



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**Bericht
an das Bundesministerium für Gesundheit
über die
Umsetzung der SAPV-Richtlinie
für das Jahr 2010**

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	4
1. Zusammenfassung	5
2. Sachverhalt.....	7
3. Hinweise zum Umfang der Erhebung und zur Vorgehensweise.....	9
4. Ergebnisse.....	13
4.1 Ausgaben der Krankenkassen für SAPV.....	13
4.2 Verordnungszahlen und Leistungsfälle	13
4.2.1 Befragung der Krankenkassen zu den Leistungsfällen in 2010	16
4.2.2 Analyse der Leistungszahlen.....	16
4.3 Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen	23
4.3.1 Antworten der Krankenkassen	24
4.3.2 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)	24
4.3.3 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG	25
4.3.4 Hinweise zu den Belangen von Kindern und Jugendlichen.....	26
4.4 Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche.....	27
4.4.1 Hinweise zu den Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche	28
4.5 Analyse zur Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften	29
4.5.1 Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten.....	29
4.5.2 Qualifikation von Pflegefachkräften	31
4.6 Änderungsvorschläge zur SAPV-RL und Problemschilderungen im Umgang mit SAPV	33
4.7 Ergebnisse aus den Berichten des GKV-SV zum Vertragsgeschehen	34

4.8	Fazit und Ausblick.....	35
5.	Anhang.....	37
5.1	Fragebögen	37
5.1.1	Fragebogen an die Krankenkassen.....	37
5.1.2	Fragebogen an die Mitgliedsorganisationen der DKG	41
5.1.3	Fragebogen an die Kassenärztlichen Vereinigungen.....	45
5.1.4	Freitextangaben aus den Fragebögen.....	49

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups (deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen)
HKP	Häusliche Krankenpflege
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KJ 1	KJ 1-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: endgültige Rechnungsergebnisse)
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KV 45	KV 45-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: vorläufige Rechnungsergebnisse)
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAPPV	Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung
SAPV-RL	Richtlinie des G-BA zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
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 2010 Bericht zu erstatten. Den Schwerpunkt bildet die Befragung der gesetzlichen Krankenkassen zu Leistungszahlen, auch im Hinblick auf die Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen. Fragen, die Hinweise auf mögliche Änderungs- oder Klarstellungsbedarfe der Richtlinie des G-BA zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) ergeben können, Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche aufzeigen sollen bzw. Aufschluss darüber geben sollen, ob die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV-RL ausreichend berücksichtigt sind, wurden an die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Mitgliedsorganisationen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gerichtet.

Im Rahmen der Erhebung wurden bei allen Krankenkassen die vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2010 bewilligten Leistungsfälle, unterschieden nach Sachleistungs- und Kostenerstattungsfällen, erfragt. Nach Vertragsarten wurde hierbei nicht unterschieden. Die Gesamtzahl der Leistungsfälle wurde von den rückmeldenden Krankenkassen, die 87 % der gesetzlich Krankenversicherten repräsentieren, auf 19.479 beziffert, davon wurden 1.433 Leistungsfälle über Kostenerstattung geregelt. In der Befragung des Vorjahres, welche ein Quartal weniger erfasste, lag die Anzahl der angegebenen Leistungsfälle bei 2.614, von denen 777 über Kostenerstattung geregelt wurden.

Gemäß der Frequenzstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) betrug die Anzahl der Erstverordnungen vom 1. Quartal bis einschließlich 3. Quartal 2010 insgesamt 13.962; die Anzahl der Folgeverordnungen belief sich auf 8.403. In den 3 Quartalen 2009 wurden 8.459 Erstverordnungen und 4.260 Folgeverordnungen gezählt.

Für das Jahr 2010 betragen die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV 45,6 Millionen Euro (vorläufiges Rechnungsergebnis der amtlichen Statistik KV 45). Die Ausgaben für 2009 betragen 17,3 Millionen Euro (endgültiges Rechnungsergebnis der amtlichen Statistik KJ 1).

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 Vertragssituation vorgelegt hat, eine deutliche Weiterentwicklung der SAPV in 2010.

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, der Abgrenzung der SAPV gegenüber der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der Befugnisse zur Arzneimittelverordnung einschließlich Betäubungsmitteln.

Zur Frage, ob die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV-RL ausreichend berücksichtigt sind, wurde mehrfach auf Konkretisierungsbedarf hingewiesen. Dabei wurden die Aspekte der Qualifikation bzw. Erfahrung der Pflegekräfte im Umgang mit Kindern und Jugendlichen und der speziellen Betreuung der Angehörigen genannt, ohne dass daraus allerdings konkrete Änderungsvorschläge abgeleitet werden können.

Die Einschätzung zu den Auswirkungen der SAPV auf andere Leistungsbereiche fällt 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 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 § 37 b 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 Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (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 Leistungsgeschehen einbezogen werden.

Die Art und Weise der Berichterstattung für 2010 wurde entsprechend der verfügbaren Daten und gemäß der Aufgabenzuweisung durch das BMG gegenüber der Berichterstellung 2009 angepasst. 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 2010.

3. Hinweise zum Umfang der Erhebung und zur Vorgehensweise

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 wurden bei der Erstellung des Berichtes 2010 berücksichtigt. Befragt wurden die Krankenkassen, die KVen und die Mitgliedsorganisationen der DKG.

Kernstück der Erhebung für 2010 bildete die schriftliche Befragung aller Krankenkassen mittels eines Fragebogens (siehe Anhang 5.1.1). Den Schwerpunkt dieser Befragung für 2010 stellte mit Blick auf die aktuelle Versorgungssituation die Abfrage der Anzahl der Leistungsfälle dar. Aus den obengenannten Gründen wurde eine Erhebung der Anzahl der geschlossenen Verträge und der Vertragsinhalte dagegen nicht durchgeführt.

Sowohl die Krankenkassen als auch die KVen und die Mitgliedsorganisationen der DKG wurden zu folgenden Aspekten um Einschätzung gebeten:

- Berücksichtigung der Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV-RL,
- Änderungsbedarf an der SAPV-RL und
- Auswirkungen der SAPV auf andere Leistungsbereiche.

Um möglichst umfassende Informationen über die Auswirkungen der SAPV auf die Verordnung und das Leistungsgeschehen in anderen Leistungsbereichen zu erhalten, wäre es erforderlich, etwaige Auswirkungen in anderen Leistungsbereichen kausal auf das Leistungsgeschehen der SAPV zurückzuführen. Dies ist jedoch aufgrund des Fehlens belastbarer Daten nicht möglich.

So scheitert die Erfassung von Auswirkungen der SAPV auf die stationäre Versorgung an der fehlenden Vergleichbarkeit des Diagnosis Related Group Systems (DRG, Diagnosebezogene Fallgruppen) mit der ambulanten Verordnungsstatistik. Der Abgleich von SAPV-Verordnungszahlen mit DRG's ist u. a. ungeeignet, weil in der DRG-Systematik Fälle abgerechnet werden und Mehrfachnennungen möglich sind. Hinzu kommen ein zeitlicher Versatz etwaiger Auswertungen von bis zu 2 Jahren und der Umstand, dass Palliativpatientinnen und -patienten, welche wegen anderer Erkrankungszustände in das Krankenhaus aufgenommen wurden, möglicherweise nicht erfasst werden.

Bei der HKP sind Rückwirkungen wahrscheinlich, diese können aber nicht quantifiziert werden, da die Leistungsausgaben in diesem Bereich bereits seit Jahren kontinuierlich steigen und die Anteile einzelner ausgabensteigernder Effekte an der Gesamtsteigerung weder konstant sind noch eine differenzierte statistische Erfassung erfolgt.

Für den Bereich der Hospizversorgung fehlen ausreichend konkrete bzw. vergleichbare Daten.

Somit konnten nur Erfahrungswerte der Krankenkassen, der KVen und der Mitgliedsorganisationen der DKG erfragt werden. Für 2011 sollen insoweit auch die Leistungserbringer einbezogen werden.

Entsprechend der Erfahrungen aus der Berichterstattung 2009 wurde in Abstimmung mit dem BMG auch der zeitliche Ablauf der Berichterstellung angepasst. Da sich Aussagen zur Umsetzung der SAPV-RL mittel- bis langfristig sinnvollerweise über Jahresvergleiche erheben lassen, erschien es sinnvoll, den jährlich durch den G-BA zu erstellenden Bericht zur Umsetzung der SAPV für den Zeitraum eines vollständigen Kalenderjahres (jeweils vom 1. Januar bis 31. Dezember) abzufassen. Mit der daraus resultierenden zeitlichen Verschiebung für die Abgabe der Berichte hat sich das BMG einverstanden erklärt. Im Schreiben vom 1. April 2010 wurde vom BMG auf Nachfrage des G-BA ausgeführt, dass keine Bedenken bestünden, den Bericht jeweils in den ersten Monaten des Folgejahres vorzulegen, wenn dies für einen entsprechend vollständigen Bericht erforderlich wäre.

Der Bericht 2010 konnte gegenüber dem Bericht 2009 vervollständigt werden und berücksichtigt die Aussagen der Befragten für 4 Quartale des Jahres 2010. Relevante amtliche Statistiken geben grundsätzlich erst im 2. Halbjahr des Folgejahres Auskunft über 4 Quartale eines Kalenderjahres.

Daher wird seitens des G-BA angeregt, den Zeitpunkt der Berichtsabgabe in das 2. Halbjahr des Folgejahres zu verlegen. Bei Abgabe des Berichtes im 2. Halbjahr 2012 (für das Kalenderjahr 2011) könnte auf die Verwendung vorläufiger Rechnungsergebnisse verzichtet werden (z. B.: KV 45) und der Bericht könnte bezüglich aller Auswertungen (auch der Frequenzstatistik) Angaben von 4 Quartalen des jeweiligen Kalenderjahres berücksichtigen. Ein weiterer Vorteil einer zeitlichen Verschiebung des Abgabetermins an das BMG würde darin bestehen, dass für die in der Handhabung voraussichtlich aufwändigere Befragung von Leistungserbringern, welche für den Bericht über das Jahr 2011 geplant ist, mehr Zeit zur Verfügung stünde.

Der Bericht umfasst folgende Aspekte:

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

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.

Zudem wurde die Pflegepersonal-Statistik ausgewertet und es wurden 2 Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene um Mitteilung der Anzahl der bundesweit tätigen Pflegefachkräfte gebeten, die den Abschluss einer Palliativ-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von 160 Stunden vorweisen konnten.

Um Hinweise auf mögliche Änderungs- oder Klarstellungsbedarfe der SAPV-RL zu erhalten bzw. mögliche Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche feststellen zu können, wurden im UA VL des G-BA abgestimmte Fragebögen (Anhang 5.1.1 bis 5.1.3) an die Krankenkassen (über den GKV-SV), die Kassenärztlichen Vereinigungen (über die KBV) und die Mitgliedsorganisationen der DKG (über die DKG) versandt. Die Krankenkassen wurden außerdem zur Anzahl der Leistungsfälle befragt.

Da eine Vielzahl von Verträgen mit Leistungserbringern der SAPV im Laufe des Jahres 2010 geschlossen wurden und sich das Verordnungs- und Leistungsgeschehen vielfach noch in der Aufbauphase befand, hat der UA VL eine Befragung der Leistungserbringer erst ab 2011 vorgesehen. Die Patientenvertretung hatte sich für eine Befragung der Leistungserbringer bereits für den Bericht 2010 ausgesprochen, weil sie Bedenken hinsichtlich der Aussagekraft der in der Aufbauphase gewonnenen Daten nicht teilt. Darüber hinaus vertrat die Patientenvertretung die Auffassung, eine Befragung bereits für 2010 könnte Aufschlüsse über die Praktikabilität der Fragebögen liefern.

