

Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV- Richtlinie für das Jahr 2014

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.....	14
6.	Ergebnisse	15
6.1	Ausgaben der Krankenkassen für SAPV	15
6.2	Analyse zur Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten	15
6.3	Verordnungen	18
6.4	Angaben der Leistungserbringer zu abgelehnten Leistungsanträgen	20
6.5	Leistungsfälle	20
6.5.1	Abrechnungsfälle insgesamt	21
6.5.2	Angaben der Leistungserbringer zu den von diesen erbrachten Leistungsfällen.....	22
6.5.3	Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen	23
6.5.4	Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen.....	27
6.5.5	Antworten der Krankenkassen.....	27
6.5.6	Antworten der Leistungserbringer	28
6.5.7	Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen	29
6.5.8	Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG.....	29
6.6	Kooperationspartner	30
6.7	Änderungsvorschläge zur SAPV-RL und Problemschilderungen im Umgang mit SAPV	32
6.7.1	Antworten der Krankenkassen.....	32
6.7.2	Antworten der Leistungserbringer	33
6.7.3	Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen	34
6.7.4	Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG.....	34
7.	Berichte des GKV-SV zum Vertragsgeschehen.....	36
8.	Bewertung der Hinweise	38
8.1	Psychosoziale/seelsorgerische Begleitung der Betroffenen.....	38
8.2	Qualifikation von Leistungserbringern	39
8.3	Besondere Belange von Kindern und Jugendlichen.....	40
8.4	Abgrenzungsfragen (Teil- und Vollversorgung, SAPV und AAPV)	41
8.5	Verordnung oder Bewilligung der SAPV.....	42
9.	Fazit und Ausblick.....	44
10.	Anhang	47
10.1	Fragebögen	47

10.1.1	Fragebogen an die Krankenkassen	48
10.1.2	Fragebogen an die Leistungserbringer	51
10.1.3	Fragebogen an die Mitgliederorganisationen der DKG	58
10.1.4	Fragebogen an die Kassenärztlichen Vereinigungen.....	61
10.2	Übersicht aller Freitextangaben	64

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

AAPV	Allgemeine Ambulante Palliativversorgung
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen)
HKP	Häusliche Krankenpflege
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KG 3	KG 3-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: Abrechnungsfälle)
KJ 1	KJ 1-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: endgültige Rechnungsergebnisse)
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KV 45	KV 45-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: vorläufige Rechnungsergebnisse)
LE	Leistungserbringer
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
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 2014 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 2013 enthalten.

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle der Krankenkassen wird seit dem 1. Januar 2010 über die amtliche Statistik (KG 3) erfasst und seither für die Berichterstellung genutzt. Diese amtliche Statistik weist für 2014 insgesamt 87.460 Abrechnungsfälle aus (2013 wurden 74.594 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 2014 bis zum 31. Dezember 2014 bewilligten Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhoben, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen wird.

Es wurden insgesamt 124 Krankenkassen angeschrieben, von denen 87 bis zum 8. Mai 2015 einen ausgefüllten Fragebogen an die Geschäftsstelle des G-BA weitergeleitet haben, was einem Rücklauf von rund 70 % entspricht. Die 87 Krankenkassen repräsentieren nach eigenen Angaben 64.624.375 Versicherte¹ und damit rund 92 % der insgesamt ca. 70 Millionen (70.323.785) gesetzlich Versicherten (inkl. beitragsfrei Mitversicherter) in Deutschland zum 20. Juli 2014 (www.gbe-bund.de).

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres wurde von den rückmeldenden Krankenkassen auf 548 beziffert, davon wurden 4 Leistungsfälle über Kostenerstattung geregelt² (in der Befragung des Vorjahres lag

¹ zwei Krankenkassen haben an dieser Stelle eine circa-Angabe gemacht, diese wurden anhand der jeweiligen Geschäftsberichte auf Plausibilität geprüft und im Weiteren wie absolute Angaben gewertet

² Dies betraf zwei Krankenkassen: eine mit einem Fall und eine mit drei Fällen über Kostenerstattung

die Anzahl der angegebenen Leistungsfälle bei 631, von denen 3 über Kostenerstattung geregelt wurden). Eine Krankenkasse, die 102 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen hatte, konnten hierzu keine Angaben machen.

Von den 283 angeschriebenen Leistungserbringern konnten insgesamt 145 Fragebögen in die Auswertung eingehen, was einem Rücklauf von rund 51 % entspricht. Allerdings haben 4 Leistungserbringer definitiv erst im Laufe des Jahres 2014 ihre Tätigkeit aufgenommen.

Gemäß der Frequenzstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) betrug die Anzahl der Erstverordnungen vom 1. Quartal bis einschließlich 4. Quartal 2014 insgesamt 40.913 Verordnungen; die Anzahl der Folgeverordnungen belief sich auf 29.516 Verordnungen. In den 4 Quartalen 2013 wurden 37.564 Erstverordnungen und 27.740 Folgeverordnungen gezählt.

Für das Jahr 2014 betragen die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV 216,8 Millionen Euro (vom BMG veröffentlichte endgültige Rechnungsergebnisse [KJ 1-Statistik]). Im Jahr 2013 betragen die Ausgaben für ärztliche und pflegerische Leistungen in der SAPV 175,9 Millionen Euro (KJ 1-Statistik).

Zusammenfassend zeigen die vorangestellten Daten, dass sich die Struktur- und Leistungszahlen der SAPV auch in 2014 stetig weiter entwickelt haben.

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

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

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

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

2. Sachverhalt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Leistungsentwicklung bzw. der Umsetzung der SAPV-RL und bezieht sich auf den Erhebungszeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2014.

3. Hinweise zu Art und Umfang der Erhebung

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

Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Berichterstellung der vergangenen Jahre sowie die veränderte Aufgabenstellung seit dem Berichtsjahr 2010 wurden bei der Erstellung des Berichtes 2014 berücksichtigt. Befragt wurden, die Krankenkassen (über den GKV-SV), die KVen (über die KBV), die Mitgliedsorganisationen der DKG (über die DKG) sowie die Leistungserbringer (über den GKV-SV).

Aufbauend auf den Erfahrungen mit den Auswertungen der Vorjahres-Befragungen wurde der Fragebogen an die Leistungserbringer in der diesjährigen Befragung um 3 Fragen ergänzt. Als neue Frage 1 wurde um eine Angabe gebeten, ob es sich um einen spezialisierten Leistungserbringer für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen handelt.

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

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

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

Der Bericht umfasst folgende Aspekte:

1. Ausgaben der Krankenkassen für die SAPV,
2. Anzahl der qualifizierten Ärztinnen und Ärzte einschließlich Ort der Tätigkeit (Krankenhaus, Niederlassung),
3. Verordnungszahlen, differenziert nach Erst- und Folgeverordnung und dem jeweiligen KV-Bereich,
4. Regelmäßige Kooperationspartner der Leistungserbringer,

5. Angaben zu Ablehnungen von Leistungsanträgen, die auch nach einem Widerspruch Bestand hatten, differenziert nach Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen und Gründe für diese Ablehnungen,
6. Leistungsfälle, differenziert nach Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen sowie der jeweiligen Anzahl der Leistungsfälle, die für Kinder und Jugendliche über Kostenerstattung finanziert wurden,
7. Hinweise zu Änderungs- oder Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL, die sich auf die Belange von Kindern und Jugendlichen beziehen,
8. Hinweise zu Änderungs- oder Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL (die sich nicht auf Nummer 6 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 2014 eine anerkannte Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer (grundsätzlich 160 Stunden Weiterbildung) vorweisen konnten.

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

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle der Krankenkassen wird seit dem 1. Januar 2010 über die amtliche Statistik (KG 3) erfasst, so dass eine Befragung der Krankenkassen zu den Leistungsfällen nicht mehr erfolgt. Bei allen Krankenkassen wurden weiterhin die vom 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2014 bewilligten Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhoben, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen wird.

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

erforderlich, da für private Krankenversicherungsverträge keine Regelungskompetenz des G-BA besteht.

Für den Bericht 2014 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 diesen zwei 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 2013 - 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 10.1.1) wurde an insgesamt 124 Krankenkassen versandt. Es wurden 87 ausgefüllte Fragebögen an die Geschäftsstelle des G-BA weitergeleitet, was einem Rücklauf von rund 70 % entspricht. Die 87 Krankenkassen repräsentieren nach eigenen Angaben 64.624.375 Versicherte³ und damit rund 92 % der insgesamt ca. 70 Millionen (70.323.785) gesetzlich Versicherten (inkl. beitragsfrei Mitversicherter) in Deutschland zum 20. Juli 2014 (www.gbe-bund.de).

Die Anzahl der Versicherten bei denjenigen Krankenkassen, die geantwortet haben, lag zwischen 1.934. und 8.854.815 mit einem Mittelwert von 734.368 Versicherten (Median 83.810). 14 Krankenkassen hatten mehr als 1 Million Versicherte, 47 Krankenkassen hatten unter 100.000 Versicherte.

Von den 283 mittels Fragebogen angeschriebenen Leistungserbringern (siehe Anhang 10.1.2) konnten insgesamt 145 Fragebögen in die Auswertung eingehen, was einem Rücklauf von rund 51 % entspricht. 4 Leistungserbringer haben ihre Tätigkeit definitiv erst im Laufe des Jahres 2014 aufgenommen (jeweils ein Team im März, im Juli, im Oktober und im November). Die Angaben dieser Leistungserbringer wurden in der Auswertung berücksichtigt, da die Zahl der versorgten Patienten dieser Teams mit 208, 71, 101 und 100 als ausreichend hoch eingestuft wurde, um erfahrungsbasierte Aussagen zu treffen, und da 7 andere in der Auswertung berücksichtigte Leistungserbringer an dieser Stelle nur „2014“ angaben und kein konkretes Datum ihres Beginns. Der Fragebogen (Anhang 10.1.2) wurde für die Leistungserbringer konzipiert, die vollumfänglich SAPV anbieten. Daher konnten 31 Rückmeldungen von ausschließlich als Konsiliardienst tätigen Einrichtungen, die nicht zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung unterscheiden, nicht in die Auswertung einfließen.

Den Fragebogen an die Mitgliedsorganisationen der DKG (siehe Anhang 0) haben 8 der 16 Landesverbände von Krankenhausträgern beantwortet. Drei Mitgliedsorganisationen haben geantwortet, dass keine neuen Erkenntnisse im Vergleich zur letztjährigen Befragung vorlägen, weshalb der aktuelle Fragebogen nicht ausgefüllt wurde. Eine Mitgliedsorganisation meldete zurück, dass zu dieser Thematik keine Angaben gemacht werden können. Zwei Landeskrankenhausesgesellschaften haben nicht als Verband geantwortet, sondern es wurde einmal eine Übersicht der Antworten der einzelnen Mitgliedskrankenhäuser eingereicht, die teilweise voneinander abweichend geantwortet haben, im anderen Fall wurden die Antworten von 2 „Institutionen“ eingereicht, von denen aber nur eine Angaben gemacht hat. Daher erfolgt die Auswertung der Rückmeldungen der

³ zwei Krankenkassen haben an dieser Stelle eine circa-Angabe gemacht, diese wurden anhand der jeweiligen Geschäftsberichte auf Plausibilität geprüft und im Weiteren wie absolute Angaben gewertet

Mitgliedsorganisationen der DKG auf Ebene der 13 eingegangenen Fragebögen und nicht auf Ebene der 8 Landeskrankenhausgesellschaften.

Der Fragebogen an die KVen (siehe Anhang 0) wurde von allen 17 KVen zurückgesandt. Zwei KVen gaben dabei an, dass der Fragebogen nicht beantwortet werden könne, da die KVen nicht in die SAPV eingebunden seien. Eine KV hat den Fragebogen nicht wie vorgesehen beantwortet, sondern die Ergebnisse einer Befragung bei Ärzten eingetragen. Diese Ergebnisse werden im Folgenden jeweils separat dargestellt.

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 2014 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. Aufgrund eines redaktionellen Fehlers im Fragebogen an die Leistungserbringer ist außerdem nicht auszuschließen, dass die Leistungserbringer Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragen 5. und 7. gehabt haben könnten und in Folge unplausible Angaben gemacht wurden.

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

6. Ergebnisse

6.1 Ausgaben der Krankenkassen für SAPV

Für das Jahr 2014 betragen die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV 216,8 Millionen Euro. Die Ausgaben für Arzneimittel im Rahmen der SAPV beliefen sich im Jahr 2014 auf 38,24 Millionen Euro, die für Heilmittel im Rahmen der SAPV auf 2,70 Millionen Euro und die für Hilfsmittel im Rahmen der SAPV auf 5,83 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.

Tabelle 1: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für SAPV 2009 bis 2014 (Quelle: Amtliche Statistik KJ 1; * die Statistik für 2009 erfasste die Ausgaben für Arznei sowie Heil- und Hilfsmittel nicht)

SAPV Leistungsausgaben Mio.€/Jahr	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ärztlich/Pflegerische Leistungen	17,3	47,82	84,90	127,50	175,9	216,8
Arzneimittel	-*	5,60	15,14	20,50	31,71	38,24
Heilmittel	-*	0,42	0,61	0,85	1,36	2,70
Hilfsmittel	-*	2,27	3,27	2,94	5,24	5,83
Gesamt	17,3	56,11	103,92	151,79	214,21	263,57

6.2 Analyse zur Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten

Die Befragung der BÄK zur Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer (grundsätzlich 160 Stunden Weiterbildung) ergab zum Stichtag 31. Dezember 2014 (vgl. Tabelle 2), dass insgesamt 9.073 berufstätige Ärztinnen und Ärzte die Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ erworben haben. Davon waren 4.005 Ärztinnen und Ärzte niedergelassen und 3.815 im Krankenhaus tätig. Die Datenbasis des Berichtes für das Jahr 2009 hat möglicherweise Abweichungen im Vergleich zu den Folgejahren 2010 bis 2014, 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).

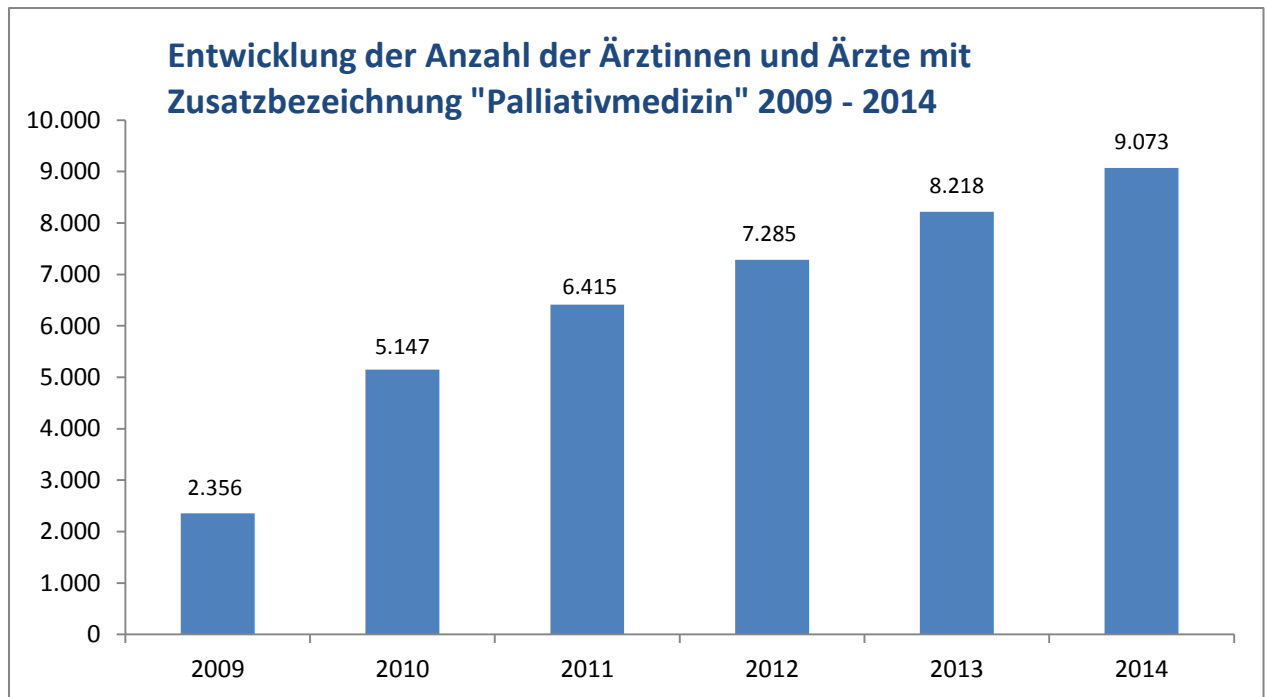


Abbildung 1: Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ 2009 bis 2014, (Quelle: BÄK).

