

Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV- Richtlinie für das Jahr 2016

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	5
2.	Sachverhalt	7
3.	Hinweise zu Art und Umfang der Erhebung	9
4.	Hinweise zum Rücklauf der Befragung.....	12
5.	Methodische Hinweise zur Auswertung der Befragung.....	13
6.	Ergebnisse	14
6.1	Ausgaben der Krankenkassen für SAPV	14
6.2	Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten	14
6.3	Qualifikation von Pflegekräften	17
6.4	Verordnungen	17
6.5	Angaben der Leistungserbringer und Krankenkassen zu abgelehnten Leistungsanträgen.....	20
6.6	Leistungsfälle	21
6.6.1	Abrechnungsfälle insgesamt	22
6.6.2	Angaben der Leistungserbringer zu den von diesen erbrachten Leistungsfällen.....	22
6.6.3	Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen	23
6.7	Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen	28
6.7.1	Antworten der Krankenkassen.....	28
6.7.2	Antworten der Leistungserbringer	29
6.7.3	Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen	30
6.7.4	Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG.....	30
6.8	Kooperationspartner	31
6.9	Änderungsvorschläge zur SAPV-RL und Problemschilderungen im Umgang mit SAPV	35
6.9.1	Antworten der Krankenkassen.....	35
6.9.2	Antworten der Leistungserbringer	36
6.9.3	Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen	37
6.9.4	Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG.....	37
7.	Berichte des GKV-SV zum Vertragsgeschehen.....	38
8.	Bewertung der Hinweise	40
8.1	Psychosoziale/seelsorgerische Begleitung der Betroffenen.....	40
8.2	Qualifikation von Leistungserbringern	41
8.3	Besondere Belange von Kindern und Jugendlichen.....	42
8.4	Abgrenzungsfragen (Teil- und Vollversorgung, SAPV und allgemeine ambulante Palliativversorgung).....	43
8.5	Verordnung oder Bewilligung der SAPV.....	44
9.	Fazit und Ausblick.....	46

10.	Anhang.....	49
10.1	Fragebogen an die Krankenkassen.....	49
10.2	Fragebogen an die Leistungserbringer.....	49
10.3	Fragebogen an die Mitgliedsorganisationen der DKG.....	60
10.4	Fragebogen an die Kassenärztlichen Vereinigungen	60
10.5	Freitextangaben der Krankenkassen	66
10.6	Freitextangaben der Leistungserbringer	70
10.7	Freitextangaben der Mitgliedsorganisationen der DKG.....	84
10.8	Freitextangaben der Kassenärztlichen Vereinigungen	86

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

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

1. Zusammenfassung

Der nachfolgende Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) dient dazu, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über die Leistungsentwicklung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2016 zu berichten. Dazu wurden amtliche Statistiken genutzt bzw. die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Mitgliedsorganisationen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie die Leistungserbringer der SAPV befragt. Es wurden von diesen Befragten Hinweise und Einschätzungen erbeten, ob die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie des G-BA zur Verordnung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) ausreichend berücksichtigt sind und ob es möglicherweise Änderungs- oder Klarstellungsbedarfe in dieser Richtlinie gibt.

Um auch die Entwicklung von Leistungszahlen abbilden zu können, wurden für diesen Bericht Übersichten erstellt, die zusätzlich zu den aktuellen Leistungszahlen auch Ergebnisse aus den Berichten der Vorjahre 2009 bis 2015 enthalten.

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle der Krankenkassen wird seit dem 1. Januar 2010 über die amtliche Statistik (KG 3¹) erfasst und seither für die Berichterstellung genutzt. Diese amtliche Statistik weist für 2016 insgesamt 142.263 Abrechnungsfälle aus (2015 wurden 114.113 Abrechnungsfälle ausgewiesen). Eine Differenzierung, ob es sich um Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen handelt, erfolgt in der KG 3 nicht. Bei allen Krankenkassen wurden daher weiterhin die vom 1. Januar 2016 bis zum 31. Dezember 2016 bewilligten Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhoben, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen wird.

Es wurden insgesamt 117 Krankenkassen angeschrieben (2015 wurden 119 Krankenkassen angeschrieben), von denen 72 Krankenkassen einen ausgefüllten Fragebogen an die Geschäftsstelle des G-BA weitergeleitet haben. Dies entspricht einem Rücklauf von rund 62 % (2015 waren es 86 Krankenkassen, dies entsprach einer Rücklaufquote von 72 %). Diese 72 Krankenkassen repräsentieren nach eigenen Angaben 66.510.338 Versicherte und damit rund 93 % (2015 94 %) der insgesamt ca. 71,5 Millionen (71.449.138, in 2015 waren es 70.737.497) gesetzlich Versicherten (inkl. beitragsfrei Mitversicherter) in Deutschland zum 1. Juli 2016 (www.gbe-bund.de).

¹ KG 3-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: Abrechnungsfälle ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Mutterschaftsvorsorgefälle), <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/geschaeftsergebnisse.html>, (bestätigt am 14.12.2017)

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres wurde von den rückmeldenden Krankenkassen auf 979 beziffert, davon wurden 4 Leistungsfälle über Kostenerstattung geregelt (in der Befragung des Vorjahres lag die Anzahl der angegebenen Leistungsfälle bei 735, von denen 7 über Kostenerstattung geregelt wurden).

Von den 309 angeschriebenen Leistungserbringern konnten insgesamt 154 Fragebögen in die Auswertung eingehen, was einem Rücklauf von rund 50 % entspricht.

Gemäß der Frequenzstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) betrug die Anzahl der Erstverordnungen vom 1. Quartal bis einschließlich 4. Quartal 2016 insgesamt 55.271 Erstverordnungen; die Anzahl der Folgeverordnungen belief sich auf 41.381 Verordnungen. Im Vorjahr (2015) wurden 48.686 Erstverordnungen und 35.309 Folgeverordnungen gezählt. Die Verordnungszahlen nehmen damit – wie schon in den vergangenen Jahren - kontinuierlich zu.

Für das Jahr 2016 betragen die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV 323,09 Millionen Euro (vom BMG veröffentlichte endgültige Rechnungsergebnisse [KJ 1-Statistik]²). Im Jahr 2015 betragen die Ausgaben für ärztliche und pflegerische Leistungen in der SAPV 267,02 Millionen Euro (KJ 1-Statistik).

Zusammenfassend zeigen die vorangestellten Daten, dass sich die Struktur- und Leistungszahlen der SAPV auch in 2016 stetig weiterentwickelt haben.

Die Angaben der Befragten zu möglichem Änderungs- oder Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL bezogen sich, wie in den Vorjahren, mehrfach auf die Aspekte der Leistungsinhalte bei Teil- und Vollversorgung und der Abgrenzung der SAPV gegenüber der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung sowie im Einzelfall auf den Leistungsanspruch bei nicht onkologischen Krankheitsbildern oder bei einer palliativen Chemotherapie.

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

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

Sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen können konkrete Änderungsvorschläge für die SAPV-RL daraus nicht abgeleitet werden, da Konkretisierungen

² KJ 1-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: endgültige Rechnungsergebnisse)
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2016.pdf, abgerufen am 14.08.2017

und Abgrenzungen die bewusst eingeräumten Gestaltungsspielräume der Vertragspartner einengen würden.

2. Sachverhalt

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

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

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

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

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

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

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

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

Mit Schreiben vom 22. Februar 2016 hat das BMG in Bezug auf die Frage des G-BA zur Fortsetzung der Berichterstattung zur Umsetzung der SAPV-RL mitgeteilt, dass der Bericht des G-BA fortgeführt werden soll, so lange sich die gesetzlich vorgesehene Berichterstattung des GKV-SV zur SAPV und des Bewertungsausschusses zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (§ 87 Abs. 1b SGB V) noch nicht etabliert hat, damit es nicht zu Informationsdefiziten kommt und etwaige Anpassungen der SAPV-Richtlinie zeitnah erfolgen können.

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 2016.

3. Hinweise zu Art und Umfang der Erhebung

Der zuständige Unterausschuss Veranlasste Leistungen 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 der vergangenen Jahre sowie die veränderte Aufgabenstellung seit dem Berichtsjahr 2010 wurden bei der Erstellung des Berichtes über das Jahr 2016 berücksichtigt. Befragt wurden die Krankenkassen (über den GKV-SV), die KVen (über die KBV), die Mitgliedsorganisationen der DKG (über die DKG) sowie die Leistungserbringer (über den GKV-SV).

Im Bericht für das Jahr 2016 wurden erstmalig auch die Krankenkassen zu den Ablehnungsgründen befragt, um weitere Informationen hierzu zu erhalten.

Der vorliegende Bericht umfasst insgesamt folgende Aspekte:

1. Ausgaben der Krankenkassen für die SAPV,
2. Anzahl der qualifizierten Ärztinnen und Ärzte einschließlich Ort der Tätigkeit (stationär, niedergelassen),
3. Angaben zur Anzahl qualifizierter Pflegefachkräfte in Palliative Care (Weiterbildung im Umfang von 160 Stunden)
4. Verordnungszahlen, differenziert nach Erst- und Folgeverordnung und dem jeweiligen KV-Bereich,
5. Regelmäßige Kooperationspartner der Leistungserbringer,
6. Angaben zu Ablehnungen von Leistungsanträgen, die auch nach einem Widerspruch Bestand hatten, differenziert nach Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen und Gründe für diese Ablehnungen,
7. Leistungsfälle, differenziert nach Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen sowie der jeweiligen Anzahl der Leistungsfälle, die für Kinder und Jugendliche über Kostenerstattung finanziert wurden,

8. Hinweise zu Änderungs- oder Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL, die sich auf die Belange von Kindern und Jugendlichen beziehen,
9. Hinweise zu Änderungs- oder Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL (die sich nicht auf Nummer 8 beziehen).

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

Da die SAPV durch qualifizierte Leistungserbringer sichergestellt werden soll, hat die Geschäftsstelle des G-BA die Bundesärztekammer (BÄK) um Mitteilung der Anzahl der bundesweit tätigen Ärztinnen und Ärzte gebeten, die zum Stichtag 31. Dezember 2016 eine anerkannte Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer (grundsätzlich 160 Stunden Weiterbildung) vorweisen konnten.

Für das Jahr 2016 soll neben der jährlichen Analyse der Zahl entsprechend qualifizierter Ärztinnen und Ärzte auch die Entwicklung der Zahl von Pflegefachkräften beschrieben werden, die über den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden verfügen bzw. im Berichtszeitraum eine Zusatzqualifikation in Palliative Care in Höhe von 160 Stunden erworben haben. Hierbei soll auch ermittelt werden, in welchem Versorgungssektor die entsprechend qualifizierten Pflegekräfte tätig sind. Da es bisher keine vollständigen Daten zur Qualifikation von Pflegefachkräften anhand einer verpflichtenden Registrierung über die Selbstverwaltung der Pflegeberufe auf Bundesebene gibt, wurden zur Informationsgewinnung die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein, die Pflegekammer Niedersachsen, die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz sowie die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. angeschrieben. In den Schreiben wurde um Auskunft zu vorliegenden Zahlen von Pflegefachkräften die über eine Weiterbildung in Palliative Care von mindestens 160 Stunden verfügen (möglichst getrennt nach Ort der Tätigkeit) und derer die im Berichtsjahr diese Zusatzqualifikation erworben haben.

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

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle der Krankenkassen wird seit dem 1. Januar 2010 über die amtliche Statistik (KG 3) erfasst, so dass eine Befragung der Krankenkassen zu den Leistungsfällen nicht mehr erfolgte. Bei allen Krankenkassen wurden weiterhin die vom 1. Januar 2016 bis zum 31. Dezember 2016 bewilligten Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhoben, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen wird.

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

Für den Bericht 2016 wurde erneut den Fragen nachgegangen, ob die SAPV-RL den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ausreichend Rechnung trägt und ob Hinweise auf mögliche Änderungs- oder Klarstellungsbedarfe in der SAPV-RL bestehen.

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

Die eingegangenen Rückmeldungen wurden unter Zusicherung einer vertraulichen Behandlung der in den Fragebögen enthaltenen Daten unverändert an die Geschäftsstelle des G-BA zur Erfassung und Auswertung weitergeleitet. Die beantworteten Fragebögen wurden - wie bei den Befragungen für die Jahre 2009 bis 2015 - durch die Abteilung Fachberatung Medizin der Geschäftsstelle des G-BA ausgewertet. Die Ergebnisse der Erhebung, die über die Fragebögen gesammelt wurden, sind im vorliegenden Bericht anonymisiert abgebildet, so dass keine Rückschlüsse auf bestimmte Krankenkassen /Krankenkassenarten, Leistungserbringer, KVen oder Mitgliedsorganisationen der DKG möglich sind.

4. Hinweise zum Rücklauf der Befragung

Der Fragebogen an die Krankenkassen (siehe Anhang 10.1) wurde an insgesamt 117 Krankenkassen versandt. Es wurden 72 ausgefüllte Fragebögen an die Geschäftsstelle des G-BA weitergeleitet, was einem Rücklauf von rund 62 % entspricht. Die 72 Krankenkassen repräsentieren nach eigenen Angaben 66.510.338 Versicherte und damit rund 93 % der insgesamt ca. 71,5 Millionen (71.449.138) gesetzlich Versicherten (inkl. beitragsfrei Mitversicherter) in Deutschland zum 1. Juli 2016 (www.gbe-bund.de).

Die Anzahl der Versicherten bei denjenigen Krankenkassen, die geantwortet haben, lag zwischen 2.214 und 9.809.698 mit einem Mittelwert von 923.755 Versicherten (Median 135.362). 17 Krankenkassen hatten mehr als 1 Million Versicherte, 35 Krankenkassen hatten unter 100.000 Versicherte.

Von den 309 mittels Fragebogen angeschriebenen Leistungserbringern (siehe Anhang 10.2) konnten insgesamt 154 Fragebögen in die Auswertung eingehen, was einem Rücklauf von rund 50 % entspricht.

Die DKG hat von 12 der 16 Landesverbände von Krankenhausträgern Rückmeldungen auf die Befragung zur Umsetzung der SAPV-Richtlinie erhalten. Dabei haben 8 von 12 Landesverbänden den Fragebogen der DKG (siehe Anhang 10.3) ausgefüllt. Eine Landeskrankenhausgesellschaft hat nicht als Verband geantwortet, sondern es wurde eine Übersicht der Antworten einzelner Mitgliedskrankenhäuser eingereicht, die teilweise voneinander abweichend geantwortet haben. Ein Landesverband hat mitgeteilt, dass sich keine Änderungen gegenüber dem Vorjahr ergeben hätten, weshalb der beantwortete Fragebogen des Vorjahrs herangezogen wurde. Die Auswertung der Rückmeldungen der Mitgliedsorganisationen der DKG erfolgte auf Ebene aller eingegangenen Fragebögen und nicht auf Ebene der 8 Landeskrankenhausgesellschaften.

Zwei Landeskrankenhausgesellschaften haben den Fragebogen nicht ausgefüllt, da ihnen keine Sachverhalte bekannt geworden seien, die eine Änderung der SAPV-Richtlinie erforderlich machen würden.

Eine Rückmeldung bzgl. des Fragebogens an die KVen (siehe Anhang 10.4) erfolgte von allen 17 KVen. Zwei KVen gaben dabei an, dass der Fragebogen nicht beantwortet werden könne, da die KV vertraglich nicht an der Umsetzung der SAPV-RL beteiligt sei bzw., dass aufgrund fehlender Informationen eine Beantwortung des Fragebogens nicht möglich sei. Demnach liegen von Seiten der KVen 15 auswertbare Fragebögen vor.

5. Methodische Hinweise zur Auswertung der Befragung

Mit diesem Bericht liegen die Ergebnisse aus den Jahren 2009 bis 2016 zur Umsetzung der SAPV in Deutschland vor. Die Möglichkeiten zu Längsschnittuntersuchungen und Trendaussagen auf Grundlage der Befragungsergebnisse sind allerdings stark eingeschränkt. Dies ist vor allem damit zu begründen, dass die Grundgesamtheit der antwortenden Organisationen, für die Fragebögen zur Auswertung vorliegen, über die Jahre nicht konstant war. So ist beispielsweise, aufgrund unterschiedlicher Rücklaufquoten sowie Kassenfusionen und Verschiebungen in der Mitgliederstruktur der Krankenkassen, die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der diesjährigen Befragungen zu den Vorjahresergebnissen nur eingeschränkt möglich. Gleiches gilt für die Mitgliedsorganisationen der DKG, da nicht immer die Organisationen als Ganzes geantwortet haben, sondern auch Antworten verschiedener Mitgliedskrankenhäuser einzeln zurückgemeldet wurden. Dadurch ergibt sich auch hier eine andere Grundgesamtheit, als es bei den Vorjahresbefragungen der Fall war.

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

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

6. Ergebnisse

6.1 Ausgaben der Krankenkassen für SAPV

Für das Jahr 2016 betragen die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV 323,09 Millionen Euro. Die Ausgaben für Arzneimittel im Rahmen der SAPV beliefen sich im Jahr 2016 auf 58,02 Millionen Euro, die für Heilmittel im Rahmen der SAPV auf 4,66 Millionen Euro und die für Hilfsmittel im Rahmen der SAPV auf 14,83 Millionen Euro. Alle Angaben wurden dem endgültigen Rechnungsergebnis der amtlichen Statistik KJ 1 entnommen. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, die durch in der SAPV tätige Ärztinnen und Ärzte verordnet wurden.

Für das Jahr 2016 kann weiterhin ein kontinuierlicher Anstieg der Ausgaben der Krankenkassen für SAPV festgestellt werden (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für SAPV 2009 bis 2016 (Quelle: Amtliche Statistik KJ 1; * die Statistik für 2009 erfasste die Ausgaben für Arznei sowie Heil- und Hilfsmittel nicht)

SAPV Leistungs- ausgaben Mio. €/Jahr	Ärztlich/ Pflegerische Leistungen	Arzneimittel	Heilmittel	Hilfsmittel	Gesamt
2009	17,3	.*	.*	.*	17,3
2010	47,82	5,60	0,42	2,27	56,11
2011	84,90	15,14	0,61	3,27	103,92
2012	127,50	20,50	0,85	2,94	151,79
2013	175,91	31,71	1,36	5,24	214,21
2014	202,22	42,80	2,70	7,19	254,91
2015	267,02	50,59	3,05	11,78	332,44
2016	323,09	58,02	4,66	14,83	400,60

6.2 Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten

Die Befragung der BÄK zur Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer (grundsätzlich 160 Stunden Weiterbildung) ergab zum Stichtag 31. Dezember 2016 (vgl. Tabelle 2), dass insgesamt 10.246 berufstätige Ärztinnen und Ärzte die Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ erworben haben. Davon waren unter anderem 4.392 Ärztinnen und Ärzte niedergelassen und 4.599 im Krankenhaus tätig. Die Datenbasis des Berichtes für das Jahr 2009 hat möglicherweise Abweichungen im Vergleich zu den Folgejahren 2010 bis 2016, da für das Jahr 2009 eine Übersicht nur über drei Quartale zur Verfügung stand, gleichwohl kann ein kontinuierlicher Anstieg der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ festgestellt werden (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ 2009 bis 2016, (Quelle: BÄK).