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 der Befragung für das Jahr 2009, 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, KVen oder Mitgliedsorganisationen der DKG möglich sind.

4. Ergebnisse

4.1 Ausgaben der Krankenkassen für SAPV

Für das Jahr 2010 betragen die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV 45,6 Millionen Euro (vorläufiges Rechnungsergebnis der amtlichen Statistik KV 45). Die Ausgaben für 2009 betragen 17,3 Millionen Euro (endgültiges Rechnungsergebnis der amtlichen Statistik KJ 1).

Die Ausgaben für Arzneimittel im Rahmen der SAPV beliefen sich im Jahr 2010 auf 1.673.397 Euro, die für Heilmittel im Rahmen der SAPV auf 64.628 Euro und die für Hilfsmittel im Rahmen der SAPV auf 1.071.096 Euro (vorläufiges Rechnungsergebnis der amtlichen Statistik KV 45). Hierbei handelt es sich ausschließlich um Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, die durch in der SAPV tätige Ärztinnen und Ärzte verordnet wurden.

4.2 Verordnungszahlen und Leistungsfälle

Über die Frequenzstatistik der KBV wurde die Anzahl der Verordnungen, vom 2. bis 4. Quartal 2009 und vom 1. bis 3. Quartal 2010, unterschieden nach Erst- und Folgeverordnungen und dem jeweiligen KV-Bereich erhoben. Die Anzahl der Erstverordnungen vom 1. bis einschließlich 3. Quartal 2010 betrug insgesamt 13.962; die Anzahl der Folgeverordnungen belief sich auf 8.403. In den 3 Quartalen 2009 wurden 8.258 Erstverordnungen und 4.176 Folgeverordnungen gezählt (vgl. Abbildung 1 und Tabelle 1).

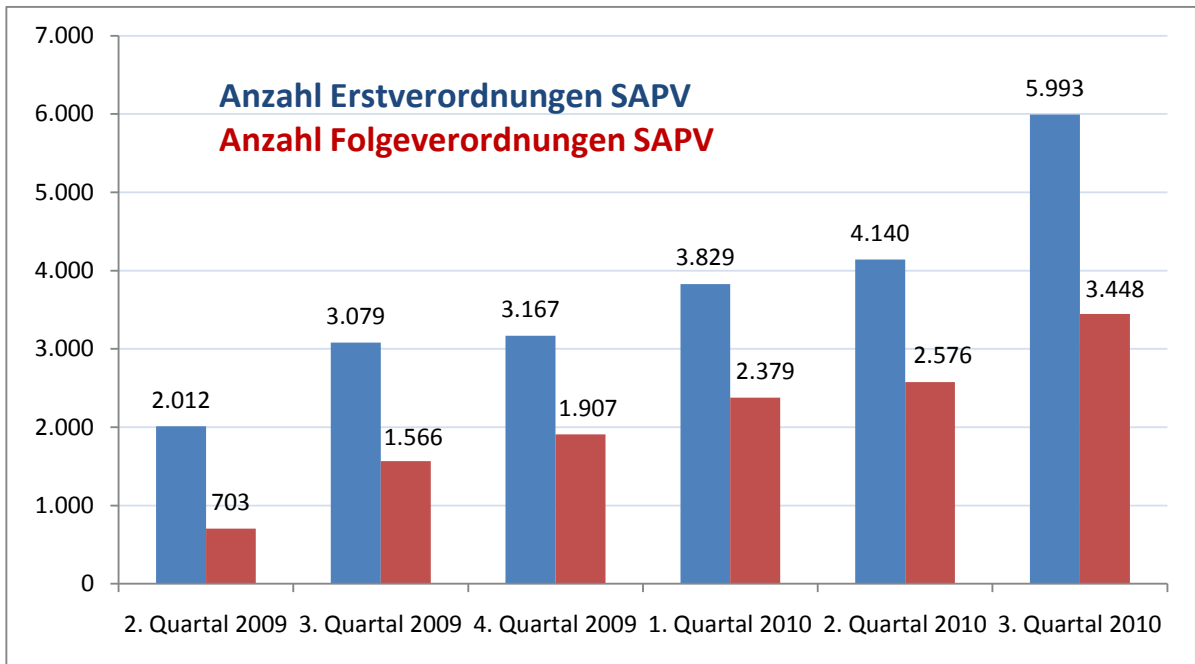


Abbildung 1: Anzahl der Erst- und Folgeverordnungen SAPV (Quelle: KBV)

Tabelle 1: Frequenzstatistik SAPV Erst- und Folgeverordnungen vom 2. Quartal 2009 bis zum 3. Quartal 2010

Frequenzstatistik SAPV Erst- und Folgeverordnungen vom 2. Quartal 2009 bis zum 3. Quartal 2010												
	2009/2		2009/3		2009/4		2010/1		2010/2		2010/3	
	EV*	FV**	EV	FV	EV	FV	EV	FV	EV	FV	EV	FV
Baden-Württemberg	475	196	757	354	717	488	683	477	638	465	704	491
Bayern	254	53	312	134	274	212	288	173	325	172	518	355
Berlin	60	41	104	50	103	71	217	245	167	103	1420	448
Brandenburg	49	18	111	61	121	77	151	127	157	124	220	166
Bremen	17	2	24	6	25	13	26	10	28	13	38	11
Hamburg	26	5	91	28	115	43	92	48	87	57	126	74
Hessen	256	86	417	329	434	334	637	435	739	521	821	552
Mecklenburg-Vorpommern	37	2	51	27	50	56	53	50	72	64	101	74
Niedersachsen	282	92	497	232	446	196	500	183	548	239	616	298
Nordrhein	85	40	154	105	141	120	188	125	172	143	232	189
Rheinland-Pfalz	22	3	78	13	73	20	76	23	131	52	121	38
Saarland	7	1	12	2	19	2	103	54	94	61	73	53
Sachsen					233	46	233	99	248	165	296	209
Sachsen-Anhalt	40	2	30	9	62	12	72	17	67	29	82	27
Schleswig-Holstein	65	21	120	40	119	58	193	117	190	159	189	169
Thüringen							43	33	62	41	93	54
Westfalen-Lippe	337	141	321	176	235	159	274	163	415	168	343	240
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
Legende: * Erstverordnung = EV ** Folgeverordnung = FV												

4.2.1 Befragung der Krankenkassen zu den Leistungsfällen in 2010

Der im Anhang 5.1.1 abgebildete Fragebogen wurde an insgesamt 156 Krankenkassen versandt. Bis zum 24. Februar 2011 wurden 80 ausgefüllte Fragebögen an die Geschäftsstelle des G-BA weitergeleitet, was einem Rücklauf von 51 % entspricht. Die 80 Krankenkassen repräsentieren nach eigenen Angaben 60.145.891¹ Versicherte und damit ca. 87 % der insgesamt rund 69,5 Mio. gesetzlich Versicherten (inkl. beitragsfrei Mitversicherter) in Deutschland zum 1. Januar 2011.

4.2.2 Analyse der Leistungszahlen

Im Rahmen der Erhebung wurden bei allen Krankenkassen die vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2010 bewilligten Leistungsfälle, unterschieden nach Sachleistungs- und Kostenerstattungsfällen, erfragt. Nach Vertragsarten wurde hierbei nicht unterschieden.

¹ Eine Krankenkasse hat auch auf nochmalige Nachfrage keine Versichertenzahlen genannt (Stand: 25. März 2011)

Zu Frage 1 aus dem Fragebogen an die Krankenkassen

„Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit vom 01.01.2010 bis zum 31.12.2010 von Ihrer Krankenkasse bewilligt?“

haben alle 80 Krankenkassen eine Angabe gemacht. Die Gesamtzahl der Leistungsfälle wurde auf 19.479 beziffert. Der höchste von einer Krankenkasse angegebene Wert lag bei 3.431 Leistungsfällen.

Insgesamt 37 Krankenkassen gaben 0 bis 20 Leistungsfälle für das Jahr 2010 an, bei 21 Krankenkassen lag die Fallzahl zwischen 21 und 100 und bei 14 Krankenkassen zwischen 101 und 1.000 Leistungsfällen. Fünf Krankenkassen haben über 1.000 Leistungsfälle gemeldet und jeweils eine Krankenkasse gab Fallzahlen über 2.000 bzw. über 3.000 an. Da bei einer derartig schiefen Verteilung der Werte der Mittelwert näher an den Extremwerten liegt, ist es erforderlich, als Lagemaß den Median² statt des Mittelwertes zu berechnen. Dieser lag hier bei 26 Leistungsfällen pro Krankenkasse (vgl. Abbildung 2).

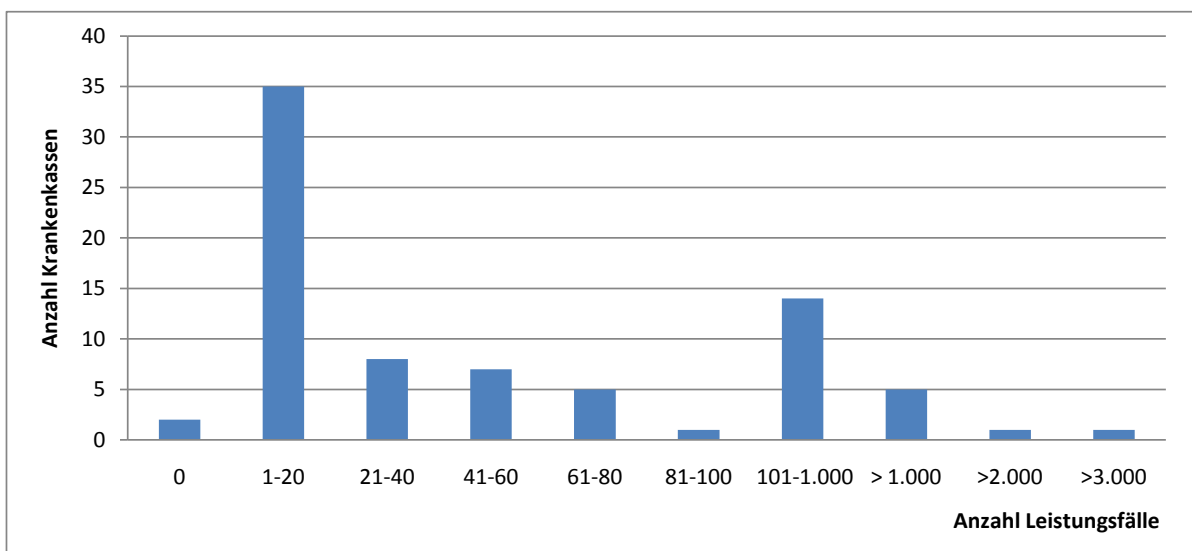


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der Leistungsfälle pro Krankenkasse

²Der Median ist der Wert, der die nach Größe sortierten Werte (hier: die Befragungsergebnisse) in exakt zwei Hälften teilt. Die eine Hälfte der Werte liegt also unterhalb des Medians, die andere Hälfte darüber. Im Gegensatz zum Mittelwert wird der Median nicht durch Extremwerte verzerrt.

Setzt man die Anzahl der Leistungsfälle ins Verhältnis zur Anzahl der Versicherten für jede Krankenkasse³, so ergibt sich für jede Krankenkasse rein rechnerisch eine Quote von SAPV-Fällen pro Versicherten. Aus den Angaben aller Krankenkassen ergibt sich eine durchschnittliche Quote von 0,29 Leistungsfällen pro 1.000 Versicherte, die in Abbildung 3 dargestellt ist (wegen der besseren Darstellbarkeit, wurden die Fälle je 1.000 Versicherte berechnet). Es ist zu beachten, dass die Anzahl der Leistungsfälle einer Krankenkasse nicht nur mit der Anzahl der Versicherten erklärt werden kann, sondern auch mit weiteren Faktoren wie der Alters- und Morbiditätsstruktur der Versicherten sowie der Vertragssituation bzw. der Anzahl der verfügbaren SAPV-Teams zusammenhängen dürfte. Diese Darstellung dient der Beschreibung der Verteilung der Leistungszahlen im Verhältnis der Krankenkassen untereinander und eignet sich bei mehrjähriger Betrachtung allenfalls für Trendaussagen. Belastbare Rückschlüsse auf eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung lassen sich anhand dieser Daten nicht ziehen.