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

Landesärztekammer	gesamt		darunter:	berufstätig		davon:				
	Anzahl	Anteil am Bundesgebiet in Prozent	ohne ärztliche Tätigkeit Anzahl	Anzahl	Anteil am Bundesgebiet in Prozent	ambulant Anzahl	darunter: niedergelassen Anzahl	stationär Anzahl	in Behörden Körpersch.u.a. Anzahl	in sonstigen Bereichen Anzahl
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Baden-Württemberg	1 492	16,4	90	1 402	16,1	801	730	552	14	35
Bayern	712	7,8	39	673	7,8	249	199	387	1	36
Berlin	298	3,3	28	270	3,1	125	79	120	7	18
Brandenburg	249	2,7	6	243	2,8	144	139	94	0	5
Bremen	69	0,8	1	68	0,8	27	25	35	3	3
Hamburg	187	2,1	13	174	2,0	94	75	72	1	7
Hessen	933	10,3	44	889	10,2	459	413	352	5	73
Mecklenburg-Vorpommern	162	1,8	5	157	1,8	70	70	79	0	8
Niedersachsen	1 134	12,5	39	1 095	12,6	717	661	342	9	27
Nordrhein	1 127	12,4	37	1 090	12,6	550	463	525	2	13
Rheinland-Pfalz	484	5,3	13	471	5,4	226	202	216	11	18
Saarland	92	1,0	3	89	1,0	44	38	40	1	4
Sachsen	375	4,1	5	370	4,3	176	156	186	1	7
Sachsen-Anhalt	195	2,1	2	193	2,2	88	80	103	2	0
Schleswig-Holstein	374	4,1	18	356	4,1	234	205	117	1	4
Thüringen	153	1,7	4	149	1,7	61	53	87	0	1
Westfalen-Lippe	1 037	11,4	43	994	11,4	460	417	508	8	18
Bundesgebiet insgesamt	9 073	100,0	390	8 683	100,0	4 525	4 005	3 815	66	277

6.3 Verordnungen

Über die Frequenzstatistik der KBV wurde die Anzahl der Verordnungen vom 1. bis 4. Quartal 2014, 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 2014 einbezogen. Die Anzahl der Erstverordnungen vom 1. bis einschließlich 4. Quartal 2014 betrug insgesamt 40.913, die Anzahl der Folgeverordnungen belief sich auf 29.516. In den 4 Quartalen 2013, wurden 37.564 Erstverordnungen und 27.740 Folgeverordnungen gezählt (vgl. Abbildung 2 und Tabelle 3).

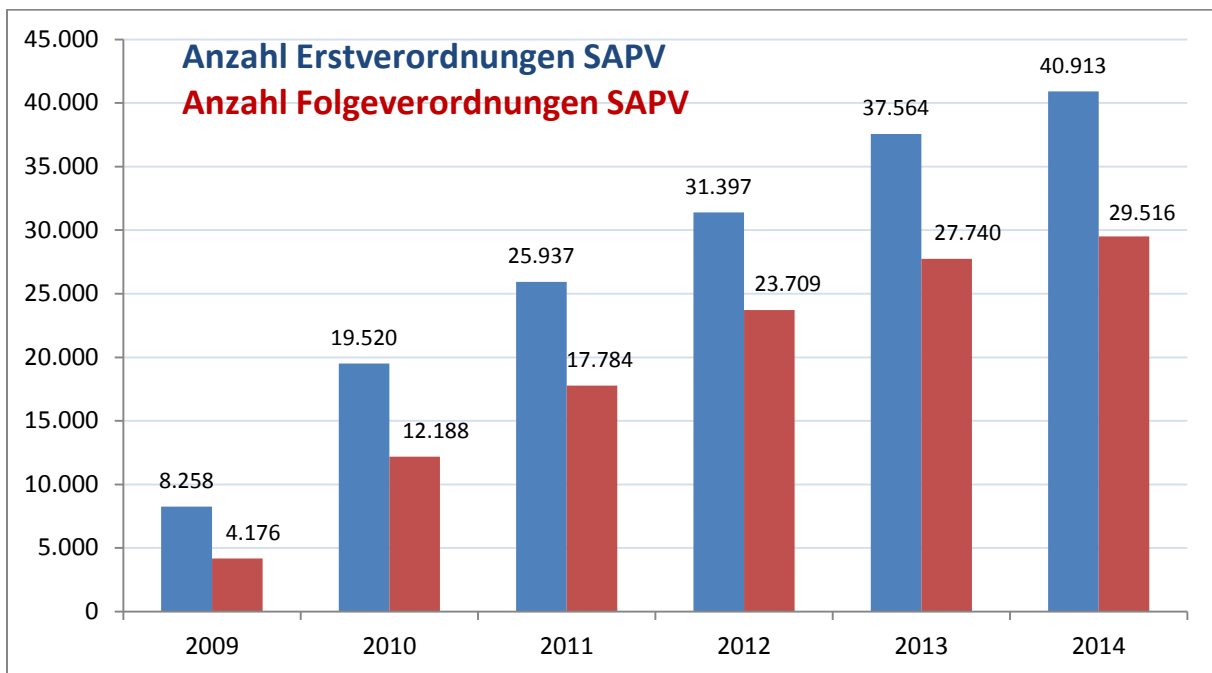


Abbildung 2: Anzahl der Erst- und Folgeverordnungen SAPV 2009 bis 2014 (Quelle: KBV)

Tabelle 3: Frequenzstatistik SAPV Erst- und Folgeverordnungen von 2009 bis 2014

Frequenzstatistik SAPV Erst- und Folgeverordnungen von 2010 bis 2014	2009 ⁴		2010		2011		2012		2013		2014	
	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
Bayern	840	399	1.524	1.054	2.772	2.318	2.902	2.622	3.027	2.354	3.567	2.324
Berlin	267	162	2.799	1.313	4.304	1.865	4.670	2.188	5.309	2.469	5.581	2.883
Brandenburg	281	156	737	624	853	962	1.176	1.196	1.564	1.867	1.951	2.023
Bremen	66	21	121	48	115	71	162	73	214	150	275	168
Hamburg	232	76	416	249	1.011	500	1.260	787	1.384	952	1.291	825
Hessen	1.107	749	3.165	2.165	3.881	2.914	4.763	3.613	5.407	3.694	5.766	4.407
Mecklenburg-Vorpommern	138	85	335	276	425	306	546	481	815	593	967	792
Niedersachsen	1.225	520	2.298	992	3.343	1.724	4.504	2.581	5.519	3.364	6.322	4.424
Nordrhein	380	265	814	666	1.135	825	1.847	1.073	2.881	1.920	3.559	2.502
Rheinland-Pfalz	173	36	452	169	609	425	562	541	728	644	727	643
Saarland	38	5	345	225	293	165	417	277	553	365	701	455
Sachsen	233	46	1.020	723	1.139	969	1.426	1.466	1.901	1.903	2.437	2.349
Sachsen-Anhalt	132	23	312	108	520	219	684	393	979	486	1.048	599
Schleswig-Holstein	304	119	768	630	1.050	999	1.390	1.611	1.629	1.632	1.749	1.365
Thüringen			318	250	619	406	809	511	895	535	951	529
Westfalen-Lippe	893	476	1.344	746	829	557	657	362	700	387	706	246
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
Legende:												
* Erstverordnung = EV												
** Folgeverordnung = FV												

⁴ Die Verordnungszahlen für das Jahr 2009 umfassen das zweite bis vierte Quartal 2009.

6.4 Angaben der Leistungserbringer zu abgelehnten Leistungsanträgen

Die Antworten auf Frage 6 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

ergaben, dass im genannten Zeitraum insgesamt bei 704 Patientinnen und Patienten Leistungen der SAPV durch Krankenkassen abgelehnt wurden (Mittelwert 5, Median 0; Maximum 217 pro Leistungserbringer). Dabei gilt zu beachten, dass es sich in 3 Fragebögen um „circa“-Angaben handelt. Insgesamt 71 Leistungserbringer haben hier mindestens eine abgelehnte Verordnung angegeben, 2 Leistungserbringer haben hier keine Angabe gemacht.

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

Bei der Frage 8 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 64 Leistungserbringer Gebrauch gemacht.

Mehrfach führte die Einschätzung, dass die Kriterien zur Verordnung einer SAPV nicht erfüllt seien (basierend auf der gestellten Diagnose und Ausprägung der Symptome bzw. der zu erwartenden Lebenserwartung oder unzureichend ausgefüllter Verordnungen) zu einer Ablehnung der Verordnung. In diesen Fällen wird häufig angeführt, dass die Indikation für eine SAPV – von Seiten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) – nicht nachvollzogen wurde. Fehlende Erkennbarkeit der Leistungsvoraussetzung z. B. bei nicht-onkologischen Krankheitsbildern wurde genannt. Darüber hinaus wurden auch vereinzelt Ablehnungen aufgrund von Formfehlern in Bezug auf Antragsstellung und verspäteter Einreichung genannt. Ferner wurden in der diesjährigen Befragung erneut Ablehnungen bei PKV-Versicherten mehrfach genannt, da Leistungen der SAPV durch die Unternehmen der PKV nicht regelhaft erbracht werden.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.2 zu entnehmen.

6.5 Leistungsfälle

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle der Krankenkassen wird seit dem 1. Januar 2010 über die amtliche Statistik (KG 3) erhoben und für die Berichterstellung 2014 genutzt. Darüber hinaus

wurden auch die Leistungserbringer zur Zahl der Leistungsfälle, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2014 erbracht haben, befragt.

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

Die amtliche Statistik differenziert auch nicht zwischen Erwachsenen und Kindern bzw. Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und weist Kostenerstattungsfälle nicht separat aus. Zur Erfassung der Leistungsfälle, die Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres betreffen, wurden deshalb weiterhin alle Krankenkassen zu den vom 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2014 bewilligten diesbezüglichen Leistungsfällen, befragt, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen werden sollte.

6.5.1 Abrechnungsfälle insgesamt

Die amtliche Statistik KG 3 weist für 2014 insgesamt 87.460 Abrechnungsfälle aus (2013 wurden in der amtlichen Statistik 74.594 Abrechnungsfälle ausgewiesen; vgl. Abb. 3).

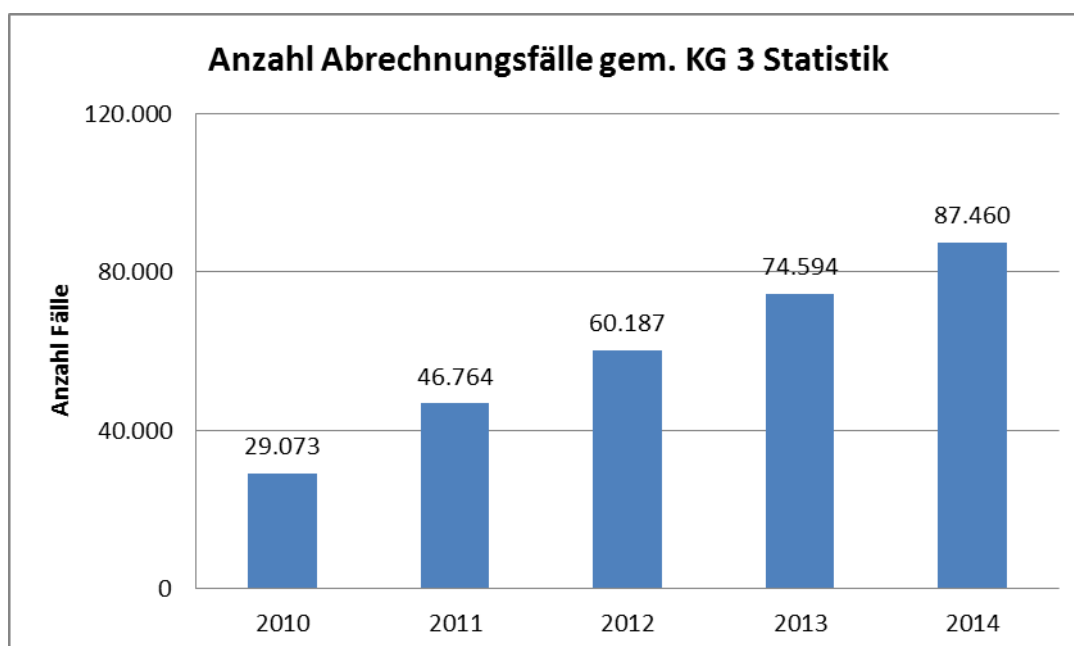


Abbildung 3: Anzahl der Abrechnungsfälle SAPV 2010 bis 2014 (Quelle: KG 3 Statistik)

6.5.2 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 01.01.2014 bis zum 31.12.2014 von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht?“

ergab, dass im genannten Zeitraum insgesamt 38.828 Leistungsfälle von den 145 Leistungserbringern, die sich an der Befragung beteiligt haben, erbracht wurden. Dabei ist zu beachten, dass 11 Leistungserbringer ihre Tätigkeit erst im Laufe des Jahres 2014 aufgenommen haben. Insgesamt 6 Leistungserbringer haben von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, hier eine Schätzangabe zu machen.

Die Anzahl der Leistungsfälle pro Leistungserbringer lag zwischen 2 und 1.148 mit einem Mittelwert von 270 Leistungsfällen (Median 223). Dabei gaben 34 Leistungserbringer an, zwischen 1 und 100 Leistungsfälle gehabt zu haben, bei 28 waren es zwischen 101 und 200 und bei 68 Leistungserbringern zwischen 201 und 500 Leistungsfälle. Von 10 Leistungserbringern wurde eine Fallzahl zwischen 512 und 960 Fällen angegeben Die 4 Leistungserbringer mit den höchsten Fallzahlen gaben 1.057, 1.085, 1.147, 1.148 Leistungsfälle an. Von 1 Leistungserbringer liegen keine Angaben zur Anzahl Leistungsfälle vor.