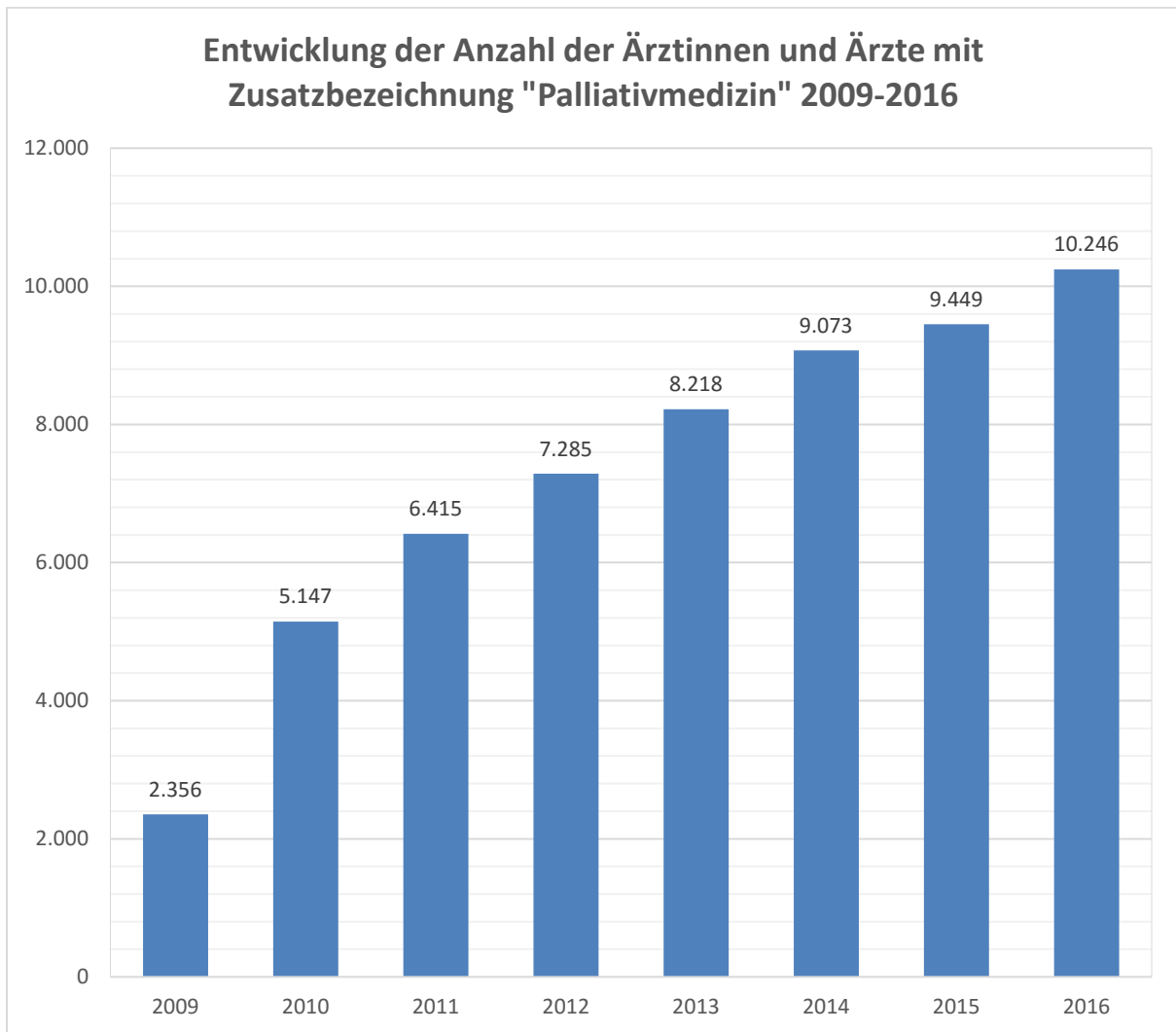



Tabelle 2: Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin nach Landesärztekammern und Tätigkeitsarten (Quelle: BÄK)

 Ärztinnen/Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin nach Bundesland und Tätigkeitsart (Stichtag 31.12.2016)							
Bundesland	berufstätig Gesamtanzahl	ambulant berufstätig Anzahl	davon niedergelassen berufstätig Anzahl	stationär berufstätig Anzahl	in sonstigen Bereichen Anzahl	in Behörden Körpersch. u.a. Anzahl	ohne ärztliche Tätigkeit Anzahl
0	1	2	3	4	5	6	6
Baden-Württemberg	1533	841	742	626	48	18	111
Bayern	841	313	236	469	58	1	52
Berlin	319	142	83	146	23	8	33
Brandenburg	293	179	166	107	6	1	8
Bremen	77	28	26	43	3	3	4
Hamburg	201	105	78	85	9	2	16
Hessen	1072	524	456	441	102	5	69
Mecklenburg-Vorpommern	174	79	70	85	9	1	8
Niedersachsen	1315	817	736	438	49	11	65
Nordrhein Westfalen	2507	1167	969	1282	47	11	112
Rheinland-Pfalz	533	255	218	239	27	12	18
Saarland	107	53	44	48	4	2	4
Sachsen	422	203	176	210	8	1	18
Sachsen-Anhalt	209	99	87	110	0	0	11
Schleswig-Holstein	452	272	237	161	16	3	20
Thüringen	191	80	68	109	2	0	10
Bundesgebiet	10.246	5.157	4.392	4.599	411	79	559

ambulant berufstätig = Ambulant/Praxis angestellte Ärzte + niedergelassene Ärzte

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

6.3 Qualifikation von Pflegekräften

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

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V (DGP) konnte mit Schreiben vom 2. August 2017 auf Basis eigener Unterlagen eine Gesamtzahl von 26.428 Pflegefachkräften nennen, die per 31.12.2016 eine 160-Stunden-Palliative-Care-Weiterbildung mit DGP-Zertifikat absolviert haben. Eine Aufschlüsselung nach ambulant/stationär konnte nicht angegeben werden. Nach Angaben der DGP haben im Berichtsjahr 2.606 Pflegefachkräfte den DGP-zertifizierten 160-Stunden-Kurs absolviert.

Die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein und die Pflegekammer Niedersachsen haben mitgeteilt, dass sie sich in der Errichtungsphase befinden und daher die angefragten Daten derzeit nicht zur Verfügung gestellt werden können. Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz hat mitgeteilt, dass sie derzeit noch nicht über belastbare Daten zum Weiterbildungsstand der Mitglieder verfügt. In Rheinland-Pfalz soll nach Auskunft der Landespflegekammer ab dem Jahr 2018 die Erfassung aller Mitglieder über ein neu zu etablierendes Weiterbildungsregister erfolgen, die eine durch die Kammer geregelte Weiterbildung in Rheinland-Pfalz durchlaufen.

6.4 Verordnungen

Über die Frequenzstatistik der KBV wurde die Anzahl der Verordnungen vom 1. bis 4. Quartal 2016, unterschieden nach Erst- und Folgeverordnungen und dem jeweiligen KV-Bereich erhoben. Für die grafische Darstellung der Entwicklung der Anzahl der Verordnungen wurden auch die Angaben aus den Jahren 2009 bis 2015 einbezogen. Die Anzahl der Erstverordnungen vom 1. bis einschließlich 4. Quartal 2016 betrug insgesamt 55.271, die Anzahl der Folgeverordnungen belief sich auf 41.381. Im Vergleich dazu wurden in den 4 Quartalen 2015 48.686 Erstverordnungen und 35.309 Folgeverordnungen gezählt (vgl. Abbildung 2 und Tabelle 3).

Abbildung 2: Anzahl der Erst- und Folgeverordnungen SAPV 2009 bis 2016 (Quelle: KBV)

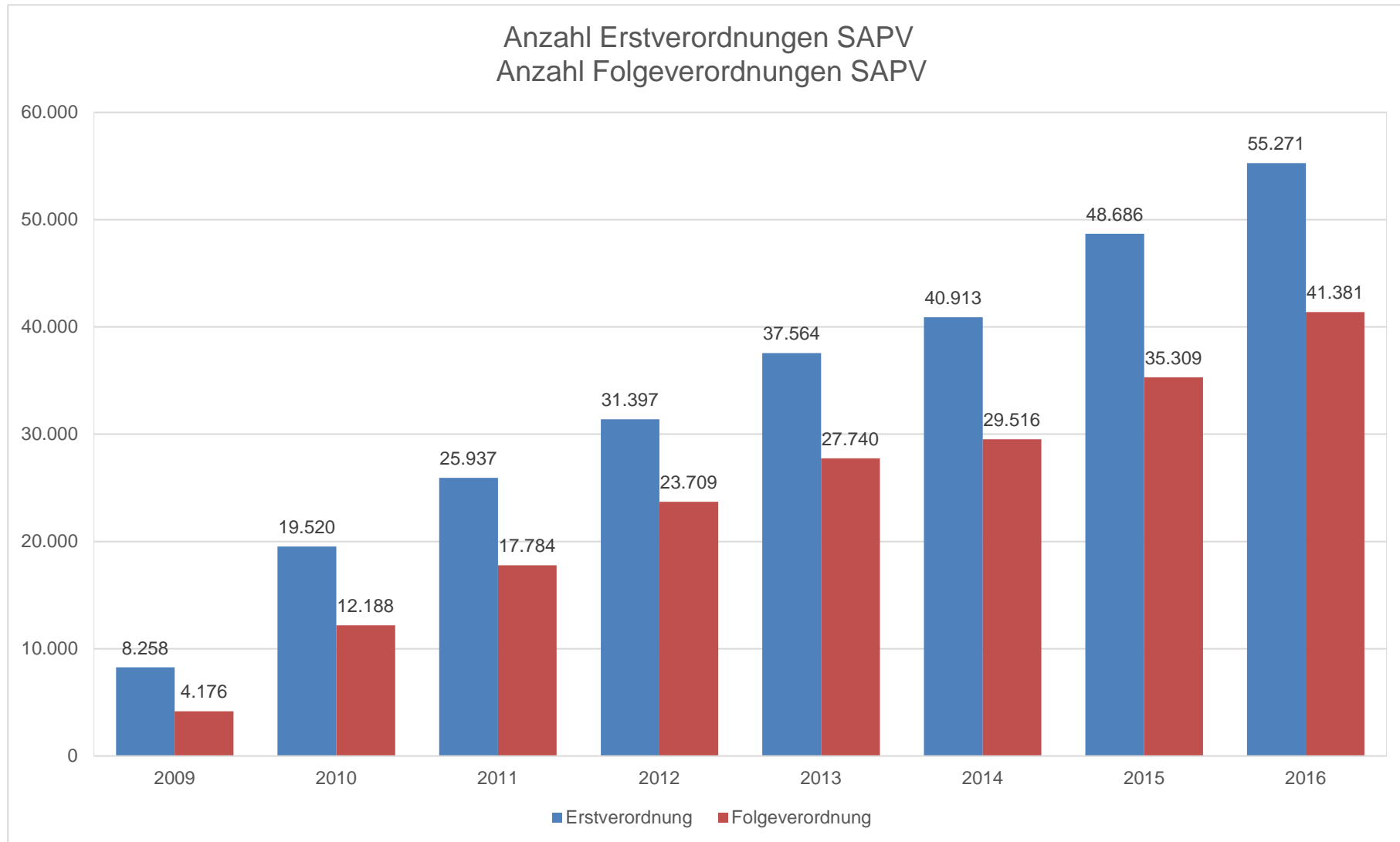


Tabelle 3: Frequenzstatistik SAPV Erst- und Folgeverordnungen von 2009 bis 2016

Frequenzstatistik SAPV Erst- und Folgeverordnungen von 2010 bis 2016	2009 ³		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	EV*	FV**	EV	FV	EV	FV	EV	FV	EV	FV	EV	FV	EV	FV	EV	FV
Baden-Württemberg	1.949	1.038	2.752	1.950	3.039	2.559	3.622	3.934	4.059	4.425	3.315	2.982	3.730	2.825	3.917	2.855
Bayern	840	399	1.524	1.054	2.772	2.318	2.902	2.622	3.027	2.354	3.567	2.324	5.043	3.297	6.534	4.146
Berlin	267	162	2.799	1.313	4.304	1.865	4.670	2.188	5.309	2.469	5.581	2.883	6.045	3.609	6.512	3.837
Brandenburg	281	156	737	624	853	962	1.176	1.196	1.564	1.867	1.951	2.023	2.395	2.529	2.770	3.135
Bremen	66	21	121	48	115	71	162	73	214	150	275	168	328	204	357	238
Hamburg	232	76	416	249	1.011	500	1.260	787	1.384	952	1.291	825	1.400	976	1.489	952
Hessen	1.107	749	3.165	2.165	3.881	2.914	4.763	3.613	5.407	3.694	5.766	4.407	6.495	4.816	7.194	5.637
Mecklenburg-Vorpommern	138	85	335	276	425	306	546	481	815	593	967	792	1.309	1.039	1.460	1.218
Niedersachsen	1.225	520	2.298	992	3.343	1.724	4.504	2.581	5.519	3.364	6.322	4.424	7.363	5.101	7.831	5.740
Nordrhein	380	265	814	666	1.135	825	1.847	1.073	2.881	1.920	3.559	2.502	4.579	3.785	5.169	4.587
Rheinland-Pfalz	173	36	452	169	609	425	562	541	728	644	727	643	863	748	1.196	957
Saarland	38	5	345	225	293	165	417	277	553	365	701	455	932	663	1.120	778
Sachsen	233	46	1.020	723	1.139	969	1.426	1.466	1.901	1.903	2.437	2.349	2.710	2.538	3.086	2.882
Sachsen-Anhalt	132	23	312	108	520	219	684	393	979	486	1.048	599	1.159	602	1.420	779
Schleswig-Holstein	304	119	768	630	1.050	999	1.390	1.611	1.629	1.632	1.749	1.365	2.104	1.506	2.343	1.912
Thüringen			318	250	619	406	809	511	895	535	951	529	1.474	853	2.176	1.473
Westfalen-Lippe	893	476	1.344	746	829	557	657	362	700	387	706	246	757	218	697	255
Verordnungen gesamt	8.258	4.176	19.520	12.188	25.937	17.784	31.397	23.709	37.564	27.740	40.913	29.516	48.686	35.309	55.271	41.381
Legende:																
* Erstverordnung = EV																
** Folgeverordnung = FV																

³ Die Verordnungszahlen für das Jahr 2009 umfassen das zweite bis vierte Quartal 2009.

6.5 Angaben der Leistungserbringer und Krankenkassen zu abgelehnten Leistungsanträgen

Die Antworten auf Frage 5 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

ergaben, dass im genannten Zeitraum insgesamt bei 628 Patientinnen und Patienten Leistungen der SAPV durch Krankenkassen abgelehnt wurden (Mittelwert 8, Median 4; Maximum 60 pro Leistungserbringer). Insgesamt 80 Leistungserbringer haben hier mindestens eine abgelehnte Verordnung angegeben. Ein Leistungserbringer konnte aufgrund einer Systemumstellung nur eine Schätzung von 10 für die Zahl abgelehnter SAPV-Fälle angeben, diese Angabe wurde nicht berücksichtigt

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

Bei der Frage 6 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

konnten die Leistungserbringer im Freitext antworten. Hiervon haben 73 Leistungserbringer Gebrauch gemacht. 67 Leistungserbringer hatten Fälle angegeben, die im Berichtszeitraum abgelehnt wurden. 6 Leistungserbringer haben Gründe, die zu einer Ablehnung geführt haben, genannt, ohne dass sie abgelehnte Fälle hatten.

Mehrfach führte die Einschätzung, dass die Kriterien zur Verordnung einer SAPV nicht erfüllt seien (basierend auf der gestellten Diagnose und Ausprägung der Symptomlast bzw. der zu erwartenden Lebenserwartung) zu einer Ablehnung der Verordnung. In diesen Fällen wird häufig angeführt, dass die Indikation für eine SAPV – von Seiten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) – nicht nachvollzogen wurde und die Versorgung nach Einschätzung des MDK im Rahmen der hausärztlichen Versorgung bzw. in einer stationären Pflegeeinrichtung ausreichend sichergestellt werden kann. Rückläufig waren im Vergleich zu den vergangenen Jahren Meldungen über Ablehnungen wegen fehlende Erkennbarkeit der Leistungsvoraussetzung bei nicht-onkologischen Krankheitsbildern.

Die vollständigen Freitextangaben der 67 Leistungserbringer, die abgelehnte Fälle bei Erwachsenen angegeben hatten, sind dem Anhang 10.6 zu entnehmen.

Bei der Frage 3 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

*„Was waren die Gründe, die **bei Erwachsenen** zu einer Ablehnung der Leistung geführt haben?“*

machten 64 der 72 Krankenkassen Angaben, 8 Krankenkassen machten keinerlei Angaben. 32 Krankenkassen führten Gründe auf, die zu einer Ablehnung der Leistung geführt haben, 29 Krankenkassen gaben an, dass sie keine Ablehnungen im Berichtszeitraum 2016 hatten und 3 Krankenkassen konnten keine Angaben machen.

Mehrfach führte die Einschätzung, dass die Kriterien zur Verordnung einer SAPV nicht erfüllt seien (basierend auf der gestellten Diagnose und Ausprägung der Symptomlast bzw. der zu erwartenden Lebenserwartung) und der Einschätzungen, dass die Leistungen der Regelversorgung oder Teilversorgung der SAPV ausreichend seien, zu einer Ablehnung der Verordnung.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.5 zu entnehmen.

6.6 Leistungsfälle

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle der Krankenkassen wird seit dem 1. Januar 2010 über die amtliche Statistik (KG 3) erhoben und für die Berichterstellung 2016 genutzt. Darüber hinaus wurden auch die Leistungserbringer zur Zahl der Leistungsfälle, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2016 bis zum 31. Dezember 2016 erbracht haben, befragt. Im Bericht für das Jahr 2016 wurden erstmalig auch die Krankenkassen zu den Ablehnungsgründen befragt, um weitere Informationen hierzu zu erhalten.

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

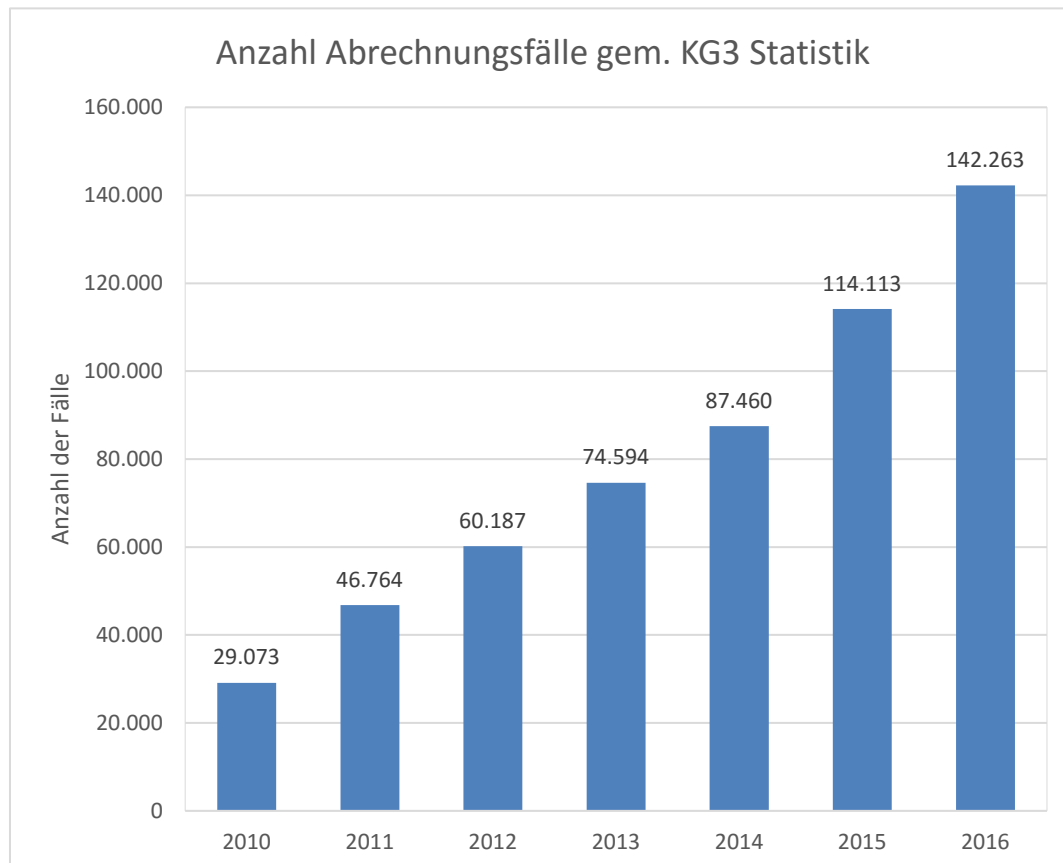
Die amtliche Statistik differenziert auch nicht zwischen Erwachsenen und Kindern bzw. Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und weist Kostenerstattungsfälle nicht separat aus. Zur Erfassung der Leistungsfälle, die Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres betreffen, wurden deshalb weiterhin alle Krankenkassen zu den vom

1. Januar 2016 bis zum 31. Dezember 2016 bewilligten diesbezüglichen Leistungsfällen, befragt, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen werden sollte.