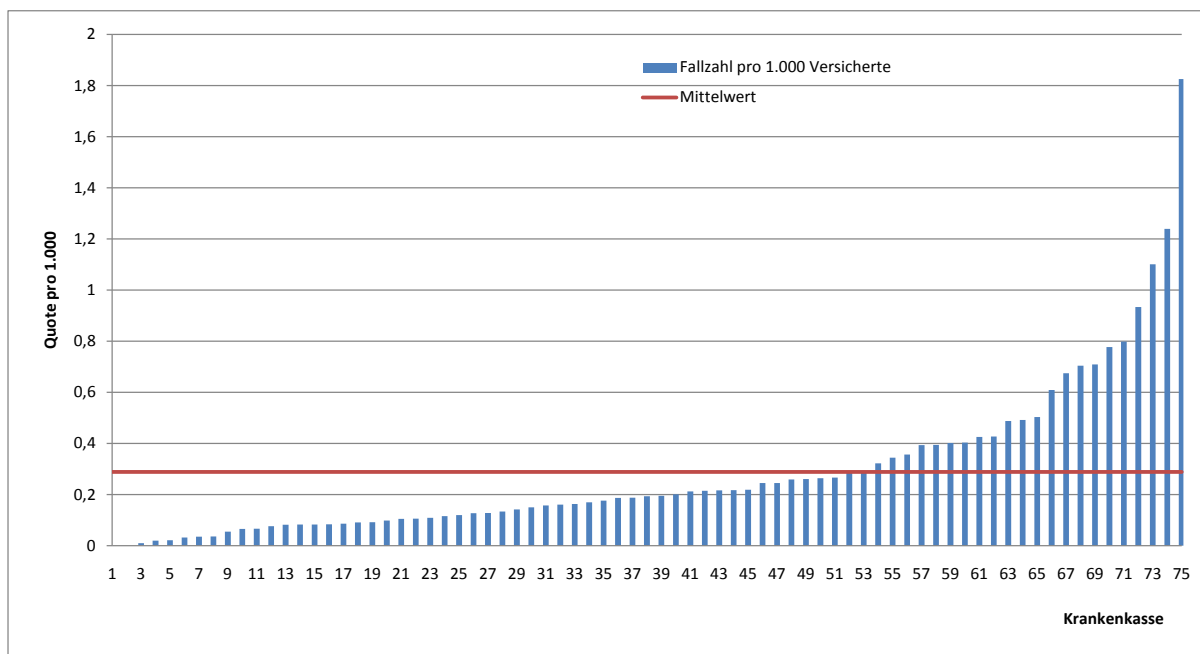


Abbildung 3: Anzahl Leistungsfälle pro Krankenkasse im Verhältnis zur gemittelten Quote

³ Eine Krankenkasse konnte nicht in die Berechnungen einbezogen werden, da keine Versichertenzahl übermittelt wurde. Eine fusionierte Krankenkasse hat für die ehemals selbständigen Organisationseinheiten 5 Fragebögen abgegeben. Die Leistungsfälle der einzelnen Fragebögen wurden addiert und mit der Gesamtzahl der Versicherten dieser Krankenkasse ins Verhältnis gesetzt.

Insgesamt 1.433 Leistungsfälle (im Maximum 660 für eine Krankenkasse) wurden über Kostenerstattung geregelt, eine Krankenkasse konnte an dieser Stelle aus technischen Gründen keine Angabe zur Anzahl der über Kostenerstattung geregelten Fälle machen, da eine solche Differenzierung im Datenverarbeitungssystem dieser Krankenkasse nicht vorgenommen wird (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Angabe der Leistungsfälle 2010

	Leistungsfälle 2010 (1.-4. Quartal)				davon Kostenerstattung			
	Gesamt	Max	Min	Median	Gesamt	Max	Min	Keine Angaben
Anzahl	19.479	3.431	0	26	1.433	660	0	1

Tabelle 3: Angaben der Leistungsfälle 2009

	Leistungsfälle 2009 (1.-3. Quartal)				davon Kostenerstattung			
	Gesamt	Max	Min	Median	Gesamt	Max	Min	Keine Angaben
Anzahl	2.614	297	0	1	777	185	0	0

Insgesamt gaben 12 Krankenkassen an, Leistungsfälle über eine Kostenerstattung geregelt zu haben. Die Spanne des Anteils der Leistungsfälle, die über eine Kostenerstattung geregelt wurden, lag zwischen 3,7 % und 100 %. Für rund die Hälfte der 12 Krankenkassen lag dieser Anteil zwischen 19 % und 50 %. Im Mittel lag der Anteil der Fälle, die über Kostenerstattung geregelt wurden, bei 31,6 % (vgl. Abbildung 4).

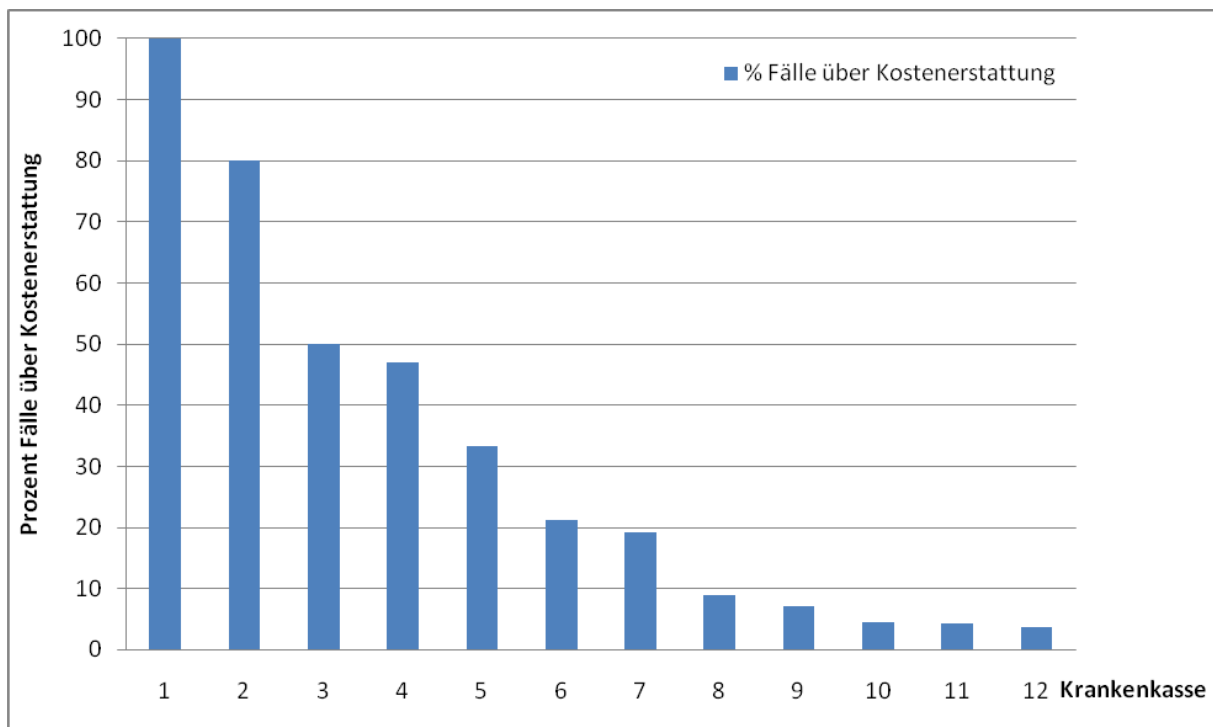


Abbildung 4: Prozentanteil der über Kostenerstattung geregelten Leistungsfälle pro Krankenkasse

In der Befragung des Vorjahres, welche allerdings ein Quartal weniger erfasste, lag die Anzahl der Leistungsfälle bei 2.614 mit einem Maximum von 297 Leistungsfällen pro Krankenkasse. Auch hier lag das Gros der Werte in der Klasse zwischen 1 und 20 Leistungsfällen. Der Median lag bei der Befragung 2009 bei einem Leistungsfall und die Anzahl der über Kostenerstattung geregelten Fälle betrug 777 (im Maximum 185 für eine Krankenkasse). Im Jahr 2009 gaben 26 Krankenkassen an, Leistungsfälle über Kostenerstattung geregelt zu haben, davon 18 Krankenkassen zu 100 %.

Zu Frage 2 aus dem Fragebogen an die Krankenkassen

„Wie viele der bewilligten Fälle betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?“

wurde angegeben, dass 186 der insgesamt 19.479 Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betrafen. Dies entspricht ca. 0,95 % der Leistungsfälle insgesamt.

Insgesamt gaben 56 Krankenkassen an, dass keiner der Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betraf, 18 Krankenkassen hatten unter 10 und jeweils 3 Krankenkassen über 10 bzw. über 30 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bewilligt (vgl. Abbildung 5). Das Maximum für eine Krankenkasse lag bei 38 Leistungsfällen für Kinder und Jugendliche.

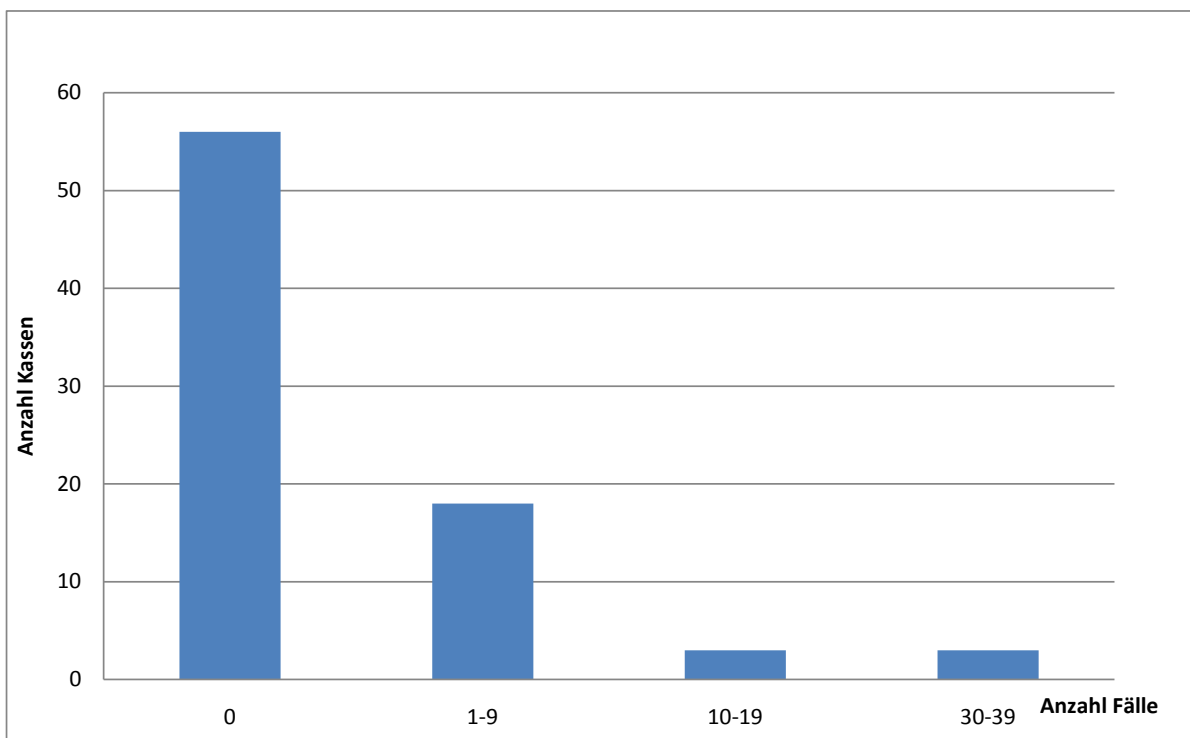


Abbildung 5: Anzahl der Krankenkassen mit Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen

Nach den Angaben der Krankenkassen wurden im Jahr 2010 insgesamt 15 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen über Kostenerstattung geregelt.