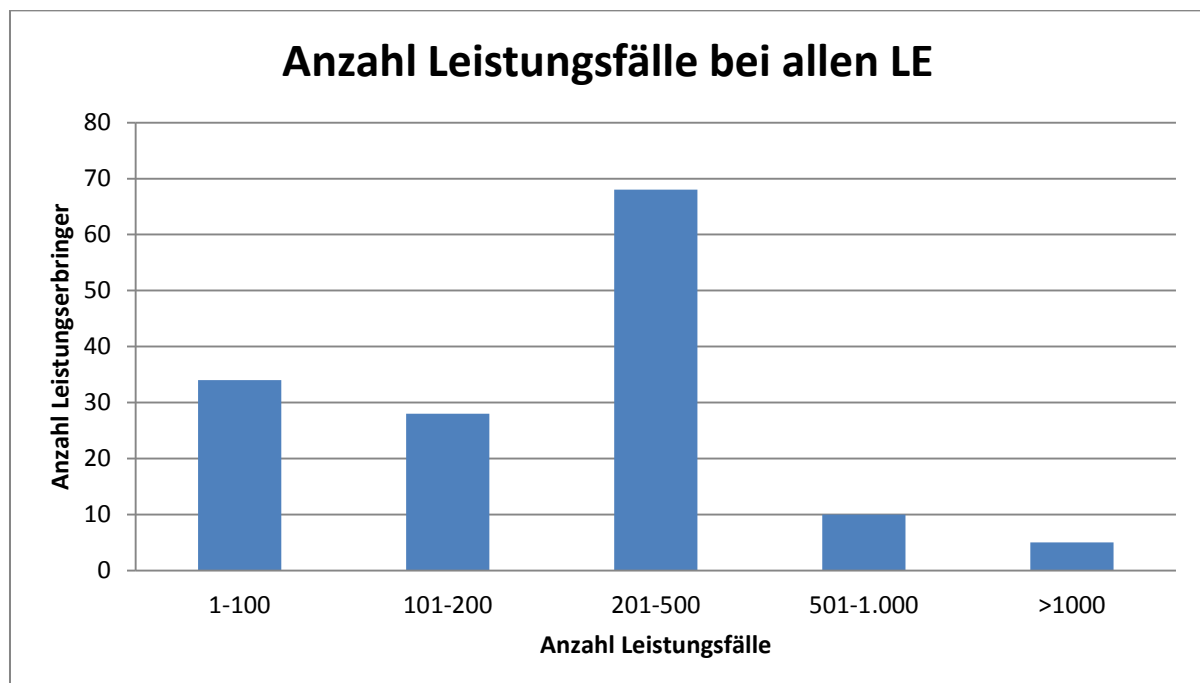


Abbildung 4: Anzahl aller SAPV Leistungsfälle aller Leistungserbringer, die den Fragebogen beantwortet haben (Quelle: Leistungserbringerbefragung 2014).

Die Antwort auf Frage 2 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

wurde von 16 Leistungserbringern nicht beantwortet. Jeweils ein Leistungserbringer gab hier „seit Anbeginn“ bzw. „seit es SAPV gibt“ an. Die Angaben erfolgten teilweise als reine Jahresangabe, teilweise als genaue Datumsangabe.

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

6.5.3 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen

Im Rahmen der Erhebung wurden bei allen Krankenkassen die vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2014 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 01.01.2014 bis zum 31.12.2014 bewilligten Leistungsfälle betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?“

wurde angegeben, dass 548 Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betrafen.

Insgesamt gaben 45 der 87 Krankenkassen an, dass keiner der Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betraf, 30 Krankenkassen hatten zwischen 1 und 10 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen, 8 Krankenkassen zwischen 14 und 30 Leistungsfälle und jeweils eine Krankenkasse gab an dieser Stelle 34, 41, 93 bzw. 102 Leistungsfälle an. Das Maximum für eine Krankenkasse lag demnach bei 102 Leistungsfällen für Kinder und Jugendliche.

Nach den Angaben der Krankenkassen wurden im Jahr 2014 insgesamt 4 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen über Kostenerstattung geregelt, 3 dieser Fälle betrafen eine Krankenkasse, der vierte eine weitere Krankenkasse. Eine Krankenkasse mit 102 Fällen bei Kindern und Jugendlichen konnten keine Angaben zur Anzahl der Fälle, die über eine Kostenerstattung geregelt wurden, machen.

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 sechs bisher evaluierten Berichtsjahren die Befragung beantwortet haben. Dies war bei 17 Krankenkassen der Fall, wobei auch hier eine gewisse Unsicherheit in den Daten besteht, die auf den zwischenzeitlich erfolgten Krankenkassenfusionen und veränderten Mitgliederstrukturen beruht.

Die Daten der 17 Krankenkassen, die in allen Jahren an der Befragung teilgenommen und an dieser Stelle Angaben gemacht haben, zeigen im Vergleich zum Vorjahr eine geringere Anzahl an Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen. Bei diesen Krankenkassen gab es für den Berichtszeitraum 2014 keine Fälle, die über Kostenerstattung geregelt wurden.

Allerdings machte 1 Krankenkasse an dieser Stelle weder über die Anzahl Leistungsfälle noch über die Anzahl der über Kostenerstattung geregelten Fälle eine Angabe.

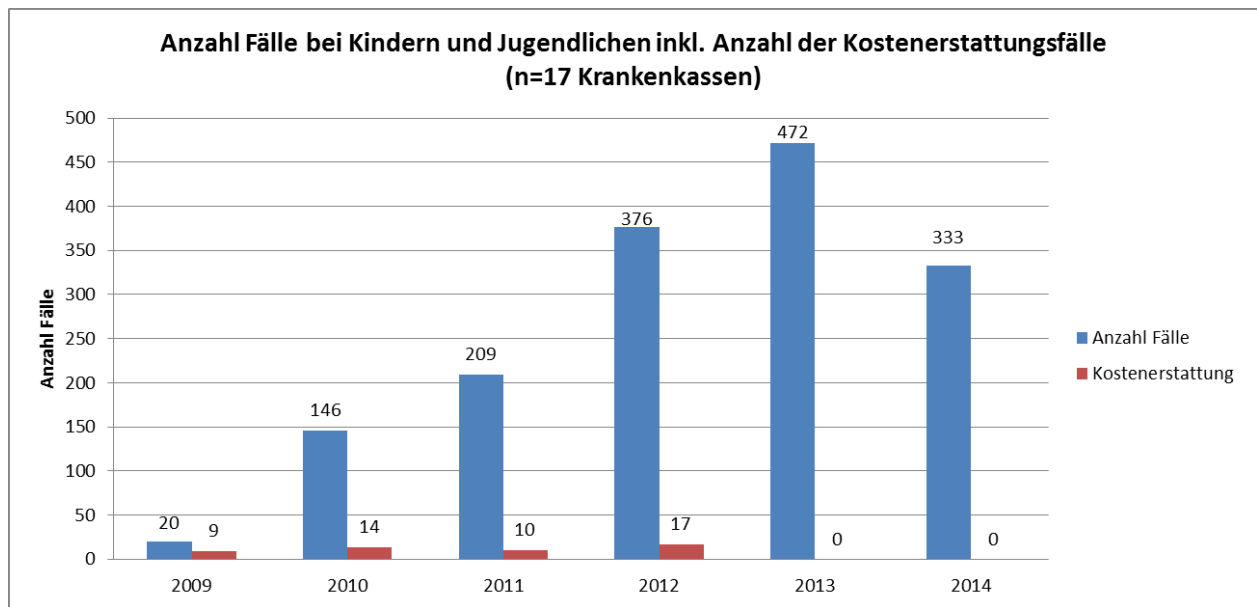


Abbildung 5: Angaben zur Anzahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen (inkl. Kostenerstattungsfälle) aus fünf Berichtsjahren anhand der Daten von 17 Krankenkassen, die in jedem Jahr an der Befragung teilgenommen haben.

Auf Frage 1 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

antworteten 15 der 145 Leistungserbringer mit „Ja“, 129 mit „Nein“ und ein Leistungserbringer machte hier keine Angabe.

Bei der durch die Leistungserbringer genannten Gesamtzahl von 603 Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen entfallen auf die 15 Leistungserbringer, die an dieser Stelle mit „Ja“ geantwortet haben, insgesamt 581 Leistungsfälle. Die Differenz von 22 Leistungsfällen wurde demnach von Leistungserbringern erbracht, die keine explizite Spezialisierung auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen aufwiesen.

Die Antworten auf Frage 5 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Wie viele der unter 4⁵ genannten Fälle waren/betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?“

ergaben, dass im genannten Zeitraum insgesamt 603 der unter Frage 4 genannten Leistungsfälle (n= 38.828) Kinder und Jugendliche betrafen.

An dieser Stelle gaben 120 Leistungserbringer an, keine Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen gehabt zu haben. 12 Leistungserbringer hatten bis zu 10 Leistungsfälle in diesem Bereich, 7 Leistungserbringer hatten zwischen 20⁶ und 50 Leistungsfälle und jeweils ein Leistungserbringer gab hier 53, 85 bzw. 172 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen an. Insgesamt 3 Leistungserbringer machten an dieser Stelle keine Angaben. Diese hatten sämtlich die Frage 1 mit „Nein“ bzw. ohne Angabe beantwortet⁷.

Somit hatten 22 der 145 Leistungserbringer mindestens einen Leistungsfall im genannten Zeitraum, der ein Kind oder einen Jugendlichen betraf (Mittelwert 4, Median 0, Maximum 172). Von diesen Leistungserbringern hatten 13 die Frage 1 mit „Ja“ beantwortet und 9 mit „Nein“.

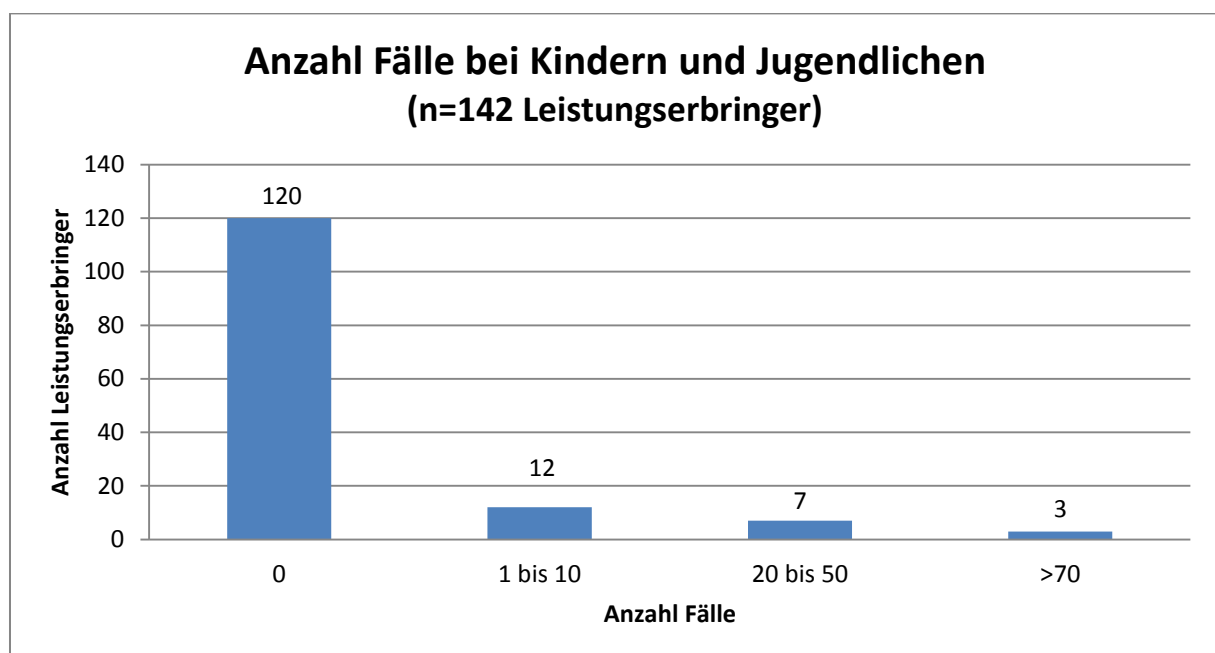


Abbildung 6: Anzahl der SAPV-Fälle bei Kindern und Jugendlichen bei allen Leistungserbringern (Quelle: Leistungserbringerbefragung 2014).

⁵ Die Frage 4 aus dem Fragebogen an die Leistungserbringer lautete: „Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit vom 01.01.2014 bis zum 31.12.2014 von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht?“

⁶ Es gab keine Leistungserbringer, die >10 und <20 Fälle angegeben haben!

⁷ Bei Frage 1 war anzugeben, ob es sich um einen spezialisierten Leistungserbringer für Kinder und Jugendliche handelt.

Die 3 Leistungserbringer mit den meisten Leistungsfällen in diesem Bereich (172, 85 und 53 Fälle) waren ausweislich ihrer Antwort auf Frage 1 spezialisierte Leistungserbringer für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und versorgten einen Anteil von 88 bis 100 % Kinder und Jugendliche an allen von ihnen unter Frage 4 genannten Leistungsfällen.

Auf die Frage 7 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

„Wie viele der unter 6⁸ genannten Patienten waren Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?“

antworteten insgesamt 7 Leistungserbringer. Vier Leistungserbringer gaben hier einen Fall an und jeweils ein Leistungserbringer gab 2, 3 bzw. 10 abgelehnte Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen an. Hierbei handelt es sich um 6 spezialisierte Leistungserbringer für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit insgesamt 85, 39, 41, 20, 2 bzw. 1 Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen sowie um einen Leistungserbringer, der Frage 1 mit „Nein“ beantwortet und auch nur einen Leistungsfall angegeben hat, der ein Kind bzw. einen Jugendlichen betraf⁹.

Die Frage 9 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

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

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

⁸ Die Frage 6 aus dem Fragebogen an die Leistungserbringer lautete: „Für wie viele Patienten wurden im o.g. Zeitraum (01.01.2014 bis 31.12.2014) SAPV-Leistungen durch Krankenkassen abgelehnt?“

⁹ Im Fragebogen wurde kein Grund für die Ablehnung dieses einen Falles genannt.

Tabelle 4: Ablehnungsgründe bei Kindern und Jugendlichen

Leistungserbringer für Kinder und Jugendliche	Seit wann tätig	Ablehnungen/Fälle	Begründung aus Freitextangaben
ja	2009	3/39	„Anforderungen für die SAPPV lt. MDK nicht erfüllt“
ja	2011	1/41	„KK sah keine Notwendigkeit der spezialisierten Palliativ-Versorgung“
ja	k.A.	1/20	„unzureichende Dokumentation, warum eine SAPV zwingend notwendig ist und keine AAPV ausreicht“
ja	2013	10/85	„Krisensituation wird nicht anerkannt nach Sichtung der Dokumentation, obwohl sie aus Sicht des SAPV-KJ-Teams und aus Sicht der Versorgenden (Eltern, Pflegedienst) vorliegt.“ „Versorgung durch Kinderintensiv-pflegedienst und Kinderarzt ist ausreichend“ „Kind soll durch Spezialambulanzen (z.B. für Beatmung) versorgt werden (beide nicht am Wochenende und nachts erreichbar zum Zeitpunkt der akuten Krisensituationen)“

6.5.4 Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen

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

Den ersten Berichten des G-BA über die Leistungsentwicklung bzw. die Umsetzung der SAPV-RL für die Berichtszeiträume 2009 bis 2011 ist zu entnehmen, dass es sehr allgemein gehaltene Rückmeldungen bzgl. Änderungs- bzw. Klarstellungsbedarf in der SAPV-RL gab. Aus diesem Grund wurde in der Befragung ab 2013 wiederum darum gebeten, Aspekte, die aus Sicht der Befragten einer Klarstellung in der SAPV-RL bedürfen, möglichst konkret zu benennen.