6.6.1 Abrechnungsfälle insgesamt

Die amtliche Statistik KG 3 weist für 2016 insgesamt 142.263 Abrechnungsfälle aus (2015 wurden in der amtlichen Statistik 114.113 Abrechnungsfälle ausgewiesen; vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Anzahl der Abrechnungsfälle SAPV 2010 bis 2016 (Quelle: KG 3 Statistik)



6.6.2 Angaben der Leistungserbringer zu den von diesen erbrachten Leistungsfällen

Die Antwort auf Frage 4 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

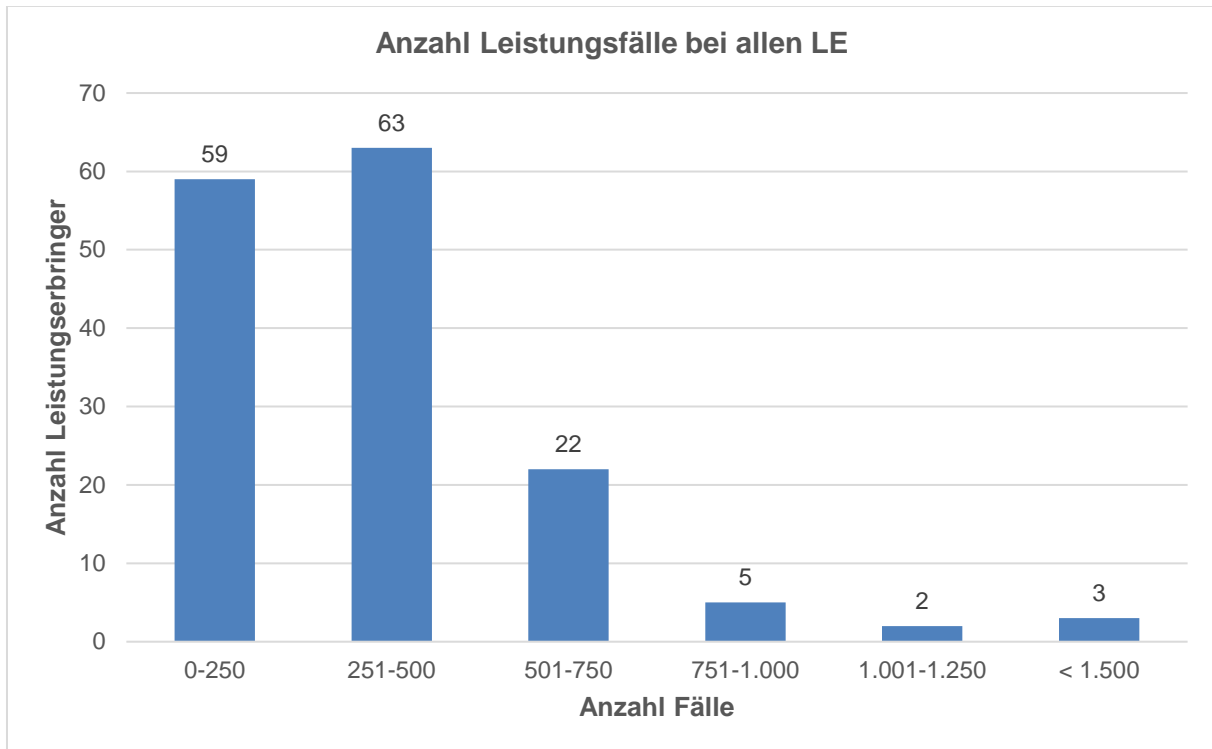
„Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit vom 01.01.2016 bis zum 31.12.2016 von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht“

ergab, dass im genannten Zeitraum insgesamt 54.686 Leistungsfälle von den 154 Leistungserbringern, die sich an der Befragung beteiligt haben, erbracht wurden.

Die Anzahl der Leistungsfälle pro Leistungserbringer lag zwischen 5 und 1.437 mit einem Mittelwert von 355 Leistungsfällen (Median 294). Dabei gaben 59 Leistungserbringer an, zwischen 0 und 250 Leistungsfälle gehabt zu haben. Davon hatten 17 Leistungserbringer weniger als 100 Leistungsfälle. Bei 63 Leistungserbringern waren es zwischen 251 und 500

und bei 22 Leistungserbringern zwischen 501 und 750 Leistungsfälle. Von 5 Leistungserbringern wurde eine Fallzahl zwischen 751 und 1.000 Fällen angegeben. Weitere 5 Leistungserbringer betreuten mehr als 1.000 Fällen. Dabei erbrachten 2 Leistungserbringer zwischen 1.001 und 1.250 Fällen. Die 3 Leistungserbringer mit den höchsten Fallzahlen gaben 1.334, 1.364 bzw. 1.437 Leistungsfälle an.

Abbildung 4: Anzahl aller SAPV Leistungsfälle aller Leistungserbringer, die den Fragebogen beantwortet haben (Quelle: Leistungserbringerbefragung 2016).



Die Antwort auf Frage 2 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

wurde von 154 Leistungserbringern beantwortet. Die Angaben erfolgten teilweise als reine Jahresangabe, teilweise als genaue Datumsangabe. Im April 2016 hatte ein LE zusätzlich zum bestehenden Vertrag mit der Krankenkasse einen speziellen Vertrag für die SAPV-Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgeschlossen.

6.6.3 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen

Im Rahmen der Erhebung wurden bei allen Krankenkassen die vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2016 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 **01.01.2016 bis zum 31.12.2016** bewilligten Leistungsfälle betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres??*

wurde angegeben, dass 979 Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betrafen.

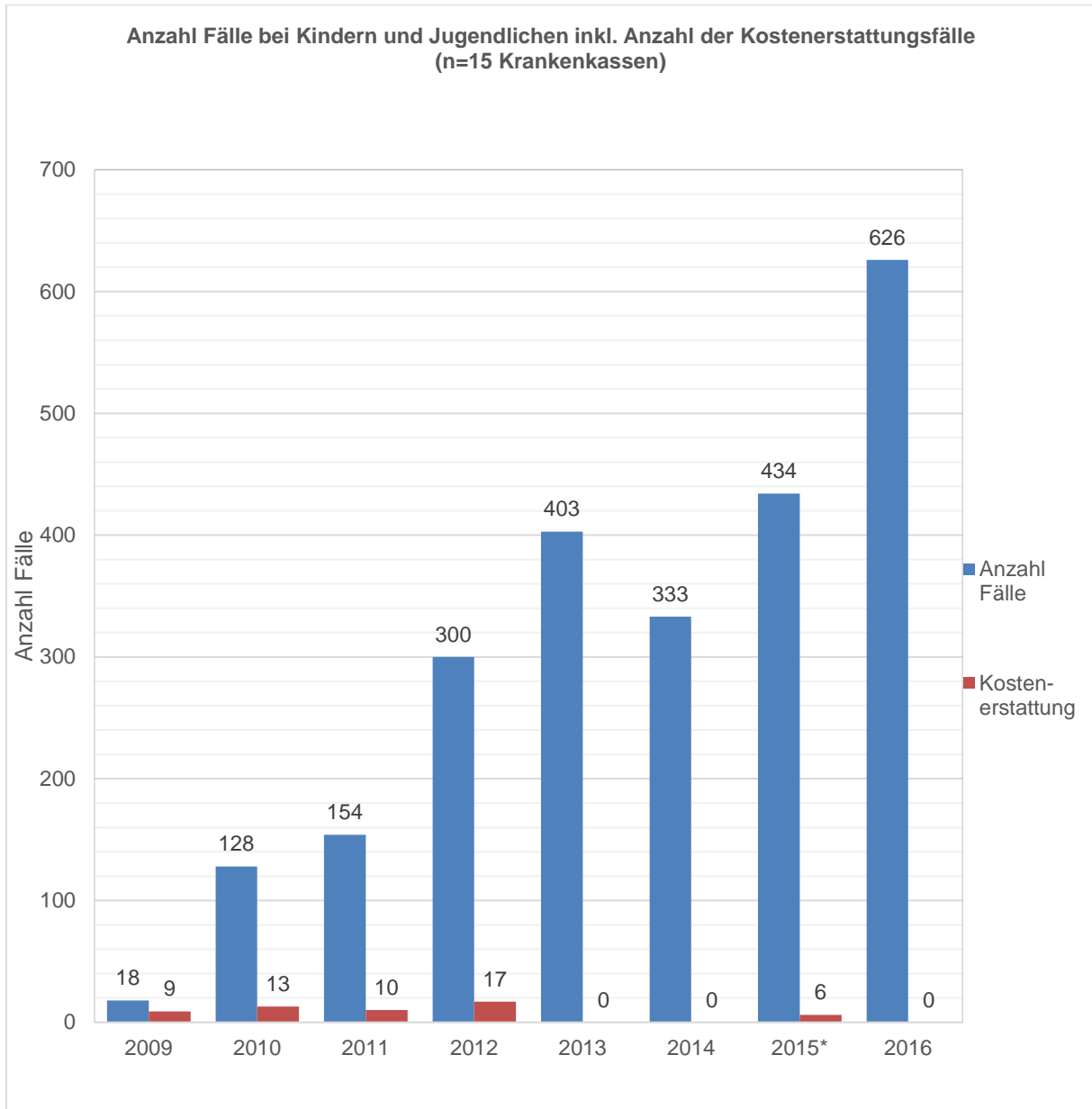
Insgesamt gaben 28 der 72 Krankenkassen an, dass keiner der Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betraf, 27 Krankenkassen hatten zwischen 1 und 10 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen, 6 Krankenkassen zwischen 11 und 30 Leistungsfälle, 9 Krankenkassen zwischen 31 und 100 Leistungsfälle und zwei Krankenkassen hatten über 100 Leistungsfälle. Von diesen beiden Krankenkassen wurden 119 respektive 152 Leistungsfälle für Kinder und Jugendliche angegeben.

Nach den Angaben der Krankenkassen wurden im Jahr 2016 insgesamt 4 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen über Kostenerstattung geregelt: Die beiden betroffenen Krankenkassen gaben jeweils 2 Fälle an, die über Kostenerstattung geregelt wurden.

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 acht bisher evaluierten Berichtsjahren die Befragung beantwortet haben. Dies war bei 15 Krankenkassen der Fall, wobei auch hier eine gewisse Unsicherheit in den Daten besteht, die auf den zwischenzeitlich erfolgten Krankenkassenfusionen und veränderten Mitgliederstrukturen beruht.

Die Daten der 15 Krankenkassen, die in allen Jahren an der Befragung teilgenommen und an dieser Stelle Angaben gemacht haben, repräsentieren etwa 58 % der Versicherten. Die Werte für das Jahr 2015 mussten aufgrund eines technischen Fehlers korrigiert werden (siehe Abbildung 5). Im Vergleich zum Vorjahr wurde für das Jahr 2016 eine deutlich höhere Zahl an Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen von diesen 15 Krankenkassen angegeben. Bei diesen Krankenkassen gab es für den Berichtszeitraum 2016 keinen Fall, der über Kostenerstattung geregelt wurde.

Abbildung 5: Angaben zur Anzahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen (inkl. Kostenerstattungsfälle) aus acht Berichtsjahren anhand der Daten von 15 Krankenkassen, die in jedem Jahr an der Befragung teilgenommen haben.



* Für das Jahr 2015 wurde die Zahl der Fälle von 373 auf 434 korrigiert und die Zahl der Kostenerstattungsfälle wurde von 0 auf 6 Fälle korrigiert.

Auf Frage 1 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

antworteten 10 der 154 Leistungserbringer mit „Ja“ und 144 mit „Nein“.

Bei der durch die Leistungserbringer genannten Gesamtzahl von 521 Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen entfallen auf die 10 Leistungserbringer, die an dieser Stelle mit „Ja“ geantwortet haben, insgesamt 493 Leistungsfälle. Die Differenz von 28 Leistungsfällen wurde demnach von Leistungserbringern erbracht, die keine explizite Spezialisierung auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen aufwiesen.

Die Antworten auf Frage 4.1 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

ergaben, dass im genannten Zeitraum insgesamt 521 der unter Frage 4 genannten Leistungsfälle (n= 54.686) Kinder und Jugendliche betrafen.

An dieser Stelle gaben 138 der 154 Leistungserbringer an, keine Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen gehabt zu haben. 8 Leistungserbringer hatten bis zu 15 Leistungsfälle in diesem Bereich, 4 Leistungserbringer hatten zwischen 20 und 54 Leistungsfälle, 3 Leistungserbringer hatten zwischen 71 und 81 Leistungsfälle und ein Leistungserbringer gab 104 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen an.

Tabelle 4: Anzahl der SAPV-Fälle bei Kindern und Jugendlichen bei allen Leistungserbringern (Quelle: Leistungserbringerbefragung 2016).

Anzahl der Fälle bei Kindern und Jugendlichen	Anzahl der LE	Anzahl der LE, die auf Kinder und Jugendliche spezialisiert sind	Anzahl der LE, die nicht auf Kinder und Jugendliche spezialisiert sind
0	138	0	138
1 bis 15	8	2	6
20 bis 54	4	4	0
71 bis 81	3	3	0
mehr als 100	1	1	0

Somit hatten 16 der 154 Leistungserbringer mindestens einen Leistungsfall im genannten Zeitraum, der ein Kind oder einen Jugendlichen betraf (Mittelwert 33, Median 17,5, Maximum 104). Von diesen Leistungserbringern hatten 10 die Frage 1 [*handelt es sich um ein auf Kinder und Jugendliche spezialisiertes Team*] mit „Ja“ beantwortet und 6 mit „Nein“.

Die 6 Leistungserbringer, die nicht ausweislich auf die Versorgung von Kinder und Jugendlichen spezialisiert waren, versorgten 1 bis 15 Kinder und Jugendliche im Jahr 2016. Leistungserbringer, die auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert waren, versorgten zwischen 12 bis 104 Kinder und Jugendliche im Berichtsjahr.

Auf die Frage 5.1 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

gaben 2 Leistungserbringer an, dass dies jeweils einmal der Fall war. In beiden Fällen handelte es sich bei den Leistungserbringern, die hier eine Angabe gemacht haben, um spezialisierte Teams für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit insgesamt 32 Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen.

Die Frage 7 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

wurde von drei Leistungserbringern beantwortet, wobei ein Leistungserbringer keine abgelehnten Fälle bei Kindern und Jugendlichen hatte. Abweichend von der Darstellung der übrigen Freitextangaben werden die Antworten zu den Ablehnungsgründen von Anträgen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen in diesem Abschnitt im Volltext zitiert (siehe Tabelle 5). Zwei Leistungserbringer, die hier Angaben gemacht haben, waren gemäß der Antwort auf Frage 1 spezialisierte Leistungserbringer für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Tabelle 5: Ablehnungsgründe bei Kindern und Jugendlichen

Seit wann tätig	Ablehnungen/ Fälle	Text
5/2014	1/20	MDK verwies auf andere bestehende medizinische Versorgungen
Seit 4/16 zusätzliche Spezialisierung auf Kinder und Jugendliche	1/12	Fehlende Voraussetzungen für SAPV lt. Richtlinie

Die Frage 4 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

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

machten 61 der 72 Krankenkassen Angaben, 11 Krankenkassen machten keinerlei Angaben. 10 Krankenkassen führten Gründe auf, die zu einer Ablehnung der Leistung bei Kindern und Jugendlichen geführt haben, 49 Krankenkassen gaben an, dass sie keine Ablehnungen im Berichtszeitraum 2016 hatten und 2 Krankenkassen konnten keine Angaben machen.

Von den 11 Krankenkassen, die keinerlei Angaben zu dieser Frage machten, hatten 6 Krankenkassen insgesamt 127 Leistungsfälle von Kindern und Jugendlichen im Berichtszeitraum.

Mehrfach führte die Einschätzung, dass die Kriterien zur Verordnung einer SAPV nicht erfüllt seien (basierend auf der gestellten Diagnose und Ausprägung der Symptomlast bzw. der zu erwartenden Lebenserwartung) und der Einschätzungen, dass die Leistungen der Regelversorgung oder Teilversorgung der SAPV ausreichend seien, zu einer Ablehnung der Verordnung.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.5 zu entnehmen

6.7 Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen

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

6.7.1 Antworten der Krankenkassen

Auf Frage 5 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

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

antworteten 63 der 72 Krankenkassen mit „Ja“ (88 %) und 3 mit „Nein“ (4 %), 6 Krankenkassen machten an dieser Stelle keine Angaben (8 %). Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Nein“ lautete, konnten im Freitext Angaben dazu gemacht werden, die dies näher erläutern. Diese Möglichkeit haben 3 Krankenkassen genutzt. Bei den Freitexterläuterungen wird – wie in den Vorjahren – eine Konkretisierung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen im Unterschied zu der Erwachsenenversorgung in der SAPV-RL gewünscht. Die Abgrenzung der Kinder- und Jugendversorgung sollte im Vergleich zur Erwachsenenversorgung klarer definiert werden. Einer Klärung bedürfen die Begriffe

„Krisenintervention“ und akute Versorgung, sowie der Zeitpunkt, bis wann eine auf Kinder und Jugendliche ausgerichtete Versorgung plausibel erscheint.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.5 zu entnehmen.

6.7.2 Antworten der Leistungserbringer

Die Frage 8 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

wurde von 61 der 154 Leistungserbringer mit „Ja“ (40 %) und von 15 Leistungserbringern mit „Nein“ (10 %) beantwortet; in 78 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. Die Möglichkeit der Freitextantwort bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ wurde in 9 Fragebögen genutzt, ebenso in 1 Fragebogen, in dem „Ja“ angekreuzt wurde.

Von den 10 Leistungserbringern, die hier die Möglichkeit der Freitextangabe genutzt haben, hatten 2 Leistungserbringer Fälle bei Kindern und Jugendlichen (Fallzahl \geq 20 Kinder und Jugendliche). Beide Leistungserbringer hatten die Frage 8 mit „Nein“ beantwortet.

Die anderen 8 Leistungserbringer, die eine Freitextangabe gemacht haben, hatten keine Fälle bei Kindern und Jugendlichen.

An dieser Stelle wird der Wunsch nach einer Konkretisierung der „besonderen Belange“ von Kindern und Jugendlichen geäußert bzw. dargelegt, dass sich die Versorgung von Kindern und Jugendlichen insbesondere hinsichtlich Dauer und den intermittierenden Bedarf der Betreuung die erhöhten Bedarfe an qualifizierter psychologischer Betreuung der Angehörigen und die Beratung der Bezugspersonen angehe. Es wird auf nicht immer flächendeckende Verfügbarkeit der auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen spezialisierten SAPV Teams hingewiesen und auf daraus resultierende große Versorgungsregionen mit langen Anfahrtswegen.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.6 zu entnehmen.

6.7.3 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Frage 1 aus den Fragebögen der KVen

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

wurde in 5 der 15 Fragebögen mit „Ja“ (33,3 %) und in 6 Fragebögen mit „Nein“ beantwortet (40,0 %). 4 KVen machten hierzu keine Angaben, davon waren 2 KVen nicht an der Umsetzung der SAPV-RL beteiligt, 1 KV konnte keine Einschätzung abgeben und 1 KV machte keine Angabe dazu. Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Nein“ lautete, hatten die KVen die Möglichkeit, dies im Freitext zu begründen. Diese Möglichkeit haben 6 KVen genutzt; ebenso 1 KV, die mit „Ja“ geantwortet hat. Somit liegen seitens der KVen 7 Freitextangaben zu dieser Frage vor.

Die Hinweise beziehen sich wie bereits im Vorjahr u.a. auf strukturelle Unterschiede der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu der von Erwachsenen. Die Formulierung „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“ sei für die Kostenträger häufig unklar und werde daher unzureichend umgesetzt. Zudem wird darauf aufmerksam gemacht, dass in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen neben der medizinischen Versorgung insbesondere der altersgerechte psychosoziale und spirituelle Umgang mit den Themen Krankheit und Tod unerlässlich sei. Diesem Aspekt sollte in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen noch mehr Bedeutung eingeräumt werden, als in der Versorgung von Erwachsenen, auch in Bezug auf Geschwisterkinder und Eltern sowie bei Überleitung der Behandlung kranker Kinder von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.8 zu entnehmen.

6.7.4 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG

Die Frage 1 aus dem Fragebogen der Mitgliedsorganisationen der DKG

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

wurde in 8 der 13 Fragebögen mit „Ja“ (61,5 %) und in 4 Fragebögen mit „Nein“ (30,8 %) beantwortet. In 1 Fragebogen (7,7 %) wurde mitgeteilt, dass die Frage nicht beantwortet werden könne. Die Möglichkeit der Freitextantwort bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ wurde in allen eingegangenen Fragebögen genutzt.

Bei den Freitextangaben wird in den Fragebögen wie in den Vorjahren eine Konkretisierung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen gefordert; vor allem in Hinblick auf notwendige Kriseninterventionen und längere Krankheitsverläufe. Außerdem wird die

Notwendigkeit der Bereitstellung von (psychosozialem) Unterstützungsbedarf für betroffene Familien thematisiert und auf die Notwendigkeit einer vorgeburtlichen Beratungsmöglichkeit hingewiesen. Zudem werden Probleme hinsichtlich der Verfügbarkeit von speziell pädiatrisch qualifiziertem Personal genannt.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.7 zu entnehmen.

6.8 Kooperationspartner

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

Bei Frage 3 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Mit welchen Kooperationspartnern arbeitet Ihr Team regelmäßig zusammen?“

haben alle 154 Leistungserbringer eine Angabe gemacht. Zum medizinisch-therapeutischen Bereich haben 112 Leistungserbringer durchgängig alle Kategorien angekreuzt und 53 Leistungserbringer haben zusätzlich unter „Sonstige“ eine Angabe gemacht.