Tabelle 4: Angabe der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen 2010

	Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen 2010 (1.-4. Quartal)			davon Kostenerstattung		
	Gesamt	Max	Min	Gesamt	Max	Min
Anzahl	186	38	0	15	11	0

Tabelle 5: Angabe der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen 2009

	Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen 2009 (1.-3. Quartal)			davon Kostenerstattung		
	Gesamt	Max	Min	Gesamt	Max	Min
Anzahl	53	15	0	10	9	0

Im Jahr 2009 betrug die Anzahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen für die betrachteten 3 Quartale nach Auskunft der Krankenkassen 53, das entspricht ca. 2 % der 2.614 Leistungsfälle insgesamt.

4.3 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 Absatz 3 der SAPV-RL.

Dem ersten Bericht des G-BA, bei dem die Leistungsentwicklung bzw. die Umsetzung der SAPV-RL für den Berichtszeitraum 2009 im Sinne einer Bestandsaufnahme erstellt wurde, ist zu entnehmen, dass es wenige und außerdem sehr allgemein gehaltene Rückmeldungen bzgl. Änderungs- bzw. Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL gab.

Für den Bericht 2010 wurde erneut der Frage nachgegangen, ob die SAPV-RL den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ausreichend genügt oder ob es Hinweise gibt, dass Änderungs- oder Klarstellungsbedarf besteht. Da sich die Leistungserbringer von SAPV im Jahr 2010 vielfach noch in der Aufbauphase befunden haben, wird auf deren Erfahrung erst im nächsten Bericht zurückgegriffen (siehe Abschnitt 3).

Die Frage, ob diese besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV-RL ausreichend berücksichtigt sind, wurde an die Krankenkassen, die KVen und die Mitgliedsorganisationen der DKG gerichtet. Darüber hinaus können auch die bewilligten Leistungsfälle Hinweise darauf geben, ob den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen genügt wird. Bestandteil der Erhebung war daher auch die Frage nach der Anzahl der bewilligten Leistungsfälle. Hierzu wurden die genannten Organisationen um Angaben bzw. um ihre Einschätzung gebeten (siehe 4.2.2. Analyse der Leistungszahlen und vgl. Anhang 5.4. zu Frage 4).

4.3.1 Antworten der Krankenkassen

Zu Frage 3 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

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

antworteten insgesamt 71 der 80 Krankenkassen mit „Ja“ (88,7 %) und 4 mit „Nein“ (5 %), 5 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 5 Krankenkassen genutzt, auch eine Krankenkasse, die die Frage bejaht hat.

Die Hinweise beziehen sich auf die Qualifikation der Pflegekräfte und die spezielle Betreuung der Angehörigen. Die Anzahl der Verträge, die ausschließlich zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgeschlossen wurden, wird als gering eingestuft (die vollständigen Angaben befinden sich im Anhang 5.4).

4.3.2 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)

Alle 17 KVen haben die Umfrage beantwortet.

Zu Frage 1 aus dem Fragebogen der KVen

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

antworteten 7 der 17 KVen mit „Ja“ und 5 mit „Nein“, die verbleibenden 5 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 alle 5 KVen genutzt. Eine KV, die hier weder mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet hat, begründete dies im Freitext damit, dass bisher noch keine Kinder innerhalb der SAPV behandelt worden seien.

Die Hinweise beziehen sich auf die Qualifikation bzw. Erfahrung der Pflegekräfte im Umgang mit Kindern und Jugendlichen und die spezielle Betreuung der Angehörigen. Weiterhin bestünden Unsicherheiten in Bezug auf die Auslegung der SAPV-RL in der speziellen Situation der Pflege von Kindern und Jugendlichen. Darüber hinaus wird - allerdings im

Freitext zu Frage 3 - eine Klarstellung zur Anwendung der SAPV-RL bei Kindern und Jugendlichen angeregt (die vollständigen Angaben befinden sich im Anhang 5.4).

4.3.3 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG

Die Umfrage haben 13 der 16 Landesverbände von Krankenhausträgern (Landeskrankenhausgesellschaften; 75 %) sowie ein Spitzenverband der Krankenhausträger der DKG beantwortet. Bei den Landesverbänden von Krankenhausträgern ist zu beachten, dass 2 Verbände jeweils die ausgefüllten Fragebögen von 3 Mitgliedskrankenhäusern eingereicht haben, weshalb sich die Angaben zur Auswertung auf 18 Fragebögen beziehen und nicht auf 13 entsprechend der Landesverbände, die geantwortet haben. Der Fragebogen des Spitzenverbandes der Krankenhausträger wurde bis auf die dort getätigten Freitextangaben berücksichtigt, da diese identisch mit den Angaben eines Fragebogens eines Landesverbandes waren. Daher wurden diese Freitextangaben in der Auswertung nur einmal berücksichtigt.

Die Frage 1 aus dem Fragebogen der Mitgliedsorganisationen der DKG

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

wurde von den Mitgliedsorganisationen der DKG in 5 der 18 Fragebögen mit „Ja“ und in 4 Fragebögen mit „Nein“ beantwortet. In 9 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. Die Möglichkeit der Freitextantwort bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ wurde in allen 4 Fragebögen genutzt und zusätzlich in 5 Fragebögen, in denen weder mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet wurde.

Bei Kindern und Jugendlichen stünden geringe Fallzahlen einem höheren Betreuungsbedarf gegenüber. Einige Landesverbände der DKG schlagen deshalb eigene Regelungsinhalte für die Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV) vor, ohne dies genauer zu beschreiben (die vollständigen Angaben befinden sich im Anhang 5.4).

4.3.4 Hinweise zu den Belangen von Kindern und Jugendlichen

Neben den in den Abschnitten 4.3.1 bis 4.3.3 genannten vielschichtigen Hinweisen aus der Befragung liegen dem G-BA zusätzliche Einschätzungen zur Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen vor, die einer weiteren Prüfung und Beratung zugeführt werden sollen.

Um Aufschluss darüber zu erhalten, ob die gemäß Richtlinie des G-BA für die SAPV – und damit auch die SAPPV – festgelegte Kooperation der spezialisierten Leistungserbringer der SAPV mit den vor Ort verfügbaren Einrichtungen zur ärztlichen, pflegerischen, psychosozialen und hospizlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen umgesetzt werden und welche konkreten Probleme bestehen, wird die Befragung der Leistungserbringer für den Berichtszeitraum 2011 auch diesen Themenbereich beinhalten.

Zukünftige Fragestellungen, ob die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend berücksichtigt werden, sollten nach Auswertung der jetzt vorliegenden Hinweise in mehrere konkrete Teilaspekte aufgegliedert werden.

4.4 Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche

Wie unter Abschnitt 3 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.

Zu Frage 4 aus dem Fragebogen der Krankenkassen bzw. Frage 2 aus den Fragebögen der KVen und der Mitgliedsorganisationen der DKG

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

antworteten 22 der 80 Krankenkassen mit „Ja“, 53 Krankenkassen antworteten mit „Nein“ und 5 Krankenkassen machten an dieser Stelle keine Angaben.

Bei den KVen wurde diese Frage in 5 von 17 Fällen mit „Ja“ beantwortet und in 7 Fällen mit „Nein“. Insgesamt 5 KVen machten an dieser Stelle keine Angaben.

In den 18 Fragebögen der Mitgliedsorganisationen der DKG wurde auf diese Frage 8 mal mit „Ja“, 5 mal mit „Nein“ geantwortet und 5 mal wurden an dieser Stelle keine Angaben gemacht.

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, bei allerdings teilweise gegenläufigen Einschätzungen. Es finden sich sowohl Annahmen, dass HKP-Leistungen seltener verordnet würden als auch solche, dass häufigere Verordnung stattfände und dass anstelle von HKP-Leistungen SAPV verordnet und auch erbracht würden. Auch Rückwirkungen auf die Leistungsbereiche Heil- und Hilfsmittel bzw. Arzneimittel werden angenommen. Die Freitextantworten, die von 19 Krankenkassen, 5 KVen und 9 Mitgliedsorganisationen der DKG gegeben wurden, sind im Anhang 5.1.4 abgebildet.

4.4.1 Hinweise zu den Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche

Die Interpretation der Auswirkung der SAPV auf andere Leistungsbereiche in den Freitextangaben beruht auf den Einschätzungen der Befragten. Diese fallen je nach Erfahrungshintergrund unterschiedlich aus. Eine belastbare Aussage bezüglich etwaiger Veränderungen im Leistungsgeschehen, die auf die SAPV zurückzuführen wären, kann daraus nicht abgeleitet werden.

4.5 Analyse zur Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften

4.5.1 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 2010 (vgl. Tabelle 6 auf der folgenden Seite), dass insgesamt 5.417 berufstätige Ärztinnen und Ärzte die Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ erworben haben. Davon waren 2.583 Ärztinnen und Ärzte niedergelassen. Auch wenn die Datenbasis der Berichte für die Jahre 2009 und 2010 nur eingeschränkt vergleichbar ist, kann ein merklicher Anstieg der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ festgestellt werden.

Tabelle 6: Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin nach Landesärztekammern und Tätigkeitsarten (Quelle: BÄK)

Ärztinnen/Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin nach Landesärztekammern und Tätigkeitsarten										
Stand: 31.12.2010										
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	1 115	20,6	39	1 076	20,4	633	606	422	5	16
Bayern	305	5,6	14	291	5,5	101	87	184	0	6
Berlin	138	2,5	10	128	2,4	70	38	43	2	13
Brandenburg	155	2,9	0	155	2,9	93	91	61	0	1
Bremen	36	0,7	2	34	0,6	15	14	19	0	0
Hamburg	128	2,4	2	126	2,4	63	56	60	0	3
Hessen	545	10,1	12	533	10,1	290	275	213	5	25
Mecklenburg-Vorpommern	115	2,1	0	115	2,2	47	47	65	0	3
Niedersachsen	614	11,3	12	602	11,4	375	356	212	5	10
Nordrhein	542	10,0	15	527	10,0	262	245	259	0	6
Rheinland-Pfalz	299	5,5	8	291	5,5	148	141	125	11	7
Saarland	54	1,0	2	52	1,0	28	27	22	0	2
Sachsen	265	4,9	7	258	4,9	120	109	135	0	3
Sachsen-Anhalt	124	2,3	3	121	2,3	54	52	67	0	0
Schleswig-Holstein	243	4,5	7	236	4,5	138	126	95	1	2
Thüringen	92	1,7	0	92	1,7	35	31	57	0	0
Westfalen-Lippe	647	11,9	21	626	11,9	295	282	318	4	9
Bundesgebiet insgesamt	5 417	100,0	154	5 263	100,0	2 767	2 583	2 357	33	106

4.5.2 Qualifikation von Pflegefachkräften

Durch Erhebung bzw. Befragung sollten nachfolgende Daten, wenn möglich getrennt nach ambulanter oder stationärer Tätigkeit, jeweils zum Stichtag 31. Dezember (in Bezug auf die Berichterstattung für das Jahr 2010 zum Stichtag 31. Dezember 2009) ermittelt werden.

