SAPV-Kriterien (wie Symptome, Medikamente) nicht erfüllt.
LEB-100	Angaben im Verordnungsformular 63 zur SAPV – Auslegung der Begutachtungsrichtlinien des MDK.
LEB-101	Patient erhielt noch eine palliative Chemo. bzw. Strahlentherapie.
LEB-102	Verordnungsformular 63 wurde vom zuständigen Hausarzt nicht entsprechend den Anforderungen der Kostenträger / MDK ausgefüllt. Bei einigen Kostenträgern sind keine adäquaten Ansprechpartner für SAPV vorhanden.
LEB-103	SAPVs zu spät eingereicht Allgemeinzustand der Patienten war nicht „schlecht“ genug für SAPV Allgemeinzustand der Patienten war nicht „schlecht“ genug für eine Vollversorgung → nur Teilversorgung genehmigt Teilweise mussten die KK die Absagen zurücknehmen, da nicht gerechtfertigt.
LEB-104	Der MDK hatte entschieden, dass die Verordnung nicht den Richtlinien entsprach (des G-BA). Statt Vollversorgung wurde Teilversorgung bewilligt (nicht nachvollziehbare Begründung) Ablehnung kam oft, wenn Patient schon verstorben war. Einmaliger Ablehnungsgrund war eine palliative Chemotherapie..
LEB-105	Es handelt sich bis auf 1 Patient <u>immer</u> um <u>nicht</u> onkologisch erkrankte Patienten. Schwere der Erkrankung war für den MDK nicht sichtbar (mangelhafte SAPV-VO durch nicht-Palliativ-Mediziner). Patienten in stationärer Unterbringung wie Senioren-WGs und Alten- und Pflegeheimen werden häufig abgelehnt, weil angenommen wird, die Versorgung dort sei ausreichend.
LEB-107	Nur Beratung statt Vollversorgung akzeptiert (BW additive Teilversorgung nicht im Vertrag) → nach Widerspruch <u>alle</u> Genehmigungen erhalten.
LEB-109	In der Regel wegen laufender Chemotherapien abgelehnt, nach ausreichender ärztlicher Begründung, dass es sich um palliative Chemotherapien handelt, nach Widerspruch genehmigt. Aktuell: junger Mann mit fortgeschrittener Lungenerkrankung, derzeit keine Aussicht auf ein Spenderorgan – komplexes Symptomgeschehen vorhanden, Lebenszeit stark begrenzt; Kasse genehmigt SAPV nicht (Widerspruch läuft).
LEB-111	SAPV war auf der Verordnung nicht ausreichend begründet. Hier fehlen z. B. häufig nähere Angaben zu notwendigen Maßnahmen der SAPV. Auch wurde hier das komplexe Symptomgeschehen von den verordnenden Ärzten nicht näher beschrieben.
LEB-112	SAPV-Kriterien nicht erfüllt, kein komplexes Symptomgeschehen.
LEB-113	Nach Meinung des MDK enthielten die Verordnungen und Berichte keine aussagekräftigen palliativärztliche Befunde, woraus sich dann auch der palliativpflegerische / -ärztliche Hilfebedarf ergibt.
LEB-114	Fehlende Indikation bei Tumorerkrankungen in stabiler Remission.

LEB-116	[Anm. FBM: Es wurden alle Fälle abgelehnt] In [Bundesland] gibt es keinen Vertrag mit den Kostenträgern, der auch nur annähernd den Aufwand decken könnte. Zwei SAPV Stützpunkte haben wieder aufgegeben. Wir arbeiten in einem Netzwerk mit Hausärzten, Sozialstationen mit den „mageren“ allgemeinen Vergütungen!
LEB-117	SAPV-Bedingungen liegen nicht vor.
LEB-118	Patienten in stat. Pflegeeinrichtungen mit der Begründung, Regelversorgung sei ausreichend. Patienten die keine onkologische Erkrankung aufweisen.
LEB-119	Verspäteter Eingang der SAPV-Verordnung bei der Krankenkasse
LEB-120	Die häufigste Begründung für eine Ablehnung war, dass das komplexe Symptomgeschehen nicht oder nicht mehr vorhanden ist.
LEB-122	Versorgungsbedarf sei nicht nachvollziehbar; auch der Hausarzt/die Hausärztin/der Bereitschaftsdienst könne Opiate injizieren (bei Dyspnoe, Schmerzattacken). Das Bundesland habe keinen Vertrag für SAPV. Es gab keine Unterschrift des/der Kranken auf dem Antrag (Schwäche, Koma etc.) und keine Angehörigen.
LEB-124	Fristversäumnis Diskrepanz in der SAPV-Notwendigkeit.
LEB-125	Vollstationäre Versorgung im APH (?) Aufgrund der Unterlagen eine auf wenige Wochen-Monate begrenzte Lebenserwartung nicht ersichtlich. Das Vorliegen Eignungskriterien ersichtlich. Oft ohne Begründung.
LEB-126	Ca. 10% der verordneten SAPV-Fälle werden von den Kostenträgern in Frage gestellt. Nach Rücksprache und/oder schriftlicher Stellungnahme des behandelnden Arztes sind im Nachhinein die Genehmigungen erfolgt.
LEB-128	Private Krankenversicherung – beruft sich auf keinen Leistungsinhalt.
LEB-129	Beide Patienten waren bei der gleichen KK versichert, die den von uns mit der KK aus dem benachbarten Bundeland abgeschlossenen Vertrag nicht anerkennt. 2011 und vorher 2010 wurden von dieser KK z.T. die Behandlungen als berechtigt angesehen, aber „wegen fehlender vertraglicher Regelungen“ nicht bezahlt.
LEB-130	Das o.g. Ergebnis [Anm. FBM: 14 Ablehnungen] entspricht den „übrig gebliebenen“ Fällen, die abgelehnt wurden. Eine Kasse lehnte grundsätzlich ab. Das Problem ist, Angehörige bzw. Hinterbliebene daran interessiert sind, dass die die Versorgung erfolgt, aber weder Zeit noch Energie bleibt, Auseinandersetzungen mit der KK auszufechten. Bei 5 Fällen wurde Widerspruch eingelegt, davon wurden 4 akzeptiert. Der moralische Druck, den Schwerkranken und ihren Familien kompetent helfen, zumal wenn die Kasse ablehnt, bleibt bei den Leistungserbringern.
LEB-131	1. Versorgung durch einen Intensivkrankenpflegedienst (meist bei heimbeatmeten

	<p>Kindern) widerspricht dem Palliativgedanken.</p> <p>2. Fehlen einer sog. „Elternverfügung“ (Notfallplan) mit Verzicht auf Notarzteinsatz und Reanimation.</p> <p>3. Patient mit einer für das Kindesalter typischen lebensbegrenzenden Erkrankung und einer schweren Entwicklungsretardierung hat das 18. LJ bereits überschritten.</p> <p>Zu 1. und 3.: siehe Auszüge aus dem aktuellen Konzept der Koordinationsstelle Kinderpalliativmedizin im Klinikum unserer Universität.</p> <p>Zu 2.: Die Verbindlichkeit einer Vorausverfügung von Erziehungsberechtigten für ihr Kind ist rechtlich nicht geregelt. Eine schriftliche Festlegung der Therapiewünsche im Sinne eines Notfallplanes kann immer nur am Ende eines begleitenden Prozesses stehen (shared decision making) und darf auf keinen Fall Voraussetzung für die Gewährung einer Palliativversorgung sein.</p>
--	--

Frage 6: Haben sich aus Ihrer Sicht durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben? (Bitte machen Sie dazu nur Angaben, soweit Sie die Rückwirkungen anhand konkreter Erkenntnisse auch quantifizieren können)

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
LEB-002	Patienten werden länger zu Hause von den Primärversorgern betreut. Schnellere KH-Entlassungen. Begleitungen von ambulanten Hospizdiensten vermehrt kürzer, aber intensiver.
LEB-005	Weniger KH-Einweisungen
LEB-006	Versorgung in Pflegeheimen mindert dort die KH-Einweisungen. Bessere ambulante Vernetzungs- und Kommunikationsstrukturen. Mehr Patienten können zu Hause sterben (in unserem Team ca. 72% der versorgten Patienten versterben zu Hause).
LEB-008	Vermeidung unnötiger KH-Aufenthalte (Drehtüreffekt). Vermeidung unnötiger Transporte. Vermeidung von anderen stat. Einrichtungen durch Aufbau eines tragfähigen sozialen Netzes. Vermeidung von Doppel- bzw. Mehrfachverordnungen bei Medikamenten durch nicht effektive Therapien.
LEB-009	Entlastung der Hausärzte. Verbesserung der Versorgung in Pflegeeinrichtungen. Vermeidung stationärer Aufnahme. Verkürzung des stationären Aufenthalts.
LEB-010	Qualifizierungen (Zusatzbezeichnung PA + Palliative Care) sowohl für ambulante als auch stationäre LEB → Verbesserung der palliativen Strukturbedingungen im Zuge der Etablierung des SAPV-Netzwerks.
LEB-011	Verhinderung von stationären KH-Einweisungen. Verhinderung von Wiederaufnahmen in das KH.
LEB-012	Eindeutig weniger Notfalleinweisungen. 80% der Patienten versterben im häuslichen Umfeld. Frühere Entlassungen aus der Klinik, wenn dort schon SAPV angeregt / eingeleitet wurde.
LEB-018	Verbesserte Zusammenarbeit mit haus- und fachärztlichen Strukturen. Enge Zusammenarbeit und Abstimmungen mit der rettungsdienstlichen Versorgung und der zuständigen Rettungsleitstelle. Sensibilisierung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen für die Besonderheiten bei hoch-palliativen Patienten.
LEB-019	Nicht quantifizierbar aufgrund fehlender Vergleichszahlen anderer LEB.
LEB-022	Bei ulcerierenden Krebswunden ist die chirurgische Wundbehandlung nicht abrechnungsfähig.

	Ebenso wenn der SAPV-Arzt „Chirurg“ ist und andere Abszesse behandelt. (An 2 Patienten zu belegen)
LEB-023	Behandlungspflege fällt bekanntermaßen ggf. in die SAPV bei zeitgleicher Versorgung.
LEB-028	Durch die Möglichkeit ambulanter Pleura- und Aszitespunktionen im häuslichen Umfeld durch das SAPV-Team weniger Krankentransporte und KH-Einweisungen. Weniger Einweisungen auf die Palliativstation. Verkürzung der Liegedauer von palliativmedizinisch betreuten Patienten des Klinikums.
LEB-032	Rückwirkungen auf andere Bereiche sind in diversen Bereichen direkt eruierbar. Aus Sicht der SAPV-LEB eher nur spekulativ.
LEB-037	Kooperationsmöglichkeiten mit Rettungsdiensten an der Schnittstelle „Krisenintervention“ beim Pat. im häuslichen Umfeld → Vermeidung unnötiger KH-Einweisungen. Entlastung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVen durch Übernahme von palliativen Notfallsituationen. Reibungslosere Überleitungen und raschere Entlassung aus KH durch Kooperation mit Sozialdiensten/Ärzten/Pflegenden der KH von palliativen Patienten.
LEB-041	Rückwirkungen auf andere Leistungen haben sich nach der Einführung der SAPV auf mehreren Ebenen ergeben. <u>Stationäre Ebene:</u> Krankenhausweisungen konnten durch die bessere pflegerische Versorgung deutlich minimiert werden. Von 170 Patienten, die in der SAP-Versorgung im Jahre 2011 eingeschrieben waren, benötigten 11 Patienten eine Krankenhausbehandlung. Bei zwei von diesen 11 Patienten hatte die Krankenhausbehandlung mit der SAP-Versorgung nichts zu tun. Trotzdessen, dass für SAPV-Patienten in einem Radius von ca. 40 Kilometern in 2 Hospizen 16 Hospizbetten zur Verfügung stehen, reichen diese Kapazitäten nicht immer aus. Somit kam es zu Krankenhausaufenthalten, wenn Zugehörige trotz pflegerischer Hilfeleistungen die häusliche Versorgung nicht mehr erbringen konnten. Das Palliativnetz [Name LEB] ist räumlich und personell eng mit der Onkologischen Schwerpunktpraxis verbunden. <u>Ambulante Ebene:</u> In der Onkologischen Schwerpunktpraxis gibt es seit Einführung der SAPV viel weniger Patienten, die im Notfall die Praxis kontaktieren oder von ihren Angehörigen vorbeigebracht werden. Dadurch werden sowohl die Ressourcen der Onkologischen Schwerpunktpraxis als auch die der betreuenden Hausarztpraxen durch ungeplante Notfallbehandlungen weniger in Anspruch genommen. Dieses Patienten können heute über die SAPV im häuslichen Umfeld besser versorgt werden. Mit konkreten Zahlen können wir diese Entwicklung leider nicht belegen. Die Kommunikation und die Zusammenarbeit mit Hausärzten haben sich seit Einführung der SAPV deutlich weiter entwickelt. Die Hausärzte melden sich bei häuslichen Problemen frühzeitiger bei der das Palliativnetz organisierenden Palliativmedizinerin. So kommt es vor, dass Versorgungsprobleme frühzeitig gelöst werden können, ohne dass eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung nötig wird. Bedauerlicherweise sind die personellen medizinischen Ressourcen des Palliativnetzes [Name LEB] erschöpft. Es liegen mehr Anfragen von Patienten, Zugehörigen und Hausärzten für eine SAP-Versorgung vor, als momentan zu leisten ist. Eine Rekrutierung weiterer Palliativmediziner gestaltete sich bei den vorgegebenen Rahmenbedingungen schwierig.
LEB-043	Wie nutzen die Möglichkeit selber SAPV zu verordnen sehr selten und dann nur in Abstimmung mit dem primär betreuenden Hausarzt. Hier dann: Wunsch des Hausarztes; Hausarzt im Urlaub.