6.5.5 Antworten der Krankenkassen

Auf Frage 3 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

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

antworteten 77 der 87 Krankenkassen mit „Ja“ (88,5 %) und 5 mit „Nein“ (5,7 %), 5 Krankenkassen machten an dieser Stelle keine Angaben (5,7 %). Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Nein“ lautete, konnten im Freitext Angaben dazu gemacht werden, die dies näher erläutern. Diese Möglichkeit haben 5 Krankenkassen genutzt. Darüber hinaus wurden an dieser Stelle von 1 Krankenkasse, die mit „Ja“ geantwortet hatte, Angaben gemacht. Bei den Freitexterläuterungen wird - wie in den Vorjahren - eine Konkretisierung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen im Unterschied zu der Erwachsenenversorgung in der SAPV-RL gewünscht. Dabei wurde auch eine konkrete Benennung der Altersabgrenzung gewünscht.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.2 zu entnehmen.

6.5.6 Antworten der Leistungserbringer

Die Frage 10 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

wurde von 44 der 145 Leistungserbringer mit „Ja“ (30 %) und von 28 Leistungserbringern mit „Nein“ (19%) beantwortet; in 73 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. Die Möglichkeit der Freitextantwort bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ wurde in 21 Fragebögen genutzt, ebenso in 2 Fragebögen, in dem mit „Ja“ geantwortet wurde und in 1 Fragebogen, in dem weder „Ja“ noch „Nein“ angekreuzt wurde¹⁰.

Von den 24 Leistungserbringern, die hier die Möglichkeit der Freitextangabe genutzt haben, hatten 12 Leistungserbringer mindestens einen Fall bei Kindern und Jugendlichen (die Fallzahl lag zwischen 1 und 172 Fällen bei Kindern und Jugendlichen). Von diesen 12 Leistungserbringern haben 2 die Frage 10 mit „Ja“ beantwortet und 1 weder mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet, die restlichen 9 Leistungserbringer haben die Frage 10 mit „Nein“ beantwortet.

Die anderen 12 Leistungserbringer hatten keine Fälle bei Kindern und Jugendlichen und haben alle die Frage 10 mit „Nein“ beantwortet und eine Freitextangabe gemacht.

An dieser Stelle wird der Wunsch nach einer Konkretisierung der „besonderen Belange“ von Kindern und Jugendlichen geäußert bzw. dargelegt, dass sich die Versorgung von Kindern und Jugendlichen deutlich von der Erwachsener unterscheidet, auch was die notwendige Dauer der Betreuung und die Komplexität der Erkrankungen angeht. Es wird angeregt, eine

¹⁰ Hier hätte „Nein“ angekreuzt werden müssen, denn der Freitext lautet: [Unsere Einrichtung sieht bei der derzeitigen Umsetzung in [Bundesland] in Bezug auf Kinder und Jugendliche keinen Handlungsbedarf]

Konkretisierung zur SAPV im jungen Erwachsenenalter vorzunehmen. Weiterhin werde nach Ansicht der Antwortenden die Notwendigkeit einer psychosozialen Betreuung der Familie bisher nicht ausreichend berücksichtigt. Auch Schwierigkeiten hinsichtlich qualifizierter Pflegekräfte für den pädiatrischen Bereich werden an dieser Stelle geäußert.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.2 zu entnehmen.

6.5.7 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 berücksichtigt?“

wurde in 6 der 15 Fragebögen mit „Ja“ (40 %) und in 8 Fragebögen mit „Nein“ beantwortet (57 %), eine KV stellt hier Ergebnisse einer Ärzteumfrage dar; demnach antworteten 35 Ärzte mit „Ja“, 6 mit „Nein“ und 25 hatten keine Kenntnisse im pädiatrischen Bereich. Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Nein“ lautete, hatte die KV die Möglichkeit, dies im Freitext zu begründen. Diese Möglichkeit haben 7 KVen genutzt; ebenso 2 KVen, die mit „Ja“ geantwortet haben und 2 KVen die hier weder „Ja“ noch „Nein“ angekreuzt haben. Somit liegen seitens der KVen 11 Freitextangaben zu dieser Frage vor.

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

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.2 zu entnehmen.

6.5.8 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 berücksichtigt?“

wurde in 5 der der 13 Fragebögen mit „Ja“ (38,5 %) und in 5 Fragebögen mit „Nein“ (38,5 %) beantwortet. In 3 Fragebögen wurde hier keine Angabe gemacht. Die Möglichkeit der Freitextantwort bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ wurde in allen 5 Fragebögen genutzt.

Bei den Freitextangaben wird in den Fragebögen wie in den Vorjahren eine Konkretisierung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen und ggf. auch eine Festlegung von Diagnosen gewünscht. Außerdem wird ebenfalls wieder die Notwendigkeit der Bereitstellung von psychosozialen Unterstützungsbedarf für betroffene Familien thematisiert. In jeweils einem Fragebogen werden die Notwendigkeit der Beschäftigung mit Transitionsvorgängen bei Jugendlichen und die Versorgung durch speziell pädiatrisch qualifiziertes Personal genannt.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.2 zu entnehmen.

6.6 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 insgesamt 145 Leistungserbringer eine Angabe gemacht. Zum medizinisch-therapeutischen Bereich haben 96 Leistungserbringer alle Kategorien angekreuzt und 42 dieser Leistungserbringer haben zusätzlich dazu unter „Sonstige“ eine Angabe gemacht.

Die Angaben auf die vorgegebenen Kategorien verteilen sich wie folgt:

Kategorie	Häufigkeit der Nennung ¹¹
Vertragsärzte	138
KH-Ärzte	128
Apotheken	137
stat. Hospize	125
Sanitätshäuser	116
Sonstige	67

¹¹ Mehrfachnennungen möglich

Die Angaben der 67 Leistungserbringer, die insgesamt eine Freitextangabe unter „Sonstige“ gemacht haben, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

sonstige Kooperationspartner	Häufigkeit der Nennung¹²
(amb.) Pflegedienst / Homecare	18
Physiotherapie	11
Ergotherapeuten	4
Logopäden	3
Pflegeheime / stationäre Pflege	3
Krankengymnasten	2
amb. Hospizdienst	1
Therapeuten	1
ambulante Strahlentherapeuten	1
PCA-Pumpen Hersteller	1
Onkologische Tagesklinik	1

Ein Leistungserbringer machte an dieser Stelle eine umfangreiche Aufzählung mit dem Hinweis, dass diese nicht vollständig sei. Die Angaben lauten wie folgt: „Pflegedienste, Pflegeheime, Einrichtungen des Justiz- und Maßregelvollzugs, Einrichtungen der Drogenhilfe, Straßenambulanz, Ambulanz für Menschen ohne Sozialversicherung und "Illegale", Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Zahnärzte, Gesundheitsämter, weitere Hilfsmittellieferanten (Aufzählung nicht vollständig)“.

Bei der Teilfrage der Kooperationspartner im psychosozialen Bereich machten 22 Leistungserbringer in jeder Kategorie ein Kreuz, 6 davon machten zusätzlich noch Angaben unter „Sonstige“.

Die Angaben auf die vorgegebenen Kategorien verteilten sich wie folgt:

Kategorie	Anzahl Nennungen¹³
amb. Hospizdienst	133
Seelsorge	87
Sozialarbeiter	76
psychologische/psychotherapeutische Leistungserbringer	67
Sozialpädagogen	48
Sonstige	21

¹² Mehrfachnennungen möglich

¹³ Mehrfachnennungen möglich

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

sonstige Kooperationspartner	Anzahl Nennungen¹⁴
Physiotherapie	2
Ergotherapie	2
Musiktherapie	2
Psychoonkologie	2
ambulante Pflegedienste	1
Trauerstellen, Gebietskörperschaften	1
Trauerbegleitung	1
Ambulanter Hospizdienst und Kinderhospizdienst	1
GHD Gesundheits mbH Deutschland	1
KH-Schule bzw. örtliche Schulen, Kindergärten u. Werkstätten	1
Pflegestützpunkte	1
Selbsthilfegruppen, andere Ehrenamtler, die sich in dem Bereich engagieren	1
Familienhelfer, Einzelfallhelfer, Jugendamt, Sozialamt, Jobcenter, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Musik-/Kunsttherapeuten	1
Kunsttherapie	1
Je nach Aufenthalt: Altenheim, Behinderteneinrichtungen! Als Leistungserbringer: Physiotherapeuten, Logopäden, Podologen, Psychoonkologie, Ehrenamtliche Hospizdienste	1
Sozialämter, Krankenkassen, Pflegekassen, MDK, Selbsthilfegruppen, Einrichtungen der Angehörigenbegleitung (z.B. für Kinder kranker Eltern), Trauerangebote etc.	1
Jugendämter, Schulämter, Amtsvormund, Familiengerichte, Landeswohlfahrtsverband etc.	1
Spezialisierte ambulante Pflegedienst	1
spezialisierte Hauskrankenpflege	1

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

6.7.1 Antworten der Krankenkassen

Auf Frage 4 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

¹⁴ Mehrfachnennungen möglich

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

antworteten 22 der 87 Krankenkassen mit „Ja“ (25 %) und 60 mit „Nein“ (69 %), 5 Krankenkassen machten hier keine Angaben (5,7%). Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Ja“ lautete, konnten im Freitext Angaben dazu gemacht werden, die dies näher erläutern. Hiervon machten 8 Krankenkassen Gebrauch.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.2 zu entnehmen.

Bei den Freitexterläuterungen wird vorgeschlagen, innerhalb der SAPV-RL Abgrenzungskriterien zwischen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und der SAPV deutlicher zu formulieren. Dies wird auch hinsichtlich der Erbringung von SAPV in Hospizen thematisiert. Von einer Krankenkasse wird darüber hinaus der Wunsch nach klareren Kriterien für eine Qualitätsprüfung durch die Krankenkassen geäußert.

6.7.2 Antworten der Leistungserbringer

Die Frage 11 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 61 der 145 Leistungserbringer mit „Ja“ (42 %) und von 65 Leistungserbringern mit „Nein“ (44,8 %) beantwortet; in 19 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. Alle 61 Leistungserbringer, die an dieser Stelle mit „Ja“ geantwortet haben, haben die Möglichkeit zu erläuternden Ausführungen im Freitext genutzt, ebenso ein Leistungserbringer, der sowohl mit „Ja“ als auch mit „Nein“ geantwortet hat, sowie zwei Leistungserbringer, die mit „Nein“ geantwortet haben.

An dieser Stelle wurde, wie in den Vorjahren, eine Verbesserung der Trennschärfe zwischen allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und SAPV angeregt. Des Weiteren wird auf Konkretisierungsbedarf der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen sowie die Klärung der Unterschiede zwischen Teil- und Vollversorgung hingewiesen. In Hinblick auf die Verordnungsdauer von SAPV wird für Erwachsene und im Besonderen für Kinder darauf hingewiesen, dass der Zeitraum der verordneten Leistung dem tatsächlichen Bedarf nicht immer gerecht würde. Des Weiteren wird eine stärkere Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte erbeten. Auch hinsichtlich der Versorgung nicht-onkologischer und dementer Patienten sowie für Patienten, die noch eine palliative Chemotherapie erhalten, aber wegen des komplexen Symptomgeschehens mit der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung nicht ausreichend versorgt werden können, wird Klärungsbedarf gesehen. Darüber hinaus

werden Probleme bei der Rekrutierung entsprechend qualifizierten Personals geäußert sowie Möglichkeiten für eine niedrigere Zugangsvoraussetzung für das Personal angeregt und Klarstellungsbedarf hinsichtlich der Definition des Palliative Care Teams in der SAPV-RL festgestellt.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.2 zu entnehmen.

6.7.3 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Frage 2 aus den Fragebögen der KVen

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

wurde in 7 der 15 Fragebögen mit „Ja“ (46 %) und in 8 Fragebögen mit „Nein“ beantwortet (53 %); die KV, die Umfrageergebnisse bei den Ärzten präsentiert, gab hier sowohl „Ja“ (n=19 Ärzte) als auch „Nein“ (n=47 Ärzte) an. Die Möglichkeit einer Freitextangabe wurde von den 7 KVen, die mit „Ja“ geantwortet haben, von einer KV, die hier „Nein“ angekreuzt hat, sowie von einer KV, die weder „Ja“ noch „Nein“ angekreuzt hat, genutzt.

Wie bereits bei der Befragung in den Vorjahren wird Klärungsbedarf hinsichtlich der Abgrenzung von Teil- und Vollversorgung gesehen. Von einer KV wird hier der Vorschlag gemacht, statt der Unterscheidung der Leistungserbringung in Beratung, Koordination und Teil- oder Vollversorgung lediglich eine Unterscheidung in Betreuung mit/ohne 24 Stunden Bereitschaft vorzunehmen.

An dieser Stelle im Fragebogen werden außerdem Probleme an Schnittstellen thematisiert.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.2 zu entnehmen.

6.7.4 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG

Die Frage 2 aus dem Fragebogen der Mitgliedsorganisationen der DKG

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

wurde in 2 der 13 Fragebögen mit „Ja“ (15 %) und in 10 Fragebögen mit „Nein“ (77 %) beantwortet, in einem Fragebogen wurde an dieser Stelle keine Angabe gemacht. Insgesamt wurde in 2 Fragebögen die Möglichkeit zu erläuternden Ausführungen im Freitext genutzt.

In den Freitextantworten der Mitgliedsorganisationen werden Versorgungsprobleme durch personelle Engpässe genannt. Außerdem wird thematisiert, dass nichtonkologische Erkrankungen in der SAPV-RL nicht ausreichend berücksichtigt würden und es wird auf die

Problematik der Finanzierung bei der psychosozialen Betreuung z.B. durch Sozialarbeiter und Sozialpädagogen hingewiesen.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Anhang 10.2 zu entnehmen.