Bei Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene:

- die Anzahl der Pflegefachkräfte mit dem Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden und
- soweit eine Differenzierung erfolgen kann, die Anzahl der Palliative-Care fortgebildeten Kinderpflegefachkräfte, sowie der Ort der Tätigkeit (z. B. Krankenhaus / Pflegeeinrichtung).

Vor diesem Hintergrund wurden der Bundesverband der privaten Anbieter sozialer Dienste (bpa) und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) zu folgenden Fragen angeschrieben:

- a) Anzahl der in Palliative-Care fortgebildeten Pflegefachkräfte im ambulanten Bereich,
- b) Anzahl der in Palliative-Care fortgebildeten Pflegefachkräfte im stationären Pflegebereich,
- c) Darunter (a / b) Anzahl der in Palliative-Care fortgebildeten Kinderpflegefachkräfte;
- d) Anzahl der in Palliative-Care fortgebildeten Pflegefachkräfte in sonstigen Strukturen (besondere Strukturen bei einigen Mitgliedsverbänden, z. B. so gen. Pflegeschwesternschaften, Leiharbeit),
- e) Anzahl der derzeit in Fort- und Weiterbildung für den Bereich Palliative-Care befindlichen Pflegefachkräfte,
- f) Anzahl der in der SAPV tätigen Pflegefachkräfte,
- g) Anzahl der Pflegefachkräfte, die insgesamt in Diensten und Einrichtungen der befragten Mitgliedsverbände beschäftigt sind,

- h) Anzahl der Pflegefachkräfte, die von den rückmeldenden Mitgliedsverbänden repräsentiert werden.

Vom bpa wurde ausgeführt, dass keine verbindlichen Angaben zu den abgefragten Daten vorliegen. Von der BAGFW wurde angeboten, die unter a) - e) der Anfrage aufgeführten Daten für den Zeitraum des Jahres 2010 in den Mitgliedsorganisationen zu erfragen und die Antworten dem G-BA zur Verfügung zu stellen. Die unter f) - h) aufgeführten Daten werden in den Mitgliedsorganisationen der BAGFW nicht einheitlich erfasst und können deshalb nicht geliefert werden. Daraufhin wurde bei der BAGFW erfragt, ob ersatzweise Daten einer Mitgliedsorganisation für die Daten f) - h) zur Verfügung gestellt werden können. Dazu wurde durch die BAGFW ausgeführt, dass eine solche Teilerfassung zwar möglich wäre, die Daten aber nicht übertragbar und somit für die Erstellung eines Gesamtbildes nicht nutzbar wären.

Da der bpa keine Daten liefern kann und bei der BAGFW eine vollständige Erfassung der Daten ebenfalls nicht erfolgen kann, erscheint der Aufwand der Befragung aller Einrichtungen der BAGFW vor dem Hintergrund einer stark reduzierten Aussagekraft derzeit nicht gerechtfertigt.

Die ebenfalls angefragte Universität Bonn hat dem G-BA eine Analyse von Daten zu zertifizierten Palliative-Care-Kursen für Pflegende bzw. Kursleiter-Qualifikationen und -Aktivitäten in Deutschland für den Zeitraum 1998-2010 zur Verfügung gestellt. Die oben gestellten Fragen können mit den Ergebnissen der Analyse ebenfalls nicht im ausreichenden Maße beantwortet werden.

Darüber hinaus wurden Daten des Statistischen Bundesamtes ausgewertet (Pflegepersonalstatistik mit Daten aus dem Jahr 2007; 2009 veröffentlicht), welche aber ausschließlich den Bereich der Pflege nach SGB XI erfassen und somit nicht zur Vervollständigung der Datenlage für den Bericht 2010 genutzt werden können.

Es ist somit nicht gelungen, Daten zu ermitteln, die ausreichend belastbare Aussagen darüber erlauben, wie viele in Palliative-Care weitergebildete Pflegefachkräfte es gibt bzw. wie viele in der SAPV tätige Pflegefachkräfte über eine entsprechende Qualifikation verfügen.

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

Zu Frage 5 aus dem Fragebogen der Krankenkassen bzw. Frage 3 aus den Fragebögen der KVen und der Mitgliedsorganisationen der DKG

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

antworteten 16 der 80 Krankenkassen mit „Ja“ (20 %) und 62 mit „Nein“ (77,5 %), 2 Krankenkassen machten hier keine Angaben. Ferner bestand die Möglichkeit für den Fall der Bejahung der genannten Frage, Hinweise über Klarstellungs- oder Änderungsbedarf im Freitext zu geben. Hiervon machten 15 Krankenkassen Gebrauch.

Bei den KVen wurde diese Frage 8 mal mit „Ja“ und 5 mal mit „Nein“ beantwortet, 4 KVen machten an dieser Stelle keine Angaben. Die Möglichkeit einer Freitextangabe wurde von 8 KVen genutzt.

Von den Mitgliedsorganisationen der DKG wurde diese Frage 10 mal mit „Ja“ und 3 mal mit „Nein“ beantwortet, in 5 Fragebögen wurde an dieser Stelle keine Angabe gemacht. Insgesamt wurde 12 mal die Möglichkeit zu erläuternden Ausführungen im Freitext genutzt, diese sind im Abschnitt 5.1.4 dargestellt.

Folgende Aspekte wurden mehrfach angesprochen:

- Konkretisierung der Leistungsinhalte bei Teil- und Vollversorgung,
- Abgrenzung der SAPV gegenüber der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV),
- Klärungsbedarf hinsichtlich der Befugnisse zur Arzneimittelverordnung einschließlich Betäubungsmitteln.

Die vollständigen Freitextantworten sind in Anhang 5.1.4 aufgeführt.

4.7 Ergebnisse aus den Berichten 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 Verträge mit 110 Leistungserbringern sowie zum 31. Dezember 2010 Verträge mit 123 Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V aus, die weit überwiegend kassenartenübergreifend geschlossen wurden. Die Anzahl der Verträge, die speziell für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen wurden, wurde zu den Stichtagen jeweils mit 8 angegeben. Eine insgesamt immer noch hohe Anzahl der in Verhandlung stehenden Verträge (61) zeigt, dass der Strukturaufbau in den meisten Bundesländern zum 31. Dezember 2010 noch nicht abgeschlossen war.

4.8 Fazit und Ausblick

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich in der Hauptsache mit der Leistungsentwicklung der SAPV im Jahre 2010. Vor dem Hintergrund intensiver Bemühungen der Leistungsträger und der Leistungserbringer, die strukturellen und vertraglichen Grundlagen für die Leistungserbringung zu schaffen, wurden im Berichtszeitraum eine Zunahme der (Sach-)Leistungsfälle, der Verordnungszahlen sowie der Ausgaben der Krankenkassen für SAPV gegenüber dem Vorjahr verzeichnet.

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 2010 noch eine Vielzahl von Verträgen hinzugekommen ist, im Wesentlichen konzentriert auf die Versorgung von erwachsenen Patienten.

Die Anzahl der Leistungsfälle der SAPPV ist ebenfalls gestiegen. Ihr Anteil an den Gesamtleistungsfällen ist zwar im Vergleich zu 2009 gesunken. Ob dies dem unterschiedlichen Stand des Aufbaus der Versorgungsstrukturen oder allein der höchst unterschiedlichen Inzidenz von palliativmedizinischem Versorgungsbedarf bei Erwachsenen bzw. Kindern und Jugendlichen geschuldet ist, entzieht sich einer Wertung.

Um Informationen über die Auswirkungen der SAPV auf die Verordnung und das Leistungsgeschehen in anderen Leistungsbereichen zu erhalten, wäre ein Kausalzusammenhang etwaiger Veränderungen mit dem Leistungsgeschehen in der SAPV herzustellen. Das Leistungsgeschehen unterliegt aber so vielfältigen Einflüssen, dass ein Zusammenhang von Veränderungen in anderen Leistungsbereichen mit der SAPV nicht belegt werden kann. Auch die Befragung zu den Auswirkungen der SAPV auf andere Leistungsbereiche fiel je nach Erfahrungshintergrund der Befragten unterschiedlich aus. Eine belastbare Aussage konnte daraus nicht abgeleitet werden. Der Auftrag, die Rückwirkungen der SAPV auf andere Leistungsbereiche zu ermitteln, konnte somit nicht zufriedenstellend erfüllt werden. Es ist deshalb festzustellen, dass Rückschlüsse, wie sich die Leistungsbereiche gegenseitig beeinflussen, auch zukünftig nicht bzw. nicht anhand belastbarer Daten gezogen werden können.

Die Anregung der Befragten, in der Richtlinie eine genauere Abgrenzung von allgemeiner ambulanter Palliativversorgung (AAPV) und SAPV vorzunehmen, wurde – so wie schon im Bericht für 2009 dargestellt - auch im Rahmen dieser Befragung wieder geäußert.

Dieser Punkt war bei der Erstellung der Richtlinie seinerzeit sehr ausführlich beraten worden. Wesentliches Anliegen war dabei, dass sich AAPV 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 daher auch weiterhin nicht gesehen.

Mit den weiteren Hinweisen und Anregungen, die von den Befragten gegeben wurden, 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.

5. Anhang

5.1 Fragebögen

5.1.1 Fragebogen an die Krankenkassen

FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2010

ALLGEMEINE ANGABEN	
Name der Krankenkasse:	Adresse der Krankenkasse:
	Ansprechpartner und Telefon-Nr:
Anzahl Versicherte am 31.12.2010: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Datum der Beantwortung: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
LEISTUNGSFÄLLE	
1. Wie viele Leistungsfälle ¹ wurden in der Zeit vom 01.01.2010 bis zum 31.12.2010 von Ihrer Krankenkasse bewilligt?	
Anzahl der Fälle insgesamt: (keine=0)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
davon Anzahl Fälle im Rahmen der Kostenerstattung: (keine=0)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
2. Wie viele der bewilligten Fälle betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?	
Anzahl Fälle insgesamt: (keine=0)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
davon Anzahl der Fälle im Rahmen der Kostenerstattung: (keine=0)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

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

ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

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

Ja

Nein

Wenn **nein**, warum nicht:

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

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:



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

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung bei der Befragung!

5.1.2 Fragebogen an die Mitgliedsorganisationen der DKG

FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2010

ALLGEMEINE ANGABEN

Name der Mitgliedsorganisation: Ansprechpartner und Telefon-Nr:	Adresse der Mitgliedsorganisation: Datum der Beantwortung: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>							

ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

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

Ja

Nein

Wenn **nein**, warum nicht:



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

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:

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

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Vielen Dank für Ihre Mitwirkung bei der Befragung!

5.1.3 Fragebogen an die Kassenärztlichen Vereinigungen



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

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:

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

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung bei der Befragung!

5.1.4 Freitextangaben aus den Fragebögen

Die nachfolgenden Freitextangaben wurden im Original übernommen. Lediglich Hinweise, die die Anonymität verletzt hätten, wurden ausgenommen.

Frage 3: Sind aus Ihrer Sicht Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend berücksichtigt?

Wenn nein, warum nicht:

Angaben der Krankenkassen

Es liegen keine Erfahrungswerte vor!
Regelungen bezüglich qualifizierter Pflegekräfte für Kinder fehlen. Regelungen bezüglich der speziellen Beratung/Begleitung von Angehörigen, insbesondere von Geschwistern durch qualifizierte Fachkräfte fehlen (Seelsorge).
Anzahl der Verträge noch zu gering.
Problematisch sind jedoch die fehlenden ausreichend qualifizierten Palliativmediziner und Palliativpflegefachkräfte sowie die zwingend erforderliche, jedoch fehlende unterstützende ambulante pädiatrische Versorgungsstruktur (z.B. fehlende ambulante KinderhospizbegleiterInnen, qualifizierte SozialpädagogInnen).
Die Regelung in der SAPV-RL, den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ausreichend Rechnung zu tragen, konnte bisher nicht ausreichend umgesetzt werden. Bis dato sind SAPV-Verträge, die speziell die Versorgung von Kindern und Jugendlichen regeln, nur vereinzelt geschlossen worden. Es gilt, die spezielle Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Leistungen der SAPV zu optimieren.