LEB-044	Für viele Pflegedienste wie auch Hausärzte wird SAPV als Entlastung angesehen. Überleitung komplexer Palliativpatienten aus dem stat. Bereich vereinfacht und verbessert.
LEB-045 + LEB-046 + LEB-047	Rückgang von KH-Einweisungen: bei $\frac{2}{3}$ der Patienten nicht erforderlich. Im Schnitt bei allen Patienten ca. 1,5 Tage. Rückgang von Notarzteinsätzen. Bessere Auslastung der beteiligten ambulanten Pflege. Anstieg der Inanspruchnahme ambulanter Hospizarbeit. Zeitnahe Verbesserung mit Arznei- und Hilfsmitteln. Integration von „kassenfremden“ Leistungen (z.B. Musiktherapie)
LEB-049	Krankengymnastik (7x). Erweiterung der Pflegehilfsmittel (70x). Psychologische Betreuung (3x). Hinweis auf weitere Unterstützungsmöglichkeiten (4x). Weiterleitung an Hospizdienst (35x).
LEB-052	Pflegedienste können ihre SGB V Leistungen nicht mehr erbringen. Pflegedienste stellen ihre Versorgung ein, oder gehen nicht in die Versorgung.
LEB-053	Weniger Notarzteinsätze (2011 insges. 3), wenige KH-Einweisungen (28). Vergleichende Studie SAPV – SAPPV an der [Universität] in Arbeit, Abschluss / Veröffentlichung Mitte 2012 zu erwarten => es wurden Fachdienste im Netz befragt und ausgewertet.
LEB-054	Frühere Entlassung aus stat. Versorgung bzw. überhaupt Möglichkeit, auch Schwerstkranke aus stationärer Behandlung nach Hause zu verlegen durch a) sofortige Folgetherapie nach Entlassung b) Unterstützung Hausärzte, Angehörige, Pflegedienste c) interventionelle Therapien (Pleura- und Ascitespunktionen zur Symptomkontrolle auch im häuslichen Umfeld/Pflegeheim/Hospiz d) Sicherung in der terminalen Phase, durch sulf. Symptomkontrolle + Stützung Angehöriger in Extremsituation, Organisation von zusätzlichen Hilfen (Hospizbegleitung etc.).
LEB-056	Die Bewertungsmechanismen „komplex und Kompliziert“ sind nicht sauber im Alltag auf die Auswirkung von <u>nur-palliativ</u> oder SAPV, so dass sich hier bei unterschiedlichen Diensten unterschiedliche Sichtweisen ergeben.
LEB-059	Von den 129 Patienten in Teil-/Vollversorgung (also mit 24-h-Rufbereitschaft) mussten lediglich 28 Patienten ein KH aufsuchen (mittlere Verweildauer 5,5 Tage). 16 Patienten davon starben im KH, die anderen in ihrer vertrauten Umgebung. Bei allen 129 Patienten war zu Beginn unserer zusätzlichen Betreuung ein KH-Aufenthalt indiziert. In den [Stadt] Kliniken sterben pro Jahr etwa 1.000 Menschen. Wir haben also bei gut 10% der Sterbenden den ansonsten nötigen Klinikaufenthalt vermieden.
LEB-060	Durch SAPV werden mehr neurologisch Erkrankte – speziell ALS – betreut. Hier wird deutlich, dass die Strukturen bisher kaum ausreichen, die Patienten und Angehörigen zu stützen. Es bedarf eines erheblichen Koordinationsaufwand. Weiter Rückwirkungen zeigen sich bei der ambulanten Versorgung psychischer bzw. psychiatrischer Symptomlagen; die sich durch die schwere Erkrankung und/oder als Zusatzerkrankung zeigen. Sobald die Patienten die Fachärzte nicht mehr eigenständig aufgesucht werden können, ergeben sich Probleme in der Therapie dieser Symptomkomplexe (keine

	Hausbesuche durch Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten oder Neurologen).
LEB-061	<p>Die Zusammenarbeit und inhaltliche Ausrichtung der allgemeinen ambulanten Pflege ist für die hier Pflegekraft befriedigender, da man durch die zusätzlichen Palliative Care Pflegekräfte den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen besser gerecht werden kann (zeitlich und inhaltlich), besonders in der psychosozialen Begleitung.</p> <p>Es kommt zu Irritationen bei den niedergelassenen Hausärzten: diese sind „beleidigt“, da andere Ärzte (Palliativmediziner) den Patienten bis zum Tode begleiten. Patienten werden „weggenommen“, es ist (nicht immer) sehr schwierig, die Strukturen zu kommunizieren, dass das Palliativteam ergänzend tätig wird und der Hausarzt Hausarzt bleibt → daher große Hemmschwelle, Patienten in SAPV einzuschreiben...</p>
LEB-069	<p>KH-Einweisungen wurden vermieden z.B. durch Punktionen in der Häuslichkeit, die sonst nur unter stationären Bedingungen erfolgen würden (Aszitespunktion z.B.)</p> <p>Medikamentengaben in der Häuslichkeit (z.B. Kursinfusionen, wofür Patienten sonst zum Onkologen oder Facharzt transportiert werden müssen)</p>
LEB-072	Deutliche Beschleunigung in der Bearbeitung der Anträge zur Pflegestufe.
LEB-074	<p>Optimierung der benötigten (passendsten) Versorgungsform (Häuslichkeit – Palliativ-Station – Hospiz), ggf. frühere KH-Entlassung.</p> <p>Engmaschige, zeitnahe Einbindung HomeCare (HiMi: Pflegebett, Matratzen, O₂-Konzentration) – kurze Anlieferzeiten, meist am Tag der Verordnung (Symptomlinderung, Verbesserung der Lebensqualität Patient und Familie).</p> <p>Vernetzte enge und interdisziplinäre und interkollegiale Zusammenarbeit (Austausch, Rückfragen, Empfehlungen) zwischen Hausärzten, Fachärzten, Kliniken, Regelversorgern (Amb. PD, Kirche, KK, San. Haus).</p> <p>Wirtschaftlichkeit in der gesamten Versorgung unter SAPV durch die spezielle und individuelle bedürfnisorientierte Versorgung und Begleitung des Patienten.</p>
LEB-075	<p>Auf ambulanten pflegerischen und medizinischen Bereich.</p> <p>Mehr Sicherheit für den Patienten und Angehörigen.</p> <p>Krisensituationen verringern sich.</p> <p>Die gemachten Erfahrungen gelten auch für den Bereich Kurzzeitpflege sowie vollstationäre Pflege. Im Bereich der vollstationären Pflege gibt es jedoch vom Pflegepersonal wie von Leitung und Trägerseite große Vorbehalte.</p>
LEB-078	<p>SAPV bietet die Möglichkeit, rechtzeitig Betroffene ggf. für das stat. Hospiz anzumelden, bevor die häusliche Versorgung zusammenbricht und es durch Überlastung des familiären Netzwerkes zu akuten KH-Einweisungen kommt.</p> <p>Die Zusammenarbeit, bzw. die Akzeptanz der Hausärzte ist deutlich besser geworden → es entsteht ein Gesamtverständnis für Palliativversorgung als Prozess und Netzwerk und nicht als punktuelle Intervention.</p> <p>Ambulante Hospizdienste haben ein erweitertes Betätigungsfeld und sind höher ausgelastet.</p>
LEB-080 (und LEB-017)	<p>Krankenhauseinweisungen wurden vermieden/ erfolgten nicht.</p> <p>Transporte zu Punktionen/Untersuchungen.</p> <p>Noteinsätze.</p>
LEB-081	<p>Weniger KH-Einweisungen.</p> <p>Engere Vernetzung mit Hausärzten und Pflegediensten.</p>

	Häufigere Inanspruchnahme eines Hospizdienstes.
LEB-082	<p>Patienten konnten bei guter Zusammenarbeit aller Netzwerkpartner zu Hause eine optimale Versorgung erfahren, stationäre Aufnahme konnte bei 40 Patienten (von 46) dadurch verhindert werden.</p> <p>Hausärzte bekommen durch die hinzugezogenen Palliativmediziner fachkompetente Beratung und bleiben trotzdem als HA tätig (Budget- und Arbeitsentlastung).</p> <p>Pflegedienste, als Teil des Netzwerkes, fühlen sich eher in der Lage Krisensituationen zu Hause zu bewältigen, da kompetente Ansprechpartner rund um die Uhr zur Verfügung stehen (Koordination, Palliativmed.).</p> <p>Schnellere und unkompliziertere Versorgung mit Hilfsmitteln über die Sanitätshäuser.</p>
LEB-083	<p>Nicht messbar / nicht gemessen.</p> <p>Subjektiv positive Veränderungen wie z.B. reduzierte KH-Aufenthalte und negative</p> <p>Von 3 Verordnungen für sozial-medizinische Nachsorge wurden 3 abgelehnt als SAPPV durch sozial-medizinische Nachsorge integriert</p>
LEB-085	Angesichts der Leistungsstruktur und daraus resultierender mangelnder Kostendeckung wird von einigen Leistungserbringern im SAPV-Netzwerk-Pflege [Bundesland] geschildert, dass SAPV nicht beauftragt wird, wenn durch die Behandlungspflege nach §137 Abs. 2 SGB V eine hinreichende Kostendeckung erreicht werden kann. Die Leistung wird dann von nicht qualifizierten Palliativ Care Pflegekräften außerhalb der SAPV erbracht.
LEB-086	Rückgang der KH-Einweisungen um mindestens 50% in der letzten Lebensphase.
LEB-089	<p>Weniger KH-Aufenthalte am Lebensende.</p> <p>Weniger Notarzteinsätze bei Palliativpatienten.</p> <p>Besserer Schmerztherapie-Anteil der Patienten (SAPV) mit Opiaten deutlich höher als Palliative Patienten in reiner hausärztlicher Betreuung.</p> <p>Hilfsmittelversorgung optimiert (schneller bedarfsorientierter beim Hausbesuch).</p> <p>Bessere psychosoziale Betreuung von Angehörigen, Entwicklung von Bewältigungs-strategien, dadurch längerer Verbleib des Patienten in der Häuslichkeit möglich und Prävention von komplexerer Trauer.</p>
LEB-090	<p>Mehr Begleitungen im Hospizdienst, aber eine massive Zunahme der kurzen Begleitung bei den Hospizdiensten.</p> <p>Bei den Versorgungen im Kindesalter wäre ohne Unterstützung durch SAPV eine Überführung in die häusliche Umgebung ausnahmslos nicht möglich gewesen.</p>
LEB-093	Wenn wir davon ausgehen, dass der überwiegende Teil der Tumorpatienten und Schwerkranken im KH versterben, so zeigt die Auswertung des [Name des LEB], dass zur Chemotherapie und Symptomstabilisierung lediglich 19,4% mit durchschnittlich 8,24 Kliniktagen eingewiesen werden. Von diesen versterben nur 32% im KH, d.h. lediglich 6,2% aller SAPV-Patienten versterben im KH.
LEB-094	Die Quote von stationären Einweisungen und Behandlungstagen konnte deutlich reduziert werden
LEB-097	<p>Pflegedienste mit palliativen Fachkräften → Versorgung d. SAPV-Patienten mit parenteraler Ernährung, Schmerzpumpen.</p> <p>Amb. Hospizdienste → Begleitung der SAPV-Patienten und Angehörigen. Palliat. Fachärzte als zusätzliche ärztl. Versorgung d. SAPV-Patienten.</p>
LEB-099	KH-Einweisung an den letzten Lebenstagen häufig nicht mehr notwendig.

	Aufwändige, anspruchsvolle Schmerztherapie durch SAPV zu Hause möglich.
LEB-102	Stationärer Aufenthalt in Kliniken: - zeitnahe Entlassungen wurden ermöglicht; - Wiederaufnahmen konnten vermieden werden.
LEB-103	Insgesamt höherer Bedarf an palliativer Betreuung auf Grund eines höheren Qualitätsbewusstseins und höherer Aufklärung.
LEB-104	Weniger KH-Einweisungen. Hausärzte müssen weniger teure Medikamente verordnen. Es werden mehr Opiate verordnet. Mehr Patienten werden mit Pflegehilfsmitteln versorgt (sonst dauerte Bewilligung oft so lang, dass Patient vor Lieferung verstorben war). Mehr Patienten sterben zu Hause → weniger Einsätze für ärztl. Notdienst.
LEB-105	Deutlich geringere Aufnahmen und Liegezeiten in KH.
LEB-107	Rückgang stationärer terminaler Re-Hospitalisierung (< 5%).
LEB-112	Vermeidung bzw. Reduktion von KH-Aufhalten im SAPV-kollektiv. Mehr als 70% sterben in der gewohnten Umgebung, weniger als 30% werden ins KH eingewiesen. Vermeidung bzw. Reduktion von Notarzteinsätzen.
LEB-113	Im Rahmen einer Krisenintervention z.B. bei starken Schmerzen, erfolgen oft Injektionen, die sonst dem SGB IV zugeordnet wären. Komplexe Wundbehandlungen (Tu-Durchbruch) sind ebenfalls Leistungen, die von der SAPV geleistet werden, weil sie durch die Leistung Verbandwechsel des SGB IV weder zeitlich noch fachlich abgedeckt werden.
LEB-118	Vermeidung stat. Krankenhauseinweisung in einem sehr hohen Prozentsatz der Fälle durch intensive Therapie zu Hause (Einsatz von Medikamentenpumpen, Betreuung und Versorgung von Dauerdrainagen in Pleura und Abdomen) durch das PET.
LEB-119	Das Ziel, Krankenhauseinweisungen am Lebensende zu vermeiden und ein Versterben in gewohnter Umgebung, d.h. zuhause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung, zu ermöglichen, wurde in ca. 70% der betreuten Patienten erreicht (s. Grafik). Die Qualitätsverbesserungen in der allgemeinen Palliativversorgung, die sich durch die Arbeit der spezialisierten Palliativteams ergeben, sind offensichtlich, lassen sich jedoch in ihrem Ausmaß nicht genau quantifizieren.

Zeitraum April bis Dezember 2011:

Stabilisiert (SAPV → AAPV)	5	6,6 %	
Aktuell in Betreuung	12	15,8 %	
Verstorben	59	77,6 %	100 %
zu Hause	40		67,80 %
im Heim	2		3,39 %
im Krankenhaus	3		5,08 %
im Hospiz	1		1,70 %
auf Palliativ-Station	13		22,03 %
Betreuungszeitraum (Tage)	1 - 205		
Mediane Betreuungsdauer	12,18		

LEB-121	<p>Deutliche Entlastung der niedergelassenen Ärzte.</p> <p>Entlastung und Stützung der ambulanten und stationären Pflege.</p>
LEB-122	<p>Auslagerung von EBM-Kassenleistung in SAPV. Etwa 10% der Honorare der Arztpraxis sind entfallen.</p> <p>Personal der Arztpraxis musste ausgetauscht werden bzw. Zusatzarbeiten SAPV erledigen, Überstunden fallen an, Mehrkosten 500€ monatlich.</p> <p>Durch wöchentliche Fallbesprechungen fallen 6 Arztstunden(unbezahlte) an.</p> <p>Rufdienste der angestellten Praxisärztin werden z.T. in Freizeit vergolten bzw. bezahlt. Rufdienste werden nur bei Einsätzen bei Patienten vergütet, so entfallen Arbeitszeiten (mit entgangenen Einnahmen) aus der Praxis.</p>
LEB-124	<p>Einfluss auf die Verweildauer in Hospizen.</p> <p>Einfluss auf die Wiedereinweisung von SAPV-Patienten in Krankenhäuser > hat sich reduziert.</p>
LEB-126	<p>Durch die enge Zusammenarbeit mit dem ambulanten Hospizdienst sind die Anfragen für eine ehrenamtliche Begleitung in den Familien deutlich gestiegen.</p>
LEB-129	<p>Im stationären Hospiz, das wie palliativmedizinisch betreuen, sind durch das Angebot der SAPV mehr schwerstkranke Patienten aufgenommen worden und die durchschnittliche Verweildauer ist kürzer.</p>
LEB-131	<p>Immer wieder werden andere Leistungen insbesondere die Häusliche Krankenpflege gegen die SAPV „aufgerechnet“. Dies führt zu erheblichen Ängsten und Verunsicherung der Betroffenen, und verhindert, dass die ambulante Palliativversorgung in Anspruch genommen wird. Offensichtlich herrscht noch bei vielen Kostenträgern Unklarheit darüber, dass die SAPV eine Leistung ist, die die übrigen Leistungen der häuslichen Versorgung ergänzt, nicht ersetzt. Insbesondere bei Kindern mit hochintensivem Pflegebedarf könnte die pflegerische Versorgung schon allein aus Kapazitätsgründen nicht durch die kleinen SAPV-Teams bei einem riesigen Versorgungsgebiet von bis zu 500km Radius geleistet werden.</p>

Frage 7: Sind aus Ihrer Sicht die Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend konkretisiert?