Die Angaben auf die vorgegebenen Kategorien verteilen sich wie folgt:

Tabelle 6

Kategorie	Häufigkeit der Nennung
Niedergelassene Vertragsärztinnen/Vertragsärzte	148
Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte	139
Ambulante Pflegedienste	144
Apotheken	148
Stationäre Hospize	135
Sanitätshäuser	138
Sonstige	53

Die Angaben der 53 Leistungserbringer, die insgesamt eine Freitextangabe unter „Sonstige“ gemacht haben, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Tabelle 7

Kategorie	Häufigkeit der Nennung ⁴
Physiotherapie / Physiotherapeuten	21
Home Care /Home Care Dienste (z. B. Schmerzpumpen)	13
Pflegeheime / stationäre Pflegeheime / Stat. Pflegeeinrichtungen	11
Fachärzte / diverse Fachärzte (Onkol. Pulm., Gyn. Gastorent. usw.) / Psychoonkologen / Psychologen	7
Logopädie	7
Ambulante parenterale Ernährung / Ernährungsdienste / Home Care Ernährung / Homecare Unternehmen zur parenteralen Ernährung	4
Ergotherapeut	4
Hospizdienste / Ambulante Hospizdienste / Ambulante Hospizcharité / Amb. Hospizverein	4
Palliativstationen	2
Krankenhaus / onkologische Kliniken	2
Amb. Kinderhospiz	1
Aromatherapeut	1
Atemtherapie	1
Gesundheitsdienstleister	1
Heilpraktiker	1
Lymphtherapeuten	1
Maltherapeuten	1
Musiktherapeut	1
Stomatherapeuten	1
Wundversorger	1
Pflegeberater	1
Überleitungspflege	1
Trauerbegleiter	1
Altenheime	1
Einrichtungen der Behindertenhilfe	1
Einrichtungen der Drogenhilfe	1
Einrichtungen des Justiz- und Maßregelvollzugs	1
Einrichtungen für Suchtkranke	1
Ambulanz für Menschen ohne Sozialversicherung und „Illegale“	1
Straßenambulanz	1
GHD Fresenius	1
Med.-techn. Versorgungsfirmen	1
Pumpentechniker	1
Schmerzpumpendienste	1

⁴ Mehrfachnennungen möglich

Bei der Teilfrage der Kooperationspartner im psychosozialen Bereich machten 24 Leistungserbringer durchgängig in jeder Kategorie ein Kreuz. 21 Leistungserbringer machten Angaben unter „Sonstige“.

Die Angaben auf die vorgegebenen Kategorien verteilten sich wie folgt:

Tabelle 8

Kategorie	Häufigkeit der Nennung ⁵
Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter	81
Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen	39
Psychologische/psychotherapeutische Leistungserbringer	79
Seelsorge	96
Ambulanter Hospizdienst	144
Sonstige	21

Die Angaben der 21 Leistungserbringer, die insgesamt eine Freitextangabe unter „Sonstige“ gemacht haben, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Tabelle 9

Kategorie	Häufigkeit der Nennung ⁶
Trauerbegleitung / Trauergruppen /Begleitung für trauernde Kinder und Jugendliche => KLEE, Löwenzahn/ Trauerangebote	4
Atemtherapeuten / Atemtherapie	3
Selbsthilfeverein / Selbsthilfegruppe	3
Seelsorge im Rahmen eines Projektes/ Seelsorgerin im SAPV-Team /Seelsorger	3
Psychoonkologen/Psychoonkologische Leistungserbringer	2
Behörden / Sozialämter	2
Einrichtungen der Angehörigenbegleitung (z. B. für Kinder kranker Eltern)	1
Physiotherapeuten	1
Sozialarbeiter	1
Gestalttherapeutin	1

⁵ Mehrfachnennungen möglich

⁶ Mehrfachnennungen möglich

Kunsttherapie	1
Musiktherapie	1
Flüsterpost	1
Supervisor für eigene Mitarbeiter	1
Eigener Bereich für ethische Fallbesprechungen	1
Netzwerke zur palliativen Versorgungsstruktur	1
Pflegestützpunkte	1
Pflegeberater vom Pflegestützpunkt und Compass	1
Demenzberatungsstellen	1
Je nach Aufenthalt: Alten- und Pflegeheim	1
Krankenkassen	1
Pflegekassen	1
MDK	1

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

6.9.1 Antworten der Krankenkassen

Auf Frage 6 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

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

antworteten 8 der 72 Krankenkassen mit „Ja“ (11 %) und 60 mit „Nein“ (83 %), 4 Krankenkassen machten hier keine Angaben (6 %). Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Ja“ lautete, konnten im Freitext Angaben dazu gemacht werden, die dies näher erläutern. Hiervon machten 7 Krankenkassen Gebrauch.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.5 zu entnehmen.

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

6.9.2 Antworten der Leistungserbringer

Die Frage 9 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

wurde von 52 der 154 Leistungserbringer mit „Ja“ (34 %) und von 76 Leistungserbringern mit „Nein“ (49 %) beantwortet; in 26 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. Insgesamt 50 Leistungserbringer, die an dieser Stelle mit „Ja“ geantwortet haben, haben die Möglichkeit zu erläuternden Ausführungen im Freitext genutzt, ebenso 1 Leistungserbringer, der weder mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet hat.

An dieser Stelle wurde, wie in den Vorjahren, eine Verbesserung der Trennschärfe zwischen allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und SAPV angeregt. Des Weiteren wird auf Konkretisierungsbedarf der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen hingewiesen sowie eine Überarbeitung der Unterscheidung der SAPV in Versorgungsstufen vorgeschlagen. Des Weiteren wird eine stärkere Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte wie Trauerarbeit, Begleitung von Kindern krebskranker Eltern und Nachsorge erbeten. Auch hinsichtlich der Versorgung nicht-onkologischer und dementer Patienten, chronisch Erkrankten mit intermittierenden Verläufen sowie für Patienten, die kurative Interventionen erhalten und dem Leistungsanspruch, der sich nicht auf die Sterbephase bezieht, sondern die mutmaßliche Lebenszeit von Tage, Wochen und Monate betragen kann, wird Klärungsbedarf gesehen. Darüber hinaus werden Probleme bei der Rekrutierung entsprechend qualifizierten Personals, vor allem in ländlichen Regionen, geäußert und über die SAPV-Richtlinie die bedarfsgerechte, unmittelbare strukturelle Einbindung von Sozialarbeitern, Sozialpädagogen und Psychologen in das SAPV-Team angeregt. Es wird Bedarf an Stärkung der pädiatrischen Versorgung beschrieben sowie mehrfach Verbesserungsbedarf in Bezug auf das Genehmigungsverfahren und vertragliche Vorgaben für SAPV- Leistungen geäußert. Ferner wurde eine eindeutige Definition eines Palliativteams angeregt, die Vorhaltung von Grundstrukturen als Leistung gefordert, die Stärkung der interdisziplinären Versorgungsstruktur und auf Bedarf einer Klarstellung hingewiesen, dass die Versorgung durch ein Beatmungsteam und die palliativpflegerische Versorgung sich nicht gegenseitig ausschließen. Auch wurde eine Klarstellung zum Anspruch auf SAPV in stationären Pflegeeinrichtungen angeregt.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.6 zu entnehmen.

6.9.3 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Frage 2 aus den Fragebögen der KVen

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

wurde in 8 der 15 Fragebögen mit „Ja“ (53,3 %) und in 5 Fragebögen mit „Nein“ beantwortet (33,3 %). 2 KVen machten hier ohne Nennung von Gründen keine Angaben. Die Möglichkeit einer Freitextangabe wurde von den 8 KVen, die mit „Ja“ geantwortet haben genutzt.

An dieser Stelle werden Abgrenzungsprobleme gegenüber der Regelversorgung (auch nach § 87 Abs. 1b SGB V) sowie Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme thematisiert. Darüber hinaus wird die Bewilligung der Verordnung für einen Zeitraum von drei Monaten angeregt, um den bürokratischen Aufwand zu verringern.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.8 zu entnehmen.

6.9.4 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG

Die Frage 2 aus dem Fragebogen der Mitgliedsorganisationen der DKG

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

wurde in 3 der 13 Fragebögen mit „Ja“ (23,1 %) und in 10 Fragebögen mit „Nein“ (76,9 %) beantwortet. Die Möglichkeit zu erläuternden Ausführungen bei Beantwortung der Frage mit „Ja“ wurde in allen eingegangenen Fragebögen genutzt.

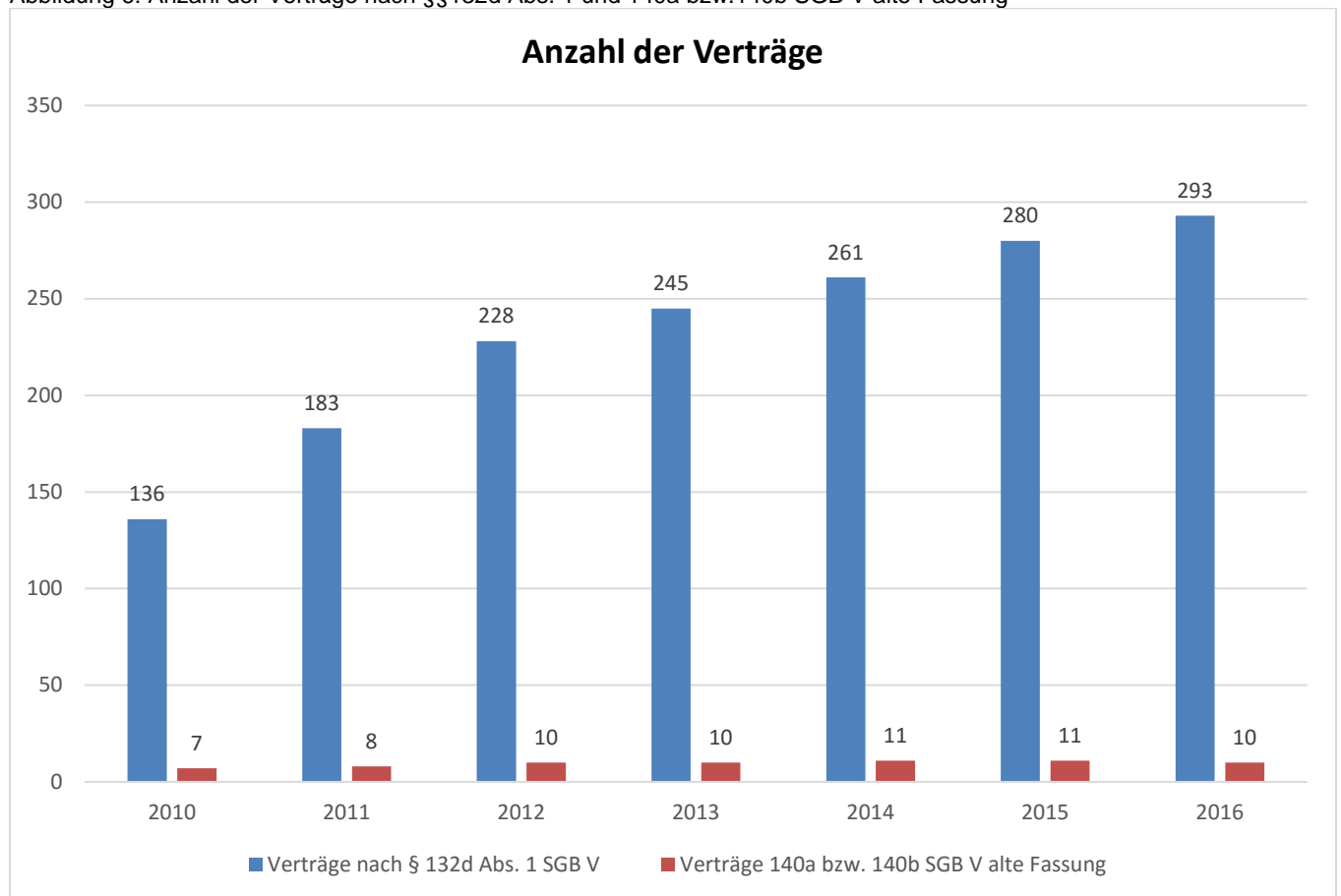
Insgesamt lagen 3 Freitextangaben vor. Dabei wurde ausgeführt, dass eine Konkretisierung bei nicht onkologischen Erkrankungen bzgl. § 3 Anforderung an die Erkrankung notwendig sei und eine Klarstellung bzgl. § 5 Abs. 3 zur bedarfsgerechten Leistungserbringung hilfreich wäre. Auf die Sinnhaftigkeit eines Verbleibs von heranwachsenden SAPV-Patientinnen und Patienten in der Kinder- und Jugend-SAPV wurde hingewiesen, sowie auf die Bedeutung eines gemeinsamen Kennenlernens von SAPV-Patientinnen und Patienten und SAPV-Team kurz vor der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.7 zu entnehmen.

7. Berichte des GKV-SV zum Vertragsgeschehen

Der G-BA ist in seinem Bericht über die Umsetzung der SAPV-RL für das Jahr 2009 zum Stichtag 30. September 2009 von ca. 30 - 40 Verträgen mit Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V ausgegangen. Den Berichten des GKV-Spitzenverbandes zum Stand der vertraglichen Umsetzung der SAPV ist im weiteren Verlauf eine kontinuierliche Zunahme von geschlossenen Verträgen nach § 132d Abs. 1 SGB V sowie Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V zu den Stichtagen 31.12. zu entnehmen:

Abbildung 6: Anzahl der Verträge nach §§132d Abs. 1 und 140a bzw.140b SGB V alte Fassung



Die Anzahl der geschlossenen Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V, die speziell auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind, lag zum Stichtag 31.12.2016 bei 28 Verträgen (im Vorjahr lag die Anzahl bei 20 Verträgen). Die Zunahme der geschlossenen Verträge im Rahmen der SAPV verdeutlicht den sich stetig fortsetzenden Strukturaufbau von SAPV. In einigen Regionen stehen keine SAPV-Leistungserbringer zur Verfügung. Dem Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Stichtag 31.12.2016 ist zu entnehmen, dass dies insbesondere auf die Anzahl an qualifizierten Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften mit entsprechenden palliativmedizinischen sowie palliativpflegerischen Fort- und Weiterbildungen zurückzuführen ist. Daher wurden - soweit erforderlich und vertretbar -

bezogen auf den Erwerb der erforderlichen praktischen Berufserfahrung auch in diesem Berichtsjahr überwiegend Übergangsregelungen vertraglich vereinbart, um eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zu ermöglichen.

8. Bewertung der Hinweise

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

Für den Berichtszeitraum 2016 wurden wie in den Vorjahren nachfolgende Themenschwerpunkte als problematisch für die Versorgung mit SAPV genannt. Darüber hinaus wurden Rückmeldungen zu Sachverhalten eingereicht, die der Regelung durch die Vertragspartner nach § 132d SGB V vorbehalten sind und somit in diesem Bericht nicht aufgenommen wurden. Die Ergebnisse der Auseinandersetzung des G-BA mit den Hinweisen der Befragten sind in den Abschnitten 8.1 bis 8.5 dargestellt.

8.1 Psychosoziale/seelsorgerische Begleitung der Betroffenen

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

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

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

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

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

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

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

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

sind.

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

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

8.2 Qualifikation von Leistungserbringern

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

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

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

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

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

8.3 Besondere Belange von Kindern und Jugendlichen

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

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

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

Bezüglich der Übergangssituationen vom Jugendlichen zum jungen Erwachsenen setzt die SAPV-RL keine Altersgrenzen. Diese individuell flexibel zu treffenden Regelungen beim Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter jenseits des 18. Lebensjahres werden auch in der „Empfehlung zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen⁷“ hervorgehoben, die auf der Bundesebene zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V. entwickelt wurde und die in die Vertragsverhandlungen einbezogen werden soll. Des Weiteren wurden analoge Regelungen auch in der Begutachtungsanleitung⁸ (Begutachtungsanleitung SAPV und stationäre Hospizversorgung des GKV-SV sowie des MDS als Richtlinien nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung) aufgenommen.

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

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

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

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

⁷ Empfehlung zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen, 2012, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Palliativ_Empfehlungen_Kinder_Jugend_2013-06-12.pdf (abgerufen am 12.08.2016)

⁸ Begutachtungsanleitung SAPV und stationäre Hospizversorgung; Richtlinien nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung, 2014 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Begutachtungsanleitung_SAPV_stationaere_Hospizversorgung_2014-05-12.pdf (abgerufen am 12.08.2016)

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

8.5 Verordnung oder Bewilligung der SAPV

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

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

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

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

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

Ferner werden in der SAPV-RL keine Indikationen bezogen auf bestimmte Diagnosen genannt. Die Anforderungen an die Erkrankungen, bei deren Vorliegen Anspruch auf SAPV bestehen kann, wurden in abstrakter Form festgelegt. Dies wurde damit begründet, dass ein Katalog von Erkrankungen nicht zur Klarheit der Richtlinie beitrüge und auch der

Palliativversorgung nicht angemessen und daher entbehrlich wäre (vgl. Tragende Gründe zum Beschluss vom 20. Dezember 2007 auf der Internetseite des G-BA). SAPV ist indiziert, wenn die Voraussetzungen nach den §§ 2-4 der SAPV-RL vorliegen. Folglich bedarf es keiner ergänzenden Klarstellung, dass die SAPV auch bei nicht onkologischen Erkrankungen grundsätzlich indiziert sein kann. Dies ergibt sich bereits aus der Systematik der SAPV-RL. Dies wurde auch in der Begutachtungsrichtlinie des GKV-SV sowie des MDS als Richtlinie nach § 282 SGB V nochmals hervorgehoben. Dort wurde auch klarstellend geregelt, dass die Durchführung einer Strahlen- oder Chemotherapie per se kein Ausschlussgrund für Leistungen der SAPV ist. Vielmehr komme es auf die Zielsetzung der Strahlen- oder Chemotherapie bei der Frage, ob eine SAPV indiziert ist, an. Die Begutachtungsanleitung ist als Richtlinie nach § 282 SGB V für die Krankenkassen sowie die MDK-Gemeinschaft insoweit verbindlich.

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

9. Fazit und Ausblick

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Leistungsentwicklung der SAPV im Jahre 2016. Die Kostenträger und die Leistungserbringer haben die strukturellen und vertraglichen Grundlagen für die Leistungserbringung weiter ausgebaut, dies kann auch in diesem Berichtszeitraum anhand einer weiteren Zunahme der Leistungsfälle, der Verordnungen sowie der Ausgaben der Krankenkassen für SAPV gegenüber den Vorjahren 2009 bis 2015 nachvollzogen werden. Auch im Jahr 2016 wurde wieder ein Anstieg der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ festgestellt.

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

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

Soweit SAPV-Leistungen abgelehnt wurden, geschah dies insbesondere aufgrund von Uneinigkeit über Indikationen und Versorgungsumfang. Es wurde dabei häufig ausgeführt, dass die Symptomlast nicht so ausgeprägt sei, dass eine SAPV notwendig wäre und die vorhandene hausärztliche Versorgung ausreichend sei. Bei den 2 Ablehnungen, die von den Leistungserbringern genannt wurden und die SAPV-Leistungen für Kinder und Jugendliche betrafen, wurde als Begründung angegeben, dass die prüfende Stelle die Regelversorgung als ausreichend ansah, oder die Voraussetzungen für SAPV laut Richtlinie fehlen. Die Krankenkassen führten gleichartige Gründe auf.

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

Die Anregung der Befragten, in der Richtlinie eine genauere Abgrenzung von allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und SAPV vorzunehmen wurde – wie schon in den Berichten für 2009 bis 2015 dargestellt – auch im Rahmen dieser Befragung wieder geäußert.

Dieser Punkt war bei der Erstellung der Richtlinie seinerzeit sehr ausführlich beraten worden und wurde im Zusammenhang mit der Berichterstellung für die Vorjahre nochmals geprüft.

Wesentliches Anliegen war dabei, dass sich allgemeine ambulante Palliativversorgung und SAPV in angemessener Weise ergänzen können sollten, vor allem in Hinblick auf eine optimale Symptomkontrolle im Verlauf des Palliativgeschehens.

Eine Abgrenzung, die über die in der Richtlinie enthaltene Spezifikation der SAPV hinausgeht, wurde dabei bewusst vermieden, damit u. a. die Versorgung einzelfallbezogen erfolgen und sich besser an den bestehenden Strukturen und deren Leistungsfähigkeit orientieren kann.