Angaben der KVen

Die Formulierungen sind nach Ansicht einiger Ärzte zu allgemein gefasst, so dass Unsicherheit in Bezug auf die Auslegung und Anwendung in Richtung Kinder und Jugend existiert.
Fehlen entsprechend qualifizierte Pflegekräfte Ausbildung langwierig und kostenintensiv Übergangsregelung (ca. 2 Jahre) sollte geschaffen werden Abzug der Pflegekräfte auf Hospiz oder stationärem Bereich nicht möglich Finanzielle Unterstützung für die Ausbildung Vergütung für Kinderbetreuung zu niedrig, sollte individuellen Gestaltungsspielraum zulassen
Im Mustervertrag der Landesverbände wurde die Regelung der Richtlinie mit Hilfe der Formulierung, dass die Anforderungen an die ärztlichen und pflegerischen SAPV-Leistungserbringer und an weitere Fachkräfte dem besonderen Bedarf von Kindern und

Jugendlichen gerecht werden müssen, umgesetzt. Ob darüber hinaus weitere Konkretisierungen vorgenommen wurden, ist uns nicht bekannt, da sie kein Vertragspartner der SAPV ist. Wir können nicht einschätzen, ob diese allgemein gehaltenen Formulierungen zur Erreichung des erklärten Ziels beitragen.

§ 1 Abs. 4: Es ist durch die SAPV nicht erreicht worden, „den besonderen Belangen von Kindern Rechnung zu tragen“. Die hauptsächlich durch Kliniken getragene SAPV hat in der Regel keine Erfahrung im Umgang mit Kindern und Angehörigen.

Die in der Richtlinie (§ 1, Absatz 4) gewählte Forderung „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.“ ist für die Kostenträger häufig unklar und wird daher unzureichend umgesetzt. Dies betrifft z.B. den Einsatz von SAPPV

- bei länger prognostizierter Lebenserwartung
- in Krisensituationen
- als intermittierende Erbringung palliativer Leistungen
- bei jungen Erwachsenen, die seit dem Kindes- oder Jugendalter an typisch pädiatrischen Erkrankungen leiden

Weiterhin fehlen Lösungsansätze zur psychosozialen Begleitung der gesamten Familie, die hier in ganz besonderem Maße betroffen ist. Geschwister werden nicht berücksichtigt und entwickeln im Verlauf oft psychosomatische Erkrankungen. Eltern als Pflegende erfahren nur wenig Entlastung.

Angaben der Mitgliedsorganisationen der DKG

In der aktuellen Fassung der Richtlinie wird zu wenig deutlich, dass die SAPPV kein Anhängsel der SAPV sein kann, sondern sinnvollerweise in eigenständigen Verträgen gemäß § 132d Abs. 1 i.V.m. § 37b SGB V geregelt wird. Gründe dafür:

1. Wesentlich anderes Patientenklientel: stärkere Inhomogenität bei Patientenstruktur und Versorgungsintensität, schneller Wechsel der Versorgungsintensität, häufig sehr lange Betreuungszeiten.
2. Andere Versorgungsstrukturen: Beratung und Betreuung steht stärker im Vordergrund, sehr große Einzugsgebiete für flächendeckende Versorgung, geringe Fallzahlen.
3. Andere Leistungserbringer: Kinderärzte, spezielle Kinderpflegedienste etc.

Da wir ein PCT für erwachsene Patienten sind ist diese Frage nicht beantwortbar.

Kann aus Sicht von Erwachsenen-Palliativmedizinern nicht beurteilt werden.

Durch die pauschale Formulierung in der G-BA Richtlinie besteht ein maximaler Gestaltungsspielraum. Pädiatrische Palliativmedizin befindet sich in den Kompetenzzentren in einem kontinuierlichen Aufbau bei anhaltender Nachfrage.

Ich behandle selbst keine Kinder und Jugendliche, sehe aber besonderen Regelungsbedarf, damit eine Versorgung zustande kommt!

Kinder und Jugendliche werden aufgeführt, jedoch ist die Umsetzung nicht eindeutig inhaltlich geregelt. Die Finanzierung reicht für eine kostendeckende Versorgung nach den

<p>ersten Erfahrungen nicht aus, um eine flächendeckende Versorgung anbieten zu können.</p> <p>Die Qualifizierung im Bereich der Pädiatrie reicht bei weitem nicht aus. Kinder mit palliativmedizinischem Versorgungsbedarf unterscheiden sich deutlich von Erwachsenen in der Palliativversorgung.</p>
<p>Die Richtlinie macht keine klärenden Aussagen darüber, in welcher Weise die Belange von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden sollen. Hier sind klärende und differenzierende Aussagen hilfreich und notwendig.</p>
<p>nicht flächendeckend realisiert</p> <p>unzureichende Finanzierung durch KK (hoher personeller Aufwand für vergleichsweise wenige Patienten)</p> <p>unzureichende Qualifikation von ärztlichen Mitarbeitern</p> <p>keine allgemeine Palliativversorgung</p>

Frage 4: Haben sich aus Ihrer Sicht durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben?

Wenn ja, welche:

Angaben der Krankenkassen

<p>Leistungen, welche in der HKP nach den RL grds. Ausgeschlossen sind, werden in der SAPV erbracht (z.B. s. c. Infusionen).</p>
<p>Es wurden weniger Anträge auf stationäre Hospizbehandlungen nach § 39a SGB V gestellt.</p>
<p>mangels Fallzahl nicht beurteilbar</p>
<p>Vermeidung stationäre Behandlung</p>
<p>Rückwirkungen entstehen insbesondere bei der häuslichen Krankenpflege</p>
<p>Es bestehen Schnittstellen zur Häuslichen Krankenpflege, die eine Zusammenführung der Verordnungen erfordern (auch im Rahmen der Infusionstherapie). Z. B. als Grundlage für die MDK-Begutachtungen</p>
<p>Einsparungen im Bereich HKP, wenn Leistungen der Vollversorgung erbracht werden.</p>
<p>Es konnten Einsparungen im stationären Krankenhausbereich vermerkt werden.</p>
<p>Durch die Möglichkeit SAPV zu verordnen, ist die Wertschätzung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) von den Leistungserbringern immer wieder in Frage gestellt worden. Insbesondere wird nun auch in diesem Versorgungsbereich für palliative Dienste vermehrt eine gesonderte Honorierung gefordert. Da es sich jedoch bei der AAPV um reguläre, bereits im Arbeitsalltag der Leistungserbringer eingepreiste Leistungen handelt, entsteht ein unnötiges Konfliktfeld.</p>
<p>Vermeidung von Krankenhausbehandlung</p>
<p>Überschneidungen mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege.</p>
<p>Nach unseren bisherigen Eindrücken werden teilweise Versicherte, bei denen ggf. auch</p>

allgemeine Palliativversorgung über einen „normalen“ Pflegedienst im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V ausreichend wäre, über die teurere SAPV betreut.
Durch die unter SAPV geschaffenen, attraktiveren Vergütungsmöglichkeiten z. B. für Hausbesuche, Beratungen etc. sind große Begehrlichkeiten geweckt worden, die häufig zu unsachgemäßen Verordnungen führen, obwohl es sich um Regelversorgungs-Situationen handelte. So werden Leistungsansprüche und Kosten für Behandlungsfälle im Rahmen der Regelversorgung, z. B. „Arztkosten“, in Richtung SAPV „verschoben“.
Keine Krankenhauseinweisungen, keine Hospizaufnahmen
Leistungsbereich Hilfsmittel
Optimierungen hinsichtlich der Behandlungsabläufe Kosteneinsparungen
Krankenhausaufenthalte geringer
Krankenhaus: Verkürzung von KH-Aufenthalten, Verhinderung von KH-Einweisungen Stationäre Hospize: Vermeidung Aufnahme Pflegeheime: (in geringem Ausmaß) Vermeidung Aufnahme Häusliche Krankenpflege: (in geringem Ausmaß) Reduzierung Vertragsärztliche Behandlung: Reduzierung
Vermeidung von nicht notwendiger/vom Patienten nicht gewünschter Krankenhausbehandlung
Reduzierung der Krankenhaufälle (noch nicht errechnet)
In einigen Bereichen/Regionen konnte ein Rücklauf der stationären Krankenhauseinweisungen festgestellt werden. Gleichzeitig ist die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die in der Häuslichkeit verstorben sind, angestiegen. Das oberste Ziel der SAPV, ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen, konnte daher in einigen Regionen erreicht werden. Rückwirkungen im Bereich der Häuslichen Krankenpflege sind nicht zu verzeichnen; hier sind die Ausgaben angestiegen.

Angaben der KVen

Stichwort AAPV: Die Frage „wo“ SAPV beginnt und „wo“ der EBM endet bzw. ob/wie groß die Lücke dazwischen ist, wird seit dem Vertragsabschluss häufiger diskutiert. Die RL grenzt nicht genau ab.
Auf Palliativnetze und andere Leistungserbringer Einfluss auf Heil- u. Hilfsmittelverordnung Einfluss auf Arzneimittelverordnung Einrichtungen und Anbieter technischer Geräte und deren Wartung

Aus unserer Sicht ergeben sich sicherlich Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche, hauptsächlich der „Häuslichen Krankenpflege“. Weitere Bereiche können nur durch die Krankenkassen genannt werden, da wir kein Vertragspartner sind und somit nur geringfügige Rückmeldungen erhalten. Anfragen von Vertragsärzten sind sehr sporadisch und vorrangig zu Schnittstellen mit dem vertragsärztlichen Bereich.

Aufgrund der Vertragsgestaltung (in diesem Bundesland ohne KV) muss die Betreuung der Patienten durch die vertraute häusliche Krankenpflege für den Zeitraum der SAPV unterbrochen werden, sofern die häusliche Krankenpflege keine palliativmedizinische Qualifikation vorweisen kann. Demnach muss bspw. eine Insulinspritze des SAPV-Patienten durch das SAPV-Team erbracht werden und nicht mehr durch die häusliche Krankenpflege vor Ort. Für das SAPV-Team entsteht hier ein erheblicher Mehraufwand.

Die SAPV arbeitet nach völlig anderen Kriterien der Wirtschaftlichkeit als zum Beispiel niedergelassene Ärzte. Die entstehenden – zum Teil unnötig horrenden – Kosten werden die allgemeine Versorgung zukünftig beeinflussen.

Es ist nicht erreicht worden, die allgemeine Palliativversorgung auch nur annähernd einzubinden.

Es ist eine erhöhte Verordnung von Schmerzmitteln zu beobachten. Dabei ist jedoch unklar, ob dies allein durch SAPV Verordnung geschehen ist. Die Zunahme der Verordnung von Schmerzmitteln kann verschiedene Gründe haben und es existieren in unserem Bundesland derzeit erst 11 SAPV Teams.

Angaben der Mitgliedsorganisationen der DKG

Es wird sicherlich Rückwirkungen geben – die ja auch gewollt sind –, aber diese sind bisher noch nicht messbar bzw. bezifferbar. Zum Beispiel Verweildauer auf Palliativstationen, Verweildauer in anderen Krankenhausabteilungen, Krankentransporte, Notfalleinsätze in Pflegeeinrichtungen etc.

Durch die Möglichkeit der SAPV werden Patienten ggf. seltener an Hospize vermittelt, gemeinsam in Heimen mit SAPV weiter versorgt etc. Es gab vorher nur punktuell und regional Daten aus unterschiedlichen Projekten und Sichtweisen, in der Fläche zeigen sich wegen der unzureichenden Ausgestaltung mit Verträgen die Effekte noch nicht.