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

Identif.	Text
LEB-001	Es muss eine eigene RL erstellt werden.
LEB-003	Zusammenarbeit mit dem sich in Gründung befindlichen Kinderpalliativteam, keine Kinder in Betreuung durch unser Team, sondern Weiterleitung an dieses Team. Regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkel zur Kinder-SAPV durch uns. Keine eigene Auseinandersetzung mit der Fragestellung.
LEB-008	Formulierung von „besondere Belange“ ist nicht ausreichend. Konkreter XXX von gültigen Verträgen kann abgewichen werden, z.B. Beschränken auf 3 pflegerische Besuche pro Tag, hier → Einzelfallentscheidungen müssen möglich sein, ggf. Erweiterung auf junge Erwachsene.
LEB-009	In der RL gibt es keine Hinweise auf besondere Behandlung / Abrechnung für die Begleitung von Kindern. Zeitlicher + personeller Aufwand deutlich höher → muss dringend in pauschalisierten Kosten berücksichtigt werden. Personelle Voraussetzungen. Familiengesundheitspflege + Kinder-Intensivpflegeausbildung muss gegeben sein (Weiterbildung).
LEB-010	Die besonderen Belange der SAPPV werden nicht schlüssig herausgestellt. Gesonderte SAPPV Inklusionsparameter nicht erläutert.
LEB-011	Nähere Beschreibung zur Umsetzung, Bedarf, Qualifikation, psychosoz. Aspekte. Bedarfsanalyse.
LEB-012	Was sind die „besonderen Belange“. Wie kann langfristige Betreuung gewährleistet werden.
LEB-020	Der Anspruch von privatversicherten Patienten auf SAPV sollte verbindlich geregelt werden, und einheitlich.
LEB-025	Der Aufwand für Kinder u. Jugendliche kann nicht mit dem Aufwand von Erwachsenen gleichgesetzt werden. Kinder sind noch zeitintensiver, benötigen vermehrte Hilfe und andere Medikamente.
LEB-032	SAPPV wird dringend zu konkretisieren und regeln sein, denn Kinder sind keine Erwachsenen. Geringere Fallzahlen, andere Einzugsgebiete, Expertenwissen der Kinderhospize und Kinderpalliativdienste einbeziehen!
LEB-034	In [Bundesland] gibt es keine Kinderpalliativstation mit entsprechender Kooperation des SAPV; es besteht ein Nachholbedarf gerade seitens des Universitätsklinikums [Stadt]. Weiterhin sollte eine Koordinations- und Ansprechstation für die Optimierung der Schmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen in [Bundesland] eingerichtet werden.
LEB-035	Was sind die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen? Zumindest orientierende

	<p>Angaben.</p> <p>Warum Kinder und Jugendliche? Hervorhebung aus palliativethischen Gesichtspunkten durch <u>nichts</u> gerechtfertigt.</p>
LEB-037	<p>Genauere Abgrenzung der SAPV gegenüber der AAPV.</p> <p>Sofern eine funktionierende SAPV-Struktur existiert, Verträge mit gesetzlichen KK d. jeweiligen Bundeslandes existieren, sollten KK anderer Bundesländer nicht die Möglichkeit haben, eine SAPV abzulehnen.</p> <p>Konkrete Definition von „additiv unterstützender Teilversorgung“ und „vollständige Versorgung“.</p> <p>Eine Prüfung der Leistungsansprüche durch die KK sollte nur in begründeten Einzelfällen erfolgen und nicht nur Aktenlage durch den MDK begutachtet werden.</p>
LEB-038	<p>Neben den „besonderen Belangen von Kindern“ an sich, müssen auch konkrete Aussagen über das Versorgungsgebiet bzw. zu versorgende Einwohnerzahl konkretisiert werden.</p>
LEB-043	<p>Aus unserer Sicht bedarf die Betreuung von Kindern und Jugendlichen speziell ausgebildete Teams. Dies sollte aus unserer Sicht in der RL konkretisiert und extra gefördert werden.</p>
LEB-045 + LEB-046 + LEB-047	<p>Bei Kindern muss neben dem komplexen Symptmgeschehen auch die komplexe Problemlage (Existenzkrise, Belastungssituation der Eltern, ethisches Dilemma) mehr berücksichtigt werden, zumal es jenseits von SAPV für Kinder kaum oder keine „AAPV“ für Kinder gibt. (Organisationskreis in der Versorgung)</p> <p>Durch die sehr hohen SAPV-Anforderungen (Krankheit, Stadium) gibt es nur geringe Fallzahlen. Damit keine wirtschaftliche Gestaltung der Versorgung möglich → SAPV-Anforderungen verhindern Umsetzung des SAPV-Anspruchs bei denen, die SAPV brauchen.</p> <p>Sektorenübergreifende SAPV für Kinder als generelle Strukturanforderung aufgrund der Notwendigkeit, bereits im KH auf KH-Vermeidung hinwirken zu können.</p>
LEB-048	<p>Wirtschaftliche und zeitliche Probleme im Pflegebereich.</p> <p>Bei Behandlungspflege IV werden bei 3 Einsätzen/Tag/Woche € 249,48 vergütet.</p> <p>Bei SAPV entfällt diese, und es werden € 250,- vergütet.</p> <p>Bei finanzieller Belastung von ca. € 4.000,- (nicht zu hoch gerechnet) heißt das für die HKP rechnet sich die Ausbildung erst in <u>7692 Wochen!</u></p>
LEB-052	<p>Eine Palliativsituation in der pädiatrischen Versorgung unterscheidet sich von der Erwachsenenmedizin. Langjähriger Patienten- und Familienbezug ist fast immer gegeben, chronische Verläufe die Regel, um so wichtiger ist die Kontinuität der Versorgung, frühzeitige Anbindung an palliativmedizinische Versorgungssysteme notwendig, daher Konkretisierung der Richtlinien und Ausweitung der palliativmedizinischen Definition in der Versorgung von Kindern.</p>
LEB-058	<p>Keine klare Formulierung in der GBA-Richtlinie für Kinder.</p>
LEB-061	<p>Unterschied SAPV und SAPPV.</p> <p>Wann können Kinder durch SAPV begleitet werden (Krisensituation/-intervention auch bei länger prognostizierten Lebenserwartungen...), heißt Krisenintervention auch, wenn die <u>Eltern</u> überlastet sind psychosoziale Unterstützung / Gespräche benötigen?</p> <p>Wer kann SAPV für Kinder / Eltern erbringen?</p> <p>→ Palliative Care Fachkraft (Gesundheits- u. <u>Kinderkrankenpflege</u>)</p> <p>→ Palliativmediziner = Pädiater?...</p>
LEB-067	<p>Die komplexe Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist nicht abgebildet. Die Beschreibung „intermittierende Versorgung“ bei längeren Verläufen muss konkretisiert werden. Eine</p>

	<p>spezialisierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollte von speziellen Teams, welche Erfahrungen und Qualifikationen in dem „Kinderbereich“ haben, durchgeführt werden.</p>
LEB-074	<p>SAPV bei Kindern sollte nicht mit „den Besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“ abgehandelt werden. Kinder werden in der Regelversorgung von speziell ausgebildeten Kinderärzten und Kinderkrankenschwestern versorgt. Sie haben völlig andere Dosierungen, Medikamente, HiMi-Ansprüche und Bedarfe. Dieses können nur spezielle SAPV-Kinderteams qualitativ hochwertig leisten!</p>
LEB-080 (und LEB-017)	<p>Mit Kindern noch zu wenig Erfahrung. Konkreter könnten die Leistungsbeschreibungen bei Kindern bezüglich er Angehörigen, Eltern und Geschwister sein. Auch der Satz „die besonderen Belange von Kindern sind zu berücksichtigen“...dies deutlicher ausformulieren, so kann es jede Kasse anders auslegen.</p>
LEB-083	<p>Die Richtlinien sollten hinsichtlich pädiatrischer Patienten überarbeitet werden! Die Krankheitsverläufe sind häufig wellenförmig und erstrecken sich über Jahre. Die Erkrankungen sind sehr selten und häufig unbekannt. Die Strukturen für Kinder müssen meist noch geschaffen werden und sind häufig schwach – die Netzwerkarbeit muss intensiv durchgeführt werden. Die Finanzierung ist schwieriger, da es weniger Fallzahlen und höhere Entfernungen sind. Außerdem wird das System Familie betreut.</p>
LEB-090	<p>Die allgemeine Formulierung „den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“ sowie die Ausführungen des § 3 Abs 3, Satz 2 der RL bilden die notwendige Konkretisierung zur Berücksichtigung eben dieser besonderen Belange nicht ab. Daher entstehen hier derart unkonkrete Deutungsräume, dass eine einheitliche Sprachregelung zwischen Kostenträgern einerseits und Leistungserbringern andererseits derzeit in der semantischen Unkonkretheit verweilt und verbindliche Regelungen verhindert. Der hier bewusst oder unbewusst (?) eingeräumte Gestaltungsspielraum führt zu einer Unterversorgung von Kindern. Die notwendige Schaffung von für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen geeigneten Strukturen zur bedarfsgerechten Versorgung wird von den Kostenträgern bisher überwiegend nicht unterstützt, da ein Einvernehmen über die Erfordernisse zur Berücksichtigung der besonderen Belange der Kinder nicht zu erzielen ist.</p> <p>Die besonderen Belange von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters erfordern eine entsprechende fachliche Expertise sowohl im ärztlichen als auch im Pflegebereich. Dies begründet sich in der notwendigen Vertrautheit mit den spezifischen Krankheitsbildern im Kindes- und Jugendalter, den spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen im Umgang mit den unterschiedlichen Altersstufen, der besonderen Psychodynamik im Kindesalter und der erforderlichen Fertigkeiten und Expertise in der Eltern- und Familienbetreuung. Andererseits bedarf es auch besonderer Fertigkeiten und der Vertrautheit mit altersspezifischer Ausstattung und Medikation, die in der SAPV für Erwachsene nicht oder nicht in dieser Weise angewendet werden (z. B. Hickman-Katheter, kleinlumige Magensonden, Shuntventile, differenzierte antikonvulsive Medikation, u.a.).</p> <p>Weiterhin sind die Ziele der SAPV zum häuslichen Verbleib nur mit einem qualifiziert systemischen Interventionsansatz zu erreichen, da die notwendige Umfeldunterstützung (Eltern, Geschwister, Helfer der Regelversorgung) ungleich aufwändiger und für die Zielerreichung essentieller ist als bei Erwachsenen. Ohne spezialisiert qualifizierte Kompetenz im Rahmen der Komplextherapie (hier nicht: subsidäre Leistungsübernahme durch Ärzte und Pflegenden über Professionsgrenzen hinweg) kann die notwendige Umfeldstabilisierung ohne einschlägig geschulte und erfahrene Psychologen und Sozialarbeiter regelhaft nicht erreicht werden.</p> <p>Hier ergibt sich eine Dilemma-Situation: Einbindung spezialisierter Sozialarbeiter und Psychologen für die Betreuung von Kind und Familie und auch über den Tod hinaus ist zwar dringend erforderlich, wird aber bisher von den Krankenkassen als nicht systemkonform oder zumindest aus</p>

Mitteln des SGB V nicht finanzierbar betrachtet. Der Zugriff auf andere Kostenträger für ein derartiges spezialisiertes aufsuchendes System ist bisher auch an anderer Stelle nicht geregelt. Wie sollen die Leistungserbringer den notwendigen Interventionsumfang verfügbar machen, wenn wesentliche Anteile einer angemessenen Versorgung im ambulanten Umfeld bisher nicht finanziert werden?

Eine weitere Besonderheit des Kindes- und Jugendalters besteht in der niedrigen Prävalenz von sterbenden Kindern, dadurch sind einerseits Strukturen der allgemeinen Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche regelhaft weder im ambulanten noch stationären Sektor vorhanden. (§4 Satz 1). Daraus ergibt sich eine niedrigere Indikationsschwelle für SAPV in diesen Altersgruppen. Zum anderen bedingt die niedrige Prävalenz ein größeres Einzugsgebiet (z.B. max. 80-100 km Radius) für die Leistungserbringung im Sinne wirtschaftlich darstellbarer Strukturen.

Darüber hinaus ist die im Vergleich zu Erwachsenen oft langfristige Versorgung von Kindern in palliativen Lebenssituationen in der Richtlinie derzeit nur mit dem Stichwort der Krisenintervention abgebildet. Bedarfsgerechter langfristiger Versorgungs- oder Interventionsbedarf dieser Kinder und der betroffenen Familien sowohl in psychosozialen als auch pflegerisch-medizinischen Belangen wird auf der Grundlage der aktuellen Fassung der Richtlinie von Seiten der Kostenträger nicht als Bestandteil der SAPV gesehen.

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

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

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

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

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

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

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

Erläuterungen:

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

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

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

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

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

unterstreicht den Versorgungsbedarf als zentrales Zugangskriterium und lässt auch hier die Zulässigkeit einer Einschränkung über die Zielsetzung des Patienten nicht erkennen.

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

Die derzeitige Formulierung des §1 der RL: „Die 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. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.“ Führt in Kombination mit der Formulierung des §4: „Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen.“ Zu den nachfolgend beschriebenen Problemen:

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

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

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

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

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

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

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

Die Bedeutung des §1 der RL mit der Beschreibung der Ziele der SAPV als Bestandteil der

	<p>gewählten Form der Abgrenzung der Leistung in Kombination mit §4 wird unterstrichen, indem es heißt: „Danach besteht Bedarf nach besonders aufwändiger Versorgung immer (und nur) dann, wenn die anderweitigen Versorgungsstrukturen gerade nicht ausreichen, um die in § 1 Abs. 1 formulierten Ziele der Palliativversorgung (menschenwürdiges Leben <u>bis zum Tod</u> in der vertrauten Umgebung, optimierte Symptomkontrolle, etc.) zu erreichen.“ Die Formulierung „bis zum Tod“ ist erkennbar bewusst gewählt, stellt aber, wie oben dargestellt, eine nicht notwendige, möglicherweise unzulässige und für Kinder und Jugendliche nicht zumutbare Eingrenzung der Anspruchsberechtigten dar.</p> <p>Die derzeitige Formulierung der Richtlinie wird aber von KK und MDK in der o.g. Weise verstanden und führt zu einer <u>richtlinien- aber nicht gesetzeskonformen</u> Verweigerung von bedarfsgerechten Leistungen bei hoher Symptomlast sofern nicht eine vorherige Entscheidung zur ausschließlichen Palliation gefällt wurde.</p>
LEB-113	SAPV für Kinder findet in [Bundesland] durch 5 Teams statt, ländlicher Bereich ist aufgrund fehlender Infrastruktur völlig unterversorgt (z.B. nächstes SAPPV-Team 130 km entfernt).
LEB-118	<p>Die SAPV-Richtlinie ist zu wenig konkret. Es muss ausgeführt werden, in welcher Weise, die Bedürfnisse von Kindern berücksichtigt werden sollen.</p> <p>Spezifika der palliativen Kinderversorgung ist die geringe Patientenzahl und die Verteilung der Patienten in der Fläche. Schon aufgrund der langen Wege entstehen höhere Kosten. Kinderversorgung ist intensiver als Erwachsenenversorgung. Sie ist zeitaufwändiger, weil oft lange Gespräche mit den Eltern geführt werden müssen. Die Kosten für die palliative Versorgung eines Kindes liegen daher um ein Vielfaches höher als bei einem Erwachsenen.</p> <p>Invasive Maßnahmen bei einem Kind wird man weniger gern im häuslichen Setting durchführen, weswegen häufiger Krankenhäuser aufgesucht werden. Die Wege dorthin sind allerdings oft länger als die Wege zu Erwachsenenkliniken. Aus diesen Fakten ergibt sich, dass SAPPV anders organisiert werden muss als Erwachsenen-SAPV.</p>
LEB-122	<p>Der psychosoziale Beratungsbedarf ist nicht definiert.</p> <p>Die Zusammenarbeit mit Pädiatern/Innen, Kliniken ist eine vorausgesetzte „Bringschuld“ der PCTs, die aufwendig und wegen der Schnittstellenproblematik fast nicht zu bewältigen ist.</p> <p>Rufdienste werden nicht bezahlt, es gibt hohe Vorlaufkosten, Organisationsentwicklung, Organisationsaufwand (Sach- und Personalkosten) sind vom PCT-Träger zu stellen.</p>
LEB-124	Es gibt weiterhin SAPV-Teams ohne Kassenverträge.
LEB-126	Die SAPV Richtlinie für die Besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen sind zu allgemein gehalten.
LEB-127	Umfang und Struktur der geforderten und obligaten Begleitversorgung sind nicht konkret genug beschrieben. Die psychologische und sozialpädagogische Mitversorgung sollte eindeutiger Teil der palliativmedizinischen Versorgung sein, da eine kinderhospizliche Betreuung nicht in allen Fällen erforderlich oder möglich ist. Dies gilt umso mehr, als die psychologische und sozialpädagogische Mitversorgung dieser Patienten als Regelleistung von den Kassen explizit abgelehnt wird.
LEB-128	<p>Bundesweiter Versorgungsvertrag wäre wünschenswert um länderübergreifend zu.</p> <p>Rufbereitschaft (Kosten monatl. ~4900€) sind nicht in die KK Pauschalen einrechenbar – wird aber bindend in Verträgen verlangt.</p> <p>Fallzahlen zu gering – daher bei aufwändiger Versorgung (Kinder) kaum Kostendeckung</p>
LEB-129	Da wir bislang nur ein Kind betreut haben (2010), kann ich dazu keine Beurteilung abgeben. In diesem Falle fiel nur auf, dass trotz absolut gegebener Indikation zur SAPV (Leber- und

	Nierenversagen, absolutes (?) Kurzdarmsyndrom), die auch dokumentiert war, von der KK der med. Dienst eingeschaltet wurde.
LEB-131	Viele Kinder mit lebensbegrenzenden Erkrankungen haben z.T. jahrelang schwere Krankheitsverläufe mit rezidivierenden Krisen. Gerade bei schweren angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder neurodegenerativen Erkrankungen ist der individuelle Verlauf und die Lebensdauer schwer einschätzbar. In Krisen sind die Familien hoch belastet, insbesondere wenn die Kinder unter starken Symptomen leiden und eine sehr aufwändige Pflege bis hin zur Heimbeatmung brauchen. Für diese Kinder sollte eine SAPPV in solchen Krisensituationen auch wiederholt intermittierend möglich sein.