7. Berichte des GKV-SV zum Vertragsgeschehen

Der G-BA ist in seinem Bericht über die Umsetzung der SAPV-RL für das Jahr 2009 zum Stichtag 30. September 2009 von ca. 30 - 40 Verträgen mit Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V ausgegangen. Den Berichten des GKV-Spitzenverbandes zum Stand der vertraglichen Umsetzung der SAPV ist im weiteren Verlauf eine kontinuierliche Zunahme von geschlossenen Verträgen nach § 132d Abs. 1 SGB V sowie Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140b SGB V zu den Stichtagen 31.12. zu entnehmen¹⁵:

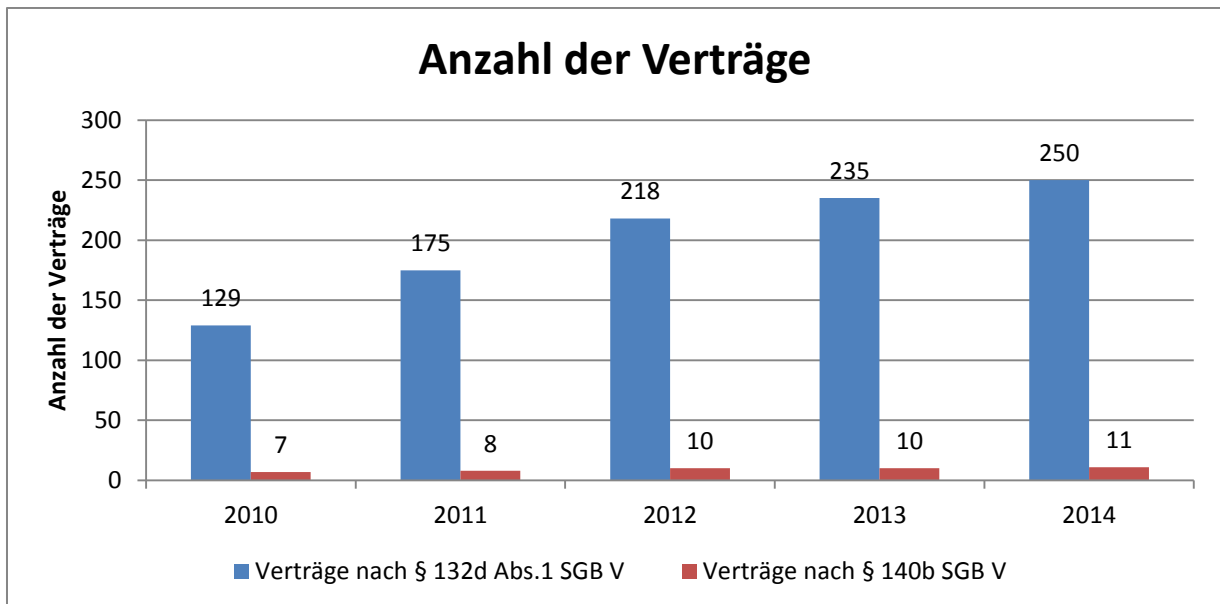


Abbildung 7: Anzahl der Verträge nach §§132d Abs. 1 und 140b SGB V

Die Anzahl der geschlossenen Verträge, die speziell auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind, lag zum Stichtag 31.12.2014 bei 17¹⁶ 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 31.12.2014 ist zu entnehmen, dass dies insbesondere auf den Mangel an ausreichend qualifizierten Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften mit entsprechenden palliativmedizinischen sowie palliativpflegerischen Fort- und Weiterbildungen zurückzuführen ist. Daher wurden - soweit erforderlich und vertretbar - bezogen auf den Erwerb der

¹⁵ Im Vergleich zu den Vorberichten wurden auch Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140b SGB V, die Leistungen der SAPV beinhalten, in die Übersicht eingeschlossen.

¹⁶ In Niedersachsen gab es mit Blick auf die Anzahl der Verträge für Kinder und Jugendliche aufgrund einer geänderten Zählweise eine Änderung der Angaben rückwirkend für die Jahre 2013 und 2012. Dies wurde auch im Rahmen der Gesamtübersicht der geschlossenen Verträge entsprechend berücksichtigt.

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

8. Bewertung der Hinweise

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

Für den Berichtszeitraum 2014 wurden wie in den Vorjahren nachfolgende Themenschwerpunkte als problematisch für die Versorgung mit SAPV genannt. Darüber hinaus wurden Rückmeldungen zu Sachverhalten eingereicht, die der Regelung durch die Vertragspartner nach § 132d SGB V vorbehalten sind und somit in diesem Bericht nicht aufgenommen wurden. Die Ergebnisse der Auseinandersetzung des G-BA mit den Hinweisen der Befragten sind in den Abschnitten 8.1 bis 8.5 dargestellt.

8.1 Psychosoziale/seelsorgerische Begleitung der Betroffenen

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

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

Die vorliegende Befragung des G-BA zeigt deutlich, dass SAPV-Teams in der Regel mit ambulanten Hospizdiensten kooperieren, deren detailliertes Tätigkeitsspektrum allerdings nicht bekannt und 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 sowie Möglichkeiten für eine niedrigere Zugangsvoraussetzung für das Personal angeregt.

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 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 Jugendlichen¹⁷“ 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 Begutachtungsanleitung¹⁸ (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 AAPV)

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

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

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

¹⁷ 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 22.10.2015)

¹⁸ 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 22.10.2015)

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.

Die im Rahmen der Rückmeldungen übermittelte Forderung auf eine ärztliche Verordnung als Zugangsvoraussetzung zur SAPV zu verzichten, wird an dieser Stelle auf die explizite gesetzliche Regelung in § 37b Abs. 1 Satz 2 SGB V, wonach die „Leistung von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen ist“ verwiesen. § 37b Abs. 3 SGB V sieht dementsprechend vor, dass der G-BA in den Richtlinien nach § 92 SGB V u.a. über den Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer zu bestimmen hat. Auf die Verordnung durch den Vertragsarzt oder Krankenhausarzt als Voraussetzung für die Leistungsgewährung kann deshalb nicht verzichtet werden.

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 2014. 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 2013 nachvollzogen werden. Auch im Jahr 2014 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 fünf Berichtsjahre bis zum Berichtsjahr 2013 deutlich gestiegen. Im Vergleich von 2011 zu 2013 hat sich die Zahl der Leistungsfälle nahezu verdreifacht. Im aktuellen Berichtsjahr ist die Zahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen geringer. Gleichzeitig hat die Anzahl der über Kostenerstattung geregelten SAPV-Fälle abgenommen. Im Rahmen dieser Befragung wurde deutlich, 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 19 Ablehnungen, die SAPV-Leistungen für Kinder und Jugendliche betrafen, wurde als Begründung angegeben, dass die prüfende Stelle die Regelversorgung als ausreichend ansah.

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 gewählte Befragungssystematik bildet diesen quantitativ kleinen aber hochspezialisierten Bereich noch nicht genau genug ab. Daher soll

dieser Problematik in dem nächsten Bericht dezidiert nachgegangen werden. Insoweit ist in diesem Punkt eine Klarstellung in der SAPV-RL derzeit nicht angezeigt.

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 2013 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 Berichterstattung für die Vorjahre nochmals geprüft.

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

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

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

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

Der G-BA sieht in diesem Kontext derzeit keinen Änderungsbedarf der SAPV-RL. Die Größenordnung der in den Antworten genannten Problematiken ist auch weiterhin nicht ausreichend beurteilbar, was zum einen mit methodischen Problemen in der Erhebung zusammenhängt und zum anderen mit dem Fehlen ausreichend verwertbarer Informationen zu ggf. erforderlichen Handlungsbedarf. Dies lässt sich auch hinsichtlich des mehrfach genannten Ablehnungsgrundes „Nicht-onkologische“ Indikation verdeutlichen. In der SAPV-RL wird ausweislich keine Indikation genannt. Die Anforderungen an die Erkrankungen, bei

deren Vorliegen Anspruch auf SAPV bestehen kann, wurden in abstrakter Form festgelegt. Dies wurde damit begründet, dass ein Katalog von Erkrankungen nicht zur Klarheit der Richtlinie beitrüge und auch der Palliativversorgung nicht angemessen und daher entbehrlich wäre (vgl. Tragende Gründe zum Beschluss vom 20. Dezember 2007 auf der Internetseite des G-BA).

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

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

Schließlich wurde erstmalig 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 Fragebögen

10.1.1 Fragebogen an die Krankenkassen



ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Angaben so verarbeiten und darstellen, dass keine Rückschlüsse auf ihre Person oder Organisationseinheit gezogen werden können. Alle Daten werden ausschließlich vollständig anonymisiert in unseren Bericht einfließen und so an das Bundesministerium für Gesundheit 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 2014	
ALLGEMEINE ANGABEN	
Name der Krankenkasse:	Adresse der Krankenkasse:
	Ansprechpartner und Telefon-Nr.:
Anzahl Versicherte am 31.12.2014: <input type="text"/>	Datum der Beantwortung: <input type="text"/>
LEISTUNGSFÄLLE	
1. Wie viele der von Ihnen in der Zeit vom 01.01.2014 bis zum 31.12.2014 bewilligten Leistungsfälle ¹ betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?	
Anzahl der Kinder und Jugendlichen: (keine=0)	<input type="text"/>

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



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

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

--	--	--	--

HINWEISE ZU DEN FRAGEN 3-4

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

ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

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

Ja

Nein

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

10.1.2 Fragebogen an die Leistungserbringer



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

Im Rahmen einer Befragung durch den G-BA zur Evaluation der SAPV-Richtlinie, werden Sie aus Datenschutzgründen von einer Krankenkasse angeschrieben, da den Krankenkassen Ihre Adressdaten aufgrund Ihres Vertragsverhältnisses bekannt sind. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte direkt an die unten stehenden Kontaktdaten des **G-BA**. Es ist nicht auszuschließen, dass Sie diesen Fragebogen mehrfach erhalten. Wir würden uns freuen, wenn Sie sich an der Befragung beteiligen und bitten Sie dann, den Fragebogen **einmal**, bevorzugt **in elektronisch lesbarer Form auszufüllen**. Der Fragebogen steht zu diesem Zweck auf unserer Internetseite unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64/> unter dem Menüpunkt „Befragung zur Umsetzung der SAPV-Richtlinie im Jahr 2014 (Fragebogen)“ zum Download bereit. Wir bitten Sie, den Fragebogen bis zum **20. April 2015** 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 2014

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 SAPV-Team um einen spezialisierten Leistungserbringer für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen?

Ja

Nein

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

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

3. Mit welchen Kooperationspartnern arbeitet Ihr Team regelmäßig zusammen?

Medizinisch-therapeutisch:

- Niedergelassene Vertragsärztinnen/Vertragsärzte

- Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte

- 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 01.01.2014 bis zum 31.12.2014** von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht?

Anzahl der Fälle insgesamt:

--	--	--	--	--

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

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

--	--	--	--	--



SAPV-LEISTUNGSGESCHEHEN

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

Anzahl der Patienten:
(keine=0)

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

Anzahl der Kinder und Jugendlichen:
(keine=0)

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



HINWEISE ZU DEN FRAGEN 10-11

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

10. 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:

10.1.3 Fragebogen an die Mitgliederorganisationen 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 2014

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:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

VIELEN DANK FÜR IHRE MITWIRKUNG BEI DER BEFRAGUNG!



ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

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

Ja

Nein

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

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

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

VIELEN DANK FÜR IHRE MITWIRKUNG BEI DER BEFRAGUNG!

10.2 Übersicht aller Freitextangaben

Freitextangaben des GKV-SV / Befragung 2015

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

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

Text
Altersbegrenzungen fehlen: Da es in [Bundesland] separate Verträge für die Versorgung von Kindern im Rahmen der SAPV geschlossen wurden, ist die Frage nach der Altersbegrenzung relevant. Trotz der Diagnosen der Patienten erreichen diese des Öfteren auch das junge Erwachsenenalter. Ein Wechsel des SAPV-Teams ist dann schwer vermittelbar.
„besondere Belange“ im Unterschied zur Erwachsenenversorgung darstellen
Zu § 3 Abs. 3 Satz 2 SAPV-RL: Wie werden bei Kindern die Voraussetzungen für die SAPV als „Krisenintervention“ definiert? Es wird eingeschätzt, dass zur Notwendigkeit einer Krisenintervention im Sinne der SAPV-RL in der Umsetzungspraxis unterschiedliche Standpunkte bestehen.
Konkretisierung des Aspektes „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“. (§ 1 Abs. 4 SAPV-RL)
Es ist lediglich der Hinweis gegeben, dass den Belangen von Kindern besonders Rechnung zu tragen und SAPV auch bei einer länger prognostizierten Lebensdauer angezeigt sein kann. Aufgrund der geringen Anzahl der Leistungs-Fälle bei Kindern und der Berücksichtigung in den Begutachtungsrichtlinien des MDS wird kein Handlungsbedarf gesehen.
Die Unterschiede zur Versorgung von Erwachsenen sollten konkretisiert werden.

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

Wenn ja, welche:

Text
Abgrenzungskriterien AAPV zur SAPV
Konkretisierung bzw. Unterscheidung von Beratungsleistung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützender Teilversorgung und vollständiger Versorgung. Beschreibung der Schnittstelle zwischen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der SAPV.
Innerhalb der SAPV-Richtlinie sollten Abgrenzungskriterien zwischen der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) deutlicher formuliert werden. Letztendlich soll der Patient anhand seines Gesundheitszustandes sowohl durch Leistungserbringer der AAPV als auch durch Palliative-Care-Teams in der SAPV versorgt werden können. Hierzu sind klare Abgrenzungskriterien notwendig.
Die zusätzliche Kostenübernahme der SAPV in stationären Hospizen sowie in vollstationären Pflegeeinrichtungen.
Die Qualitätsabfragen sind zu verbessern. Die Möglichkeiten der einzelnen Kassen zur

Text
Qualitätsüberprüfung sind sehr begrenzt.
Es sollten klare und nachvollziehbare Regelungen zu rechnungsbegründenden Leistungsnachweisen formuliert werden.
Die Abgrenzung zur AAPV und HKP sollte konkretisiert werden.
Eine Konkretisierung der Begriffe additiv unterstützende sowie vollständige Versorgung sind wünschenswert, da in der Praxis diese Fragestellung oftmals zu Unstimmigkeiten zwischen Leistungserbringer und Kostenträger führen.

Freitextangaben der Leistungserbringer / Befragung 2015

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

Frage 8: Sofern bekannt, was waren die Gründe, die bei Erwachsenen zu einer Ablehnung geführt haben?

Text
Kein komplexes Symptomeschehen, nicht ausreichend begenzte Lebenserwartung (mehr als wenige Wochen), insbesondere bei nicht-onkologischen Pat. Im „Erst-Beantragungs-Versuch“ hohe Ablehnungsquote.
Noch durchgeführte Heimbeatmung bei Patient mit ALS
Keine SAPV-Indikation
Sicherstellung der spezialisierten Pflege durch Mitarbeiter im Pflegeheim? Bei Patienten im Pflegeheim gibt es vermehrt Nachfrage.
Bei der Patientin sei eine ambulante Palliativversorgung ausreichend, keine SAPV nötig (zum Zeitpunkt der Begutachtung nach Bestrahlung eines lymphatisch metastasierten Larynx-Ca kein Progress der Metastasierung zu erkennen, jetzt (12 Monate später) bei erneutem Antrag Genehmigung der SAPV bei zusätzlich fortschreitender COPD GOLD IV
Fehlende Indikation
Bei sterbenden Demenzkranken ohne Karzinom wurde leider die Versorgung abgelehnt.
MDK Gutachten- keine Indikation
Nicht maligne Erkrankung, laufende Chemotherapie
Aus Sicht der KK kein ausreichender Symptomkomplex
Lebenszeitbegrenzung war nicht klar erkennbar. Vor allem internistische und neurologische Erkrankungen wurden vorwiegend abgelehnt
Einschätzung der Lebensbegrenzung, gleichzeitig bestehende Behandlung mit palliativen Chemotherapien, nicht aufwändige Versorgung
Überschreitung der Einreichungsfrist
Indikation
Unzureichend ausgefüllte Verordnung
Indikation für eine SAPV von Seiten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) wurde nicht gesehen.
Häufig pauschale Information wie: es sind nicht oder noch nicht alle Kriterien für die SAPV erfüllt. Dies bezieht sich z.B. auf die nicht erkennbar begrenzte Lebenszeit. Hier wird der Leistungsanspruch häufig nicht gesehen, wenn die Patienten nicht nur noch Tage, sondern ggf. noch Wochen oder Monate an Lebenszeit haben. Häufig wird ein SAPV eher als eine Notfalleinheit im Sterbeprozess gesehen.
Es erfolgt die Information dass das Pflegepersonal im Heim bzw. der Pflegedienst die notwendigen Maßnahmen übernehmen könnte. Dies wird auch bei Versorgungs so entschieden, wo z.B. die Patienten immer wieder aufgrund einer Eskalation stationär gehen, grade weil die Unterstützung durch ein SAPV-Team fehlt.
Regionen, in denen wenig Hausärzte vorhanden sind und auch nicht ausreichend ärztlicher oder