Die SAPV ermöglicht bei flächendeckender Umsetzung eine Übernahme symptomorientierter Behandlungsmaßnahmen vor Ort zu Hause beim Patienten. Durch fachgerechte multiprofessionelle Beurteilung ist es möglich, dort angemessene Therapieentscheidungen zu fällen. Diese betreffen bei weit fortgeschrittener und fortschreitender Krankheit in einem Teil der Fälle auch Behandlungsausweitungen, die im Allgemeinen mit der Aufnahme ins Krankenhaus verbunden wären. Andererseits kann eine sektorenüber-greifende Palliativversorgung mit dem Herzstück SAPV durch Nutzung der Klinikressource (Palliativstation und palliativmedizinische Konsilbetreuung) durch gute Vernetzung und Abstimmung verbessert werden Dies geschähe im Sinne der Lebensqualität der betroffenen Patienten.

Erhöhte Kapazitäten in der Hospizversorgung stationär

Verkürzung der Liegedauern auf der Palliativstation

Erhöhung der Zahl an Patienten, die von der Palliativstation nach Hause entlassen werden können
<p>Durch die SAPV konnten Krankenhauseinweisungen vermieden werden.</p> <p>Weiter wurden Sinnhaftigkeit von medikamentöser Therapie sowie therapeutische Maßnahmen mit Patienten und behandelnden Hausärzten erörtert. → Reduzierung sinnloser therapeutischer Maßnahmen.</p>
<p>Nach anfänglichen Kommunikationsproblemen wird die SAPV von den anderen Leistungserbringern, Hausärzten, Pflegediensten als Hilfe angenommen und in Anspruch genommen. Die Vernetzung wird immer stärker genutzt. Die Fallzahlen der SAPV Leistungserbringer sind relativ hoch, was für die Akzeptanz spricht. Für andere Leistungsbereiche ist die SAPV eine Ergänzung der Hilfe, keine Konkurrenz.</p>
<p>Es kommt voraussichtlich eine Verschiebung der Patienten, die auf Palliativstationen betreut werden, zustande. Einerseits in Richtung auf kürzere Aufenthaltsdauern, wenn es um sterbende Menschen geht, andererseits in Richtung auf eine intensivere pflegerische oder psychosoziale Betreuung, da diese Bereiche am ehesten trotz guter SAPV-Versorgung dekomensieren können.</p> <p>Es kann zu Veränderungen der Einsätze des Rettungsdienstes kommen, die einerseits bei Palliativpatienten seltener werden, andererseits bei entsprechender Kooperation mit SAPV-Teams notfallmäßige Einsätze mit einem eng definierten und begrenzten Auftrag bei Palliativpatienten durchführen können.</p> <p>Die Einsätze des ärztlichen Notdienstes sollen bei Palliativpatienten seltener werden.</p> <p>Es kann voraussichtlich eine stabilere Entlassung aus der Akutversorgung erfolgen, so dass geringere Wiederaufnahmezahlen resultieren.</p>
<p>Entlastung der Hausärzte</p> <p>Entlastung von Pflegediensten</p> <p>Vermeidung von Krankenhauseinweisungen</p>
<p>Durch die Verordnungsmöglichkeit ist eine Entlassung in die häusliche Umgebung zügiger und bisweilen überhaupt erst möglich.</p> <p>Dort wo SAPV schon in der Versorgung eines Patienten greift, ist bei einer Einweisung in ein KH die Kooperation und Koordination deutlich effektiver.</p>
<p>Weniger stationäre Aufnahmen von Palliativpatienten</p> <p>Frühere Entlassung</p>

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

Wenn ja, welche:

Angaben der Krankenkassen (eine Angabe konnte nicht berücksichtigt werden, da sie sich nicht auf die Abfrage des G-BA bezog)

Konkretisierung der Leistungsinhalte bei Teil- und Vollversorgung
Es fehlt an einer klaren Abgrenzung zwischen SAPV und der allgemeinen Palliativversorgung gemäß § 37 SGB V. Außerdem sollte geregelt werden, welche Leistungen zur HKP und welche zur SAPV gehören. Auch eine objektivierbare Definition zwischen Teil- und Vollversorgung wäre wünschenswert.
Abgrenzung Teilversorgung von Vollversorgung Abgrenzung AAPV von SAPV Feststellung, dass SAPV-Verträge nicht ausgeschrieben werden müssen/Vergaberecht Positionierung zu Ambulanten Hospizdiensten (über § 39a Abs. 2 SGB V finanziert). Integrativer Ansatz, aber nicht über SAPV zu finanzieren.
Klarstellung: Abgrenzung SAPV zur ambulanten Palliativversorgung und ambulanten Hospizversorgung
Klarstellung der Abgrenzung zwischen der SAPV und AAPV Klarstellung zum Umgang mit der Medikamentenversorgung, insbesondere der Versorgung mit Betäubungsmitteln. Klarstellung zur Qualifikation der 24 Std. Rufbereitschaft des eingesetzten Personals. Empfehlung zu den Anstellungsverhältnissen der MA des SAPV-Teams. Empfehlung zur Mindestteamgröße des SAPV-Teams. Empfehlung zur Gewichtung der Arzt-Pflege-Mitarbeiter im SAPV-Team.
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.
In der Praxis lassen sich die Erforderlichkeit der additiv-unterstützenden Teilversorgung nicht eindeutig von der Erforderlichkeit der Vollversorgung abgrenzen. Eine Verdeutlichung medizinisch-pflegerischer Kriterien erscheint erforderlich.
Die Schwierigkeiten in der Abgrenzung zur AAPV bleiben bestehen. Diese sind auch nur schwer oder gar nicht zu beseitigen. Es sollte aber nochmals klargestellt werden, dass es sich – bei Erfüllung aller übrigen Voraussetzungen – immer um die Zeiträume der „Lebensendphase“ handeln muss.

<p>Ggf. Konkretisierung der Zielgruppe. In der Masse der Fälle verstirbt der Patient innerhalb von 4 Wochen. Vereinzelt vermuten wir jedoch ein Ausweichen auf die SAPV oder AAPV, wenn z.B. in der HKP Leistungen nicht in der gewünschten Form oder Häufigkeit erbracht werden.</p> <p>SAPV-Fälle mit einer Laufzeit von bis zu einem Jahr können aus unserer Sicht eigentlich nicht sein.</p>
<p>Die SAPV ist keine besonders aufwändige, sondern eine besonders betreuungsintensive Leistung.</p> <p>SAPV ist keine verordnungsfähige Leistung. Sie ist durch Überweisung an einen Palliativmediziner (nur der kann die Kriterien des § 4 SAPV-RL beurteilen) zu veranlassen.</p> <p>Das Antrags-/Kostenübernahmeverfahren ist grundlegend zu ändern/aufzuheben (§ 8).</p>
<p>Konkretisierung der Richtlinie im Hinblick auf den Inhalt der zu verordnenden Versorgungsform bzw. Abgrenzung der SAPV zur Allgemeinen spezialisierten Palliativversorgung (AAPV).</p>
<p>In der Praxis lassen sich die Erforderlichkeit der additiv-unterstützenden Teilversorgung nicht eindeutig von der Erforderlichkeit der Vollversorgung abgrenzen.</p> <p>Eine Verdeutlichung medizinisch-pflegerischer Kriterien erscheint erforderlich.</p>
<p>Konkretisierung der Richtlinie im Hinblick auf den Inhalt der zu verordnenden Versorgungsform bzw. Abgrenzung der SAPV zur Allgemeinen spezialisierten Palliativversorgung (AAPV)</p>
<p>Konkretisierung der medizinischen Voraussetzungen</p>
<p>Es ist erforderlich, dass Ärztinnen und Ärzte, die in einem Palliativ-Care-Team arbeiten, befugt sind, Arzneimittel (inkl. Betäubungsmittel), Heil- und Hilfsmittel, Überweisungen zur Diagnostik, Einweisungen ins Krankenhaus und Krankentransporte selbst zu verordnen. (evtl. Aufnahme von Empfehlungen in der SAPV-RL?)</p> <p>Gibt es evtl. weitere Möglichkeiten im Rahmen der SAPV-RL die Abgrenzung von Teil- und Vollversorgung zu konkretisieren?</p> <p>Weitere Abgrenzungsmöglichkeiten zwischen der allgemeinen Palliativversorgung und der SAPV?</p>
<p>Die Begrenzung der Verordnung durch Krankenhaus-Ärzte auf i.d.R. längstens 7 Tage verursacht aufwendige und unnötige Bürokratie (notwendige Beschaffung und Verarbeitung Folgeverordnung) bei Leistungserbringern und Krankenkasse.</p> <p>Vorschlag: In § 7 Abs. 1 Satz 3 der RL den letzten Teilsatz (in der Regel jedoch längstens für 7 Tage) streichen.</p> <p>Formulierung wäre dann wie folgt: Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen.</p>

Angaben der KVen

<p>Übergangsregelung für fachl. Qualifikation der Pflegekräfte, da langwierige Ausbildung</p> <p>Ggf. finanzielle Unterstützung für Ausbildung der Palliative-Care-Pflegekräfte</p> <p>Bundeseinheitliche Vergütungsregelungen, dringend Angleich der unterschiedlichen Verträge und Vertragsgestaltungen notwendig</p>
<p>Es muss unbedingt darauf geachtet werden, sowohl ideell als auch honorarangepasst die allgemeine Palliativversorgung mit einzubinden. Nur von der Basisversorgung aus sollte bestimmt werden, wer speziell palliativ versorgt werden muss und wer nicht. Zurzeit bestimmen dies nahezu ausschließlich die spezialisierten Dienste selbst. Damit wird erneut der Spezialist der Basisversorgung übergeordnet, was gerade in der Palliativversorgung dazu führt, dass der betroffene Patient nicht in Würde, sondern mit einem hohem personellem und materiellem Einsatz (pharmakologisch und technisch), verstirbt.</p>
<p>Eine Klarstellung zur Geltungsdauer der SAPV-Versorgung (ErstVO/FolgeVO) sowie zur Geltungsdauer der Genehmigung durch die Krankenkasse</p> <p>Wie ist ein SAPV-Patient von einem nicht spezialisierten zu behandelnden Palliativpatienten abzugrenzen? Wann endet hier die Regelleistung nach EBM (AAPV)</p> <p>Definition von Zeitraum und inhaltliche Ausgestaltung der Fallbesprechungen und Qualitätszirkel</p>
<p>Klarstellung zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen</p>
<p>Änderung oder Klarstellung der SAPV-RL erforderlich in folgenden Punkten:</p> <p>I. Klarstellung des § 8 der SAPV-RL</p> <p>Im § 8 steht: "Die Krankenkasse übernimmt ... die Kosten, wenn die Verordnung ... an dem dritten <i>der Ausstellung folgenden Arbeitstag</i> ... vorgelegt wird."</p> <p>Das ist in der Praxis wirklich schwierig. Oft gibt der Hausarzt die Verordnung den Angehörigen mit, dann wird erst Kontakt zum SAPV-Team aufgenommen, dann muss erst ein gemeinsamer Termin daheim mit den Angehörigen gefunden werden. Es folgt der Erstbesuch, anschließend muss die Verordnung ins SAPV-Büro gebracht werden, dann einge-reicht. Es ist schon vorgekommen, dass bis dahin drei Werkstage verstrichen waren und die Kasse die Bezahlung fälschlicherweise insgesamt abgelehnt hat, da dieser Formfehler begangen wurde.</p> <p>Richtigerweise muss es in § 8 heißen:</p> <p>"... am dritten <i>dem Leistungsbeginn folgenden Arbeitstag</i>"</p> <p>II. Sonstige Auswirkungen außerhalb SAPV</p> <p>Im Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit an den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 14. Februar 2008 wird die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von SAPV vom 20. Dezember 2007 nicht beanstandet und kann daher in Kraft treten. Diese Nichtbeanstandung wird jedoch mit Auflagen verbunden, unter anderem mit der jährlichen Berichterstattung. In der Begründung dazu heißt es: "Insbesondere ist darüber</p>

zu berichten, ob außerhalb des Bereichs der SAPV Verbesserungen der Palliativversorgung erforderlich sind."