Frage 8: Gibt es darüber hinaus Erkenntnisse, die aus Ihrer Sicht Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie ergeben?

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
LEB-002	Anerkennung regionaler Verträge bundesweit muss geklärt sein. Keine Verschiebung von Leistungen und deren Vergütung der häuslichen Krankenpflege und der hausärztlichen Versorgung in die SAPV.
LEB-003	Kostenübernahmeprobleme bei Patienten mit KK anderer Bundesländer. Definitions- und Auslegungsprobleme der Inhalte von SAPV (Beratung, Koordination, Teil- und Vollversorgung). § 4 fehlt die Nennung des sonstigen komplexen Symptomgeschehens. Anspruchsvoraussetzungen fehlt die Erwähnung der Möglichkeit der Leistungserbringung im Hospiz.
LEB-006	Personelle Anforderungen, es muss mehr Spielraum geben neue Mitarbeiter in der SAPV einzuarbeiten und somit einstellen zu können. BtmVG muss dringend für SAPV unbürokratischer geändert werden. Teil- und Vollversorgung muss entweder besser definiert werden oder zusammengefasst werden. Zu 3.2: Erst mal muss die AAPV geregelt werden, bevor an sie verwiesen wird; in [Bundes-land] gibt es keine Möglichkeiten die AAPV adäquat zu erbringen. Zu 3.4: Hier könnte man einfügen im Rahmen des neuen Versorgungsstrukturgesetzes, dass auch Palliativfachpfleger Hilfsmittel verordnen dürfen.
LEB-007	Klarstellung der SAPV bei Demenz.
LEB-008	Qualitätskontrolle der Anbieter (LEB). Schulung des MDK's bzw. deren Mitarbeiter in Bezug auf Anspruch d. Versicherten bei zu erwartender Lebensdauer, intermittierende Versorgung. Qualität der LEB. Regelungen zur Kontrolle der LEB durch den MDK (gleiche Voraussetzungen für Alle). Einfügen: laufende Therapien wie z.B. Chemo, Dialyse, PEG sind kein Ausschlusskriterium für den Anspruch auf Leistungen der SAPV. Hinweis: Viele Patienten beenden diese Therapien (und die damit verbundenen Hoffnungen) erst im Laufe der SAPV-Betreuung (nicht selten kurz vor dem Tod).
LEB-009	Gesicherte Kostenübernahme für Privatpatienten!
LEB-010	Trennschärfe zwischen AAPV und SAPV ist vorzunehmen.
LEB-011	Klärung des SAPV-Anspruches bei nicht-onkologischen Patienten. Besonderer Bedarf von Patienten mit einer Demenzerkrankung.
LEB-012	Verordnungsmanagement, d.h. enge Fristen und Verantwortung der SAPV-Teams bei ungenügenden hausärztlichen Verordnungen. Deutlichere Einforderung der Multiprofessionalität, d.h. nicht nur ärztliche und pflegerische Mitarbeiter/innen im PCT, die auch im Versorgungsalltag nachprüfbar ist!
LEB-018	Ziel muss sein, bei der Vergütung des Standort des versorgenden Teams und die die

	entsprechenden Verträge zugrunde zu legen.
LEB-019	<p>Die SAPV erfolgt in der Leistungstiefe bzw. im Umfang immer in Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten, Pflegediensten und weiteren LEB der Regelversorgung. Somit erfolgt sie „immer“ additiv bis zur Vollversorgung bei Bedarf (Kriseninterventionsbedarf). Kein PCT wird die ärztlichen oder pflegerisch notwendigen Maßnahmen unterlassen, die in Krisen-situationen notwendig sind, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu gewähren, nur weil keine entsprechende Verordnung zur Vollversorgung vorliegt. Deshalb sind die „Koordi-nation“ als konstitutiver Bestandteil der SAPV zu bewerten und die additive Teilversorgung bzw. vollständige Versorgung in ihrer Differenzierung der Leistungsinhalte nahezu marginal. Dies sollte sich, entsprechend dem [Bundesland] Vertragsmodell, auch in anderen Bundesländern in der Vergütung darlegen.</p> <p>Eine ausgeprägte Überforderungssymptomatik des versorgenden Umfeldes sollte in die Symptomkomplexe aufgenommen werden, da nicht nur der sterbende, sondern auch die Angehörigen Empfänger von Palliative Care sind.</p>
LEB-020	Der Anspruch von privatversicherten Patienten auf SAPV sollte verbindlich und einheitlich geregelt werden.
LEB-022	SAPV für nicht-onkologische Krankheitsbilder wird benötigt; ist aus der Richtlinie nicht zu entnehmen.
LEB-024	<p>Erstausstellung der Verordnung SAPV bisher nur vom KH für 7 Tage oder Palliativmediziner möglich → wünschenswert Erstausstellung auch Hausarztpraxis.</p> <p>Praxen teilweise zu wenig oder gar nicht über SAPV informiert.</p>
LEB-025	<p>Demenzkranken werden nicht genügend berücksichtigt.</p> <p>Ebenso Patienten in Pflegeheimen oder zu Hause mit Heimbeatmung oder 24 Std. Intensivpflegedienst.</p>
LEB-026	§ 8: Die Formulierung führt dazu, dass Verordnungen teilweise grundsätzlich abgelehnt werden, wenn sie später eingereicht werden; es sollte festgelegt werden, dass bei verspäteter Einreichung die Kosten erst ab Eingangsdatum übernommen werden. Aufgrund des Postwegs von Verordnungen vom Hausarzt zum SAPV-Team wäre ohnehin eine Verlängerung der Frist wünschenswert.
LEB-032	<p>Klare und konkrete Anforderungen an LEB formulieren! PCT mit festen MitarbeiterInnen (ärztl./pfl.) als Grundvoraussetzung festschreiben.</p> <p>Finanzierung demzufolge anpassen.</p> <p>Vertragspluralismus (in einem Bundesland mehrere unterschiedliche SAPV-Verträge) dringend beenden!</p>
LEB-034	<p>Anstreben einer bundeseinheitlichen Honorierung der Leistung im Rahmen der SAPV-Versorgung.</p> <p>Bessere Vergütung in ländlichen Versorgungsgebieten gegenüber Ballungszentren.</p> <p>Überprüfung der Qualität der einzelnen SAPV-Teams alle 5 Jahre.</p> <p>Aufbau einer AAPV für die Palliativversorgung.</p> <p>Einbindung der KVen in die Palliativbasisstrukturen.</p> <p>Einführung eines Qualitätsmanagements der SAPV-Teams.</p> <p>Erfassung des Behandlungsdaten der einzelnen Netze zur Verbesserung der Versorgungssituation per EDV.</p>

LEB-036	<p>Aus Sicht der „Landesversorgung“ erscheint es nötig die personelle Besetzung zu sichern:</p> <p>a) Übergangsbestimmungen bei Vertragsabschluss neuer Teams dringend erforderlich (z.B. 18 Monate)</p> <p>b) Klarstellung des Gleichstellung 2- und 3-Jähriger Altenpflegerausbildung</p> <p>c) Umformulierung von 5.3. 3. Anstrich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 Jahre Erfahrung in Betreuung von Palliativpatienten, muss nicht schwerpunktmäßig sein - Konkretisierung der „spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung“ → es sollte auch erwähnt werden, dass das eine ambulant tätige Einrichtung sein kann; Hospitation (1 Monat?) im stationären Bereich sinnvoll <p>d) Verankerung der Finanzierung des geforderten Personals zu gültigen Tarifen</p> <p>e) Festschreiben eines orientierenden Personalschlüssels zur Einwohnerzahl</p>
LEB-038	<p><u>Unter 3.1:</u></p> <p>Bisher: Die Krankenkasse übernimmt erbrachte Leistungen wenn die Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird</p> <p>Problem: Das Muster 63 erhalten wir leider häufig erst beim Erstbesuch. Wenn der verordnende Arzt dieses Muster bereits Tage vorher ausgestellt hat, kann die Drei-Tages-Frist bereits vorbei sein.</p> <p>Lösung: Die Krankenkasse übernimmt erbrachte Leistungen wenn die Verordnung spätestens am dritten dem Leistungsbeginn folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird</p> <p><u>Unter 4.1:</u></p> <p>Bisher: Spezialisierte Leistungserbringer sind die orientiert an der Konzeption eines Palliative-Care-Teams</p> <p>Problem: In allen Publikationen zu Palliative Care wird explizit ein enges Team gefordert, die Orientierung allein reicht nicht.</p> <p>Neu: Spezialisierte Leistungserbringer sind die als Palliative-Care-Team</p> <p><u>Unter 4.4:</u></p> <p>Einfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weitere Arzneimittel für die Krisenintervention • Hilfsmittel für die Krisenintervention <p>Begründung: Diese beiden Posten werden unter 4.5 sowieso gefordert, gehören inhaltlich aber unter 4.4.</p> <p><u>Unter 5.1:</u></p> <p>Es ist unklar, was genau an Erreichbarkeit gefordert wird. In der vierten Zeile wird eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit gefordert, in der vorletzten Zeile dann auch die ständige Verfügbarkeit ... Hausbesuche Das ist ja auch von der Betreuungskategorie abhängig, auch das kommt hier nicht zum Vorschein.</p> <p>Hier muss zunächst das Inhaltliche geklärt werden: Soll der SAPV-Dienst tatsächlich 24 Stunden für alle jederzeit telefonisch erreichbar sein? Oder nur die 24-Stunden-Fahrbereitschaft (die automatisch die telefonische Bereitschaft mit einschließt) für die Kategorien Teil- / Vollversorgung?</p> <p><u>Unter 5.2:</u></p> <p>Im zweiten Absatz bisher in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus</p> <p>Tatsache: Auch SAPV-Teams können ausbilden, in Bayern auch die Palliativdienste im Krankenhaus.</p> <p>Neu (analog zur Pflege): in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung auch denkbar: an einer Weiterbildungsstelle für Palliativmedizin</p> <p><u>Unter 5.5:</u></p> <p>In der fünften Zeile heißt es insgesamt ausreichende Erfahrung zur SAPV</p> <p>Das ist sehr dehnbar. Besser wäre eine Festlegung auf 30% Weiterbildungsstellen pro Team</p>

	(Voraussetzung: Palliative-Care-Team im engen Sinne).
LEB-040	Trennung AAPV / SAPV in [Landkreis] nicht notwendig – es ist reine XXX (Statistik?)
LEB-041	<p>Die Definition der SAPV-Voraussetzungen beschreibt das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens. Ein Symptomgeschehen ist komplex, wenn mindestens eine ausgeprägte Symptomatik vorliegt. Wann ist ein Symptomgeschehen komplex? Was bedeutet z. B. eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik?</p> <p>Als Fachärztin für Anästhesie und Allgemeinmedizin sind meine Maßstäbe für Palliativversorgung nach 20 Berufsjahren völlig anders als bei Kollegen, die andere Facharztprüfungen abgelegt haben.</p> <p>Eine einheitliche Bewertung der spezialisierten Palliativversorgung mithilfe eines geprüften Messinstrumentes ist dringend erforderlich, um</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unklarheiten bei der Verschreibung für die Hausärzte zu vermeiden. 2. dem Medizinische Dienst die Bearbeitung der SAPV-Anträge effektiver und objektiver zu ermöglichen. <p>Die Versorgungsleistungen der einzelnen SAPV-Teams bei Anwendung eines SAPV-Messinstrumentes wären besser miteinander vergleichbar.</p> <p>Das Muster 63, die Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung zeigt lediglich eine Momentaufnahme des Krankheitszustandes vor Beginn einer suffizienten Versorgung. Die eigentliche Versorgungsleistung wird überhaupt nicht eruiert.</p> <p>Eine Änderung in Hinblick auf eine Darstellung der erforderlichen Versorgungsleistungen ist dringend nötig.</p>
LEB-043	<p>Geforderte Personalbesetzung konkretisieren, da GKV hier viel Spielraum in Verhandlungen haben (je nach Bundesland und dahinter stehenden finanziellen Möglichkeiten der GKV)</p> <p>Aufteilung möglich in:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Flächenkreise (ca. 150.000 EW) b) Großstadt (ca. 250.000 EW) c) Stadt + ländl. Gebiete = Mischstruktur auch a) und b) (200.000 EW) <p>XXX der Versorgung konkretisieren – NICHT „Orientierung an Palliative-Care-Team“ sondern Palliative-Care-Team mit Pflege und Arzt.</p> <p>Ersteres führt häufig dazu, dass GKV Verträge mit Pflegediensten schließen ohne das ärztl. Kompetenz vorhanden ist und damit die „Teams“ nur schwer arbeitsfähig sind</p>
LEB-044	Siehe gemeinsame Vorschläge von [Bundesland] SAPV-Teams.
LEB-045 + LEB-046 + LEB-047	<p>Krisenintervention nicht nur bei Kindern.</p> <p>Vorläufige Kostenzusage wird von einigen KK in der Praxis unterlaufen.</p> <p>Sektorenübergreifende Versorgung nicht nur als „Soll-Leistung“, sondern Verpflichtung, um die Schnittstelle stationär zu ambulant besser gestalten zu können.</p> <p>SAPV-Verträge werden von einigen KK nicht anerkannt, weil vor Ort nicht der Sitz der KK ist.</p>
LEB-048	<p>SAPV-Pflegeausbildung muss in die Praxis verlagert werden.</p> <p>Es kann nicht sein, dass Palliativ-Stationen, hier unbezahlte Arbeitskräfte akkumulieren, die in der Ausbildung dringend gebraucht werden.</p> <p>Ohne HKP geht es nicht!</p>
LEB-049	Unterschiedliche Sichtweisen, ob ein Patient AAPV oder SAPV benötigt.
LEB-052	<p>Definition der Versorgungsstandards.</p> <p>Änderung der GBA-Richtlinie der Unterscheidung Voll- und Teilversorgung.</p>