<p>pflegerischer Support vorhanden ist, werden Vergleich mit gut versorgten Gebieten gezogen und angeben, dass es nicht Problem der Krankenkasse bzw. des MDK's sei, wenn der Patient nicht die notwendige Betreuung erhalte, sondern das hier die Regelversorgung ausreicht. Egal, ob vor Ort eine solch Betreuung vorhanden oder möglich ist oder nicht.</p> <p>Bei lebensbegrenzender Erkrankung und ausgeprägter Symptomatik wird auf noch kurativ laufende Therapien verwiesen.</p>
„Versorgung durch ambulanten Pflegedienst ausreichend!“
Nicht absehbar, wann die Patientin stirbt, da als Grunderkrankung COPD. Patientin im Pflegeheim.
SAPV Kriterien nicht erfüllt
Nicht ausreichende Symptomlast
„Die Notwendigkeit einer SAPV nicht ersichtlich, Koordination und allgem. Ambulante Palliativversorgung ausreichend“.
Keine begrenzte Lebensdauer, Regelversorgung ausreichend
Private Krankenkasse erstattet die Kosten für die SAPV nicht
AAPV noch nicht ausreichend ausgeschöpft
Keine zwingende Notwendigkeit einer SAPPV, jedoch Abstimmung der Behandlung mit Neurologie, Orthopädie und Pulmonologie/Anästhesie notwendig Unzureichende Dokumentation warum eine SAPPV zwingend notwendig ist und keine AAPV ausreicht
Zweitaufnahmen Ablehnung der SAPV durch den Hausarzt/Hausärztin
Nach Einschätzung des MDK (noch) keine Notwendigkeit für SAPV
Zu geringe Symptomlast
Kein Symptomkomplex
Finale Lebensphase wurde nicht anerkannt Aufwändige Versorgung wurde nicht akzeptiert Notwendigkeit regelmäßiger Symptomkontrolle wurde nicht gesehen
1x lt. MDK kein hinreichender Bedarf, 1x Ablehnung der Kostenübernahme lt. Vertrag ([Krankenkasse])
Chronische Erkrankungen Lebenszeit war nicht verkürzt
Nicht-onkologische Erkrankung
Spezialisierte Versorgungsbedarf aus Antrag nicht erkennbar, Spezifizierung erforderlich
Notwendigkeit der SAPV-KJ wird nicht anerkannt Krisensituation vom MDK nicht anerkannt
Sei keine Leistung der SAPV, ganz allgemein gehalten.
Es handelte sich um demente Patienten im Altenheim mit Schmerzproblematik
Zu geringes komplexes Symptomgeschehen, Einbindung der Regelversorgung reicht aus, keine Spezialisierung nötig, Faxmeldung an die Krankenkasse später als 3 Tage
SAPV-Kriterien waren nicht erfüllt

Tod innerhalb von 3 Tagen und Einreichung der Verordnung am 4. Tag
Keine medizinische Notwendigkeit seitens des MDK
Ausreichende Symptomlast angeblich nicht vorhanden
Zu wenig Informationen zum Gesundheitszustand Berichte usw...
Diagnosen vom Kostenträger nicht anerkannt
Chronischer Erkrankungen, die möglicherweise nicht in klar absehbarer Zeit zum Tode führen würden (z.B. MS, ALS, Herzinsuffizienz, COPD)
SAPV Antrag wurde nicht fristgerecht weitergeleitet.
Bei Privaten Krankenkassen wird die SAPV Leistung nur in seltenen Fällen zugesagt. Bei Privatversicherten führen wir keine „Ablehnungsstatistik“, da wir erst mit der SAPV beginnen, wenn die „freiwillige“ Zusage der Privatversicherung vorliegt.
Wegen zu später Einreichung der Verordnungen abgelehnt, insbesondere über die Wochenenden und Feiertage
Heimpat. und nach längerem Versorgungszeitraum
Laut MDK-Begutachtung, so die Krankenkassen, keine Erfüllung der SAPV-Richtlinien
Erkrankung nicht ausreichend, nicht final, keine Schmerzsymptomatik erkennbar, 24h Betreuung durch Heimaufenthalt, pflegerisch gut versorgt,
Keine ausreichend SAPV Indikation aus Sicht des MDK, Ablehnungen/Teiblehnungen oft bei Nichttumorpatienten, Teiblehnungen/Herabstufungen der Verordnungsstufe vor allem von Teilversorgung auf Koordination vor allem im Bereich der stationären Altenhilfe
Nicht SAPV sondern AAPV; kann durch das ambulante Netz versorgt werden.
Ablehnung durch MDK
Nichtonkologische Erkrankungen mit aus Sicht des MDK unklarer Prognose im Aufnahme-Assesment 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
Mangelhaft ausgefüllte VO 63 Psychosoziale vordergründige Symptome wurden seitens der Kasse als nicht ausreichend bewertet.
Aus Sicht des MDK würde die Primärversorgung ausreichen
Häufig werden Patienten, die auf niedrigem Niveau stabil sind, weil sie gut medikamentös eingestellt sind, in der Folgeverordnung abgelehnt, da die Symptome kontrolliert sind. Pat. werden wegen noch laufender „palliativer“ Chemotherapie vom MDK abgelehnt.
MD war der Meinung, dass AAPV ausreicht.
Ausschließlich [Krankenkasse], gibt keine Gründe an!
Aus Sicht des MDK keine ausreichend begrenzte Lebenserwartung.
pall. Chemotherapie, XXgabe waren noch durchgeführt worden was dann als Ablehnungsgrund aufgeführt wurde keine onkol. Erkrankung, fehlender Palliativansatz

Keine Notwendigkeit der SAPV

Formulare nicht ausführlich genug...

Frage 9: Sofern bekannt, was waren die Gründe, die bei Kindern und Jugendlichen zu einer Ablehnung geführt haben?

Text

Anforderungen für die SAPPV lt.MDK nicht erfüllt

KK sah keine Notwendigkeit der spezialisierten Palliativversorgung

Unzureichende Dokumentation, warum eine SAPV zwingend notwendig ist und keine AAPV ausreicht

Krisensituation wird nicht anerkannt nach Sichtung der Dokumentation, obwohl sie aus Sicht des SAPV-KJ-Teams und aus Sicht der Versorgenden (Eltern, Pflegedienst) vorliegt

Versorgung durch Kinderintensivpflegedienst und Kinderarzt ist ausreichend

Kind soll durch Spezialambulanzen (z.B. für Beatmung) versorgt werden (beide nicht am Wochenende und nachts erreichbar zum Zeitpunkt der akuten Krisensituationen)

Frage 10: 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

Ja, mit der Empfehlung GKV Spitzenverband zur Ausgestaltung der Versorgung der SAPV für Kinder und Jugendliche

Es muss deutlicher werden, dass SAPPV bei Kindern über einen langen Zeitraum laufen kann, da immer wieder unkalkulierbare Krisen auftreten.

In [Bundesland] gibt es z.B. keinen ambulanten Kinderkrankenpflegedienst-auch dies muss berücksichtigt werden. Eine Überleitung in eine AAPV ist somit selten möglich.

Bei Kindern und Jugendlichen sollte SAPV auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt werden können.

Welches sollen die besonderen Belange sein?

Besonderheiten der Kinder müssen expliziter berücksichtigt werden, hinsichtlich junger Erwachsener, lange Versorgungszeit, Familienversorgung, Geschwisterbetreuung, Krisensituationen bei schwerster Grunderkrankung – dann notwendige Intervall-versorgung, psychosoziale Betreuung sollte zu SAPV bei Kindern gehören und auch finanziert werden.

Notwendigkeit der psychosozialen Betreuung des Patienten und der Familien wird nicht berücksichtigt. Unterschiede zu Erwachsenen deutlicher darstellen.

Speziell ausgebildete Pflegefachkräfte und Ärzte direkt für Kinder und Jugendliche, mehr Zeit, mehr Hausbesuche

Der Bedarf psychosozialer Beratung als unbedingtes Versorgungsangebot der SAPV für Kinder und Jugendliche wird nicht entsprechend berücksichtigt, ist nicht in die Regelversorgung aufgenommen

und vergütet; alle wissenschaftlichen Untersuchungen benennen allerdings deutlich diesen Bedarf in der Versorgung der erkrankten Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien
Was sind besondere Belange
Es fehlt eine adäquate Regelung zur Altersgrenze. Es fehlt die stärkere Berücksichtigung der notwendigen psychosozialen Betreuung nicht nur des Kindes sondern der kompletten Familie. Entwicklungspsychologische Aspekte müssten berücksichtigt werden. Die Versorgungsstufen sind der pädiatrischen Versorgung nicht angemessen, 2 Stufen mit und ohne Vorhaltung der 24-Stunden-Bereitschaft wären besser, ebenso mögliche längere Intervalle zwischen 2 Hausbesuchen. Weil die AAPV für Kinder gänzlich fehlt, ist eine niedrigere Zugangsschwelle zur SAPV erforderlich.
Familien müssen umfassender betreut werden Haben noch ganz andere Sorgen und Nöte Krankheitsverläufe sind intermittierend und wesentlich länger
Die Versorgung von Kindern in Krisensituationen vor Erreichen der Finalphase ist nicht ausreichend klar und manchen MDKs auch nicht bekannt.
Die weitere Betreuung von Kindern nach ihrem 18. Geburtstag muss noch konkretisiert werden. Sinnvoll wäre es hier, dass die Betreuung durch den Pädiater weiter läuft.
Frage ist, ob eine zu starke Konkretisierung mit einer zu starken Einschränkung verbunden ist.
Die Besonderheiten in der Versorgung von Kindern/Jugendlichen sind nicht besonders erwähnt, z.B. größerer Zeitbedarf
Notwendigkeit der Versorgung ergänzend zu Kinderintensivpflegediensten, Kinder-ärzten und Spezialambulanzen festschreiben. An dieser Stelle gibt es immer wieder Diskussionen, ob der Kinderintensivpflegedienst und die Spezialambulanz nicht ausreichend sind. Was ist eine Krisensituation? Welche Kriseninterventionen erbringt ein SAPV-KJ-Team? Bei einigen Verläufen ist die Unterbrechung der Verordnung mit einem hohen organisatorischen Aufwand verbunden. Die Kinder haben in kurzen Abständen Krisensituationen. So wird bei kurzen Verordnungen (unsere Erfahrung: Kürzung der VO-Dauer auf max. vier Wochen durch MDK). Mit dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit ist es bei Krankheitsverläufen mit häufigen Krisensituationen sinnvoll, Verordnungsdauern von ca. drei Monaten vorzugeben. Dann sollte die weitere Notwendigkeit überprüft werden. Erkrankungen, welche in der Regel innerhalb des ersten Lebensjahres zum Tod führen, erfordern eine engmaschige Begleitung der Familie, zur Auseinandersetzung mit der Erkrankung, zur Entscheidungsfindung z.B. bezüglich des Ergreifens von intensiv-medizinischen Behandlungsformen und zum Vorgehen in Notfallsituationen, zum Empowerment der Familie. Hier erscheint eine Unterbrechung der Versorgung, auch wenn zu Beginn noch keine Krise vorliegt, nicht angebracht, da Eltern das SAPV-KJ-Team bei Auftreten einer symptombedingten Krise nur einschalten, wenn bereits ein Vertrauensaufbau stattfinden konnte. Evtl. sollte es, entsprechend der Sozialmedizinischen Nachsorge eine Liste mit Erkrankungsbildern geben, welche als eindeutige Zielgruppe der SAPV-KJ deklariert werden Die konkrete Aussage, dass auch schwerst mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche (ACT-Gruppe 4) in symptombedingten Krisensituationen der Versorgung bedürfen
Die Zeit bei Kindern ist noch größer und aufwendiger, die Entfernungen sind in der Regel noch größer, damit auch aufwendiger, dies ist finanziell nicht abgebildet.
Was sind die besonderen Belange? Die Belange bei Erwachsenen sind z. Teil auch besonders!
Speziellen Bedarf der Kinder – psychologische Begleitung, Gesprächsführung, Zeitaufwand Geschwisterarbeit, Elternarbeit, Nachsorge über den Tod des Kindes hinaus, Beratung zu Möglichkeiten – Kur, Reha

Behandlung über längere Zeit, nicht nur Sterbephase
Unsere Einrichtung sieht bei der derzeitigen Umsetzung in Bezug auf Kinder und Jugendliche keinen Handlungsbedarf
<p>Typisch für die Palliativversorgung von Kindern ist der intermittierende SAPV-Bedarf, dies ist nicht ausreichend konkretisiert</p> <p>Gerade in der SAPV sind geringe Patientenzahlen und / oder großflächige Versorgungsregionen mit weiten Anfahrtswegen typisch => Konkretisierung bzgl. Berücksichtigung in der SAPV-Richtlinie noch immer (2007-2015) Regionen ohne SAPV => welche Alternativen werden zur Defizitdeckung unternommen? => Konkretisierung in Richtlinie</p>
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.
<p>Wir sehen für die SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene einen Konkretisierungsbedarf, der sich nach unserem Ermessen am besten in einer eigenen Richtlinienfassung oder einem spezialisierten Anhang zur RL-SAPV abbilden ließe.</p> <p>Da wir bereits in den Vorjahren konkrete und umfängliche Angaben hierzu gemacht haben und im letzten Bericht nur die Feststellung Niederschlag fand, dass mit einer Konkretisierung die bewusst eingeräumten Gestaltungsspielräume eingeengt würde (siehe Bericht 2013 S.7), fragen wir uns, welche Bedeutung vorgetragene konkrete Aspekte hierzu denn eigentlich haben werden, sind sie überhaupt erwünscht, werden sie überhaupt gewertet? Ist es sinnvoll, die Tastatur zu bemühen?</p> <p>Trotzdem verweisen wir erneut auf unsere vorgetragenen Punkte aus den Vorjahren, die an Aktualität nicht verloren haben: Bedarf für Psychosoziale Leistungsanteile, vorgeburtliche Beratung bei erkannten fehlgebildeten Schwangerschaften, Zugang für junge Erwachsene in der Phase von Transition zwischen dem 18. und z.B. 27.LJ, höherer Strukturaufwand wegen der vergleichsweise niedrigeren Dichte an betroffenen Kindern, verglichen mit Erwachsenen, spezifische Verläufe und Bedarfe der Kinder und der Familien als therapeutisches System, Versorgung zusammen mit sog. Intensivpflegediensten bei Beatmungspflichtigkeit, SAPV in Einrichtungen der Jugendhilfe etc.</p> <p>Die Feststellung, dass eine Klarstellung nicht erforderlich sei, da ja keine konkreten Änderungsformulierungen vorgetragen wurden (S. 38) fordert zum Widerspruch heraus: eine konkrete Formulierung ist nicht Ausgangspunkt, sondern Ergebnis des Reflektionsprozesses der Konkretisierung in einer wie auch immer neuen Fassung. Dieser Prozess wird nun seit Jahren als notwendig dargestellt, aber seitens G-BA und des BMG als vorgesetzte Behörde nicht nachvollzogen.</p>

Frage 11: Gibt es darüber hinaus Erkenntnisse, die aus Ihrer Sicht Anlass für eine Änderung oder Klarstellung in der SAPV-Richtlinie geben?