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

Konsequenzen für den Regelungsbereich (SAPV-RL) des G-BA werden diesbezüglich – wie auch in den Vorjahren – nicht gesehen, könnten allerdings z.B. durch aktuelle Entwicklungen im Bereich der ambulanten Palliativversorgung in der häuslichen Krankenpflege (HKP) entstehen.

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

Zwischenzeitlich hat der GKV-SV in seiner Zuständigkeit für Richtlinien nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Lösung der geschilderten Probleme in einer verabschiedeten

Begutachtungsanleitung SAPV und stationäre Hospizversorgung klarstellend geregelt, dass die Durchführung einer Strahlen- oder Chemotherapie per se kein Ausschlussgrund für Leistungen der SAPV ist. Vielmehr komme es auf die Zielsetzung der Strahlen- oder Chemotherapie bei der Frage, ob eine SAPV indiziert ist, an. Ferner wurde in der Begutachtungsanleitung nochmals klargestellt, dass die Einschätzung, ob die Voraussetzungen nach § 3 der SAPV-RL vorliegen, unabhängig davon zu treffen ist, ob es sich bei der zugrundeliegenden Erkrankung um eine onkologische oder nicht onkologische Erkrankung handelt (vgl. Abschnitt 2.3.1 der Begutachtungsanleitung). Die Begutachtungsanleitung ist insoweit für die Krankenkassen sowie die MDK-Gemeinschaft verbindlich.

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

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

10. Anhang

10.1 Fragebogen an die Krankenkassen

ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

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

WEITERE HINWEISE

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

FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2016

ALLGEMEINE ANGABEN

Name der Krankenkasse:

Adresse der Krankenkasse:

Ansprechpartner und Telefon-Nr.:

Anzahl Versicherte am 31.12.2016:

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

Datum der Beantwortung:

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

LEISTUNGSFÄLLE

1. Wie viele der von Ihnen in der Zeit vom **01.01.2016 bis zum 31.12.2016** bewilligten Leistungsfälle⁹ betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?

⁹ Als Leistungsfall gilt die ohne Unterbrechung durchgeführte Versorgung im Rahmen der SAPV

Anzahl der Kinder und Jugendlichen:
(keine=0)

--	--	--	--

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

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

--	--	--	--

3. Was waren die Gründe, die **bei Erwachsenen** zu einer Ablehnung der Leistung geführt haben?

4. Was waren die Gründe, die **bei Kindern und Jugendlichen** zu einer Ablehnung der Leistung geführt haben?

HINWEISE ZU DEN FRAGEN 5-6

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

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

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

ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

5. 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:

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

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:

VIELEN DANK FÜR IHRE MITWIRKUNG BEI DER BEFRAGUNG!

10.2 Fragebogen an die Leistungserbringer

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

Im Rahmen einer Befragung durch den G-BA zur Evaluation der SAPV-Richtlinie, werden Sie aus Datenschutzgründen von einer Krankenkasse angeschrieben, da den Krankenkassen Ihre Adressdaten aufgrund Ihres Vertragsverhältnisses bekannt sind. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen nur aus, wenn er Ihnen von der Krankenkasse übermittelt wurde und Sie **Leistungserbringer nach § 132d** Abs. 1 SGB V sind. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte direkt an die untenstehenden Kontaktdaten des **G-BA**. Es ist nicht auszuschließen, dass Sie diesen Fragebogen mehrfach erhalten. Wir würden uns freuen, wenn Sie sich an der Befragung beteiligen und bitten Sie dann, den Fragebogen **einmal**, bevorzugt **in elektronisch lesbarer Form auszufüllen**. Der Fragebogen steht zu diesem Zweck auf unserer Internetseite unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64/> unter dem Menüpunkt „Befragung zur Umsetzung der SAPV-Richtlinie im Jahr 2016 (Fragebogen)“ zum Download bereit. Wir bitten Sie, den Fragebogen bis zum **28. April 2017** an die E-Mail- oder Postadresse des **G-BA** zu senden:

E-Mail: sapv@g-ba.de

Gemeinsamer Bundesausschuss
Befragung zur SAPV-RL
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

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

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

WEITERE HINWEISE

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

FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2016

ALLGEMEINE ANGABEN

Name des SAPV-Leistungserbringers: Adresse:

Ansprechpartner und Telefon-Nr.:

Datum der Beantwortung:

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

SAPV-LEISTUNGSGESCHEHEN

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

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

Ja

Nein

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

Monat/Jahr:

--	--	--	--

M M J J

3. Mit welchen Kooperationspartnern arbeitet Ihr Team regelmäßig zusammen?

Medizinisch-pflegerisch:

- Niedergelassene Vertragsärztinnen/Vertragsärzte

- Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte

- Ambulante Pflegedienste
- Apotheken
- Stationäre Hospize
- Sanitätshäuser
- Sonstige _____

Psychosozial:

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

4. Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit **vom 01.01.2016 bis zum 31.12.2016** von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht?

Anzahl der Fälle insgesamt:

--	--	--

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

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

--	--	--

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

Anzahl der Patienten:
(keine=0)

--	--	--	--

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

Anzahl der Kinder und Jugendlichen:
(keine=0)

--	--	--	--

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

HINWEISE ZU DEN FRAGEN 8-9

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

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

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

ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

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

Ja

Nein *weiter mit Frage 8.1*

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

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

Ja weiter mit Frage 9.1

Nein

9.1 Wenn **ja**, welche:

VIELEN DANK FÜR IHRE MITWIRKUNG BEI DER BEFRAGUNG!

10.3 Fragebogen an die Mitgliedsorganisationen der DKG

ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Angaben so verarbeiten und darstellen, dass keine Rückschlüsse auf ihre Person oder Organisationseinheit gezogen werden können. Alle Daten werden ausschließlich vollständig anonymisiert in unseren Bericht einfließen und so an das Bundesministerium für Gesundheit 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 2016

ALLGEMEINE ANGABEN

Name der Mitgliedsorganisation:

Adresse der Mitgliedsorganisation:

Ansprechpartner und Telefon-Nr.:

Datum der Beantwortung:

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

HINWEISE ZU DEN FRAGEN 1-2

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

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

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

ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

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

Ja

Nein

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

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

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:

VIELEN DANK FÜR IHRE MITWIRKUNG BEI DER BEFRAGUNG!

10.4 Fragebogen an die Kassenärztlichen Vereinigungen

ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

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

WEITERE HINWEISE

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

FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2016

ALLGEMEINE ANGABEN

Kassenärztliche Vereinigung:

Adresse der Kassenärztlichen Vereinigung:

Ansprechpartner und Telefon-Nr.:

Datum der Beantwortung:

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

HINWEISE ZU DEN FRAGEN 1-2

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

Vertragsgestaltung, Vergütung und Abrechnung sind nicht Gegenstand der SAPV-RL und können daher im Rahmen dieser Befragung nicht berücksichtigt werden. Damit Ihre Hinweise Eingang in die Auswertung finden können, bitten wir um möglichst konkrete Benennung der Aspekte, die aus Ihrer Sicht einer Klarstellung in der SAPV-RL bedürfen.

ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

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

Ja

Nein

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

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

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:

VIELEN DANK FÜR IHRE MITWIRKUNG BEI DER BEFRAGUNG!

10.5 Freitextangaben der Krankenkassen

Frage 3: Was waren die Gründe, die bei Erwachsenen zu einer Ablehnung der Leistung geführt haben?

Text
Patient erfüllt nicht die Voraussetzungen für die Erbringung von SAPV. Patient erfüllt nicht die Voraussetzung der Teilversorgung bzw. Koordination, so dass nur die Koordination bzw. die Beratung genehmigt wurde.
Fehlende medizinische Indikation, Fehlende palliative Situation
Kein besonders aufwändiger Versorgungsbedarf vorhanden.
Leistungsvoraussetzungen liegen nicht vor
Nichterfüllung der Anspruchskriterien für eine SAPV; Therapie im Rahmen der AAPV möglich
Ablehnungsgründe SAPV sind überwiegend fehlende Anspruchsvoraussetzungen hinsichtlich einer begrenzten Lebenserwartung oder eines komplexen Symptom-Geschehens. Des Weiteren gibt es auch vereinzelt gutachterliche Einschätzungen, dass eine allgemeine ambulante Palliativversorgung ausreichend ist, welche durch den Hausarzt und den Pflegedienst sicherzustellen ist.
Im Einzelfall lagen die medizinischen Voraussetzungen nicht vor.
Es lagen keine lebenslimitierenden Erkrankungen und komplexen Symptomgeschehen i. S. der Richtlinien vor. Vielmehr ging es in den Fällen um Insuffizienzen in der regelhaften ambulanten Versorgung, die mit den Mitteln der SAPV kompensiert werden sollten.
In der Praxis werden so gut wie keine negativen Bescheide erlassen. Grund für eine Ablehnung der Leistung wäre in den möglichen Fällen eine rückdatierte oder mangelhaft ausgestellte Verordnung. Die Fälle werden nach Kontaktaufnahme mit den verordneten Ärzten in der Regel korrigiert/ ergänzt. Eine Ablehnung erfolgt daher (meistens) nicht.
Hausärztl. Versorgung ist ausreichend, komplexes Symptomgeschehen liegt derzeit noch nicht vor, Versorgung im Hospiz ist ausreichend, Versicherter befindet sich noch nicht in der letzten Lebensphase.
In seltenen Fällen kommt es zur Umversorgung von einer Vollversorgung zu einer additiven Teilversorgung, z.B. wenn auch eine Hospizversorgung vorliegt.
Überprüfung Leistungsvoraussetzungen durch MDK
Stabilisierung des Zustandes nach erfolgter Medikamenteneinstellung
<ul style="list-style-type: none"> • Besserung/Stabilisierung des Zustands • es ist keine besonders aufwändige Versorgung notwendig (Regelversorgung über andere Leistungen wie HKP ist ausreichend) • Die Erkrankung wird zum Tode führen, jedoch nicht innerhalb kürzester Zeit
Generell sind die Ablehnungsgründe lediglich rückdatierte Verordnungen und seitens der Praxen mangelhaft oder immer wieder identisch ausgestellte Verordnungen.
Generell sind die Ablehnungsgründe lediglich rückdatierte Verordnungen und seitens der Praxen mangelhaft oder immer wieder identisch ausgestellte Verordnungen. Diese werden jedoch nicht negativ beschieden, aus Gründen mangelhafter Ausstellung, sondern werden im Vorfeld überprüft.
In seltenen Fällen, bei Folgeverordnungen, wegen Stabilisierung der Situation.
keine Versorgung vom Versicherten gewünscht.
Nach Prüfung von Verlängerungsanträgen durch den MDK lag Stabilisierung der Situation vor und die Mittel der allgemeinärztlichen/allgemeinen palliativen Versorgung waren ausreichend. Die SAPV konnte eingestellt werden.
komplexes Symptomgeschehen Keine besonders aufwändige Versorgung nötig Keine deutlich begrenzte Lebenserwartung
andere Leistungen waren ausreichend lt. MDK (wie HH, HKP oder hausärztliche Versorgung)

Keine auf Tage/Wochen begrenzte Lebenserwartung	Fehlendes komplexes Symptomgeschehen
Die Leistung SAPV wurde selten abgelehnt. Sofern dies dennoch erfolgte, waren die Voraussetzung für den Anspruch auf die SAPV nicht erfüllt	
medizinische Indikation entsprach nicht der SAPV-RL	
Generell sind die Ablehnungsgründe lediglich rückdatierte Verordnungen und seitens der Praxen mangelhaft oder immer wieder identisch ausgestellt. Es gibt wenige bis keine Fälle in denen eine Ablehnung haltbar ist bzw. in denen die beteiligten Kreise eine SAPV nicht nachweisen kann (sei es durch Erweiterung der Angaben mit "Schlagwörtern" oder Zusendung ganzer Unterlagen) Aus diesen Gründen werden so gut wie keine negativen Bescheide aus Gründen der mangelhaften Ausstellung versandt, sondern in der Regel durch uns im Vorfeld überprüft.	
-keine medizinische Notwendigkeit im Rahmen der SAPV-RL nach Feststellung durch den MDK	
Wenn durch die Überprüfung des MDKs sich herausgestellt hat, dass die Regelversorgung ausreicht bzw. die Kriterien für eine SAPV durch eine Verbesserung des Allgemeinzustandes nicht mehr vorliegen.	
Voraussetzungen nach SAPV-RL nicht erfüllt und sozialmedizinisch nicht begründet.	
<ul style="list-style-type: none"> - Leistungsrechtliche Voraussetzungen in medizinischer Hinsicht nicht gegeben. - keine palliative Situation im Finalstadium. - keine akuten palliativen Ereignisse, die einer sofortigen Intervention bedürften. - Verordnung enthält keine Angaben zu einem komplexen Symptomgeschehen. 	
Die medizinischen Voraussetzungen einer palliativ-medizinischen Versorgung lagen nach Prüfung durch den MDK nicht vor.	
Beispielsweise wurden Teilablehnungen ausgesprochen, wenn z. B. die Erstberatung durch das palliativ-Care Team sich ausreichend dargestellt hat (nach Rücksprache mit dem Leistungserbringer) <u>oder</u> mit Absprache dem MDK einzelne Teilleistungen in der Abrechnung gekürzt wurden (sozialmedizinisches Gutachten).	
Ablehnung aus medizinischen Gründen	

Frage 4: Was waren die Gründe, die bei Kindern und Jugendlichen zu einer Ablehnung der Leistung geführt haben?

Text
Patient erfüllt nicht die Voraussetzungen für die Erbringung von SAPV.
Fehlende medizinische Indikation
Kein besonders aufwändiger Versorgungsbedarf vorhanden.
Den besonderen Belangen der Kinderversorgung wird hier Sorge getragen. Eine negative Bescheidung erfolgt hier (wenn überhaupt) ausschließlich dann, wenn die beantragten Leistungen in der Regelversorgung erbracht werden können.
Bei Kindern und Jugendlichen sieht es identisch aus.
Keine auf Tage/Wochen begrenzte Lebenserwartung Fehlendes komplexes Symptomgeschehen
Bei Kindern und Jugendlichen sieht es identisch aus. Wobei hier natürlich auch den "besonderen Belangen" Sorge getragen wird. Soll heißen, dass in diesem Rahmen die Überprüfung (z. B. von Krisen) noch akribischer ist um eine negative Bescheidung zu vermeiden. Hier kommt es in wenigen Fällen maximal zu negativen Bescheiden, da die Leistungen tatsächlich in der Regelversorgung erbracht werden können.
Wenn durch die Überprüfung des MDKs sich herausgestellt hat, dass die Regelversorgung ausreicht bzw. die Kriterien für eine SAPV durch eine Verbesserung des Allgemeinzustandes nicht mehr vorliegen.
Im Rahmen von 24-Stunden-Versorgungen lagen die Voraussetzungen einer palliativmedizinischen Versorgung nicht vor. Es handelte sich um Leistungen im Rahmen der Behandlungspflege, wie z. B. Medikamentengabe. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei Kindern und Jugendlichen um absolute Ausnahmefälle handelt.
Ablehnung aus medizinischen Gründen

Frage 5: Sind aus Ihrer Sicht die Belange von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie ausreichend konkretisiert?

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

Text
Hilfreich wäre eine nähere Definition, was die besonderen Belange der Kinder bei der SAPV-Versorgung auszeichnen sollte
es sollte mehr auf eine akute Versorgung der SAPV bei Kindern eingegangen werden.
Die Definition der Kinder- und Jugendversorgung zur Abgrenzung der Erwachsenenversorgung sollte klarer definiert werden. Konkret die Frage, bis zu welchem Zeitpunkt eine auf Kinder / Jugendliche ausgerichtete Versorgung plausibel erscheint. Zudem sollte der Begriff der "Krisenintervention" näher beschrieben und konkretisiert werden.

Frage 6: Gibt es darüber hinaus Erkenntnisse, die aus Ihrer Sicht Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?

Wenn ja, welche:

Text
Klarstellende Definition Leistungsfall. Klarstellung ob nach Unterbrechung der SAPV ErstVO oder FolgeVO erforderlich ist. Ist erneute ErstVO von der Dauer der Unterbrechnung abhängig?
Innerhalb der SAPV-Richtlinie sollten Abgrenzungskriterien zwischen der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)/Ambulante Palliativversorgung/Regelversorgung und der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) deutlicher formuliert werden. Letztendlich soll der Patient anhand seines Gesundheitszustandes sowohl durch Leistungserbringer der AAPV/Regelversorgung als auch durch Palliative-Care-Teams in der SAPV versorgt werden können. Hierzu sind klare Abgrenzungskriterien notwendig.
Dass eine Pauschale von 7 oder 10 Tagen (je nach Bundesland) gezahlt werden muss, selbst wenn SAPV nur für einen Tag in Anspruch genommen wurde.
Uneinheitliche Regelung für Leistungsnachweise. Untransparente Regelungen welche Leistungen welche Vergütung generieren.
Eine Änderung bzw. Ergänzung von einigen Verträgen wäre sinnvoll.
eindeutigere Abgrenzung zur HKP
Die Zielsetzung der SAPV ist in aller Regel die Palliativversorgung von Versicherten am Lebensende. In einer Vielzahl von Fällen ist es daher nicht immer nachvollziehbar, dass der Verordnungszeitraum ein Jahr beträgt. Die Richtlinie sollte eine max. Begrenzung der Dauer je Einzelverordnung schaffen. Vollversorgungen nehmen einen immer größer werdenden Teil der Verordnungszahlen ein. Eine Konkretisierung der Richtlinie zur Verordnung von Vollversorgungen sollte angestrebt werden, um u.a. Doppelversorgungen zu vermeiden und eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu gewährleisten. Ebenfalls sollte auf der Verordnung die Unterschrift des Versicherten / GV / Angehörigen verpflichtend sein. Dem Versicherten / GV / Angehörigen sollte klar aufgezeigt werden, welche Leistungen an ihm erbracht werden. Dies ist für eine selbstbestimmte letzte Lebensphase unabdingbar.