	<p>Vereinheitlichung der Dokumentationssysteme zur besseren Analyse und Auswertung.</p> <p>Aufhebung der „Drei Tages Frist“ nach Ausstellen des Formulars 63.</p> <p>Änderung „... bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung, in einem stationären Hospiz oder in einer stationären Pflegeeinrichtung...“</p>
LEB-053	<p>Zusammenfassung der Kategorien Beratung und Koordination sowie Teil- und Vollversorgung inkl. 24-h-Rufbereitschaft</p> <p>3-Tage-Frist sollte auf eine Woche verlängert werden! (7 Tage)</p> <p>„Übergangsregelungen“ bezgl. Qualifikation sollten als Weiterbildungsmöglichkeit bestehen bleiben (Qualifizierung während SAPV-Mitarbeit für die nicht-leitenden Kräfte!)</p>
LEB-054	<p><u>§ 4 Besonders aufwändige Versorgung</u></p> <p>„Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht dann, wenn ein komplexes Symptomgeschehen vorliegt, dessen Behandlung spezifische, spezialisierte palliativmedizinische / -pflegerische Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzt und nur durch ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten u. Pflegekräften abgestimmtes Konzept beherrscht werden kann, für den Fall, dass die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen dies trotz Kooperationen nicht ausreichend sicherstellen können.“</p>
LEB-056	<p>Die Bereitschaftsdienste des QPA werden nicht vergütet und geht somit zu Lasten des p.c. Teams.</p> <p>Vor- und Nachbereitungen werden nicht vergütet – sind jedoch in der Regel sehr aufwändig. Hinzu kommt, dass es trotz großer Vorbereitung nicht zur Aufnahme kommt.</p> <p>Genehmigungsverfahren wäre zu vereinfachen in dem die Verordnung direkt zum MDK versandt wird.</p>
LEB-057	<p>Es gibt Probleme in der Anerkennung der SAPV für Patienten im stationären Hospiz.</p>
LEB-058	<p>Anmerkung: Für uns ist nach GBA-Richtlinie SAPV, wenn ein komplexes Symptomgeschehen vorliegt. Ein komplexes Symptomgeschehen reicht für SAPV aus.</p>
LEB-059	<p>1. Klarstellung: SAPV-Team erforderlich</p> <p>Nach unserer Erfahrung besteht die wesentliche Neuerung durch SAPV nicht im Fachwissen, sondern in der Struktur der SAPV-Teams: Konstante (und wenige) Bezugspersonen schaffen trotz komplexer Probleme, trotz der existentiellen Krise Todesnähe Sicherheit im ambulanten Bereich. Nur dank gegenseitiger Unterstützung im Team gelingt diese belastende Arbeit. Zu Recht hat das Bundesministerium für Gesundheit in seinem Schreiben vom 14. Februar 2008 den Hinweis gegeben, die interdisziplinäre Versorgungsstruktur als Palliative-Care-Team in den Richtlinien explizit zu fordern. Dies halte ich für die langfristige Absicherung von einer hochqualifizierten SAPV für erforderlich.</p> <p>Grundlage für SAPV bleibt eine funktionierende AAPV mit palliativem Fachwissen bei Pflegekräften, Ärzten und anderen beteiligten Berufen. Dies muss gefördert werden. Netzwerke aus diesen Personen, die mancherorts als SAPV bezeichnet werden, leisten wertvolle Arbeit, können aber ein SAPV-Team nicht ersetzen.</p> <p>2. Änderung der Aufteilung in vier Kategorien</p> <p>In unserer Praxis hat sich herausgestellt, dass die Unterscheidung von Teil- und Vollversorgung .nicht funktioniert. In der existentiell belastenden Situation unserer Patienten können wir nicht nur in einem uns zustehenden Teilbereich 24 Stunden erreichbar sein – das entspräche der Teilversorgung –, wir müssen einfach immer kommen, wenn ein Notfall entsteht und der Hausarzt nicht erreichbar ist.</p> <p>Außerdem ist die Krankheit rasch fortschreitend, weshalb sich auch regelmäßig binnen kurzer</p>

	<p>Zeit ein erhöhter Betreuungsbedarf ergibt. Ich plädiere dafür, die beiden Kategorien Teil- und Vollversorgung zur Versorgung mit 24-Stunden-Bereitschaft zusammenzufassen.</p> <p>3. Änderung der Einreichungsfrist für das Muster 63 Das Muster 63 muss innerhalb dreier Tage nach Ausstellung durch den verordnenden Arzt bei der jeweiligen Kasse eingereicht werden. Dies ist schwer realisierbar: - „nach Ausstellung“: Die Angehörigen haben das Formular oft bereits vorher daheim, kontaktieren uns aber erst Tage später. Ergebnis: Wir müssen uns eine neue Verordnung nur wegen der Datumsfrist holen. - Sinnvollerweise führen wir einen ersten Besuch durch, bevor wir die Versorgung annehmen und das Formular einreichen – eine weitere Verzögerung entsteht. - Die Kostenträger legen diese Vorgabe so aus, dass sie überhaupt nichts zahlen, wenn wir die Drei-Tages-Frist nicht einhalten, auch wenn es sich offensichtlich um eine dringend nötige SAPV –Versorgung gehandelt hat. Bereits im Jahr 2010 betreuten wir intensiv eine Patientin, die nach zwei Tagen starb. Da wir das Muster 63 verspätet einreichten und die Betreuung bereits abgeschlossen war, wurde überhaupt nichts bezahlt. Wir benötigen eine längere Frist und/oder die Formulierung „drei Tage nach Leistungsbeginn</p> <p>4. Konterkarierung der G-BA-Richtlinien durch nachgeordnete Leitlinien oder Verträge Die G-BA-Richtlinien bestehen durch Formulierungen, die ausdrücklich den ergänzenden Charakter dieser Leistung unterstreichen, die Angehörigen gleichermaßen als Leistungsempfänger bezeichnen sowie eine hohe Individualität der Versorgung ermöglichen. Nur in diesem Kontext kann Palliative Care gelingen. In der Realisierung entstehen zunehmend Bestimmungen oder Verträge, die zentral wichtigen Punkten der G-BA-Richtlinien zuwider laufen, Beispiele aus der Praxis: - Eine leider nicht veröffentlichte, aber benutzte Leitlinie des Medizinischen Dienstes fordert offenbar, ausschließlich patientenbezogene Gründe für SAPV zuzulassen. Wir müssen aber auch komplexe Probleme der Angehörigen berücksichtigen, sonst ist ein Verbleiben in häuslicher Umgehung nicht möglich. - Die Leistungen anderer Versorger im ambulanten Bereich, besonders der Pflegedienste, dürfen nicht geschmälert werden, wenn SAPV involviert wird. Dies wird aber immer wieder versucht, gerade bei aufwändigen Versorgung (z.B. ALS-Patienten mit Intensivpflegedienst) - Es werden diagnosebezogen Ablehnungen formuliert –die Vorgaben des G-BA sind aber richtigerweise unabhängig von Diagnosen. Die fließenden Vorgaben des G-BA ermöglichen ein sinnvolles Arbeiten mit derzeit [Bundesland] erträglichem bürokratischem Aufwand. Jegliche Verschärfung durch zusätzliche Kriterien oder kleinteilige Dokumentationsauflagen senkt die Effizienz aus Relation von Zeit für die Betroffenen zu bürokratischem Aufwand – die Gefahr ist immens.</p> <p>Zusammenfassend möchte ich mich bedanken für die G-BA-Richtlinien. Mir ist klar, dass die Kostenträger dem Missbrauch von SAPV vorbeugen müssen. Dafür reichen die strukturellen Vorgaben – durch die Team-Arbeit ergänzt – aber aus. Die patienten- und familienbezogenen Kriterien müssen so fließend bleiben, wie sie derzeit formuliert sind.</p>
LEB-060	Sozialarbeit ist für die Stabilisierung der häuslichen Versorgung eine sehr wichtige und oft entscheidende Unterstützungsleistung. Sie wird bei über 50% der Fälle angefragt, da eine reine symptomorientierte Begleitung nicht ausreicht. Sozialarbeit sollte deshalb Teil des PCT sein.
LEB-061	... bezogen auf die Situation betroffener Kinder <u>und</u> betroffener Eltern (s.o.).
LEB-063	§ 7 der RL: Verordnungen durch den KH-Arzt sollten nicht auf 7 Tage beschränkt sein. Als Standard für Erstverordnungen könnten 8 Wochen gelten. Folgeverordnungen sollten durch die Koordinatoren möglich sein und durch den Hausarzt, aber

	möglichst in vereinfachter Form. Der Aufwand an Organisation durch Formularbearbeitung ist sehr hoch.
LEB-065	<p>1) 3-Tage-Frist Die Weiterleitung d. Musters 63 erwies sich bisher als nicht händelbar. Der Weg Hausarzt → Patient → Palliativmediziner → SAPV-Büro → KK ist in dieser Zeit kaum zu erreichen. Erschwert wird noch, dass viele Praxen bisher das Muster 63 nicht vorrätig haben.</p> <p>2) Erweiterung der Verordnungsmöglichkeiten, mit Einschränkung „im Notfall“ für: – Transportschein – KH Einweisung – häusliche Krankenpflege – Laborleistungen Gerade Laborleistungen halten wir bei bestimmten Indikationen für wünschenswert.</p> <p>Fragebogen muss zurückgezogen werden, da Start des Teams erst 01.01.2012 und damit außerhalb des Befragungszeitraums!</p>
LEB-072	<p>Zu wenig Berücksichtigung der psychosozialen Situation durch KK. Es wird primär der medizinisch-körperliche Aspekt betrachtet. Psychosoziale Betreuung hat <u>nicht</u> den gleichen Stellenwert.</p> <p>Pflegeeinsätze müssten häufiger als 3x tägl. Abgerechnet werden dürfen. Mitunter sind 4-5 Einsätze (tägl.) notwendig, die leider nicht abgerechnet werden können, obwohl diese Leistung „natürlich“ (alles andere wäre ethisch undenkbar) erbracht werden! Selbst mit der Möglichkeit des häufigen Einsatzes stellt sich die ambulante Versorgung immer noch als kostengünstiger (im Vergleich zum KH) dar!</p>
LEB-074	<p>Die Assessmentbögen und Einschreibekriterien! Bei den „vielen“ unterschiedlichen SAPV-Verträgen ist es ein Problem „Landkreis-grenznah“ zu wohnen und damit ggf. in der „falschen“ KK zu sein. SAPV-Einschreibekriterien [Bundesland]: - Karnowsky-Index unter 40% - mind. 2 Symptome (aus den 5 Gruppen) „schwer“ - besonders aufwändige Versorgung - deutlich begrenzte Lebenszeit > 6 Monate</p> <p>Patienten haben aber häufig unter Chemotherapie und Bestrahlung „kurzzeitig“ schwere Symptome, die durch SAPV-Begleitung deutlich die Lebensqualität verbessern und würdig gestaltet, einmal aktiviert und genehmigt sollte die immer wieder folgende Bürokratie „abspecken“.</p>
LEB-076	Konkretisierung der Teil- und Vollversorgung wäre angebracht.
LEB-077	<p>Bundeseinheitliche Vergütungsregelungen! Um kostendeckend arbeiten zu können sind Komplexpauschalen der SAPV-Leistungen günstiger als einsatzbezogene Grundpauschalen mit Begrenzung der Einsätze.</p> <p>Die Erforderlichkeit der additiv-unterstützenden Teilversorgung lässt sich nicht eindeutig von der Erforderlichkeit der Vollversorgung abgrenzen. → Verdeutlichung medizinisch-pflegerischer Kriterien wäre sinnvoll.</p>
LEB-080	<p>Die Richtlinie ist okay. Die Umsetzung sehr unterschiedlich.</p> <p>Die Frage nach Rechtssicherheit der Versorger in der direkten Versorgung: BTM, z.B. oder i.v.-Verträge /SAPV ist eine zusätzliche Leistung.</p>

LEB-081	Häufig wechselnde Symptomlagen oder starke Überforderung des Umfeldes kommen nicht ausreichend zur Geltung.
LEB-083	<p>Pädiatrische Patienten können auch über 18 sein, wenn sie z.B. in einem päd. Zentrum angebunden sind bzw. die Diagnose vor dem 18. Lebensjahr gestellt wurde.</p> <p>Es wäre extrem wichtig, dass Intensivpflegedienste keine Kontraindikation zur SAPPV darstellen!</p>
LEB-084	<p>§ 5 Abs. 2: Dritten und vierten Spiegelstrich streichen, setze: „Versorgung“ Begründung: In der Praxis gibt es keine klare Unterscheidungsmöglichkeit.</p> <p>Da die Anforderungen / Kriterien der SAPV zu hoch sind, fallen Patienten durch die Raster, die aber die Kompetenzspezialisierten Dienste benötigen und in der Primärversorgung nicht ausreichend versorgt sind.</p> <p>Vorschlag: Einführung einer zusätzlichen Vor-SAPV-Stufe.</p> <p>§ 8: Die 3-Tages-Frist zur Vorlage der Verordnung ist zu kurz. Vorschlag: 7 Tage.</p>
LEB-085	<p>In der Entwicklung der Palliativstrukturen in der BRD gibt es große strukturelle und qualitative Unterschiede. Auffällig ist, dass die gemeinsame multiprofessionelle bzw. bi-professionelle (Ärzte, Pflege) Arbeit als Palliativteams in den verschiedenen Bundesländern nicht selbstverständlich ist. Diese Entwicklung vollzog sich, obgleich Palliativversorgung nach vorherrschenden Definitionen von einer Gemeinsamkeit ärztlicher und pflegerischer Expertise in dem Versorgungsgeschehen ausgeht.</p> <p>In [Bundesland] wird SAPV in einigen Praxisstandorten von zugelassenen Ärzten ausschließlich ohne Hausbesuche angeboten (?!). Unter Umständen mag es Einzelfälle geben, in denen allein die spezialisierte Palliativpflege (160-Stunden Palliative Care Kurs DGP-Curriculum Kern, Müller, Aurnhammer) oder der spezialisierte Palliativarzt (Zusatz-bezeichnung „Palliativmedizin“) hinlänglich die Versorgung im Zusammenspiel mit den nicht qualifizierten anderen Professionen (wie zum Beispiel Hausarzt, allg. Pflegedienst oder auch der ambulante Hospizdienst) durchführen kann. Dies ist aber nicht die Regel.</p> <p>Die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse beachtend, sollte der Entwicklung einer uniprofessionellen, spezialisierten Versorgung des einzelnen Palliativpatienten durch mehrdeutige Regelungen kein Vorschub geleistet werden. Den aktuellen Stand der Wissenschaft ernst nehmen hieße m.E. für die Strukturen der SAPV, eine unumgängliche multiprofessionelle Leistung von spezialisierter Palliativpflege (160-Stunden Palliative Care Kurs DGP-Curriculum Kern, Müller, Aurnhammer) und des spezialisierten Palliativarzt (Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“), bestenfalls in fester organisatorischer Einheit unter Einbeziehung anderer Dienste (amb. Hospizdienst, Physiotherapie etc.) in den Richtlinien deutlich hervorzuheben. Unter diesem Aspekt wären bereits unter z.B. § 5 Inhalt und Umfang der SAPV der SAPV-RL diese klaren Ziele als Vorgabe zu bestimmen.</p> <p>In der Praxis stellen sich Kommunikationsprobleme der Schnittstellen (wenn z.B. in Berlin Arztpraxen und Pflegedienste keine organisatorische/wirtschaftliche Einheit darstellen) als sehr große Hürden dar, da sich Arzt und Pflege in der patientenbezogenen Versorgung kaum, teilweise gar nicht persönlich begegnen. In vielen Fällen besteht so keine Möglichkeit, eine Reflexion aus multiprofessioneller, multiperspektivischer Sicht in die palliative Behandlung mit einzubeziehen. Dies vermindert m.E. die Qualität der Versorgung gravierend.</p> <p>In [Bundesland] seien onkologische Pflegefachkräfte ohne weitere zusätzliche palliative Qualifikation und ohne Hinweis auf das Nachholen einer palliativen pflegefachlichen Qualifikation für die Leistungserbringung zugelassen worden. Das ist sicherlich der zeitnahen Umsetzung der vormals bestehenden Struktur in die neue Vertragssituation geschuldet, jedoch ist das Ausbleiben der Nachqualifikation in einem nahen Zeitrahmen nicht nachvollziehbar. Das Curriculum der Ausbildung für Pflegefachkräfte in der Onkologie (European Oncology</p>