Wenn ja, welche:

Text
Was ist eine begrenzte Lebenserwartung, explizite Information bzw. Klarstellung, dass nicht nur onkologische Patienten einer SAPV bedürfen.
Angemessene Vergütung für alle an der Versorgung Beteiligten
Klare Abgrenzungen SAPV AAPV
Es wäre sehr hilfreich, wenn der Zeitraum, in dem SAPV stattfinden darf, präziser benannt wird: so wird SAPV regelhaft von den Krankenkassen nur in den letzten Tagen und maximal Wochen genehmigt; nach unserer Lesart haben aber komplexe und aufwändige Patienten bereits im letzten

<p>Lebensjahr – oft nur intermittierend - erheblichen spezialisierten Versorgungsbedarf, der bisher nur sehr umständlich versorgt werden darf. Dies ist zwar bereits in der Richtlinie (z.B. §3 Absatz 3) so benannt, in der Umsetzung jedoch nur mit Schwierigkeiten verbunden</p> <p>Vorschlag: Einführung des Begriffs ... insbesondere des letzten Lebensjahres ... an passender Stelle, um hier für eine Klarstellung des Zeitraums beizutragen.</p>
<p>Grenzen zwischen additiver und vollständiger SAPV-Versorgung oft fließend → vereinfachte Antrags-Regelung ohne bürokratischen Aufwand wäre sinnvoll</p>
<p>Vertragsgestaltung, Vergütung und Abrechnung sind nicht Gegenstand der SAPV-RL: das kann dazu führen, dass nachträgliche Leistungsprüfungen der Krankenkassen bei der Abrechnung und evtl. Rückforderungen, die sich letztlich erst sehr viel später bemerkbar machen, hier übersehen werden.</p>
<p>Zugangsvoraussetzungen der Mitarbeiterqualifikation ist schwierig auf dem Arbeitsmarkt zu finden.</p>
<p>Verpflichtung zur Bewilligung von Hilfsmitteln innerhalb von 24 h und nicht im üblichen Procedere jeder einzelne Kasse, denn Zeit ist Lebensqualität.</p>
<p>Nachqualifizierung Pflege und Ärzte sollte einfacher gestaltet werden (Personelle Anforderungen) Mitbetreuung von Angehörigen sollte vertraglich geregelt sein</p>
<p>Besondere Klarstellung, dass SAPV immer zusätzlich zur bisherigen Betreuung erfolgt, d.h. auch als Vollversorgung neben der hausärztlichen Betreuung möglich ist, der Hausarzt also immer mit in der Versorgung bleiben kann.</p>
<p>Es ist zwingend notwendig, dass fixiert wird, dass die Versorgungsdauer über Jahre gehen kann, Belange der Kinder müssen deutlich besser ausformuliert werden.</p>
<p>SAPV in stationären Einrichtungen</p>
<p>Medizinische Leistungen, welche durch Palliativteams verordnet werden, bekommen Pflegedienste nicht oder nur unzureichend vergütet, sind aber für palliative Patienten sehr wichtig, um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden</p>
<p>§ 37b definiert Palliativversorgung als Palliativmedizin und Palliativpflege; dies sichert keine ganzheitliche Versorgung im Sinne des Palliative Care; weitergehende Kooperationen sind zwar benannt, aber z.B. bzgl. Psychosozialer Beratung und auch Trauerbegleitung nicht in einer Regelfinanzierung</p>
<p>Konkretisierung Anspruch auf SAPV bei gleichzeitig bestehenden anderen kausalen Therapien (z.B. pall. Chemo, Bestrahlung)</p>
<p>Verordnungen werden häufig am späten Freitagnachmittag von den Krankenkassen abgelehnt. Häufig per Fax. Der Widerspruch über den Hausarzt der die Verordnung ausgestellt hat kann dann nicht mehr erfolgen.</p> <p>Ärzten in Palliative Care Teams soll ermöglicht werden, eine patientenungebundene Verschreibung von BtMs vorzunehmen.</p> <p>Darüber hinaus benötigen Palliative Care Teams die Möglichkeit, einen eigenen Bedarf auch an weiteren Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln im Sinne eines Sprechstundenbedarfs zu rezeptieren und diese nicht nur im Notfall, sondern auch für den kurzfristigen Einsatz, z.B. als Bedarfsmedikation, verwenden zu können.</p> <p>Bei Ablehnungen der Kostenübernahme für verordnete SAPV zeigt sich, dass offensichtlich keine einheitlichen Bewertungskriterien auf Kassenseite bzw. beim MDK existieren und die in der SAPV Richtlinie genannten Kriterien für den Anspruch auf SAPV offenbar nicht ausreichen. Ablehnung der Kostenübernahme sollten nicht ohne vorherige Rücksprache mit dem Palliative Care Team an die Betroffenen geschickt werden.</p>

Es sollte klarge stellt werden, dass es keinen Fixpunkt gibt, an dem eine palliative Betreuung beginnt und eine kurative Betreuung endet. Eine prozentuale Zunahme der palliativen Versorgung und eine Reduktion des kurativen Ansatzes ist überall in der Literatur beschrieben und in der Versorgung Realität. Hier ist als Indikator für die Notwendigkeit einer spezialisierten Versorgung eher der Handlungsbedarf geeignet. Beispiel: Pat. erhält wegen eines Tumors eine kurative (auf Heilung ausgerichtete) Chemotherapie, die mit massiven Nebenwirkungen verbunden ist. Die Chemotherapie ist die einzige Therapiemöglichkeit, bei der eine Chance auf Heilung bzw. längere Lebenszeit besteht. Wird die Betreuung abgebrochen wäre die Patientin in einer palliativen Situation. Da eine kurative Therapie läuft hat die Patientin die Möglichkeit die massiven Nebenwirkungen zu versuchen auszuhalten oder die Therapie (ihre letzte Chance) abzurechnen um dann als palliative Patienten eine Symptomkontrolle zu erhalten. Die ist aus unserer Sicht ethisch nicht vertretbar.

Nach wie vor wird der Leistungsanspruch bei nicht Tumorkranken z.T. gar nicht oder nur teilweise gesehen und auch anerkannt. Um hier den Patienten, die die Leistung benötigen dies auch zukommen zu lassen, wäre ein deutlicher Hinweis schön, dass sich SAPV nicht ausschließlich auf Tumorerkrankungen bezieht. Gerade an Demenz erkrankte Patienten erhalten die notwendigen Leistungen häufig nicht.

Zeit- und Kostenaufwand bei großen Distanzen in ländlichen Regionen. Berechnung von Noteinsätzen, die über die drei Tagessätze hinausgehen.

Definition für die SAPV und für die allgemeine ambulante Palliativversorgung sollte konkreter formuliert werden.

Grundsätzlich sollte die Definition eines Palliative-Care-Teams bzw. eines SAPV-Leistungserbringers in die Richtlinie aufgenommen werden. Dabei zu berücksichtigen wäre neben den gewachsenen Versorgungsstrukturen in den Regionen und den Mindestanforderungen an fachlichen Qualifikationen der Mitarbeiter/innen vor allem angemessene strukturelle Voraussetzungen (dies sollte der Fokus der Definition sein). Strukturelle Voraussetzungen sollten die Angliederung des Teams an rein ambulante Versorgungsstrukturen sein (eine Anbindung an stationäre Einrichtungen, i.d.R. Krankenhäuser, vermindern aus unserer Sicht die Schwelle zur Einweisung in Krankenhäuser als Maßnahme zur Krisenintervention, was den Zielen der SAPV entgegen steht, aber gängige Praxis ist!). Des Weiteren sollten PCT's nicht als „Netzwerke“ der Palliativversorgung verstanden werden, d.h. ein Kreis aus mehreren, unabhängigen Leistungserbringern, wie qualifizierte Pflegedienste und Hausärzte, sondern als unter „einem Dach“ zusammenarbeitende Teams (Sicherung des Informationsflusses, der insgesamt Kompetenzsteigerung durch permanente Kompetenzentwicklung (von-einander Lernen) und somit der Erreichung sehr guter Versorgungsqualität). Idealerweise wäre eine Eingrenzung des möglichen Versorgungsgebietes vorgenommen werden (im Verhältnis Einwohnerzahl zu Teammitgliedern des PCT (Ärzte + Pflegefachkräfte), um sog. „virtuellen Teams“, d.h. in dem Versorgungsvertrag stehende PCT's, die real eine Struktur aufweisen, entgegenzusteuern.

Es gibt Patienten, die von der Kompetenz und ständigen Erreichbarkeit unseres SAPV-Dienstes sehr profitieren, obwohl die Kriterien zum Einschluss in die SAPV noch nicht – oder nicht mehr – vorliegen. Diese Patienten sind in der „normalen“ AAPV unterversorgt (ihre Primärversorger Hausarzt und Pflegedienst sind mit den Problemen und der Symptomlast dieser Patienten fachlich überfordert). Notwendig wäre daher eine „Vor-SAPV-Stufe“, bei der das Kriterium „begrenzte Lebenserwartung“ nicht angewendet wird. Dies wäre „Early Palliative Care (EPC)“.

Betreuung von nicht Onkologischen Patienten; Konkretisierung von 24 Stunden Rufbereitschaft (Verordnung als Leistung im Formular 63, neben Teilversorgung)

Der Umgang mit Demenzpatienten oder Patienten nach Schädel-Hirn-Trauma und wechselnden Bewusstseinszuständen

Der Umgang mit Patienten mit Heimbeatmung und in Beatmungs-Wohngemeinschaften

Die ethischen Konflikte des Patienten und des Bezugssystems, die oft bei einer Therapiezieländerung

<p>auftreten können.</p> <p>Der Umgang mit den spirituellen und religiösen Bedürfnissen des Patienten und der Angehörigen, die zu einem ganzheitlichen Ansatz dazugehören.</p> <p>Der Umgang mit neurologischen Patienten, die eine unheilbare Erkrankung haben wie ALS oder MS (lange Betreuungszeiten).</p> <p>Der Umgang mit Zweitaufnahmen. (Wenn ein Patient oder Patientin nach einer Stabilisierungsphase von mehreren Monaten wieder aufgenommen wird).</p> <p>Der Umgang mit Patienten die vom Notarzt zugewiesen werden.</p> <p>Aufnahme am Wochenende und Feiertag</p>
<p>Das gegenwärtige Ordnungsverfahren ist der pädiatrischen ambulanten Palliativversorgung nicht angemessen, besser wäre eine Feststellung des SAPV-Bedarfs durch das spezialisierte Team.</p>
<p>Das Ordnungsverfahren ist der SAPV nicht angemessen, besser Feststellung des Bedarfs an spezialisierter Palliativversorgung durch das SAPV-Team.</p>
<p>Das Ordnungsverfahren ist der SAPV nicht angemessen, besser Feststellung des Bedarfs an spezialisierter Palliativversorgung durch das SAPV-Team.</p>
<p>1) Es sollte auch Arzhelferinnen möglich sein, die entsprechende Zusatzqualifikation zu erwerben. 2) SAPV ist auch bei Nichttumorpatienten indiziert, da auch bei schwerer Herzinsuffizienz oder COPD schwere Symptome (v.a. Luftnot und Angst) auftreten. Dies wird vom MDK oft nicht so gesehen, eine Konkretisierung wäre wünschenswert.</p>
<p>Eine bundesweit einheitliche Versorgung und Vergütung wäre absolut wünschenswert</p>
<p>Ein großes Problem ist das Ausfüllen der Verordnung 63, die bis heute bei den Kinder-ärzten und in den Kinderkliniken nicht vorliegt und darüber hinaus nur äußerst unzureichend ausgefüllt wird, das Einholen der elterlichen Unterschrift ist ein zusätzlicher bürokratischer Aufwand, beides führt nicht selten zu einem nicht fristgerechten Einreichen der Unterlagen bei der Krankenkasse.</p> <p>Auch die Sachbearbeiter der Krankenkassen kennen sich mit SAPV bei Kindern nicht aus und verwechseln ein SAPV Team mit einem Pflegedienst.</p>
<p>Es fehlt eine eindeutige Definition eines Palliativteams. SAPV ist eine komplexe multiprofessionell Betreuung und Begleitung rund um die Uhr, die nicht in Nebenberuflichkeit erbracht werden kann und eine reale Teamstruktur verlangt.</p>
<p>Konkretisierung, dass auch nicht-onkologische Patienten (neurologische, Demenzkranke, kardial, pulmonale Patienten) Anspruch auf SAPV haben!</p>
<p>Palliativmedizin bedeutet nicht nur Begleitung am unmittelbar bevorstehenden Lebensende. Es geht auch um Linderung von Leiden bei unheilbaren Erkrankungen. Patienten über SAPV-Beratungsangebote Zugang zu Palliativversorgung zu verschaffen, könnte aus meiner Sicht ein sinnvoller Ansatz sein, zur Integration einer medizinisch, wirtschaftlich und humanitär sinnvollen und rechtzeitigen qualifizierten Palliativbetreuung (Beginn spätestens 2 Monate nach Diagnose eines unheilbaren Tumorstadiums, Temel et al, 2010; Bakitas et al, 2015; Dionne-Odom, 2015). Diese evidenz-basierten Erkenntnisse sollten in der SAPV-RL Berücksichtigung finden.</p>
<p>Änderungswunsch: wenn ein Kind in einem Kinder-Palliativnetz eingebunden ist und eine SAPV-Pflegekraft aus unserem Netz mit anerkannter Weiterbildung zur Versorgung und Betreuung von Kindern in die Versorgung mit einsteigen möchte, dann sollte es dafür auch eine Abrechnungsmöglichkeit geben.</p>
<p>Festlegung bezüglich der Durchführung von Überprüfungen durch den MDK</p>
<p>Bitte klarstellen: SAPV kann auch im Pflegeheim indiziert sein und auch bei Nicht-Tumorpatienten. Leider haben wir immer wieder diesbezüglich Diskussionen mit dem MDK. Unsere Tätigkeit ist im</p>

<p>Pflegeheim eher schwieriger als in den Familien, da die jeweils zuständige Pflegekraft dauernd wechselt.</p> <p>Ebenfalls häufen sich die Diskussionen um die Genehmigung von SAPV bei schwerst-kranken Nicht-Tumor-Patienten, z.B. COPD oder Herzinsuffizienz oder Demenz im fortgeschrittenen Stadium. Die Lebensprognose ist dabei mindestens so kurz wie bei Tumor-Patienten, und wenn uns ein Hausarzt dazu holt, der Leidensdruck auch.</p>
Auflistung der Diagnosen für die SAPV
Fahrtkostenpauschale
Was ist der Unterschied zwischen Teilversorgung / Vollversorgung
Besondere Belange der Kinder sind nicht explizit aufgelistet
Palliativmedizin sollte nicht als medizinischer Betreuung nur der letzten Lebensstage oder Wochen gesehen werden, vielen Patienten könnten viele sinnlose und belasten-de Therapien erspart bleiben, wenn die palliativmedizinischen Behandlungskonzepte frühzeitiger integriert werden könnten.
Die im Jahre 2013 erstellte Liste der Änderungswünsche wird von uns auch in diesem Jahr in allen Punkten mitgetragen. Zusätzlich sehen wir wesentlichen Änderungs-bedarf 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 Rah-men 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.
Es ist dringend geboten, eine eindeutige Abgrenzung zwischen AAPV und der SAPV vorzunehmen.
Bessere Aufklärung der Sachbearbeiter, bei den Kassen, das zum Bsp. auch neurologische, internistische Erkrankungen zur SAPV gehören, frühzeitige Einschreibung verhindert krh.-aufenthalten und Krisen
Klare Definition, wann AAPV und wann SAPV
Müssen SGB V-Leistungen (HKP) im Rahmen der SAPV-VO von einem PD mit Palliative-Care Kräften erbracht werden?
BTM-Richtlinien
BTM-Richtlinien
<p>Auftrag zur Versorgungsforschung – was bewirkt SAPV? => in Richtlinie fixieren</p> <p>Aufforderung zur Flächendeckung prüfen – Wer soll das tun? => in Richtlinie fixieren</p> <p>Prüfung, mit welcher Versorgungsqualität eine Flächendeckung erreicht wird (Unterschied Stadt / Land)</p> <p>GBA sollte sich für eine Vergleichbarkeit von Leistung und Vergütung verwenden – in keinem Feld des Gesundheitswesens gibt es diese Heterogenität!</p> <p>Überprüfung der Umsetzung des Versorgungsauftrages ist aus unserer Sicht in Richtlinie zu fixieren</p>
Sozialer Bereich + Psychoonkologie Vergütung fehlt in SAPV
<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</p>

Genehmigungs-schreiben 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.