10.6 Freitextangaben der Leistungserbringer

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

Text
Symptomatik nicht ausreichend ausgeprägt, keine sicher lebensendnahe Erkrankung
Die begrenzte Lebenserwartung wurde nicht erkannt.
∅ komplexes Symptomgeschehen, Kriterien SAPV ∅ erfüllt
keine Notwendigkeit der SAPV
laufender Antrag auf RehaMaßnahme
keine SAPV Pflicht anerkannt
<ul style="list-style-type: none"> - laut Kasse zu lange Betreuung x1 - 1x wegen Demenz; man meinte dies sei als palliativfallbegründet nicht ausreichend - 1x in Beatmungs-WG. Man meinte dies müßte die Beatmungs-WG leisten.
<ul style="list-style-type: none"> - Ablehnung bei Erkrankungen, wo die Lebenszeit nicht klar absehbar ist (Hämophilie z. B.; Demenz; Z. n. Apoplex) - bei gleichzeitiger Durchführung einer Therapie (Radio-Chemotherapie - Bei Dialysepatienten, die wegen anderer Erkrankungen SAPV aus unserer Sicht bedurften und trotzdem weiter dialysiert wurden.
Gutachten MDK ohne besondere Stellungnahme des MDK dazu, immer gleich Aussagen in den Gutachten, AHD, Hausarzt und Grundpflege ist als ausreichend anzusehen.
COPD Patientin
<ul style="list-style-type: none"> - AAPV ausreichend - wenn Pat. ins Hospiz gehen - im Pflegeheim z. Teil
Ein Patient im Pflegeheim und ein Patient in Behinderteneinrichtung, die angeblich über das dortige Personal ausreichend versorgt werden könnten. Das Problem ist in beiden Institutionen allerdings durchgängig die quantitative und qualitative Personalsituation für SAPV-Patienten.
nach Angaben der KK bzw. des MDK lägen bei den 3 abgelehnten Fällen keine progrediente, weit fortgeschrittene und das Leben verkürzende Erkrankung vor (Fortgeschrittene Demenz, nicht kurable Herzinsuffizienz, austherapierte COPD).
Die Patienten wurden als nicht weit fortgeschritten bzw. final angesehen. Eine Patientin war fast ständig bettlägerig, hier waren wir bei erheblicher Multimorbidität mit der Entscheidung nicht einverstanden. Mit den Eltern wurde die Wiederaufnahme in erneuter Krisensituation vereinbart. Die andere Patientin hatte sich stabilisiert.
<ul style="list-style-type: none"> - je nach Leistungsträger unterschiedliches Genehmigungsverfahren (MDK/Sachbearbeiter) - nicht Berücksichtigung der Kompetenz des einschreibenden Arztes (Hausarzt/Klinik/Palliativ-Mediziner)
Mangelnde Symptomatik oder nicht ausreichende Diagnosen
Anforderungen an die SAPV lt. Richtlinie nicht erfüllt.
<ul style="list-style-type: none"> - nichtonkologische Erkrankungen mit aus Sicht des MDK unklarer Prognose, - im Aufnahme-Assessment aus Sicht des MDK zu gering ausgeprägte oder zu wenig komplexe Symptomatik, - im Aufnahmeantrag nicht ausreichend genau Betreuungsbedarf beschrieben, nach Einspruch wurde SAPV-Versorgung genehmigt.
keine SAPV Pflicht anerkannt
Diagnose, nicht ausreichende Symptomlast
Betroffene waren in der vollstationären Heimversorgung Nicht präfinal (geringe Lebenserwartung nicht abzusehen) Grundvoraussetzung wurde nicht erfüllt => AAPV ausreichend

∅ palliative Diagnose erkennbar trotz Symptomen
"lt. MDK keine ausreichende Symptomlast." Bei allen 3 war im Vorfeld vom MDK trotz unserer richtigen Einschätzung die Symptomlast nicht ausreichend.
Bei dem Patienten lag eine schwerwiegende chronische Erkrankung (Wachkoma) im Sinne eines Dauerzustandes vor, welche jedoch nicht progredient wäre
Keine Indikation zur SAPV
nicht-SAPV-Richtlinienkonform
<ul style="list-style-type: none"> - keine fortschreitende und terminale Erkrankung mit unmittelbar begrenzter Lebenserwartung erkennbar - keine spezifische palliative Versorgungsnotwendigkeit
Trotz Voranschreiten der Erkrankung laut Krankenkasse keine ersichtliche palliative Situation, da es "nur" eine Tetraplegie mit Dyspnoe, Schmerzen und Delir war
<ul style="list-style-type: none"> - nicht einschätzbare Lebenserwartung bei Nicht-Tumorpatienten - -fehlende bzw. unzureichende Symptomlast
Lebenslimitierende Erkrankungen wurden nicht als solche beurteilt (z.B. Glioblastom Grad IV)
Nicht anerkannte SAPV Indikation
chronische Erkrankungen
Alter des Patienten 23 Jahre, zwar Erkrankung im Kindesalter erworben (perinatale Asphyxie) aber aktuelle Probleme auch in der Erwachsenenmedizin bekannt.
Laut Krankenkasse keine SAPV vorliegend
AAPV für den Patienten ausreichend
Keine SAPV-Indikation (z. Bsp. Mangelnde Symptomlast, zu lange Lebenserwartung)
<ul style="list-style-type: none"> - mangelhaft ausgefüllte VO63 - nach Rücksprache wird oft bewilligt keine Veränderung im Medikamentenplan - psychosoziale vordergründige Symptome werden seitens der Kasse nicht ausreichend bewertet - die Komplexität wird seitens der Kasse anders gesehen.
keine ausreichende Diagnose
keine bösartige Erkrankungen
Versorgung bei Notwendigkeit einer Intensivkrankenpflege, fehlende Indikation nach Ansicht des MDK
AAPV ausreichend
Notwendigkeit der SAPV nicht weiter anerkannt.
Kriterien für SAPV nicht gegeben
<ul style="list-style-type: none"> - zu "guter" Allgemeinzustand - Kassen halten an Karnowsky-Indes von 40 fest, obwohl Pat. Komplexe Wundsituation hat, - zu starke Ausrichtung auf körperliche Symptome dabei fehlt sozialrechtliche, ethische Beratung (Therapiezieländerung, Therapiebegrenzung, Erhebung mutmaßlicher Patientenwille)
Diagnose einer nicht tumorbedingten Erkrankung war für die Krankenkasse nicht schlüssig als Indikation für SAPV. Konkret: fortgeschrittene Leberzirrhose mit hepatischer Encephalopathie (Patient ist kurz nach Ablehnung in der AAPV verstorben unter nicht optimaler Betreuung.)
Für die Entscheider "nicht erkennbar begrenzte Lebenszeit"
Versorgung im stationären Hospiz / Privatversicherte
Zweimal: Pflegeheimversorgung als ausreichend beurteilt auch ohne SAPV, einmal: Hauptkomplexität war im psychologischen Bereich, daher aus Sicht des MDK Regelversorgung ausreichend, einmal: 24-h-Pflegedienst vor Ort, daher keine zusätzliche Indikation für SAPV

Kein hinreichender Bedarf bzw. Notwendigkeit kann nicht als sachlich und begründet nachvollzogen werden.
<ul style="list-style-type: none"> • Indikation wurde durch MDK nicht erkannt, • SAPV Definition nicht eindeutig für Begutachter. Häufig Verbindung zur Sterbebegleitung.
keine ausreichende SAPV-Indikation
Allg. amb. Palliativversorgung würde ausreichen, keine ausreichende Symptomlast
keine stark begrenzte Lebenserwartung und kein ausgeprägter Symptomkomplex.
Für SAPV-Versorgung nicht ausreichende Schwere der Erkrankung.
Keine Nennung von typischen „palliativmedizinischen“ Medikamenten (BTM, Benzodiazepine, Antiemetika etc.), kein Vorliegen einer „besonders aufwendigen Versorgungssituation“, fehlende onkologische Erkrankung bei palliativen chronischen Terminalsituationen
Kein palliativmedizinischer bzw. -pflegerischer Behandlungsbedarf
Verbesserung der Symptomlast durch kontinuierliche Begleitung des PCT
Der MDK sah die Notwendigkeit für SAPV nicht
Wenn keine Krebserkrankung und während der Chemotherapie
Ablehnung der SAPV (palliativmedizinische Maßnahmen) im Hospiz weil seitens des MDK/der Krankenkasse die Meinung vertreten wird, dass dort die allgemein palliativärztliche Versorgung im Rahmen des § 28 (hausärztliche Versorgung) ausreichend sei; Hausärzte können jedoch in den meisten Fällen keine palliativmedizinische Qualifikation vorweisen und sind nicht 24 Stunden erreichbar und einsatzbereit
Monate werden (entgegen der Richtlinie) als nicht ausreichend lebenslimitiert erachtet. Ähnlich verhält es sich mit der Interpretation des komplexen Symptomgeschehens. Die Anzahl der „primären“ Ablehnungen liegt deutlich höher. Jedoch ergibt die Folgebegutachtung dann in der Regel doch die Feststellung der Notwendigkeit einer SAPV
Zum Beispiel, dass die Versorgung auch vertragsärztlich möglich wäre
Nicht bekannt. (Empfehlung MDK kein Gutachten einsehen können)
<ul style="list-style-type: none"> - Kein Anspruch auf pädiatrische Palliativversorgung trotz Hinweis auf Rahmenempfehlung und dort erfüllter Kriterien zur Versorgung von über 18 jährigen - -Laut MDK nicht palliativ nach Vorgaben der Erwachsenen Palliativversorgung
Hospizaufenthalt, GKV -nicht aufwändiger Versorgung, MDK -als unbegründet
2x VO zu spät gefaxt und 1x laut MDK kein SAPV
SAPV- Kriterien nicht erfüllt

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

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

Text
Es gibt zu Kinderintensiv-Pflege noch keinen Palliativ-Pflegedienste für Kinder, absolute Unterversorgung in [Stadtteil n.n.]
Wir haben nur einen Vertrag für Erwachsene - lt. Krankenkassen dürfen wir bei Kindern und Jugendlichen nicht als Leistungserbringer tätig sein.
Psychosoziale Aspekte
Es steht nur: "den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen " Doch nicht, inwiefern diese auszusehen haben. Eine Konkretisierung in diesem Fall wäre vonnöten.
<ul style="list-style-type: none"> - typisch für die Palliativversorgung von Kindern ist der intermittierende SAPV-Bedarf, dies ist nicht ausreichend konkretisiert, - Gerade in der SAPV sind geringe Patientenzahlen und / oder großflächige Versorgungsregionen mit weiten Anfahrtswegen typisch => Konkretisierung bzgl. Berücksichtigung in der SAPV-Richtlinie, - noch immer (2007-2016) Regionen ohne SAPV => welche Alternativen werden zur Defizitdeckung unternommen? => Konkretisierung in der Richtlinie
Es scheinen mir zu wenig Teams - ggf. auch Einbindung junger Menschen übers SAPV für Erwachsene? (Weiterbildungen, etc. wären notwendig um MA eines "Erwachsenenteams" für die Versorgung Jugendlicher besser zu qualifizieren.
Da wir bereits in den beiden zurückliegenden Vorerhebungen (für 2012 und 2013) ausführlich hierzu Stellung genommen hatten und dies jeweils keinerlei Berücksichtigung gefunden hatte (außer als Zitat im Anhang), verzichten wir hier wegen offensichtlicher Sinnlosigkeit auf weitere Angaben.
Die weitere Betreuung von Kindern nach ihrem 18. Geburtstag ist noch nicht ausreichend konkretisiert. Eine weitere Betreuung durch den Psychiater wäre sinnvoll.
Die besonderen Belange von Kindern sind nicht klar in der RL definiert. Die Vorschläge zu einer Spezifizierung bitten wir höflich aus der Antwort 9.1. zu entnehmen. Antwort 9.1: Im Besonderen bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zeigt sich bei fast allen Familien eine chronische und sehr ausgeprägte psychosoziale Belastung. Die Regelversorgung kann häufig aus verschiedenen Gründen gar nicht in Anspruch genommen werden (Klin Paediat 2016;228:145-148). Es zeigt sich in [n.n.] ein deutlich erhöhter Versorgungsaufwand bedingt durch weite Fahrstrecken (95.000 km in 20116) und ausgeprägte sehr wechselhafte Phasen der Stabilität und Instabilität. Verbunden war dies mit einem deutlich erhöhten Gesprächsbedarf der Bezugspersonen. Auch ist bei häufig unklaren zeitlichen Prognosen die Therapiezielfindung geprägt von Tagen oder Wochen des Zweifels, Hoffens und damit verbundener Redebedarf. Es zeigt sich zusammenfassend ein deutlich erhöhter Bedarf an psychosozial entlastenden Gesprächen, so dass aus Sicht des Teams aus [n.n.] die psychosoziale Kompetenz durch refinanzierte Spezialisten abgebildet werden sollte. Außerdem ist die Beratung von Schwangeren, die ein Kind mit einer lebenslimitierenden Diagnose austragen (z.B. Trisomie 18), wünschenswert, um die Möglichkeiten der modernen ambulanten Betreuung aufklären zu können. Dies würde den Informationsprozess in diesen schwierigen Situationen deutlich verbessern. Es ist eine erlebte Routine, dass schwer erkrankte Kinder aufgrund des allgemeinen medizinischen Fortschrittes das Erwachsenenalter erreichen. Die Erwachsenenmedizin als solche ist aber die seltenen und spezifischen Entitäten nicht vorbereitet. Extrem hilfreich wäre es, wenn der GBA auf die Belange speziell dieser Population eingehen könnte (z.B. hier die Zuständigkeit auf diese seltenen Fälle jenseits des 18. Lebensjahres in pädiatrisch geprägte Teams legen

würde). Zuletzt wurde die Erkenntnis gewonnen, dass häufiger Kinder mit Trachostoma und Beatmungspflichtigkeit in die SAPV aufgenommen werden. Hier ist eine Klarstellung bzw. Spezifizierung seitens des GBA zu wünschen, damit die Kostenträger nachvollziehen können, dass ein Intensivpflegedienst alleine nicht die besonderen Belange von lebenslimitierend erkrankten Kindern auffangen kann (z.B. multiprofessionelle 24/7 Einsatzbereitschaft, Möglichkeiten der Koordination und der regelmäßigen Bedarfsanalyse des Therapieplans).

Es sollte u. U. bereits in der Richtlinie darauf hingewiesen werden, daß die extrem aufwendige Versorgung von Kindern u. Jugendlichen in der Vertragsgestaltung und Vergütung abgebildet werden sollte, insbesondere einbegriffen auch psychologische qualifizierte Angebote.

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

Wenn ja, welche:

Text
klare Unterscheidung AAPV/SAPV
Die verschiedenen Versorgungsstufen sollten überarbeitet werden. In Sachsen ist nur die additive Teilversorgung vertraglich geregelt und sicher auch am sinnvollsten.
deutlichere Abgrenzung zw. SAPV und AAPV
<p>1. SAPV ist keine reine Sterbebegleitung. Von den 649 betreuten Patienten wurden 281 der Patienten wurden bis zum Tode betreut. 60 Patienten wurden von den Kostenträgern abgelehnt. 181 Patienten wurden z.T. deutlich unter 10 Tagen vor dem Versterben in die SAPV eingeschrieben. Anmerkung: Hier wäre in der RL deutlicher hervorzuheben, dass ein Leistungsanspruch auf SAPV sich nicht auf die Sterbephase bezieht, sondern die mutmaßliche Lebenszeit von Tage, Wochen und Monate betragen kann. Gerade vor dem Hintergrund der sehr kurzen Zeiträume, die im Rahmen der AAPV-Pflege eingeführt wurden, ist hier eine Verschärfung der Problematik zu erwarten. Ein solides tragfähiges Netz innerhalb so kurzer Zeit aufzubauen ist sehr schwer und kraftintensiv und auf keinen Fall sinnvoll. Dies geht aus diversen Studien hervor, die zeigen, dass eine frühe Einbeziehung von palliativen Maßnahmen sinnvoll ist.</p> <p>2. Vordruck für die Verordnung von Leistungen der SAPV. Aufgrund des (sehr) hohen Aufwandes bei Meldung einer SAPV und aufgrund der Tatsache, dass sich die Versorgungsintensität bei diesem Patientenkontext häufig ändert, macht die Verordnung einer Stufe (Stufe I = Beratung, Stufe II = Koordination, Stufe III = add. unterstützendes Teilversorgung, Stufe IV = Vollversorgung) wenig Sinn. Zum einen ist der Dokumentationsaufwand sowohl auf Seiten des Verordners sehr hoch, die Belastung durch Dokumentationsvorgänge, gerade auch in der Sterbephase, für den Patienten unverhältnismäßig und der Meldevorgang für den Leistungserbringer sehr zeitaufwändig. Da die "AAPV"-Strukturen jetzt gestärkt wurde, wird die Zuweisung von Patienten, die auch im Rahmen der REgelversorgung versorgt werden können weiter minimiert werden. Außerdem nehmen die großen Kostenträger die beratende Leistung des MDK's z.T. bei 100% ihrer Versicherten in Anspruch. Bei einem Großteil der Verordnungen reicht den Mitarbeitern des MDK's das Muster 63 nicht aus und es werden weitere Befunde angefordert. Das Ausfüllen des Musters 63 in dieser aufwändigen Art hat somit für die Kostenträger wenig Aussagekraft. Die Kostenbegrenzung erfolgt immer häufiger auf einen Zeitraum von 14 Tagen bis 28 Tagen. (wenn die Patienten diesen Zeitraum überhaupt überleben). Somit erfolgt eine konstante Überprüfung der Atktivitäten des Leistungserbringers ohnehin. Hier kann im Rahmen der Verordnung und Meldung somit aus meiner Sicht deutlich Ressourcen eingespart werden.</p> <p>3. Versorgung von Beatmungspatienten: Hier wäre eine Klarstellung in der RL schön, dass die Versorgung durch ein Beatmungsteam und die palliativpflegerische Versorgung sich nicht gegenseitig ausschließen. Weder ist ein Mitarbeiter eines Beatmungsteams in der Regel palliativ geschult oder in die ggf. notwendigen Medizinprodukte z.B. im Rahmen einer Sedierung in die Bedienung und Befüllung einer PCA-Pumpe, noch ist eine Palliativ-Care-Kraft in Beatmungsgeräte eingewiesen und kann die Bedienung hierfür übernehmen. Für die Überprüfung der Indikation einer (Heim-) Beatmung und die Evaluierung des Patientenwillens und ggf. im Anschluss eine Beendigung der Maßnahme sind alle Professionen eines SAPV-Teams erforderlich. Hier kann nicht ausschließlich auf den ärztlichen Teil verwiesen werden. SAPV ist und bleibt eine Teamleistung.</p>

- ambulante Leistungserbringer SAPV in stationären Einrichtungen
- Erstbesuch und Erbringen von spezialisierten Leistungen, Bezahlung bzw. Kürzungen
- Konkretisierung der Indikation
- Richtlinie und Sicherstellung Bedarf und Pflegenotstand

Thema Dialyse: -> auch Dialyse-Pat. werden bei Zusatzerkrankungen SAPV-pflichtig, eine Ablehnung aufgrund der Dialyse ist unethisch!!!

Allgemeine Palliative Versorgung - SAPV oft schwer zu trennen -> ?

Wo hört AAPV auf, wo beginnt SAPV? Die Patienten, die nicht die RL "erfüllen" sind oft nicht optimal versorgt.

Rückwirkende Kostenkürzungen durch "Ablehnung, Begleitung nach dem Tod (Versorgung der Leiche, Trauergespräche usw.)

Konkretisierung der Indikationsstellung, spezielle Formen aufnehmen wie Demenz, Verzicht auf Ernährung- Flüssigkeit, Kostenträger verpflichten wenn MDK eine Ablehnung empfiehlt ein wirklich Aussagekräftiges Gutachten vorzulegen, Aufnahme der psychosozialen Berufsgruppen in die SAPV und Finanzierung derer

- Umgang mit chronisch Erkrankten in palliativer Lebenssituation, hoher Symptomlast jedoch längerer Lebenserwartung -> speziell COPD (müsse bei Stabilisierung wieder abgeschlossen werden, dann gibt es aber kein System für immer wieder auftretende Krisen -> SAPV 249 Erreichbarkeit gibt vielen Sicherheit und Ruhe, wenn die wegfällt, dann hohe Angstlast sowohl Patienten als auch Angehörige -> generell hoher Bedarf, aber wegen bisherigen Kriterium der geringen Lebenserwartung nicht durchgehend erbracht.
- weiterhin Problem der sozialrechtlichen Fragen oder der psychologische (Psychoonkologischen)/ neurologischen/ Psychiatrischen Anbindung (fehlende Sozialarbeiter in Teams bzw. Psychoonkologen), Fachärzte machen weiterhin keine Hausbesuche (Psychiater, Neurologen, Psychoonkologen)

Schwerst mehrfach behinderte Patienten im Kinder und Jugendalter haben einen sehr wechselhaften Verlauf mit intermitt. Behandlungsbedarf. Hier ist die Förderung und Einbindung von Pädiatern und ist spezialisierter Zentren wichtig. Die pädiatrische Versorgung ist teilweise unzureichend, da niedergelassene Kollegen besonders in Einzelpraxis Palliativpat nicht parallel zu ihrer Praxis betreuen können.

Gerade in ländl. Regionen müssten die langen Wegezeiten abrechenbar sein!

- konkretisierte Richtlinien zum Bewilligungsverfahren
- Bestandsschutz zur Absicherung des Dienstes

Trauerarbeit

Durchaus angebracht wäre, wenn hier in Berlin die SAPV grundsätzlich anders geregelt wäre. Nämlich so, dass ein SAPV-Team nur in Verbindung mit einem oder mehreren mit angestellten Ärzten gegründet werden darf und dass diese Dienste dann in Bezirke aufgeteilt werden. Z.B. der Dienst hat [n.n.], der andere Dienst deckt einen anderen Bezirk ab. Wenn es bei einem Dienst eng wird auf Grund eines großen Aufkommens an Patienten hilft man sich aus.

In der jetzigen Situation ist es so, dass immer wieder SAPV-Dienste kapitulieren müssen, weil sie sich nicht selbst tragen können. Dies ist kein Zustand.

Wobei auch eine Höhersetzung der Bezahlung von Seiten der KK schon ein bisschen hilfreich wäre.