	<p>Nursing Society) unterscheidet sich in wesentlichen Anteilen vom Curriculum der Ausbildung für Pflegefachkräfte in Palliativ Care (nach Kern, Müller, Aurnhammer). Gänzlich fehlend sind die gerade in der Versorgung Sterbender immens wichtigen Anteile Trauer; Therapiebegrenzung und Therapiezieländerung; Krankheit, Leid und Tod in spiritueller Sicht; die Bedeutung von Ritualen; Lebensbilanz/Lebensidentität; Wahrheit am Krankenbett und Umgang mit existentiellen Fragestellungen. In der Praxis wirkt sich dies vorwiegend dadurch aus, dass im Umgang mit Tod und Sterben die onkologischen Fachkräfte allzu oft nicht in den Kontakt... (FBMed: hier bricht der Text ab)</p>
LEB-086	<p>Die KK sollten nicht nur die Leistungsansprüche des Versicherten und die SAPV-Anträge prüfen, sondern sie sollte auch zur Zusammenarbeit und Kommunikation mit den LEB und den betroffenen Patienten und deren Familie verpflichtet werden! KK nehmen sich immer wieder aus ihrer Leistungspflicht und Verantwortung.</p>
LEB-087	<p>Aussagen zur Lebensbegrenzung müssten konkretisiert werden. Verordnungszeitraum ist zu kurz → hoher bürokratischer Aufwand. Nur psychosoziale Symptome werden nicht anerkannt trotz hoher Belastung der Familien.</p>
LEB-088	<p>Konkretisierung der Stellung der Hausärzte in der SAPV, bis jetzt gibt es keine Möglichkeit sich als Hausarzt in der SAPV aktiv zu beteiligen. Häufig gibt es Probleme mit der KK von Patienten, die in einem anderen Bundesland versorgt werden, als dem in welchem sie versichert sind. Hier bezieht sich die Problematik auf eine Primärkasse, die nicht die Verträge des Bundeslandes anerkennt, in dem der Patient in der SAPV begleitet wird.</p>
LEB-089	<p>§ 7: Ausstellung SAPV durch Krankenhausärzte für 7 Tage. In der Regel ist in dieser Zeit ein Hausbesuch durch den Vertragsarzt/Hausarzt mit Folgeverordnung, Unterschrift durch Patient und Vorlage bei der Kasse durch SAPV-Team nicht zu leisten. – mind. 14 Tage § 5 (3): Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten o.a. Maßnahmen, sollte ergänzt werden durch: ausreichende Versorgung des Patienten mit Medikamenten, insbesondere Btm. Anschubfinanzierung für den Neuaufbau von SAPV-Teams. Berücksichtigung des hohen Anteils an Vorhaltungskosten (24 h an 365 Tagen verfügbares Personal) bei der Preisfindung. Entwicklung einheitlicher Qualitätsstandards. Evaluierung (ökon./volkswirtschaftlich und medizin.) der Einführungsphase SAPV.</p>
LEB-090	<p>§1 (1): Zielklärung vor Rechtsanspruch: siehe oben (endgültige) Entscheidung für Aufenthalt bis zum Tode vor Rechtsanspruch: siehe oben Widerspruch der Formulierung: „Im Vordergrund steht anstelle“ sollte aufgelöst werden: siehe oben Klärung des Begriffes „kurativer Ansatz“ erforderlich: siehe oben §1 (4): Konkretisierung dringend erforderlich: siehe oben §1 (6): Trotz dieser Formulierung werden regelmäßig Versuche der Kostenträger unternommen, Leistungen z.B. des §37 SGB V mit solchen aus der SAPV aufzurechnen. Insbesondere Leistungen von Intensivpflegediensten z.B. bei beatmeten Betroffenen sowie 24h-Pflege sind hiervon betroffen. §2: Lebenslimitierend erkrankte Kinder mit unklaren Erkrankungen müssen den Rechtsanspruch behalten, auch wenn die Diagnose nicht zu benennen ist (wie Syndrome unklarer Genese mit fortschreitendem Verlust der neuronalen Steuerungsfunktionen).</p>

	<p>§3 (1): siehe Vorbemerkung zu §2</p> <p>§3 (3) Satz 1: psychosoziale Betreuung soll im Vordergrund der Versorgung stehen, entsprechend qualifizierte Mitarbeiter werden seitens der Kostenträger nicht finanziert. Wie ist dieser Konflikt aufzulösen?</p> <p>§3 (3) Satz 2: bei längerfristiger Versorgung von Kindern ist SAPV nur als Krisenintervention nicht ausreichend – siehe oben.</p> <p>§4 Satz 1: der unbedingte häusliche Verbleib kann nicht Ziel sein, der Verzicht auf krankheitsbeeinflussende Therapien („kurativ“??) kann kein Zugangskriterium sein – siehe oben.</p> <p>§5 (3): erneut wird auf die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und die Notwendigkeit der psychosozialen Unterstützung sowohl der Patienten als auch ihrer Angehörigen (!) verwiesen: Finanzierungsproblem – siehe oben.</p> <p>§5 (3): die notwendige Nachbetreuung der Geschwisterkinder und Eltern nach dem Versterben ist dringend erforderlich, aber nicht abgebildet.</p> <p>§6 (5): siehe oben – wie soll das gehen ohne entsprechenden Gestaltungsspielraum?</p> <p>Nebenbemerkung: Die Datenerhebung erscheint insofern unscharf, da junge Erwachsene (>18 Jahre) mit langfristigem Verlauf einer Erkrankung, die im Kindesalter beginnt, hier fälschlich nicht mitgezählt werden. Diese bedürfen im gleichen Maße einer speziellen Expertise wie Kinder und Jugendliche (in unserer Einrichtung für 2011 ca. 3 Patienten).</p>
LEB-092	<p>Reduktion der Versorgungsstufen: Beratung und Koordination (ohne 24h-RB) Versorgung (mit 24h-RB)</p> <p>Verlängerung der Einreichfrist der Verordnung, 3 Tage sind nicht praxisnah.</p> <p>Verordnungsmöglichkeit von Labor, KH-Einweisungen und Transportschein durch SAPV-Arzt.</p>
LEB-118	Nicht-onkologische Erkrankungen, die zu einer hochpalliativen Situation führen.
LEB-119	<p>Die SAPV –Richtlinie ist in ihrer Zielsetzung eigentlich sehr klar formuliert. Die Interpretationsspielräume werden jedoch allzu häufig von Krankenkassen und MDK sehr restriktiv gehandhabt und führen immer wieder zu zeitraubenden Diskussionen und Schriftwechseln, die schwerstkranken Patienten und ihren Angehörigen kaum zu vermitteln sind.</p> <p>Eine vertraglich und einheitlich geregelte Einbeziehung der privaten Krankenversicherer wäre wünschenswert.</p>
LEB-093	<p>Zusammenarbeit mit KK:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probleme mit außer-[Bundesland] Kassen (unterschiedliche Verträge in Deutschland). - Mancherorts unbekannt: auch bei Ablehnung muss – bei rechtzeitigem Einreichen – bis zum Tag der Ablehnung gezahlt werden. - Probleme mit Privatkassen unterliegen nicht dem SGB V und zahlen nicht. <p>Zusammenarbeit mit dem MDK:</p> <p>Die MDK-Beurteilungspraxis wird nicht einheitlich gehandhabt.</p> <p>Eventuelle Änderungen im Mustervertrag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zwei Kategorien statt vier reichen. <p>Änderungen der BSNR-SAPV-Richtlinie, um selber Transport und Einweisungen auszustellen.</p> <p>BTM: trotz rechtlich geregelter BTM Bezug für das Team werden die Kosten nicht von den KK übernommen.</p> <p>Sprechstundenbedarf: keine Übernahme der Kosten durch die KK trotz Vertrag, geregelter</p>

	Vorhalten von Material und Medikamenten: Verschreibungsmuster 16a notwendig. Bisheriger Ausschluss von Leistungen im ethischen und spirituellen Bereich. Notwendigkeit jedoch gegeben.
LEB-095	Abgrenzung zu AAPV. Umgang mit Patienten im Kontext pall. Geriatrie.
LEB-096	Über das Bündnis SAPV wurden gesammelt die Wünsche / Vorstellungen der [Bundesland] SAPVen zur Anpassung der Leitlinie an die aktuelle Praxis bereits geäußert.
LEB-097	Leistungen ärztlich z.B. Hausbesuch sofern bei Nacht < 60 Minuten ist nicht adäquat berücksichtigt und Fahrtkosten-Leistung über EBM deutlich höher! Besonders bei Anfahrten über Land sind Zeiten lächerlich.
LEB-098	Für manche medizinische Leistungen (Kurzinfusionen) erhalten Pflegedienste keine Vergütung seitens der KV.
LEB-100	Abgrenzung zwischen „SAPV-Pflege“ und Allg. palliativer Pflege → zur Vergütung der Pflegeleistungen.
LEB-101	Versorgung im Hospiz sollte es eine Vollversorgung geben, da auf dem Flächenland [Bundesland] die Patienten keine Hausarzt mehr haben, wenn sie zum Beispiel aus [Ortsname] nach [Ortsname] ins Hospiz kommen. Diese Patienten müssen sich schon an den Palliativmediziner gewöhnen und das ist vollkommen ausreichend.
LEB-102	Die Beibehaltung der Qualifikationskriterien für Ärzte und Pflegekräfte ist zwingend erforderlich.
LEB-103	Vollversorgung bedingt keinen täglichen Besuch eines Mitglieds des Teams.
LEB-105	Die Richtlinie ist nicht klar genug definiert, so dass diese vom MDK und/oder den Sachbearbeitern der KK nicht eindeutig befolgt werden kann. Daraus resultieren ständig wechselnde Entscheidungen, die nicht immer nachvollziehbar sind; zudem wird die Richtlinie häufig von den o.g. Partnern ignoriert. Die Auslegung der Richtlinie ist sehr variabel und häufig nicht patientenorientiert.
LEB-109	Begrüßenswert wären konkretere zentrale Vorgaben an die Vertragsgestaltung für die Kostenträger: Hausbesuche sind in der Regel stark begrenzt (ca. 15x Schwester, 6x Arzt) → in der Realität meist nicht ausreichend, zu Lasten des SAPV-Trägers erfolgt Betreuung darüber hinaus.
LEB-110	Einheitliche Richtlinie für die Vergütung der SAPV-Leistung. Einheitliche Richtlinie über die Umsetzung von SAPV (z.B. Möglichkeiten der stationären Aufnahme der Patienten). Loslösung der SAPV von den Hospizen: Hospiz = pflegerisch-seelsorgerische Ausrichtung, SAPV = überwiegend medizinische Ausrichtung.
LEB-111	Nicht alle Hausärzte stellen Folgeverordnungen aus, wenn eine KH-Ärztin oder -Arzt eine Erstverordnung für 7 Tage ausgestellt hat. Die Gründe hierfür sind nicht immer nachzuvollziehen. Das Palliative Care Team muss sich zurückziehen. Es sollte einheitlich geregelt sein wie der Weg der SAPV-Verordnung zu den Kassen ist. Einige

	<p>Kassen genehmigen die SAPV-Leistung nach Erhalt der Verordnung als Fax. Das Original wird im Anschluss an die Versorgung mit der Rechnung des LEB versendet.</p> <p>Andere Kassen genehmigen die SAPV erst, wenn die Verordnung im Original dem Kosten-träger vorliegt. Hier sollte es eine einheitliche vorgehensweise geben.</p>
LEB-112	<p>Patienten, die ein Eingangsassessment im KH bekommen, aber vor Entlassung versterben, können nicht abgelehnt werden. 7% unserer Erstaufnahmen.</p> <p>Abschaffung der Patientenbestätigung; behandeln wie medizinische Überweisungen.</p> <p>Prüfärzte sollten im Zweifelsfall den Patienten vor Ort besuchen.</p> <p>Prüfärzte sollten Palliativmediziner sein.</p>
LEB-113	<p>Transparente Entscheidungskriterien zur Bewilligung einer SAPV-Verordnung müssen gefunden werden.</p> <p>Das Genehmigungsverfahren / Verlängerung muss zeitlich definiert werden.</p>
LEB-121	<p>In den Kriterien für eine SAPV Begleitung werden ausschließlich medizinisch-pflegerische Symptome genannt. Es zeigt sich jedoch das es gerade auch psychosoziale Aspekte gibt, die eine SAPV rechtfertigen. Dazu gehören die Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei ethischen Konflikten • bei sozial-rechtlichen Problemen • des privaten Bezugssystems • bei akuten Krisensituationen • bei der Sicherung der häuslichen Wohnumgebung • des fachlichen Bezugssystems. <p>Gerade wenn Familien ohne Pflegedienste pflegen, wenn ein Migrationshintergrund oder eine psychiatrische Vorerkrankungen bestehen, stößt die AAPV an ihre Grenzen.</p> <p>Zusammenarbeit mit Krankenkassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • es kommt immer wieder zu Problemen mit außer[Bundesland]-Krankenkassen, da es unterschiedliche Verträge in Deutschland gibt. Dadurch entsteht ein hoher bürokratischer Aufwand. • rechtzeitiger Zahlungseingang (21 Tage) wird häufig missachtet • Wie sollen SAPV-Teams vorgehen, wenn eindeutig Vertragsbestandteile von Seiten der Kassen nicht eingehalten werden? • Ungelöstes Problem : die Privatkassen <p>Zusammenarbeit mit dem MDK:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der direkte Kontakt zum MDK und den Krankenkassen hat sich bewährt. • Die MDK-Beurteilungspraxis ist entscheidend für die Kostendeckung der Teams. • Durch Stellungnahmen und Widersprüche entsteht zusätzlicher bürokratischer Aufwand. <p>SAPV Verordnungsstufen:</p> <p>In unseren Augen hat sich die Aufteilung der Verordnungsstufen nicht bewährt. Empfehlen würden wir eine Einteilung in zwei Stufen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Koordination • Teil- und Vollversorgung (mit Rufbereitschaft) <p>Muster 63 sollte in seiner Ausführung vereinfacht werden. Sinnvoll wäre ein Raum für geplante</p>