Hier möchten wir deutlich darauf hinweisen, dass die AAPV unbedingt gestärkt werden muss, im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich. Wir sind seit I/2010 mit einer Vergütung der AAPV im Kollektivvertrag gestartet. Ein bundesweiter Ansatz zur flächendeckenden Stärkung der AAPV wurde zuletzt durch die Initiative der KBV "Versorgungskonzept zur qualifizierten allgemein ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen" gestartet. Erst eine starke AAPV ermöglicht eine starke SAPV!

III. Ergänzung der SAPV-RL hinsichtlich Palliative Care Teams

Anschließend an die eben zitierten Auflagen des BMG Schreibens vom 14.02.2008 steht wörtlich:

"Darüber hinaus werden folgende Hinweise gegeben:

1. Die Leistung soll nur durch Leistungserbringer abgegeben werden, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegekräften unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind (Palliative Care Teams). Der Gemeinsame Bundesausschuss wird gebeten, an geeigneter Stelle eine entsprechende Ergänzung in der Richtlinie vorzunehmen"

Eine solche Formulierung ist in unserem Mustervertrag SAPV erfolgt. So heißt es unter § 1 Abs. 3 des SAPV Mustervertrages:

"(3) Bei der SAPV handelt es sich um eine interdisziplinäre Aufgabe. Sie wird durch ein Team mit mindestens palliativpflegerischer und palliativmedizinischer Fachkompetenz erbracht. Dieser Leistungserbringer nach § 132d SGB V (im Folgenden Palliative-Care-Team (PCT) genannt) ist Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Das PCT arbeitet gemeinsam mit den je nach Bedarf an der Versorgung beteiligten Personen unterschiedlicher Berufsgruppen, wie z. B. Haus-/Fachärzten, Pflegediensten, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Psychologen, Ehrenamtlichen und ambulanten Hospizdiensten gemäß § 39a Abs. 2 SGB V, ggf. in Form von Kooperationen eng zusammen."

Auch diese multiprofessionell vernetzte Versorgungsstruktur sollte in der SAPV Richtlinie ausdrücklich festgeschrieben werden. Palliative Care kann auf spezialisierter Ebene nur durch derartige Teams erbracht werden.

In der SAPV-Richtlinie sollte eine genauere Differenzierung zwischen AAPV und SAPV erfolgen.

Schnittstellen mit dem vertragsärztlichen Bereich

Wer veranlasst Laborleistungen?

Wer verordnet welche Arzneimittel bei additiver Versorgung?

Eine Abgrenzung der vertragsärztlichen Leistung zur SAPV sollte erfolgen

Die Zuständigkeit für junge Erwachsene mit typisch pädiatrischen Erkrankungen muss geklärt werden.

Angaben der Mitgliedsorganisationen der DKG

Bessere Abgrenzung der SAPPV erleichtert Vertragsabschlüsse für SAPPV.
Die psychosozialen Berufsgruppen müssen als Leistungserbringer aufgenommen werden, damit eine Refinanzierung dieser Einsätze möglich wird. → Abrechenbar als SAPV Teammitglied.
Die SAPV-Richtlinie ist ihrem Wesen entsprechend auf die Präzisierung ambulanter Palliativversorgung ausgerichtet. Bezugnehmend auf die Begründung zu 2. Fehlt der Hinweis, dass es im Sinne der angestrebten Lebensqualität und Orientierungshilfe für die betroffenen Patienten und Angehörigen ist, die reibungslose Zusammenarbeit mit stationärer Palliativbehandlung aktiv zu gestalten. Diese Aufgabe sollte als inhaltlicher Punkt in die Richtlinie aufgenommen werden.
Verpflichtung an die Kassen, Verträge abzuschließen um die Versorgung zu sichern
Berücksichtigung psychosozialer Berufsgruppen in der Finanzierung Anerkennung von psychosozialen Symptomen als alleiniges Indikationskriterium
Besondere Belange der Kinder
Zu wenige Kinder im Bezug auf den Bezirk. Deshalb weite Fahrtwege und zu wenige Organisationen die den Bereich abdecken sollen.
Die Vertragsgestaltung läuft sehr schleppend. Die Einzelverträge mit Leistungserbringern gibt es trotz der entsprechenden Angebote von Teams nicht annähernd flächendeckend. Zum Teil liegt das auch daran, dass die geforderten Qualifizierungen noch nicht erreicht sind. Hier sollten Übergangsregelungen getroffen werden. Verträge wurden von regionalen Interessengruppen stark beeinflusst. Ganze Verträge oder wichtige Bestimmungen sind nicht öffentlich zugänglich. Der Gleichbehandlungsgrundsatz kann nicht eingehalten werden. In 5 Verträgen wurden zwar die Standardformulierungen für die anspruchsberechtigten Patienten und Indikation von SAPV aus den Empfehlungen der DGP übernommen, jedoch wird regional beklagt, dass die Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Krankenkassen sehr unterschiedlich vorgehen. Als Leistungserbringer werden in der Richtlinie qualifizierte Pflegekräfte und Ärzte benannt, bei Bedarf und auf Wunsch der Patienten Hospizdienste. Andere Berufsgruppen werden in § 2 der aufwendigen Versorgung zwar für notwendig gehalten, in den Verträgen sehr variabel einbezogen und ihre Finanzierung nicht geregelt. Die Organisationsform wird in § 3 als interdisziplinäre Versorgungsstruktur bezeichnet, aber nicht konkretisiert. In § 6 heißt es: „Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung erforderlich“. Diese gewachsenen Strukturen der ambulanten Palliativversorgung gibt es bisher nur regional und projektbezogen. Teams sind meistens an Krankenhäuser gebunden, in Praxen sind solche neuen vernetzten Versorgungsstrukturen noch aufzubauen. Die „verbindlichen“ Kooperationen und deren Inhalte in Bezug auf patientenbezogene Abstimmungen „in besonderer Weise“ benötigen sehr viel Aufwand und müssen wachsen. Die Verordnung umfasst sinnvollerweise die Versorgungsstufen Beratung, Koordination,

Teil- und Vollversorgung. Jedoch ergibt sich die Schwierigkeit bei der Antragsstellung, die das inhaltlich sinnvolle niedrigschwellige Angebot von Beratung und Koordination verhindern kann. Diese Unterteilung in Versorgungsstufen scheint überhaupt nicht sinnvoll zu sein, da es in der Praxis zu vielen unnötigen Schwierigkeiten führt: 1. Die Abgrenzung ist völlig unklar. 2. Vollversorgung wird von Kostenträgern in vielen Fällen falsch interpretiert, im Sinne von „Rundum-Versorgung“, teilweise inklusive aller SGB V Leistungen. Hier muss wieder klargestellt werden, dass es sich um eine Vollversorgung ausschließlich mit „SAPV-Leistungen“ handelt. 3. Aufgrund der unterschiedlichen Honorierung der verschiedenen Stufen in einigen Verträgen gibt es häufig ein Interesse der Teams die Patienten im Rahmen der Vollversorgung zu betreuen, während es ein natürliches Interesse der Kostenträger und der MDKs gibt, möglichst vieles in der Teilversorgung zu belassen. Die Abgrenzungsproblematiken rauben ein beträchtliches Maß an Ressourcen. Sinnvoll und bewährt ist eine Regelung wie in Hessen, in der nicht zwischen den Versorgungsstufen unterschieden wird. Nur wenn die Überlebensfähigkeit von Teams unabhängig von Zeittaktungen oder Versorgungsstufen gewährleistet ist, wird sich die Patientenversorgung ausschließlich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren. Anstelle der Unterscheidung der Versorgungsstufen sollte der individuelle und akute Versorgungsbedarf der Betroffenen Beachtung finden.

Organisationsformen, Ausgestaltung der Versorgungsstufen und Vergütung schaffen regional divergierende Anreize für die Patientenversorgung, Die Entwicklung muss stärker gemeinsam beobachtet werden und evaluiert werden. Die Qualitätskontrollen sollten dem G-BA und nicht dem GKV übertragen werden. In jährlichen Berichten an das BMG sollte die Seite der Leistungserbringer eine Berücksichtigung finden.

Die Vergütung ist sowohl in der Struktur wie in der Höhe extrem unterschiedlich und schafft regional sehr verschiedene Anreize. Sie ermöglicht z. T. nicht die gesetzlich gewünschten Versorgungsstufen und reicht nicht aus, um ein Team so zu finanzieren, dass es wirtschaftlich geführt werden kann. Das kann dazu führen, dass ein gut funktionierendes, aber nicht ausreichend finanzierbares SAPV oder Palliative Care Team schließen muss, obwohl die SAPV auf Dauer sicher zu einer Kostenreduktion im Gesundheitswesen beitragen kann.

In der Richtlinie heißt es: „Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt“. Dies wird in den Verträgen teilweise anders geregelt (in einigen Bundesländern soll die Palliativpflege alle SGB-V-Leistungen abdecken), teilweise nicht genehmigt oder vergütet.

Eine bundesweite Evaluation der SAPV ist wegen sehr unterschiedlicher Dokumentationsgrundlagen nicht möglich. Der von DGP und DHPV vorgeschlagene Kerndatensatz wird nur in 4 Musterverträgen gefordert. Die Daten müssen in jedem Fall zusammen geführt werden.

Die DGP hat gemeinsam mit dem DHPV ein Hospiz und Palliativ-Register beschlossen, das alle Daten als Kerndatensatz aus Hospiz- und Palliativversorgung zusammenführen soll. Anhand dieses Registers werden weiter gehende Informationen über ambulante und stationäre Versorgung sowie Wechselwirkungen patientenbezogen abzulesen sein.

Einige Formulierungen in der Richtlinie könnten eindeutig formuliert werden, zusätzlich sollten Interventionen bedacht werden, wenn die Richtlinien nicht umgesetzt werden.

Änderungsbedarf wird darin gesehen, dass eine Aufhebung der Trennung in Vollversorgung und additive Teilversorgung sinnvoll wäre, da sich in der Praxis jeder Versuch der Unterteilung als unpraktikabel erwiesen hat.

Die konsequente Einhaltung der Richtlinie wird gefordert, insbesondere in Bezug auf die Qualifikation der Leistungserbringer, ein Unterlaufen dieser Anforderungen aus rein ökonomischen Gründen durch die Kostenträger und der Vergabe der Leistungserbringung unter Preis ist entgegenzuwirken.

Aktuell kann aufgrund einer Weiterentwicklung noch nicht flächendeckender Etablierung der SAPV keine abschließende Bewertung erfolgen. Nachfolgende Punkte bedürfen jedoch einer kritischen Würdigung:

Besondere Patientengruppen (nicht-tumorbedingte Palliativpatienten, Patienten mit Demenz oder geistiger Behinderung)

Notwendige Qualifikation zur Behandlung der o. g. Patientengruppen (z. B. gerontopsychiatrisch)

Hilfestellung zur oftmals schwierigen Abgrenzung AAPV + SAPV

Standardisierte und an Qualitätskennzahlen orientierte Dokumentation zur methodisch-fundierten Evaluation

Bei den Leistungsstufen (Beratung bis Vollversorgung) ist eine Klärung der Inhalte notwendig. Aus unserer Sicht ist die SAPV immer mehr als Beratung.

Das SAPV verordnet werden muss und erst von der KK genehmigt werden muss, setzt unnötige bürokratische Hürden. Eine Überweisung wäre das passende Verfahren.