<ul style="list-style-type: none"> - Auftrag zur Versorgungsforschung - was bewirkt SAPV? => in Richtlinie fixieren - Aufforderung zur Flächendeckung prüfen - Wer soll das tun? => in Richtlinie fixieren, - Prüfung, mit welcher Versorgungsqualität eine Flächendeckung erreicht wird (Unterschied Stadt / Land) - GBA sollte sich für eine Vergleichbarkeit von Leistung und Vergütung verwenden - in keinem Feld des Gesundheitswesens gibt es diese Heterogenität - Überprüfung der Umsetzung des Versorgungsauftrages ist aus unserer Sicht in Richtlinie zu fixieren.
<ul style="list-style-type: none"> - Leistung 2a, Wochenpauschale 7 Tage, Abstand, schlecht realisierbar, da es auch einen 3 Tage/4 Tage Abstand gibt. Abrechnung dann durch Krankenkasse nicht bewilligt.
<p>Fragliche Aufnahmen mit der Diagnose Autoimmunerkrankung z.B. ALS, MS und Parkinson sind immer wieder Thema und führen häufig zu Ablehnungen</p> <p>SAPV Begutachtung durch MDK steht häufig in Frage (Aussage nicht präfinal!!) => fehlendes Sachverständnis</p> <p>Aufklärung über SAPV der einschreibenden Ärzte (Kliniken/Hausärzte/Fachärzte) => häufig zu späte Anmeldungen</p>
<p>Verordnung muss nicht durch Hausarzt allein erfolgen sondern Patienten dürfen auch ohne "hausärztlichen Segen" ein SAPV-Team anfordern dürfen bei entsprechender Notwendigkeit.</p> <p>Bessere Abhebung von "normalen" ambulanten Pflegeleistungen</p>
<p>Keine MDK Vorlage mehr, Verordnung durch Arzt sollte ausreichend sein.</p>
<p>Deutlichere Formulierung der dringenden Wichtigkeit einer Early Integration zur frühmöglichen Einbindung an SAPV auch ohne permanente Symptome.</p>
<p>Mitarbeiter ärztlich und pflegerisch in Weiterbildung zur Palliativmedizin/ Palliativ-Care sind nicht in der Richtlinie berücksichtigt.</p>
<p>Die Abgrenzung zwischen AAPV und SAPV in seiner grundsätzlichen Definition „komplexes Symptomgeschehen“ muss viel klaren werden, um den Definitionstreit zwischen den SAPV-Leistungserbringern und Kostenträgern erheblich zu minimieren</p>
<p>Die Richtlinie sollte deutlicher herausarbeiten, dass es sich um ausschließlich best supportive care –Situationen als Voraussetzung für eine SAPV-Betreuung handeln sollte. So wird auch eine Abgrenzung für die hausärztlichen Kollegen klar definiert und es wird ein Missbrauch verhindert.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Anpassung alle aktuelle Preisentwicklung bei Regelkosten (Benzin, Gehälter ect.) - separate Berücksichtigung des Versorgungsgebietes (Stadt/Land) - Berücksichtigung der besonderen Belange direktes Team / indirektes Team
<p>1. Leistungserbringer der SAPV können den in der Richtlinie dargestellten Erfordernissen der Spezialversorgung für „besonders aufwändige“ Versorgung nach einschlägig wissenschaftlich belegter und international zweifelsfreier Einschätzung nur als multiprofessionelles Team erfolgreich Rechnung tragen. Die derzeitige Praxis der Vertragsgestaltung der Krankenkassen ohne Rücksicht auf gesetzgeberische Vorgaben (siehe Gesetzesbegründung zu §132d SGB V und Genehmigungsschreiben des BMG zur o.g. RL-SAPV) auch lose „Netzwerke“ mit Surrogatcharakter zu beauftragen, wird dem in keiner Weise gerecht und dient erkennbar der Fehlalimentation von anders nicht abgebildeten Strukturen der bisherigen Versorgung nach §73, §37 und gem. SGB XI aus Töpfen der ausdrücklich nicht dem kassenärztlichen Versorgungsauftrag zugehörigen multiprofessionellen SAPV. Die Leistungserbringung nur durch entsprechend gebildete und strukturierte Teams fehlt in der RL vollständig (siehe wieder Genehmigungsschreiben BMG vom 14.02.2008). Die Regelung in §5 (2) reicht hierzu nachweislich nicht aus.</p>

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

3. Die Formulierungen des §1 Absatz 1 geben regelmäßig Anlass für Unklarheiten und Auseinandersetzungen mit MDK und Krankenkassen, daher erscheint deren gelegentliche Klarstellung unbedingt erforderlich: „¹Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen.“ Hier wird von der Seite der Kostenträger (zumindest in unserem Bundesland) regelmäßig vorgetragen, dass mit der Formulierung „...bis zum Tod..“ der bereits bei Eintritt der SAPV-Bedürftigkeit getroffene definitive Entscheid zum verbindlichen Verzicht auf eine Option auch zur Krankenhausbehandlung Zugangsvoraussetzung bzw. Grundlage für den Rechtsanspruch darstellt. Eine dem menschlichen Leben und der besonderen Lebenssituation des Palliativpatienten geradezu typischerweise eigene Ambivalenz wird so als Grund gesehen, den Leistungszugang zu begrenzen. Diese Deutung wird durch entsprechende Formulierungen in dem Dokument der tragenden Gründe leider auch untermauert. Gleichfalls problematisch ist die Formulierung des 2. Satzes und daher zu prüfen: „²Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.“ Die Verwendung der Worte „Vordergrund“ und „anstelle“ führt zur insbesondere von den Krankenkassen vorgetragenen Deutung, dass das Festhalten des Patienten an jeglichen kurativen Behandlungsinterventionen den Rechtsanspruch auf die Leistungen der SAPV infrage stellt. Dies wird gerade dann problematisch, wenn Patienten und / oder Angehörige Behandlungsintentionen als vermeintlich kurativ deuten, obwohl sie dies nicht mehr sind. Das Wort „anstelle“ scheint mit seiner von einzelnen Lesern, und damit Deutungen, wahrgenommenen Abgeschlossenheit und Unvermittelbarkeit neben dem Begriff „Vordergrund“, welcher ja gerade um sich herum anderes zulässt, nicht hinreichend klar verständlich zu sein. Langwierige Auseinandersetzungen mit KK und geradezu künstlerische Umdeutungen der Behandlungsintentionen zur Erlangung des Rechtsanspruches für unzweifelhaft bedürftige Patienten seitens der Leistungserbringer sind regelmäßig genauso die Folge, wie der verzweifelte Versuch, einfach jedem Palliativpatienten die Leistungen der SAPV zugänglich zu machen, wenn es die Kostenträger nicht hinterfragen. Eine klarere und unmissverständlichere Formulierung zur Unterscheidung zwischen SAPV und sonstiger Versorgung (gen. AAPV) würde daher langfristig entstehendem Schaden abwenden.

4. Zur Sicherstellung der multiprofessionellen Teamleistung SAPV bedarf es einer nicht nur inhaltlich sondern auch strukturell und in Maßzahlen erkennbaren Versorgungskapazität, die sich in angemessen verfügbaren und entsprechend befähigten Mitarbeitern aller notwendigen Professionen abbildet. Um die politisch ausdrücklich geforderte Flächendeckung und Versorgungsgerechtigkeit für alle Betroffenen Bürger zu erreichen,

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

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

6. Anmerkung zur PKV: Auch, wenn aus rechtssystematischer Sicht hier keine Zuständigkeit besteht, ist bei der Berichterstattung über die Entwicklung der SAPV in Deutschland deutlich zu benennen, dass die Teamleistung SAPV in einer Zahl von Fällen von den privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht regelhaft vergütet wird. Dies geschieht, obwohl dem Versicherten dies zunächst aus „Kulanz“ in Aussicht gestellt wird, um dann anschließend aus formalen Gründen (dann zumeist gegenüber den zwischenzeitlichen Erben) als nicht erstattungsfähig zurückgewiesen zu werden. Hier besteht wegen des fehlenden Regelzusammenhangs mit dem SGB ein privatrechtlicher bzw. versicherungsrechtlicher Handlungsbedarf, an dem sich aus Sicht der Praxis bis dato noch nichts signifikant geändert hat. Herzliche Grüße. Rückfragen jederzeit gerne!

Wie schon letztes Jahr; Klarstellung, dass SAPV im Team erbracht werden muss, deren feste Mitarbeiter spezialisiert in Palliative Care tätig sind - Einreichungsfrist für die Verordnung Muster 63:

bisher im § 8: "...spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird." bitte ändern in: "...spätestens an dem dritten dem Leistungsbeginn folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird."

Grund: Die Verordnung liegt manchmal bereits beim Patienten, obwohl er noch nicht angemeldet ist. Bis zum Erstbesuch vergehen dann bereits drei Werktage, so dass eine neue Verordnung geholt werden muss. Es ist auch sinnvoll, die Verordnung erst nach Erstbesuch einzureichen, da dann das SAPV- Team den tatsächlichen Betreuungsbedarf einschätzen kann.

Schwierigkeiten gibt es manchmal bei der Anerkennung der SAPV

- bei multimorbiden internistisch erkrankten Patienten: Wenn die Symptomlast es erfordert und das Lebensende absehbar ist, dann müssen wir auch hier tätig werden

- bei Patienten, die gleichzeitig Chemotherapie erhalten: Wenn es sich um eine wenig belastende palliative Chemotherapie handelt und darüber hinaus komplexe Probleme vorliegen, ist SAPV erforderlich
- bei Patienten, die Heimbeatmung erhalten und deshalb 24-h-Betreuung: Ist eine Therapiezieländerung gewünscht – meist Reduzierung bis Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen – brauchen die Patienten die SAPV-Expertise

Ich bitte, dies in Absprache mit den Teams zu ändern!

Wie schon weiter oben erwähnt:

Ein wirklich multiprofessionelles Team enthält neben Pflege und Medizin auch Sozialarbeit und Seelsorge, über die Supervision einen Psychotherapeuten (den ich noch gerne auch bei den Team-Sitzungen dabei hätte). Wir sind glücklich, so arbeiten zu können:

Dies hilft nämlich den Patienten/Angehörigen genauso wie dem Team, da die Teamsitzungen effizienter werden, die Patienten rascher adäquate Hilfe erhalten. Wir arbeiten nun seit 2001 als Palliativteam, seit 2009 heißen wir SAPV. Daneben haben wir „unsere“ Hausärzte mit bisher 15 eigenen Kursen fortgebildet. Inzwischen merken wir, dass wir immer „spezialisierter“ angefragt werden, also die zugewiesenen Patienten immer schwieriger werden. So soll es auch sein. Aber gerade deshalb profitieren wir so sehr von unserer tatsächlichen Multiprofessionalität, anders könnten wir in der extrem kurzen Betreuungszeit (unser Median lag letztes Jahr bei 11 Tagen) keine Verbesserungen mehr erreichen.

Im Besonderen bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zeigt sich bei fast allen Familien eine chronische und sehr ausgeprägte psychosoziale Belastung. Die Regelversorgung kann häufig aus verschiedenen Gründen gar nicht in Anspruch genommen werden (Klin Paediat 2016; 228:145-148). Es zeigt sich in [n.n.] ein deutlich erhöhter Versorgungsaufwand bedingt durch weite Fahrstrecken (95.000 km in 2011/6) und ausgeprägte sehr wechselhafte Phasen der Stabilität und Instabilität. Verbunden war dies mit einem deutlich erhöhten Gesprächsbedarf der Bezugspersonen. Auch ist bei häufig unklaren zeitlichen Prognosen die Therapiezielfindung geprägt von Tagen oder Wochen des Zweifels, Hoffens und damit verbundener Redebedarf. Es zeigt sich zusammenfassend ein deutlich erhöhter Bedarf an psychosozial entlastenden Gesprächen, so dass aus Sicht des Teams aus [n.n.] die psychosoziale Kompetenz durch refinanzierte Spezialisten abgebildet werden sollte. Außerdem ist die Beratung von Schwangeren, die ein Kind mit einer lebenslimitierenden Diagnose austragen (z.B. Trisomie 18), wünschenswert, um die Möglichkeiten der modernen ambulanten Betreuung aufklären zu können. Dies würde den Informationsprozess in diesen schwierigen Situationen deutlich verbessern. Es ist eine erlebte Routine, dass schwer erkrankte Kinder aufgrund des allgemeinen medizinischen Fortschrittes das Erwachsenenalter erreichen. Die Erwachsenenmedizin als solche ist aber die seltenen und spezifischen Entitäten nicht vorbereitet. Extrem hilfreich wäre es, wenn der GBA auf die Belange speziell dieser Population eingehen könnte (z.B. hier die Zuständigkeit auf diese seltenen Fälle jenseits des 18. Lebensjahres in pädiatrisch geprägte Teams legen würde). Zuletzt wurde die Erkenntnis gewonnen, dass häufiger Kinder mit Trachostoma und Beatmungspflichtigkeit in die SAPV aufgenommen werden. Hier ist eine Klarstellung bzw. Spezifizierung seitens des GBA zu wünschen, damit die Kostenträger nachvollziehen können, dass ein Intensivpflegedienst alleine nicht die besonderen Belange von lebenslimitierend erkrankten Kindern auffangen kann (z.B. multiprofessionelle 24/7 Einsatzbereitschaft, Möglichkeiten der Koordination und der regelmäßigen Bedarfsanalyse des Therapieplans).

- psychosoziale Aspekte müssen mehr Berücksichtigung finden,
- der ganzheitliche Ansatz, dass in unserer Versorgung auch das "Auffangen" der Angehörigen gehört, wird zu wenig berücksichtigt,
- Komplexität muss genauer definiert werden.

Bedarfsgerechte Versorgung nicht-onkologischer und dementer Patienten sowie von Patienten, die noch eine palliative Chemotherapie erhalten, aber wegen des komplexen Symptomgeschehens mit der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung nicht ausreichend versorgt werden können.

In § 5 III der SAPV-RL wird von "enger Zusammenarbeit z.B. mit [n.n.] Sozialarbeit" gesprochen. Faktisch stellt sich jedoch in der Realität heraus, dass eine Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern sehr schwierig ist. Oft müssen von der Koordination Angelegenheiten der Sozialarbeit selber geregelt werden, da eine palliative Situation zumeist mit einer sehr kurzen Zeitspanne verbunden ist. Auf Grund der Dringlichkeit vieler Angelegenheiten der Patienten, wie z.B. Pflegestufe oder Betreuung zu beantragen, Behördengänge, "Poststapel", finanzielle Fragen etc. ist das Einholen von einem zusätzlichen Dienst mit einer zeitlichen Verzögerung verbunden. Somit ist es u. E. notwendig die Sozialarbeit als weitere Profession in die SAPV-Leistungserbringung mit aufzunehmen und diese abrechnungsfähig zu machen. Weiterhin würde dies auch für die Pflegekräfte eine Entlastung sein, da Fragen und Unsicherheiten über nicht-pflegerrelevante Themen von anderer Stelle bearbeitet würden. Für viele Menschen ist es ein Wunsch, dass alle Angelegenheiten schon vor dem Ableben geregelt sind und sie wenigstens diese Sorgen am Ende des Lebens nicht mehr haben bzw. diese in guten Händen sind.

§ 3 (1) Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung der Erkrankung führen können oder vom Patienten abgelehnt werden.

§ 6 (4) Bei der SAPV ist der ärztlich, pflegerisch und psychosozial erforderliche Entscheidungsspielraum....

- komplexes Symptomgeschehen auch bei nicht-onkologischen Patienten
- Finanzierung Koordination
- zwingende Einbeziehung Sozialarbeit!!! (Finanzierung klären!)

Wir bitten um Berücksichtigung unserer Beiträge aus den letzten Jahren und um Konkretisierungen und Abgrenzungen der von Ihnen als „...bewußt eingeräumte Gestaltungsspielräume der Vertragspartner...“ einzuengen (vgl. Bericht an das BMG...für das Jahr 2015, S. 6).

Es fehlt eine eindeutige Definition eines Palliativteams. SAPV ist eine komplexe multiprofessionelle Betreuung und Begleitung rund um die Uhr, die nicht in nebenberuflichkeit erbracht werden kann und eine reale Teamstruktur verlangt. Ebenso bedarf die Möglichkeit der Bevorratung von Medikamenten im Sinne eines Sprechstundenbedarfs einer dringenden Klarstellung.

Eine Schwierigkeit ist immer wieder die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen bei sog. „Drehtürpatienten“, welche lange stabile Phasen haben, in denen kein komplexer Versorgungsbedarf besteht, die dann aber dekompensieren und ohne SAPV doch wieder im Krankenhaus landen. Beispielsweise Patienten mit COPD oder Herzinsuffizienz, hierfür fehlt eine Regelung, die die Vorhaltung von SAPV rechtfertigt ohne dass ein anhaltender komplexer Versorgungsbedarf vorliegt. Des Weiteren wird die Indikation für SAPV im Pflegeheim oft nicht gesehen, obwohl es dort eine noch viel höhere Verunsicherung und Rückversicherungsbedarf gibt als häufig im häuslichen Rahmen. Da die wechselnden Zuständigkeiten in Heimen ein einmaliges Befähigen, wie es bei anwesenden Angehörigen oft ausreichend ist, nicht möglich macht.

- Zulassung Ausbildungsberuf Notfallsanitäter für Weiterbildung Palliativ Care
- Qualitätskriterien werden durch Kassen nicht ausreichend geprüft.

<p>Eine Übernahme der Kosten für einen SAPV Pflegeeinsatz bei eintreten Tod des SAPV Patienten ist notwendig: Eine intensive Versorgung durch den SAPV Leistungserbringer hat bis zum eingetretenen Tod stattgefunden und aus diesem Grund ist nicht nachvollziehbar, dass Angehörigen in dieser schwierigen Situation von den Krankenkassen des SAPV Patienten alleine gelassen werden. (keine Kostenübernahme nach eintreten des Todes) Die Krankenkassen sind m.E. auch in der Pflicht, einen angemessenen Abschluss für ihre Versicherten/Angehörigen zu ermöglichen. (Solidargemeinschaft).</p>
<p>Klarstellung, dass es um massiv belastende Symptomgeschehen geht (Dyspnoe, Übelkeit, Blutungen), was nicht gleichzusetzen ist mit einem in kürze eintretenden Versterben durch eine immer zwangsweise vorliegende onkologische Erkrankung (insbesondere COPD Gold IV))</p>
<p>Abgrenzung zur AAPV</p>
<p>Definition/Abgrenzung der Leistungskategorien (§5(2))</p>
<p>Differenzierung zu AAPV</p>
<p>Vermehrte Berichts- und Dokumentationsanforderungen seitens der Kostenträger, teilweise auch in sehr kurzen Abständen – trotz progredienter Erkrankung.</p> <p>Es entstehen oft unnötige Kosten durch einen stark erhöhten Verwaltungsaufwand</p>
<p>Betreuung von SAPV-Pat. im Pflegedienst wird kein erhöhter Zeitaufwand bei Behandlungspflege berücksichtigt</p>
<p>Es sollte klar sein, welche Rechtsmittel ein SAPV-Team hat wenn die Kostenübernahme seitens der Krankenkasse abgelehnt wird. Es ist sowohl für den Patienten als auch für die Angehörigen unzumutbar in einer palliativen Situation ein Widerspruchsverfahren bei der Krankenkasse zu führen</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Die im Jahre 2013 erstellte Liste der Änderungswünsche werden von uns auch in diesem Jahr in allen Punkten mitgetragen. Zusätzlich sehen wir wesentlichen Änderungsbedarf hinsichtlich der Einschränkungen zur personellen Besetzung: Der Absatz „... die Personen müssen hauptsächlich für die Leistungen der Palliativ Care zur Verfügung stehen ... „ stellt uns bei der Personalrekrutierung vor erhebliche Probleme. Im Rahmen des Arzt- und Pflegenotstandes können wir keine „Attraktiven Bedingungen“ für Teilzeit anbieten. Wir befürchten, dass diese Bedingungen in Zukunft die Rekrutierung von Personal erheblich einschränkt und die Versorgung nur schwer aufrecht zu erhalten ist. • Darüber hinaus können wir mit dieser Einschränkung auch Spitzen in der Patientenversorgung nur suboptimal abdecken. In Zeiten hoher Patientenaufkommen können wir nicht mit entsprechendem „flexiblem“ Fachpersonal reagieren. Die Hinzunahme von Honorarärzten mit entsprechender Qualifikation ist durch die Einschränkung nur bedingt möglich. Hieraus entstehen periodisch Engpässe, da ein ständiges Vorhalten ökonomisch nicht zu vertreten ist. • Die Leistungsnachweise sollten auch elektronisch ohne Originalunterschrift bei den Kassen eingereicht werden können und nur auf Nachfrage von den Kassen angefordert werden. Hier würde es das Handling der Abrechnung in einem EDV-Prozess erleichtern. Im Vertrag ist gefordert, dass wir Kooperationsverträge schließen. Das ist aus Qualitätsgesichtspunkten absolut wünschenswert. Wir stellen aber fest, dass es zum Teil bei bestimmten Kassen zu Überschneidungen kommt, da diese eigenen Kooperationspartner (Apotheken, Sanitätshäuser) haben. Hier können wir unsere Verträge nicht erfüllen und müssen mit Fremdapotheken und Fremdsanitätshäusern zusammen arbeiten. Dies ist im strengen Sinne nicht mit der gewünschten Qualität vereinbar. Hier wünschen wir uns Klarstellung, dass die Kooperationspartner des SAPV Teams Vorrang vor den Verträgen der Kostenträger haben. Neu möchten wir die Definition und den Inhalt der „ärztlichen Teilversorgung für Hospizgäste“ in den SAPV Verträgen anmerken. Die Inhalte der ärztlichen Teilversorgung muss für diese Patientengruppe als eigener Bestandteil definiert werden,