	<p>Versorgungsleistungen aus Sicht der SAPV Teams. Dies wird in [Bundesland] derzeit mit einem Zusatzbogen recht gut gelöst.</p> <p>Die Aufgabe der SAPV sollte auch um die Fortbildung für weitere Mitarbeiter für SAPV Teams erweitert werden (analog zu Lehrkrankenhäusern und Lehr Praxen), z.B. 30% der SAPV-Stellen für Mitarbeiter öffnen, die die vollständige Qualifikation erst im Laufe der Praxis erwerben. Diese Leistung müsste auch in der Finanzierung berücksichtigt werden.</p>
LEB-122	<p>Privatkrankenkasse tragen häufig nicht die Kosten (unser PCT lehnt daher Privatversicherte ab). Versicherte aus [Bundesland] wurden trotz sämtlich erfüllter Versorgungskriterien und Aufenthalt im Hospiz xxx zur Kostenübernahme abgelehnt für SAPV / Länderproblematik?</p> <p>Ein PCT kann nicht als Kläger gegen die Kasse antreten; Angehörige wollen wir nicht belasten, d.h. wir übernehmen auch keine Kranken mehr aus diesem Bundesland!</p> <p>Die ausstehenden Abteilungen (?) mussten wir schließen.</p> <p>Änderung Richtlinie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ident. Kostenverpflichtung der Privatkassen (keine KANN-Leistung). <p>SAPV-Antragsstellung sollte auch durch Team-Ärzte möglich sein, nicht nur in Ausnahmefällen (Begründung: Krankenhausärzte füllen regelmäßig falsch aus > Ablehnung! Inzwischen füllen wir die Anträge aus, bringen diese zum Hausarzt, lassen sie unterschreiben, dessen Betriebsnummer eintragen, worauf dieser die Gebühr bekommt.</p>
LEB-123	<p>Klare Unterscheidung der Kriterien für Voll- und Teilversorgung.</p> <p>Konkrete Benennung des Verordnungszeitraumes für SAPV.</p>
LEB-124	<p>Es muss im medizinischen wie im pflegerischen Bereich die Möglichkeit geben zur Weiterbildung von Mitarbeitern, die während der Weiterbildungsmaßnahme bereits in SAPV abrechenbar sind, da sonst nicht finanzierbar.</p> <p>In der Hospizversorgung durch SAV müssen auch die Koordinationspauschalen abrechenbar sein, bzw. eine neue Pauschale definiert werden, wodurch sich der Antrags- und Versorgungsaufwand abgebildet wird.</p>
LEB-127	<p>Konkretisierung des §1 Abs. 6. Häufig wird das Angebot der SAPV nicht als Ergänzung zu den bestehenden Versorgungsangeboten (insb. amb. Pflegedienst) wahrgenommen, sondern als sich gegenseitig ausschließende Leistungen. Die Gespräche mit den Kostenträgern lassen erkennen, dass die Abgrenzungskriterien nicht ausreichend transparent sind.</p> <p>Konkretisierung des §3 Abs. 3 Satz 2. Häufig wird von den Kostenträgern die Krisenintervention nicht als SAPV-Leistung gesehen. Durch die daraus entstehenden Diskussionen verhindern eine zügige Behandlungsaufnahme.</p>
LEB-128	<p>Einheitlicher Versorgungsvertrag (AG Palliativversorgung Kinder und Jugendliche).</p> <p>Finanzierung der Bereitschaftsdienste.</p>
LEB-129	<p>Das Territorialprinzip wird in einem Land(kreis?) wie es unser Kreis darstellt (drei betroffene Bundesländer) durch genaue Regelungen zu stärken z.B. Es gilt der Ort wo das Palliativteam tätig ist, nicht wo der Patient versichert ist.</p> <p>Möglichkeit der Verordnung von Medikamenten für den „Arztkofferbedarf“ als Praxisbedarf und nicht zu Lasten des Palliativteams.</p> <p>Regelung des Verordnungsumfanges des SAPV-Teams, z.B. Überweisungen für Ziel(?)aufträge wie Port-Anlagen, spezielle Untersuchungen, stat. Einweisungen.</p>
LEB-130	<p>Probleme der Qualifikation: Sachbearbeiter der KK bzw. des MDK muss kein Palliativmediziner sein, aber die Qualifikation muss ausreichend sein, um Prognosen sowohl zeitlich als auch</p>

	inhaltlich (welche Probleme hat oder bekommt der Patient durch seine Erkrankung) korrekt einzuschätzen.
LEB-131	<p>Auch wenn der G-BA nicht der Adressat ist:</p> <p>Die Beschränkung der SAPV auf die Professionen Arzt und Pflege führt zu erheblichen Schwächen in der eigentlich zu fordernden ganzheitlichen Versorgung Schwerstkranker und Sterbender, da neben der Spiritualität zwei weitere wichtige Domänen des Leidens, das soziale und das psychische Leiden, durch das SAPV-Team nicht entsprechend gelindert werden können. Dieser Mangel tritt m.E. in gszanz besonderem Maße in der Betreuung der hochbelasteten Familien mit sterbenden Kindern zutage. Die psychotherapeutisch/psychologische bzw. sozialpädagogische Kompetenz muss aufgrund der häufig sehr schwierigen, manchmal auch konfliktreichen Familiensituationen innerhalb des SAPV-Teams vorhanden sein. Dieser Mangel kann auch nicht durch die Zusammenarbeit mit den Hospizdiensten ausgeglichen werden. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, die von der WHO definierten Anforderungen an eine gute Palliativversorgung auch unzusetzen.</p>

Freitextangaben der Mitgliedsorganisationen der DKG / 2011

Grundsätzliches:

KG 03: Die Einführung von SAPV hat die Sicherstellung der nachstationären Versorgung palliativer Patienten in ihrer gewohnten und vertrauten Umgebung erst ermöglicht. Begrüßenswert ist insbesondere die differenzierte Beschreibung der Anforderungen hinsichtlich der Zusammenarbeit der Leistungserbringer. Hier ist ein ganzheitliches mehrdimensionales Verständnis erkennbar basierend auf dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell. Bedeutsam ist ebenfalls die Verordnungsfähigkeit der Krankenhausärzte. Die konkrete Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, Fachärzten und den spezialisierten ambulanten Pflegediensten hat sich durch SAPV in den (zumeist sehr komplexen

und zeitlich sehr dringlichen) Einzelfällen wesentlich verbessert. Darüber hinaus zeigen sich die jeweiligen Kostenträger (z.B. auch bei der Bewilligung von Pflegeleistungen nach dem SGB XI) flexibler bzw. eher zugänglich für die aktuelle Problematik der Patienten.

Probleme werden jedoch in der konkreten Umsetzung dieser Anforderung in den Rahmenverträgen über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gem. § 132d SGB V sowie in der konkreten Praxis gesehen.

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

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
03	Rückschlüsse auf Veränderungen anderer Leistungsbereiche sind nicht erkennbar. Die Leistungen der SAPV beziehen sich auf eine klar definierte Patientengruppe, deren ambulante Versorgung vor Verabschiedung der SAPV – wenn überhaupt - nur per Einzelfallentscheidung möglich war.
04	Reduktion von Wiederaufnahmen/keine Notarzteinsätze. Schnellere Überleitung in geregelte häusliche Versorgung. Große Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit ländlichen Regionen ohne SAPV. Gute Zusammenarbeit mit umliegenden PCT.
09-b	Weniger palliative, ambulante, vorstationäre und Notfallpatienten wie z.B. für Pleura- und Aszitespunktionen.
09-e	Die Fortführung einer im Krankenhaus begonnen palliativmedizinischen Behandlung ist durch die SAPV-leistungen deutlich erleichtert. Komplexe medizinisch-pflegerische Leistungen können auch im häuslichen Umfeld der Patienten erbracht werden. Entlassungen wurden beschleunigt. Umgekehrt gibt es durch die SAPV- Teams gezielt Einweisungen auf die Palliativstation unseres Hauses. Der Informationsfluss ist verbessert und lückenloser. Die Ausgestaltung der SAPV führt zu verstärkter Zusammenarbeit mit anderen palliativ-hospizlich agierenden Strukturen. Z. Zt. Wird in unserem Bundesland unter Beteiligung aller ärztlichen, pflegerischen und hospizlichen Fachverbände die Versorgung im ambulanten Bereich insgesamt voran getrieben.
09-f	Rückgang von Krankenhauseinweisungen. Rückgang von Noteinsätzen. Verbesserung der medizinischen Versorgung. Bessere Auslastung der bestehenden ambulanten Pflege.

10-c	Palliativeinheit der Klinik für Innere Medizin /Sensibilisierung amb. Kooperationspartner wie Pflegeheim, KZP und amb. Pflegedienst für Palliative-Care.
10-e	Rückwirkungen auf andere Bereiche müssen dort eruiert werden. Aus SAPV - Leistungserbringer – Sicht sind Rückschlüsse eher nur spekulativ möglich.
10-g	Krankenhauseinweisungen verringert, es können viele zu Hause sterben ohne Symptome bzw. symptomatisch, psychosozial und spirituell begleitet zu sein.
13	Reduzierung von Einweisungen in Hospize und Pflegeheime. Schnellere Entlassung aus dem Krankenhaus möglich. Reduzierung von „Noteinweisungen“. Behandlung von Patienten zu Hause möglich auch bei komplexeren Erkrankungen.

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

Wenn nein, warum nicht:

Identif.	Text
01	In der aktuellen Fassung der Richtlinie wird zu wenig deutlich, dass die SAPPV gesondert von der SAPV gesehen werden muss und sinnvollerweise in eigenständigen Verträgen gem. §132d Abs.1 i.V.m. §37b SGB V zu regeln ist. Gründe dafür: <ul style="list-style-type: none"> - Wesentlich anderes Patienten Klientel (andere Indikationen, schneller Wechsel der Versorgungsintensität, längere Betreuungszeiten) - Kleine Fallzahlen - Größere Versorgungsbreite >> führt insgesamt zur Notwendigkeit anderer Versorgungskonzepte als SAPV
03	Konkrete Erfahrungen zur Umsetzung SAPV bei Kindern und Jugendlichen liegen den antwortenden Krankenhäusern nicht vor. Im Hinblick auf die konkrete Umsetzung wird auf eine ggf. bestehende Problematik hingewiesen: Bei einem Einzelfall eines Kindes in einer Einrichtung gem. § 34 SGB VIII zeigte sich die Krankenkasse nicht bereit, die erforderliche Behandlungspflege gem. § 37 Abs. 1 SGB V zu übernehmen und argumentierte damit, dass das Personal der Einrichtung gem. § 34 SGB VIII die Leistung zu übernehmen habe. Hier wird Klärungsbedarf in der 2 Umsetzung gesehen, da diese Haltung ggf. auch Auswirkung auf die Bewilligung von SAPV in Einrichtungen gem. §34 SGB VIII haben kann.
04	Fehlende Verträge. Besondere Belange von Kindern sollten erläutert werden (z.B. andere Krankheitsverläufe, Notwendigkeit der familiären Betreuung/Eltern/Geschwister). Hoher Betreuungsaufwand bei geringen Fallzahlen. Zum Teil extrem weite Anfahrtswege insbesondere im ländlichen Bereich. Regelungen bei Landesgrenzenüberschreitung zw. Behandelndem Krankenhausarzt und Wohnort des Patienten.

05	Bezüglich der Erwachsenen wurden zu der Richtlinie keine Änderungswünsche angemeldet. Bezüglich der Frage 2 jedoch sehen unsere Fachexperten --wie im letzten Jahr- eine Anpassungsnotwendigkeit der Richtlinie bezüglich der Belange von Kindern und Jugendlichen. Nach Auskunft unseres Sozialministeriums hatte zwischenzeitlich hierzu eine kompetente Arbeitsgruppe getagt, die aber bis dato noch keinen vollständigen Änderungsvorschlag erarbeitet konnte. Man wird wohl aber im Laufe der nächsten Monate ein entsprechendes Konzept vorlegen können. Somit kann ich möglicherweise bei Ihrer Umfrage im nächsten Jahr Konkretes berichten, sofern dieses Konzept dann nicht schon vorher zu Ihnen gelangt ist.
09-f	Bei Kindern muss die komplexe Problemlage (Existenzkrise, Belastungssituation der Eltern, ethisches Dilemma) mehr berücksichtigt werden, zumal es jenseits von SAPV für Kinder kaum oder " keine „AAPV" für Kinder gibt. Die SAPV-Anforderungen sind zu hoch, das führt zu geringen Fallzahlen und damit ist keine wirtschaftliche Gestaltung der Versorgung möglich. SAPV-Anforderungen verhindern Umsetzung des SAPV-Anspruchs bei denen, die SAPV brauchen. Sektorenübergreifende SAPV für Kinder als Strukturanforderung
10-c	Die besonderen Bedürfnisse der SAPV können mit dem VO-Schein nicht erfasst werden und med. Parameter nicht gesondert aufgeführt.
10-e	Spezielle pädiatrische SAPV-RL erstellen und gemäß dieser RL eigene pädiatrische SAPV Verträge vorsehen.
10-f	Der klinische Verlauf bei lebenslimitierenden Erkrankungen unterscheidet sich bei Kindern und Jugendlichen mitunter wesentlich von den bei Erwachsenen. Die Patienten brauchen mitunter eine spezialisierte Palliativversorgung Monate und Jahre vor dem Ableben. Die besondere psychosoziale Situation ist nicht berücksichtigt.
10-g	Was sind besondere Belange, diese können je nach Kasse verschieden ausgelegt werden. Begleitung der Eltern, Geschwister gehört zum Kinde, dies ist nicht ausreichend beschrieben, welche Leistungen dazu gehören?
13	Zur Behandlung spezialisiertes Team erforderlich. Muss in RL konkreter gefasst werden; ansonsten ist Behandlung von Kindern auch unter Berücksichtigung psychologischer Aspekte stationär sinnvoller.

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

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
01	Bessere Abgrenzung der SAPPV von der SAPV würde Vertragsabschlüsse für die SAPV erleichtern. Zum Teil bestehen weiterhin Unklarheiten über die Unterschiede zwischen den in §5 Abs.2 genannten Versorgungsformen „additiv unterstützende Teilversorgung“ und „vollständige Versorgung“. Konnte in bestehenden Verträgen aber weitgehend pragmatisch gelöst werden.
03	SAPV soll die Versorgung in der letzten Lebensphase in der vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung ermöglichen. Darüber hinaus kann sie auch in stationären

	<p>Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 SGB XII bzw. der Kinder- und Jugendhilfe gem. § 34 SGB VIII erbracht werden. Zu ergänzen bzw. zu klären wäre, dass sie auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe i.S. der §§ 53, 54 SGB XII gelten soll, um zu vermeiden, dass die betroffenen Menschen ihre vertraute Umgebung in der letzten Lebensphase verlassen müssen.</p>
04	<p>§4: der Begriff des „komplexen Symptomgeschehens“ sollte genauer definiert werden. Möglichkeit zur Qualifizierung von geeignetem medizinischem und pflegerischem Personal als Leistungserbringer in der SAPV. Vollversorgung ist auch im Pflegeheim möglich. Vereinfachung der SAPV-Verordnung > 3-Tage-Frist auf 7 Tage erweitern. Vergütung der psychosozialen Berufe in SAPV bleibt weiter zu regeln.</p>
09-e	<p>Die Krankenkassen scheinen sehr uneinheitlich mit der Genehmigung von SAPV-Anträgen umzugehen. Es gibt Krankenkassen, die eine SAPV-Verordnung, die aus fachlicher Perspektive die Versorgung zu Hause ermöglichen und stärken würde, ablehnen mit der Begründung, es sei nicht ersichtlich, dass nur mit einer begrenzten Lebenserwartung zu rechnen sei. Aus Sicht des vorordnenden Palliativmediziners, der eine Palliativstation leitet, ist diese Begründung haltlos und nicht nachvollziehbar. Hier scheint nicht die Bedarfslage des Patienten, sondern der Sparzwang der Kasse das Leitmotiv zu sein.</p>
09-f	<p>Krisenintervention nicht nur bei Kindern. Vorläufige Kostenzusage wird von Krankenkassen in der Praxis unterlaufen. Sektorenübergreifende Versorgung nicht nur als "Soll-Leistung", sondern Verpflichtung, um die Schnittstelle stationär zu ambulant besser gestalten zu können.</p>
10-c	<p>Trennschärfe zur AAPV und SAPV stärker herausstellen. Subsidiärer Charakter der SAPV ist für Regelversorger zu betonen.</p>
10-e	<p>Klarstellung der Kriterien an Leistungserbringer erforderlich! Palliative-Care-Teams mit eigenem Mitarbeiterstamm und ausreichende Finanzierung sichern! Netzwerke aus amb. Leistungserbringern = AAPV / PCT mit Spezialisten = SAPV.</p>
10-f	<p>Besonders in Flächenländern ist die Versorgung durch Kinderpalliativteams sehr schwierig. Die Vorhaltekosten bei geringen Gesamtpatientenaufkommen, die langen Anfahrtswege lassen die Versorgung nicht kostendeckend unter dem aktuellen Pauschalsystem bewerkstelligen.</p>
13	<p>Indikation für SAPV für Angehörigenunterstützung bei extremen Belastungen nicht verankert. Für Patienten, die länger als 2 Monate betreut werden, sollte die Verordnung von Medikamenten und die Krisenintervention des SAPV-Teams auch nach diesem Zeitpunkt ermöglicht werden. Klare Herausstellung, dass nach SAPV Betreuung Schwerstkranker am Lebensende zu Hause betrifft und zur Vermeidung stationärer Aufenthalte am Lebensende dient. Konkrete Vorgaben zur Personalbesetzung anhand von EW. Vorgaben zur ärztlichen Besetzung im SAPV-Team.</p>

Ergänzende Hinweise:

KG 03: Vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels insbesondere im Bereich der fachärztlichen und fachpflegerischen Versorgung wird vorgetragen, dass die Gesamtversorgung mit SAPV im Sinne des Gesetzestextes teilweise nicht ausreichend sichergestellt ist bzw. dass die vorhandenen SAPV-Leistungserbringer schnell an ihre Belastungsgrenzen kommen. Hintergrund ist hier sicher auch eine insgesamt unzureichende Refinanzierung der Leistungen in den Rahmenverträgen durch die Kostenträger. Es wird zu dem angeregt zu prüfen, inwieweit die bisher in Rahmenverträgen festgelegte Bindung der Koordinationsaufgaben an die Palliativärzte und spezialisierten Pflegedienste zielführend ist und ob hier nicht Möglichkeiten der stärkeren Einbindung anderer Dienste und/oder anderer Berufsgruppen in der vertraglich festgelegten Übernahme dieser Koordinationsfunktion bestünden. Dies könnte neben der Festlegung einer differenzierteren Evaluation der sektorenübergreifenden Prozesssteuerung auch aus dem Fokus der Betroffenen bzw. der Angehörigen, neben den medizinischen-pflegerischen auch die physiotherapeutischen, psychologischen, psychosozialen und spirituellen Anforderungen zur lückenlosen Versorgung der Betroffenen über die Sektorengrenzen hinweg verbessern.

Freitextangaben der Kassenärztlichen Vereinigungen / 2011

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

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
02	<p>10% aller Sterbenden können lt. Definition des Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit in der SAPV betreut werden.</p> <p>Zur Ergänzung und Unterstützung der SAPV sind deshalb weiterte Strukturen erforderlich. Nach unseren Kalkulationen verstreben ca. 35 % der Bevölkerung unter Betreuung der Niedergelassenen – also in der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV). Ein weitere Teil wird in der AAPV Palliativ versorgt und verstirbt im Krankenhaus oder in der SAPV. Dieser Versorgungsbedarf muss gedeckt werden.</p> <p>In unserem Bundesland gab es für alle Vertragsärzte 2010-2011 eine finanzielle Förderung der AAPV. Diese Strukturen haben es ermöglicht die SAPV sinnvoll zu ergänzen sowie unnötige Einweisungen in Krankenhäuser und unnötige Verordnungen von SAPV (= schwierige Betreuungssituationen) zu verhindern.</p> <p>Weitere ambulante Vernetzungsstrukturen (bspw. durch Niedergelassene mit entsprechender Palliativmedizinischer Fortbildung) sind meist unentgeltlich, beruhen auf besonderem persönlichen Engagement und können nicht als selbstverständlich angesehen werden.</p> <p>Die Einführung der SAPV hat deutlich gemacht, dass es verschiedene Strukturen geben muss, die aufeinander aufbauen:</p> <p>Angesichts des Demographischen Wandels und des Fortschrittes in der Medizin werden die Symptome in der Sterbebegleitung immer komplexer</p> <ul style="list-style-type: none"> • stationäre Einrichtungen und SAPV sollten für „schwierigen Betreuungssituationen“ vorbehalten sein. • die Betreuungszahlen und der Betreuungsaufwand werden in der AAPV ebenfalls steigen. Die AAPV darf nicht an der SAPV gemessen bzw. von ihr definiert oder strukturiert werden. Das Versorgungsziel ist zwar gleich, aber der Versorgungsauftrag ist anders. <p>Es gilt die AAPV zu stärken und flächendeckend umzusetzen. Da die AAPV unnötige Einweisungen in Krankenhäuser und unnötige Verordnungen von SAPV verhindert, sind die Mehrausgaben für die AAPV aus Einsparungen bei Krankenhausaufenthalten und SAPV zu finanzieren.</p>
07	<p>Schwer pflegebedürftige Patienten werden infolge mangelnder Anerkennung der allgemeinen Palliativversorgung eher und unkritischer an die SAPV überwiesen.</p> <p>Die Möglichkeit, die SAPV anzubieten ohne Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung, führte dank Direktverträgen mit den Krankenkassen zu einem eigenständigen Versorgungsbetrieb. Dieser ist auf eine kontinuierliche Requirierung von Patienten angewiesen, um je nach Größe seinen Geschäftsbetrieb zu erhalten.</p>
10	<p>Anmerkung: Es wird vermutet, dass es Rückwirkungen – z.B. auf den Leistungsbereich der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) – gibt. Valide Daten liegen hierzu jedoch nicht vor.</p>
11	<p>Anmerkung: Nach Angaben der in unserem Bundesland tätigen Kassenverbände wurden bis jetzt nur 3 Verträge mit Leistungserbringern (an der KV vorbei) geschlossen. Deshalb</p>

	lassen sich Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche derzeit nicht ermitteln.
14	<p>Nach Angaben der von uns befragten Ärzte ergaben sich keine/kaum Auswirkungen auf andere Leistungsbereiche.</p> <p>Ggf. kann eine Reduktion von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im hausärztlichen Bereich sowie eine Vermeidung von Krankenhauseinweisungen/Notarzteinsätzen verzeichnet werden.</p> <p>Keine KV-seitigen Erhebungen vorliegend.</p>
15	<p>Auf Palliativnetze und andere Leistungserbringer.</p> <p>Einfluss auf Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnung.</p> <p>Einrichtungen und Anbieter technischer Geräte und dessen Wartung.</p>
17	<p>Aus Sicht des Vorsitzenden der Schmerztherapie-Kommission der KV in unserem Bundesland, sind in den Regionen, in denen SAPV-Teams tätig sind, die Krankenhauseinweisungen deutlich gesunken, Die Versorgungsqualität hat sich durch die Möglichkeit der SAPV sowohl für die Betroffenen, als auch für die Angehörigen wesentlich verbessert.</p> <p>Nach seiner Schätzung werden ca. 50-60% der Patienten weniger ins Krankenhaus eingewiesen und haben die Möglichkeit, die letzte Zeit ihres Lebens in der vertrauten Häuslichkeit zu verbringen.</p> <p>In jedem Fall kommt es zu einer Verlagerung der ärztlichen und pflegerischen Leistungen in den ambulanten Bereich.</p>

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

Wenn nein, warum nicht:

Identif.	Text
02	<p>Aktuell gibt es nur wenige SAPV-Verträge, die speziell für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gestellt werden. Eine abschließende Bewertung kann deshalb aus unserer Sicht nicht erfolgen.</p> <p>Dem Thema Seelsorge muss eine größere Bedeutung beigemessen werden, um den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ausreichend Rechnung zu tragen.</p> <p>Ggf. muss die Qualifikation (z.B. finanziell gefördert) entsprechend der Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen angepasst werden.</p> <p>Möglicherweise sind zusätzliche Anreize für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen in der SAPV zu setzen.</p>
07	<p>Im Gegensatz zur spezialisierten Palliativversorgung bei Erwachsenen ist die palliative Betreuung bei Kindern und Jugendlichen durch eine notwendige intensive zwischenmenschliche Zuwendung geprägt, die insbesondere die Eltern und Angehörigen mit einbeziehen muss.</p> <p>Es geht also nicht in erster Linie um die spezialisierte Versorgung, die bei Erwachsenen in der Praxis häufig gekennzeichnet ist durch eine differenzierte Schmerzbehandlung (deswegen ist die Anzahl von Anästhesisten in diesem Gebiet ja auch so hoch) und der Wund- und Ernährungsmodalitäten.</p> <p>Dies nimmt bei Kindern und Jugendlichen außerhalb der Kliniken einen weniger</p>

	großen Raum ein und würde einer allgemeinen Palliativversorgung zugeordnet werden - wenn es sie denn gäbe.
10	<p>Die in der Richtlinie (§ 1, Absatz 4) gewählten Forderung: „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.“ ist für die Kostenträger häufig unklar und wird daher unzureichend umgesetzt. Dies betrifft z.B. den Einsatz von SAPPV</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei länger prognostizierter Lebenserwartung • in Krisensituationen • als intermittierende Erbringung palliativer Leistungen • bei jungen Erwachsenen, die seit dem Kindes- oder Jugendalter an typisch pädiatrischen Erkrankungen leiden <p>Weiterhin fehlen Lösungsansätze zur psychosozialen Begleitung der gesamten Familie, die hier in ganz besonderem Maße betroffen ist. Geschwister werden nicht berücksichtigt und entwickeln im Verlauf oft psychosomatische Erkrankungen. Eltern als Pflegende erfahren nur wenig Entlastung.</p>
11	Die Richtlinie lässt u. E. ausreichend Raum, in SAPV-Verträgen die Belange von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen. Ob dieser „Spielraum“ in den Verträgen zwischen den Kassenverbänden und den Leistungserbringern genutzt und auch tatsächlich umgesetzt wird, ist uns nicht bekannt.
13	§ 1 Abs. 4 ist unzureichend, um die konkreten von den Krankenkassen abzusichernden Grundlagen in der Häuslichkeit des betroffenen Kindes und seiner Angehörigen tatsächlich zu gewährleisten. (Anspruchskonkretisierung/Rechtssicherheit)
14	Anmerkung: Nur wenige Palliativmediziner in unserem Bundesland konnten die Frage aufgrund mangelnder Erfahrung in diesem Bereich beantworten.
15	<p>Fehlen entsprechend qualifizierter Pflegekräfte. Ausbildung langwierig und kostenintensiv. Übergangsregelung (ca. 2 Jahre) sollte geschaffen werden. Abzug der Pflegekräfte aus Hospiz oder stationärem Bereich nicht möglich. Finanzielle Unterstützung für die Ausbildung. Vergütung für Kinderbetreuung zu niedrig, sollte individuellen Gestaltungsspielraum zulassen.</p>

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

Wenn ja, welche:

Identif.	Text
02	<p>(1) Administrativer Aufwand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hoher Informations- und Aufklärungsaufwand gegenüber Krankenkassen und dem MDK • unnötige Folgeverordnungen – da bei Fallpauschalen diese sowieso nur 1x alle 2 Jahre bezahlt werden • Einzelauflistung von Telefonaten <p>(2) Gestufte Leistungserbringung:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • die 4 Formen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Beratung, 2. Koordination, 3. Teil – und 4. Vollversorgung haben sich nicht bewährt Grund: täglich wechselnder Versorgungsbedarf • Sinnvolle Änderung - Auflösung in 2 Formen: <ol style="list-style-type: none"> 1. beratende Mitbetreuung ohne 24-Std.-Betreuung 2. ergänzende Versorgung mit 24 Std. Bereitschaft <p>(3)Probleme bzgl. flächendeckende Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fehlendes Fachpersonal: Einführung einer Übergangsregelungen sinnvoll • große finanzielle Vorleistung • 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.
04	Überprüfung der Qualifikationsrichtlinie, da sowohl Ärzte als auch Schwestern nicht nur stationär sondern auch ambulant ausgebildet werden sollten.
07	Die allgemeine Palliativversorgung wird weder durch eine Honorarregelung noch versorgungspolitisch anerkannt. Sie ist aber die Basis jedweder Versorgung außerhalb der Kliniken. Durch eine Kooperation unter Definition der Schnittstellen und Kompetenzen ist nicht nur eine erhebliche Kosteneinsparung zu erzielen, sondern auch eine deutlich verbesserte Betreuung dieses Patientengutes.
08	In unserem Bundesland ist stellenweise immer noch ein großer Mangel an Palliativmedizinern und Palliativ-Care-Kräften zu verzeichnen. Hilfreich wäre hier eine bundeseinheitliche Regelung, welche in der Richtlinie Beschreibung findet und den SAPV-Teams die Möglichkeit eröffnet, auch in Ausbildung befindliche Kräfte in die tägliche Arbeit mit einzubeziehen. z.B.: Die nach Weiterbildungsordnung/Ausbildungscurricula erforderliche praktische Tätigkeit in der Betreuung von Palliativpatienten kann im Rahmen der Mitarbeit in einem PalliativCare-Team/SAPV-Team erworben werden.
10	Die Zuständigkeit für junge Erwachsene mit typisch pädiatrischen Erkrankungen muss geklärt werden. Anmerkung: Wir würden es begrüßen, wenn neben der SAPV auch die AAPV bundesweit gesetzlich geregelt würde.
13	§ 6: Der Hausarzt bzw. dauerbehandelnde Facharzt muss grundsätzlich als Kooperationspartner einbezogen werden, nicht nur im Einzelfall. § 5 (2): Qualifizierte Leistungserbringer können auch Absolventen des sog. Basiskurses „Palliativmedizin“ sein, sofern eine Teamstruktur, die der SAPV Richtlinie entspricht, vorliegt. § 5 (3): Kriseninterventionen müssen durch Überlassung von BT-Mitteln beim Patienten / Angehörigen praxisnah bewältigt werden dürfen (gesetzliche Absicherung). Siehe Novelle der Apothekenbetriebsordnung.
14	Definition von Vollversorgung/Teilversorgung. Klare Abgrenzung zur AAPV

	§5 Abs. 2 „qualifizierten Ärzten“ > Qualifikationsvoraussetzungen?
15	<p>Übergangsregelung für fachliche Qualifikation der Pflegekräfte da langwierige Ausbildung. Ggf. finanzielle Unterstützung für Ausbildung der Palliativ-Care-Pflegekräfte. Bundeseinheitliche Vergütungsregelungen, dringend Angleicht der unterschiedlichen Verträge und Vertragsgestaltungen notwendig.</p>
17	<p>Die SAPV-Richtlinie sollte deutschlandweit einheitlich umgesetzt werden, inhaltlich, strukturell und personell. Nur so wäre es möglich, eine einheitliche Qualität und damit Vergütung zu erreichen. Dies hat zwangsläufig zur Folge, dass die SAPV aber zumindest die AAPV in den Kollektivvertrag überführt werden muss.</p> <p>Aufgrund der erheblichen finanziellen Unterschiede werden aus unserer Sicht zu viele Kompromisse hinsichtlich der Qualität vorgenommen. Auch das Vergütungsgefälle zwischen Ost- und West ist nicht nachzuvollziehen. Nach unserem Kenntnisstand werden in den Ostländern nur ca. 60-70 % der Vergütungen im Vergleich zu den Altbundesländern, wie z. B. Hessen und Bayern gezahlt.</p>