<p>da die Teilversorgung in der Regel nur die spezifische Fragestellung an das SAPV Team beinhaltet. Hier wünschen wir uns eine Konkretisierung der Teilversorgung nach den Untergruppe „Teilversorgung durch SAPV als Ergänzung der regulären hausärztlichen Palliativversorgung“ und Teilversorgung durch das Team „Arzt“ in Hospizen. Dies insbesondere deshalb, da die gesamte ärztliche Versorgung in diesem Bereich vom SAPV Team geleistet werden muss und mit der Teilversorgung somit zwei unterschiedliche Leistungsinhalte bestimmt sind. Gerne können wir hierzu auch noch konkrete Stellungnahme abgeben.</p>
<p>Genauere Definitionen zur Einordnung. AAPV, SAPV additiv, SAPV Vollständig</p>
<p>Rufbereitschaft insbesondere keine Teilversorgung</p>
<p>Dass Verordnung innerhalb drei Tage bei der Krankenkasse vorliegen sollte ist ein unnötiger Stressfaktor und teilweise kaum durchführbar.</p>
<p>Patienten mit weit fortgeschrittenen chronischen Erkrankungen werden immer noch häufig vom MDK abgelehnt.</p> <p>Nach Medikamentenum- oder einstellung „gut symptomkontrollierte“ Patienten bekommen in der Folgeverordnung vom MDK eine Ablehnung, da sie Symptomkontrolliert sind.</p> <p>Psychosoziale Belastungen werden als Symptom oder Kriterium nicht anerkannt.</p> <p>Patienten werden also erst sehr spät eingeschrieben aus Angst vor Ablehnung durch den MDK. Das hat zur Folge, dass die Patienten von der SAPV nicht mehr ausreichend profitieren</p> <p>SAPV Pflichtige Patienten mit Motoneuronenerkrankungen werden immer wieder unberechtigter Weise abgelehnt.</p> <p>Die Bearbeitungsabläufe zwischen SAPV, KK und MDK werden durch neue Datenschutzrechtliche und bürokratische Anforderungen derart verlangsamt und verkompliziert, das die gesetzlich vorgeschriebenen Bearbeitungsfristen nicht mehr eingehalten werden können, was dann wiederum zur Folge hat, dass die SAPV Verordnung trotz vorliegender Kriterien abgelehnt wird, da dem MDK die Informationen zeitnah nicht mehr vorliegen</p>
<p>Betreuung von nicht-onkologischen Patienten, Abgrenzung der Aufgaben von SAPV und Pflegediensten</p>

10.7 Freitextangaben der Mitgliedsorganisationen der DKG

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

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

Text
<p>Eine Konkretisierung zu Kindern und Jugendlichen finden sich in der Richtlinie nur in der folgenden Formulierung: „Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.“ Dabei ist nicht klar genug:</p> <ul style="list-style-type: none">- dass es auch um die Versorgung von Jugendlichen und die von jungen Erwachsenen mit pädiatrischen Erkrankungen geht- dass sinnvolle „Krisenintervention“ bei SAPV nicht allein stehen kann, sondern immer auch ein aktuelles Assessment erfordert- dass es nicht nur um „längere“ Verläufe, sondern um die Gruppe 4 der Palliativkrankungen nach den IMPaCCT-Kriterien geht- dass würdegemäße Versorgung kranker Kinder immer auch die Betreuung der ganzen Familie und folgerichtig auch zumindest Anfangs-Maßnahmen der Trauerbegleitung impliziert
<ol style="list-style-type: none">1) Schwere pränatale Fehlbildungen, bei denen trotzdem mit einer Geburt des Kindes zu rechnen ist, bedürfen schon vor der Geburt einer Beratung, deren Bezahlung aber von den Krankenkassen verweigert wird, da das noch nicht geborene Kind keinen Versicherungsstatus hat.2) Der ambulante Pflegedienst kommt nicht immer mit medizinischen Komplikationen zurecht (z.B. verschiedene Formen der Epilepsie) und fordert daher regelmäßig den ärztlichen Notdienst des Palliativteams an, zeitweise bedingen diese Situationen sogar die Anwesenheit eines Arztes. Die Bezahlung wird von den Krankenkassen verweigert.3) Die psychosoziale Betreuung muss aufgrund nicht einfacher Auffindung einer entsprechenden Stelle bzw. Terminfindung oft vom Palliativteam mit übernommen werden, um eine diesbezügliche zeitnahe Betreuung sicherzustellen. Der Gesetzgeber sieht diese Leistung jedoch nicht vor, daher sollte hier eine entsprechende Gesetzesänderung angeregt werden.
<p>Es wäre wünschenswert, in § 3 Abs. 3 Satz 2 der Richtlinie näher zu konkretisieren, unter welchen Voraussetzungen Kinder die Voraussetzung für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllen. Dafür können die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands vom 12.6.2013 herangezogen werden.</p>
<p>Konkretisierung der Versorgung von Eltern oder Geschwistern, die erheblich durch die Erkrankung des Kindes oder Jugendlichen betroffen sind.</p>

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

Wenn ja, welche:

Text
<p>1) In der Empfehlung zur Ausgestaltung der Kinder und Jugend SAPV ist eine Ausnahmeregelung verankert, die sicherstellt, dass Kinder, die von einem SAPV-Team versorgt werden, aber aufgrund milderer Verlaufsformen doch noch das junge Erwachsenenalter erreichen, in der SAPV verbleiben dürfen. In diesen (seltenen) Fällen besteht die Krankenkasse aber auf einen Wechsel in die Erwachsenenversorgung.</p> <p>2) Infaust erkrankte, stationär behandelte Kinder, die kurz vor der Entlassung in die ambulante Versorgung stehen, müssen vom SAPV-Team bereits im Krankenhaus zumindest einmal „kennengelernt“ werden. Die Bezahlung dieses Besuchs wird von den Krankenkassen mit der Argumentation verweigert, dass dies bereits in der DRG, die das Krankenhaus abrechnet enthalten sei. Solange keine SAPV-relevanten OPS Codes zu einem Kostensplit einer DRG führen, ist die Argumentation der Kassen hier falsch.</p>
<p>Erschwerte Versorgung von Patienten mit nicht onkologischen Erkrankungen: COPD, interstitielle Lungenerkrankung mit hochgradiger Symptomlast, hier Dyspnoe. Notwendigkeit der Konkretisierung des § 3 Anforderung an die Erkrankung: Verweis auf nicht onkologische Erkrankung. Bei diesen Erkrankungen auch Akzeptanz einer ggf. längeren prognostizierten Lebenserwartung (länger als Tage/Wochen/Monate) wünschenswert.</p>
<p>In § 5 Abs. 3 der Richtlinie wäre eine Klarstellung hilfreich, dass nicht alle dort gelisteten Leistungen in jedem Einzelfall erbracht werden müssen, um die Mindestvoraussetzungen zur Abrechnung zu erfüllen. Es sollte klargestellt werden, dass die dort aufgelisteten SAPV-Leistungen jeweils <u>nach Bedarf</u> erbracht werden.</p>

10.8 Freitextangaben der Kassenärztlichen Vereinigungen

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

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

Text
Die Richtlinie hat nur wenige Stellen, die die Belange von Kindern und Jugendlichen erwähnt. Um hier ein Versorgungsmodell entwickeln zu können, reichen die Vorgaben nicht aus.
<p>Im Gegensatz zur spezialisierten Palliativversorgung bei Erwachsenen ist die palliative Betreuung bei Kindern und Jugendlichen durch eine notwendige intensive zwischenmenschliche Zuwendung geprägt, die insbesondere die Eltern und Angehörigen mit einbeziehen muss.</p> <p>Es geht also nicht in erster Linie um die spezialisierte Versorgung, die bei Erwachsenen in der Praxis häufig gekennzeichnet ist durch eine differenzierte Schmerzbehandlung (deswegen ist die Anzahl von Anästhesisten in diesem Gebiet ja auch so hoch) und der Wund- und Ernährungsmodalitäten.</p> <p>Dies nimmt bei Kindern und Jugendlichen außerhalb der Kliniken einen weniger großen Raum ein und würde einer allgemeinen Palliativversorgung zugeordnet werden, wenn es sie denn gäbe.</p>
<p>In der Betreuung von Kindern und Jugendlichen ist neben der medizinischen Versorgung insbesondere der altersgerechte psychosoziale und spirituelle Umgang mit den Themen Krankheit und Tod unerlässlich. Diesem Aspekt sollte im Umgang mit jungen Palliativpatienten mehr Bedeutung eingeräumt werden als bei der Versorgung von erwachsenen Palliativpatienten. Neben dem in der SAPV-RL bereits ermöglichten längerem Zeitraum zur Behandlung in der SAPV erfordert dies eine dezidierte altersgruppenspezifische Qualifikationen in den Bereichen Seelsorge, Psychotherapie und spirituelle Betreuung. Zudem sind altersgruppenspezifische medizinische und hospizliche Kenntnisse notwendig.</p> <p>In der SAPPV ist außerdem nicht nur der zeitliche Aufwand für Gespräche mit Angehörigen sondern auch die emotionale Belastung des ärztlichen und pflegerischen Personals größer. Das zeigt die hohe Bedeutung von passenden Rahmenbedingungen und einer umfassenden Ausbildung des Personals um nicht nur den kleinen Patienten sondern auch die Angehörigen in der schwierigen Situation adäquat zu betreuen können.</p> <p>Der Sicherstellungsauftrag für die SAPV liegt bei den Krankenkassen. Diese schließen ohne Beteiligung der KV [n.n.] direkt Verträge mit den SAPV-Teams. Die KV [n.n.] hat deshalb keine umfassenden Informationen über das Angebot an SAPV und das in der SAPV erbrachte Leistungsgeschehen. Nach unserem Wissen gibt es derzeit fünf SAPPV-Teams. Die bestehenden Strukturen haben sich gefestigt und werden von den Teams sehr gut genutzt. Um das Angebot auszubauen, bedarf es jedoch einer stärkeren Förderung bzw. Anschubfinanzierung.</p>
<p>Begründung: Die in der Richtlinie (§ 1, Absatz 4) gewählte Forderung: „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“ ist für die Kostenträger häufig unklar und wird daher unzureichend umgesetzt. Dies betrifft z.B. den Einsatz von SAPPV</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

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.

Übergangsregelung zwischen Kind - Erwachsene ist sehr schwierig besonders bei Schwerstbehinderte und multiplen Behinderten. Genehmigungsengpass

Die Richtlinie lässt unseres Erachtens 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.

§ 2 Abs. 4 der Richtlinie legt fest: „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“. Diese besonderen Belange werden in der Richtlinie nicht weiter konkretisiert, insofern stellt sich die Frage: Was sind die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen und mit welchen Maßnahmen ist ihnen Rechnung zu tragen? Welche Strukturen muss ein SAPV-Team vorweisen, damit es Kinder und Jugendliche versorgen kann? Der Einbezug von Kinder- und Jugendmedizinern mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin als Kooperationspartner ist zu empfehlen. Eine Konkretisierung der Richtlinie könnte anhand der von der Association for Children with life-threatening or terminal Conditions and their Families (ACT) Unterteilung von Kindern mit lebensverkürzenden Erkrankungen und ihrem Bedarf an palliativmedizinischer Betreuung vorgenommen werden.¹

Die Kassenärztliche Vereinigung n.n ist an der vertraglichen Umsetzung der SAPV-Richtlinie nicht beteiligt, beobachtet jedoch die ambulanten palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen und -angebote, um ihre Mitglieder bei Bedarf mit notwendigen Informationen auszustatten. Unserem Wissen nach verfügt nur ein SAPV-Team im Land n.n über ein gesondertes und strukturiertes Leistungsangebot für Kinder und Jugendliche. In einem Flächenland reicht dies nicht aus.

¹ A guide to the development of children's palliative care services. Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families (ACT) and the Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), 20031 Bristol, UK.

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

Wenn ja, welche:

- Die Bewilligung sollte grundsätzlich für mind. 3 Monate erfolgen, das würde den bürokratischen Aufwand erheblich verringern.
 - Entlassung aus dem Krankenhaus: Die SAPV startet oft unter sehr schwierigen Umständen, weil es keine oder unzureichende Überleitung aus dem Krankenhaus gegeben hat. Der Aufwand für die Aufnahme in die SAPV ist sowohl für die Ärzte, als auch für die Pflegedienste höher geworden.
-
- Die eingeführte EBM- Honorierung ab dem Q 4/2013 stellt keinen Anreiz dar, zumal dieses budgetierte Volumen gemeinsam mit der Versorgung geriatrischer Patienten eingestellt wurde.
 - Darüber hinaus wird über eine besondere Qualifizierung von Hausärzten als Zugangsvoraussetzung bei der allgemeinen Palliativversorgung diskutiert. Da der durchschnittliche Hausarzt zwischen 55 Jahre und 60 Jahre alt ist, ist davon auszugehen, dass er für eine solche zusätzliche Qualifikation nicht bereit ist, die Praxis für ca. eine Woche zu schließen. Zumal er etwas erlernen soll, was er bereits jahrelang tut. Gemäß einer Studie von Prof. George (Universität Gießen) ist die Symptomkontrolle heute schon zu 75% kein Thema in der pflegerischen Versorgung. Interessengruppen versuchen hier, ihre eigene Bedeutung aufzuwerten.
 - 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.
 - Inzwischen wird an der Einführung der allgemeinen Palliativversorgung (AAPV) gearbeitet. Es wird wichtig sein, welche Würdigung der Rufbereitschaft und der ambulanten Versorgung und Betreuung von Hospizen zukommen wird.

<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 - Abrechnung über verschiedene Systeme <p>(2) Gestufte Leistungserbringung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die 4 Formen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Beratung, 2. Koordination, 3. Teil – und 4. Vollversorgung haben sich nicht bewährt Grund: täglich wechselnder Versorgungsbedarf <p>Sinnvolle Änderung - Auflösung in 2 Formen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. beratende Mitbetreuung ohne 24-Std.-Bereitschaft 2. ergänzende Versorgung mit 24 Std. Bereitschaft <p>(3) Probleme bzgl. flächendeckender Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fehlendes Fachpersonal: Einführung einer Übergangsregelung sinnvoll - große finanzielle Vorleistung: Die Einrichtung der SAPV-Teams muss von den Teams finanziert werden. Hier wäre aus unserer Sicht die Einrichtung von einmaligen Fördergeldzahlungen (der Kassen oder Länder) ein wichtiger Schritt – auch für die SAPV für Kinder- und Jugendlichen. - flächendeckende Versorgung in ländlichen Strukturen braucht adaptierte Strukturvorgaben (z.B. Satellitenteams in Zusammenarbeit mit staatl. Einrichtungen), aber muss auch aus den Strukturen vor Ort wachsen, nur dann ist die Akzeptanz gewährleistet
<p>Um die Nachhaltigkeit der SAPV in den Versorgungsregionen zu gewährleisten, wird folgende Ergänzung als notwendig erachtet: „Ist eine bedarfsgerechte SAPV-Versorgung durch ein multiprofessionelles Team in der Versorgungsregion bereits vorhanden, besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss durch ein anderes multiprofessionelles Team in dieser Region.“</p> <p>Erläuterung: Das multiprofessionelle Team hat erheblich in Personal, Ausstattung, Organisation und Kooperation investiert, um die SAPV vor Ort auf Dauer sicherzustellen. Erst durch diese gewachsene Struktur der palliativen Versorgung ist es möglich, dass die erforderlichen palliativen Maßnahmen bedarfsgerecht und aufeinander abgestimmt in weitergehender personeller Kontinuität erbracht werden können.</p> <p>Des Weiteren halten wir es für sinnvoll die besonderen Belange von Demenzpatienten in der Richtlinie stärker zu berücksichtigen, da diese einen anders gearteten Betreuungsaufwand einfordern.</p>
<p>Regelung des Übergangs Pädiatrische / Erwachsene Palliativversorgung z.B. Pädiatrisches Team führt seine Arbeit beim jungen Erwachsenen über die 20-Jahres-Grenze fort.</p>

Klarstellung erforderlich:

1. dass der SAPV-Patient/Angehörige von den zuständigen SAPV-Leistungserbringern, den Palliativzentren (im Weiteren PZ) darüber zu informieren sind, dass der Vertraute i. d. R. der langjährige Hausarzt (im Weiteren HA) in der SAPV nicht ausgegrenzt oder gar ausgeschlossen ist.
2. dass SAPV-Verträge durch regelhafte Vereinbarung einer Vollversorgung mit entsprechender Versorgungspauschale auch die Möglichkeit einer additiv unterstützenden Teilversorgung durch den Haus-/Facharzt nicht ausschließen dürfen.
3. nach einer verpflichtenden, individuellen Information der SAPV-Patienten/Angehörigen über Versorgungsintensitäten und -möglichkeiten der SAPV durch PZs (Beratung des Facharzt etc. bishin zur additiv unterstützenden Teilversorgung). Diese Information muss zwingend unabhängig von bestehenden wirtschaftlichen Zwängen (Tagespauschalensätze) erfolgen.
4. verpflichtende Information, wenn eine SAPV-Verordnung über den stationären Bereich erfolgt ist gegenüber dem i.d.R. behandelnden HA. Diese Information zielt auch auf eine sektorübergreifende Abstimmung unter Kollegen über die Fortsetzung der Verordnung des Musters 63 (nach Ablauf der 7-Tages-Wirksamkeit) und damit auf ein sachgerechtes SAPV-Überleitungsmanagement.
5. nach einer regelmäßigen Evaluation der bestehenden SAPV-Verträge, um Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der PZs im Abgleich mit dem gesetzlichen Gewährleistungsauftrag der Krankenkassen bewerten zu können (z. B. auch Versorgungsradius Häuslichkeit zum PZ, Anzahl der Patientenkontakte, Verweildauer in der SAPV, Versorgungszufriedenheit durch Angehörige, etc.). Die ein zahlenmäßige Erhebungen von geschlossenen SAPV-Verträgen sind insofern wenig aussagekräftig. Die Qualität ist maßgebend.
6. dass SAPV-Leistungspauschalen angemessen sein sollen und zudem nur zulässige, ethisch gebotene Vergütungsinhalte enthalten dürfen (z. B. keine Obergrenzen, keine Vergütungsabstaffelung bei längerem Sterbeweg etc.).

Es ist nach wie vor nachteilig, dass die Verträge zur Leistungserbringung nur zwischen SAPV Team und Krankenkassenverbänden geschlossen werden.

§ 5 Abs. 2 der SAPV-Richtlinie fest: „[Die SAPV wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. 4), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen.“ Hier ist zu klären, wer prüft, ob die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht. Die KV [n.n.] wurde über einzelne Fälle informiert, bei denen Patienten aus der hausärztlichen Versorgung/Betreuung verschwinden', sobald diese vom SAPV-Team identifiziert wurden. Den Hausärzten wurde in diesen Fällen nicht mitgeteilt, dass eine Weiterbehandlung ihrer Patienten durch das SAPV-Team erfolgt; insofern ist der allumfassende Versorgungsprozess für die beteiligten Behandler in diesen Fällen intransparent. Diesbezüglich würde eine genauere Abgrenzung in der SAPV-Richtlinie zwischen AAPV und SAPV helfen. In diesem Kontext ist auch eine Einordnung der Besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V wünschenswert. Der Wortlaut der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung kommt dem Wortlaut der SAPV-Richtlinie in vielen Passagen sehr nahe.

In der SAPV-Richtlinie werden keine konkreten Qualitätsindikatoren für die SAPV definiert. Es ist bisher unklar, was gute SAPV ist und woran sich diese beurteilen lässt. Insbesondere die Vergabep Praxis der SAPV-Verträge durch die Krankenkassen erscheint mangels Qualitätsindikatoren und Bedarfsplanung als willkürlich und somit vergaberechtswidrig (vgl. OLG Düsseldorf -Az. VII -Verg 56/15). Leistungsstarken SAPV-Teams wäre mit der

Entwicklung von Qualitätsindikatoren geholfen, da sie insbesondere in Bezug auf Vertragsverhandlungen mit Krankenkassen auf ihre eigenen Leistungen verweisen könnten. Schwächere SAPV-Teams hätten konkrete Indikatoren, anhand welcher sie ihre Versorgungspraxis optimieren könnten.

Darüber hinaus wäre die Erprobung von alternativen Organisationsformen der ambulanten Palliativversorgung (ähnlich des Ansatzes aus Westfalen-Lippe) insbesondere in Flächenländern beispielsweise im Kontext des Innovationsfonds wünschenswert