2. In diesem Zusammenhang ist die Art der Fragestellung in 3. zu den „Kooperations-partnern“ 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 Fehl-interpretationen 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, das das Festhalten des Patienten an jeglichen kurativen Behandlungs-interventionen 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 großen Zahl von Fällen von den privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht vergütet wird. Dies geschieht, obwohl dem Versicherten dies zunächst aus „Kulanz“ in Aussicht gestellt wird, um dann anschließend aus formalen Gründen (dann zu-meist gegenüber den zwischenzeitlichen Erben) als nicht

<p>erstattungsfähig zurück-gewiesen zu werden. Hier besteht wegen des fehlenden Regelzusammenhangs mit dem SGB ein privatrechtlicher bzw. versicherungsrechtlicher Handlungsbedarf.</p>
<p>Fahrtzeiten Honorierung Pflegeeinsätze keine Vergütung für SAPV-Team-Besprechung über den Pat. außerhalb der Besuche KK fordern Verlaufsberichte bei Muster 63 Verlängerungen an! Die Gründe für die Verordnung stehen aber auf dem Muster 63! Unnötige Arbeit ohne Entschädigung!</p>
<p>Kassen wollen oft nicht die psychosoziale Krisenintervention anerkennen. Hier wäre eine deutlichere Ausführung sinnvoll.</p>
<p>SAPV- Verordnungen bei internistisch erkrankten Patienten, Patienten mit Motoneuronen Erkrankungen werden grundsätzlich seitens der Kostenträger angezweifelt und auch abgelehnt. Die SAPV Richtlinie sollte den Kostenträgern deutlicher klar machen, dass diese Patientengruppen selbstverständlich den Kriterien der SAPV entsprechen können. In den Begutachtungen finden außer den medizinischen Kriterien das große Feld der psychosozialen Situationen, insbesondere die des tragenden Umfeldes häufig kaum oder keine Beachtung. Häufige Gründe für Ablehnungen sind Chemotherapie bis zum Tod. Laut MDK- Gutachter ist SAPV dann nur Behandler der Nebenwirkungen von Cemo- das ist kein Kriterium für SAPV. Onkologen bestellen Patienten auch noch sitzend und liegend zur palliativen Chemotherapie. Es gibt nicht in allen Bundesländern AAPV insbesondere für Pflege und soziale Betreuung. Doch nicht alle SAPV Patienten, die den Kriterien der SAPV in gut eingestellten Phasen nicht voll entsprechen, benötigen eine andere Lösung als nur eine Beendigung der SAPV durch die Kostenträger. Auch wenn diese Patienten auf einem niedrigen Niveau längere Zeiten stabil sind, ist die Regelversorgung damit schon überfordert Eine denkbare Lösung wäre, Patienten mit nur einem oder zwei Hausbesuchen pro Woche zur Symptomkontrolle als ruhende SAPV Patienten zu belassen, dafür weiter die B- Pauschale ([Bundesland]-vertrag) zu berechnen, da die 24 h Rufbereitschaft auch für diese Patienten dann weiter aufrecht gehalten werden kann. Bei akuter Verschlechterung kann dann nahtlos die SAPV wieder intensiviert werden. In Familien mit einem sterbenden Elternteil von jüngeren Kindern eine finanzierte reguläre Möglichkeit vor Ort , Kinder professionell zu begleiten.</p>
<p>Weniger bürokratischen Aufwand! KK haben alle Daten. Es sollte eine einfache Mitteilung des Leistungserbringers bzgl. Übernahme der SAPV an KK genügen!</p>
<p>Erbringung durch wen? Multiprofessionelle Teams oder andere Strukturen ist nicht definiert. Verpflichtende Leistungsinhalte? Festlegung der Inhalte von Vollversorgung oder Teilversorgung bzw. Koordination und Beratung</p>
<p>Ein <u>frühzeitiger Beginn</u> der SAPV <u>sichert</u> eine <u>optimale Versorgung!</u> Durch Verbesserung der Symptomatik u. Sicherheit i. d. Familie kann häufig Lebens-qualität u. Lebenszeit gewonnen werden. Nicht selten kann dann die SAPV für einige Zeit ausgesetzt werden. Patienten und Angehörige haben dann aber die Sicherheit, bei Verschlechterung sich jederzeit wieder melden zu können.</p>
<p>§7, Ausstellung SAPV für längstens 7 Tage durch Krankenhausärzte. In der Sterbephase ist es unzumutbar den Patient/Angehörige mit Unterschriften zu belästigen. §8, Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse ([Krankenkasse]) vor Ort beim Patienten sollte ebenfalls durch qualifiziertes Palliativfachpersonal durchgeführt werden. Hier erfolgt die Begutachtung der Pflegestufe und im Nebenschluss wird die SAPV abgelehnt!</p>
<p>Die Haus- und Fachärztliche Weiterbetreuung ist gegeben. Bestehende Pflegerische SGBV Weiterbetreuung wird oft von den Kassen nicht anerkannt – auch wenn es sinnhaft vom</p>

bestehenden Pflegedienst weitergeführt werden könnte.
Häufige Herabstufung der nicht-onkologischen Patienten durch MDK, vermehrte Widersprüche notwendig
SAPV mögl. bei 24h Intensivpflege (?) u.a. XXX etc.
<p>Unnötige Differenzierung in Versorgungsstufen (Beratung - Vollversorgung). Diese wurden in [Bundesland] auch gar nicht in den Kassenverträgen berücksichtigt.</p> <p>Begrenzung der Anzahl der Hausbesuche (in [Bundesland] auf 6 (Arzt) bzw. 15 (Pflege)) gefährden die Patientenversorgung bei längerfristig nötiger SAPV und sollten ausgeschlossen werden.</p> <p>Generell sind manchmal auch längere Versorgungen sinnvoll und "kostenreduzierend", werden aber in [Bundesland] gar nicht mehr vergütet, als Versorgungen von z.B. 30 Tagen.</p> <p>Verträge zur Hilfsmittelversorgung (in [Bundesland] beispielgebend durch [Krankenkasse]) sollten vorgeschrieben werden.</p> <p>Die Abgrenzung zur AAPV führt lediglich zur Verwirrung, da diese in der Praxis gar nicht als Kategorie greifbar ist. - Vorschlag : SAPV wird dann notwendig, wenn die bisherige Betreuung in der Regelversorgung Defizite erkennen lässt (wiederholte KH-Aufenthalte wegen Krisen) oder bereits Krisensituationen absehbar sind (auch bei Abwesenheit des Hausarztes - Vertreter fühlt sich eigentlich nie in der Lage Betreuung wie Hausarzt sicherzustellen)</p> <p>Berücksichtigung einer Möglichkeit Patienten bei deren Wunsch und Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen auch ohne Zustimmung des Haus- (oder Facharztes) aufzunehmen .</p>
Viel bürokratischer Aufwand, zu viele bürokratische Hürden (z.B. Unterschrift von Angehörigen nach Tod des Patienten)
<p>Versorgungspauschale für 1. Wo. unabhängig vom tatsächl. Besuchsaufwand beim Pat. klarstellen</p> <p>Notwendigkeit der Behandlung/Betreuung durch intensive/regelmäßige Gesprächs-führung → Anerkennung d. Gespräche als Behandlung.</p> <p>Im Verlauf stattfindende „Nicht-Verschlechterung“ oder Stabilisierung muss als Wirkung von SAPV gesehen werden, und darf nicht dazu führen, dass SAPV pausiert werden muss!</p>
<p>Weniger Bürokratie!</p> <p>Weniger ausführliche Begründungstexte für die Krankenkassen / längere Fristen für Folgeverordnung.</p>

Freitextangaben der Mitgliedsorganisationen der DKG / Umfrage 2015

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

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

Text
Es wäre wünschenswert, in § 3 Abs. 3 Satz 2 näher zu konkretisieren, unter welchen Voraussetzungen Kinder die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllen. Dafür können die Empfehlungen des GKV-SV vom 12.06.2013 herangezogen werden.
<p>Viele Passagen unserer Stellungnahmen vom letzten und vorletzten Jahr sind weiter-hin aktuell, hier gab es keinerlei Bewegung in der Politik oder der Rechtsprechung, manches wurde noch nicht mal im Bericht des G-BA an das BMG explizit erwähnt (hierzu gehört z. B. der Bedarf an einer pränatalen Beratung von Eltern, die ein Kind mit einer lebenslimitierenden Erkrankung erwarten, dass mit großer Wahrscheinlichkeit innerhalb von Tagen oder wenigen Wochen nach der Geburt versterben wird).</p> <p>2. Trotz der Hinweise der Befragten hinsichtlich Konkretisierung der besonderen Belange der Kinder und Jugendlichen im Vergleich zur Versorgung Erwachsener (Verweis darauf auf S. 31 der Berichtes des G-BA an das BMG) gelangt im weiteren Verlauf des Berichtes der G-BA zur Bewertung, dass eine Klarstellung der Richtlinie nicht angezeigt sei, da zwar der Bedarf der Konkretisierung gesehen wurde, aber keine konkreten Änderungsvorschläge erbracht worden seien (vgl. S. 38).</p> <p>3. Trotz des hohen psychosozialen Unterstützungsbedarfs der Familien, der in der besonderen Situation als aufsuchendes Angebot vorgehalten werden muss, und der Nennung dieses Bedarfs im Rahmen der letzten Befragung sowohl von den Leistungserbringern als auch von der DKG usw. gibt es hier keinerlei Bewegung in der Politik, keine Bestrebung, dies in die Richtlinie auszunehmen oder anderweitige Ideen zu entwickeln, wie diesem Bedarf begegnet werden könnte. Die Krankenkassen sehen sich nicht in der Lage, diese Leistungen zu finanzieren, da sie nicht im SGB V angesiedelt seien.</p> <p>4. Als weiteres Problem hat sich im Verlauf des Jahres 2013 in den Krankenkassenverhandlungen gezeigt, dass die Kassen sich explizit als nicht zuständig für Kosten sehen, die durch Strukturaufbau entstehen oder die aus ihrer Sicht Vorhaltekosten sind. Hier wird insbesondere das Kernstück der SAPV, die 24-Stunden Ruf- und Einsatzbereitschaft (aufsuchend) nicht als Leistung anerkannt und darf in der entsprechenden Kostenkalkulation nicht einfließen. Trotz Betonung der immanenten Bedeutung der 24 Std 7 Tage Rufbereitschaft für die SAPV gab es auch auf Nachfrage keine klare Äußerung des BGM zu diesem Sachverhalt.</p> <p>5. Bezgl. der Herausforderungen der unterschiedlichen Diagnosegruppen in der Kinderversorgung, in der häufig nicht die Grunderkrankung per se sondern die daraus resultierenden Komplikationen die Lebenslimitierung bedeuten haben wir schon letztes Jahr hingewiesen.</p> <p>6. In einem Einzelfall hat die Begutachtung durch den MDK die Einschätzung ergeben, dass u.a. die bei dem Kind wegen einer seit Jahren bestehenden Schluckstörung durchgeführte Ernährung über eine PEG-Sonde als lebensverlängernde Maßnahme mit Ziel der Lebensverlängerung zu werten sei. Hier scheint eine bessere Schulung der Sachbearbeiter Begutachter notwendig.</p> <p>7. Das Thema Transition ist eines, das ebenfalls in der Richtlinie nicht abgebildet ist. Der Wunsch der Krankenkassen nach einer einfachen Festlegung der Altersgrenze für Kinderversorgung versus Erwachsenenversorgung greift hier zu kurz und berücksichtigt nicht, dass z. B. ontologische</p>

Text
<p>Erkrankungen des Kindesalters, die ausnahmsweise mal bei jungen Erwachsenen auftreten, von Kinderonkologen behandelt werden und nicht von Internisten. Unter dem Aspekt der etablierten Netzwerkstrukturen sollte bei entsprechendem Wunsch der Betroffenen eine Versorgung durch ein KinderPalliativteam möglich sein, auch wenn der Patient schon volljährig ist. Zum anderen ist der Anteil der Patienten mit komplexen Krankheitsbildern und schwerster Mehrfachbehinderung in der Versorgung von Kindern deutlich höher. Bei ausgeprägter Gedeihstörung und mentaler Entwicklungsretardierung ist die Versorgung durch ein Kinderpalliativteam, das auf den Umgang mit diesen Patientengruppen spezialisiert ist, erforderlich.</p>
<p>Eine Konkretisierung zu Kindern und Jugendlichen finden sich in der Richtlinie nur in folgender Formulierung: „Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.“ Dabei ist nicht klar genug:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dass es auch um die Versorgung von Jugendlichen und die von jungen Erwachsenen mit pädiatrischen Erkrankungen geht - dass sinnvolle „Krisenintervention“ bei SAPV nicht allein stehen kann, sondern immer auch ein aktuelles Assessment erfordert - dass es nicht nur um „längere“ Verläufe, sondern um die Gruppe 4 der Palliativkrankungen nach den IMPaCCT-Kriterien geht - dass würdegemäße Versorgung kranker Kinder immer auch die Betreuung der ganzen Familie und folgerichtig auch zumindest Anfangs-Maßnahmen der Trauerbegleitung impliziert
<p>In § 1 Abs. 4 steht nur „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“. Dies ist nicht auch nur annähernd konkretisiert. Hier sind klar die besonderen Belange, wie z. B. besondere kinderpsychologische Mitbetreuung, zu erwähnen.</p>
<p>Aus unserer Sicht sind die Belange von Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend berücksichtigt. Die Versorgung dieser Patienten muss durch Kinderärzte mit palliativmedizinischer Ausbildung und auch speziell dafür geschultem Pflegepersonal erfolgen.</p>

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

Text
<p>Die SAPV-Teams sind aufgrund personeller Engpässe regelhaft nicht in der Lage, innerhalb von drei Tagen nach Verordnung den Patienten aufzusuchen.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - nichtonkologische Erkrankungen werden nicht ausreichend bedacht und häufig abgelehnt - psychosoziale Indikatoren können nicht nur durch Ehrenamtliche erbracht werden, hier braucht es Finanzierungsgrundlagen, für die Arbeit von Sozialarbeiterinnen / Sozialpädagogen

Freitextangaben der KBV / Umfrage 2015

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

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

Text
§ 1 Abs. 3 d. RL sollte ggf. um „Jugendliche“ erweitert und konkretisiert werden.
<p>Die SAPV-Richtlinie (SAPV-RL) mit Stand vom 25. Juni 2010 berücksichtigt die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen lediglich an 2 Stellen:</p> <ul style="list-style-type: none">• § 1 Abs. 4: „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“.• § 3 Abs. 3 Satz 2: „Insbesondere bei Kinder sind die Voraussetzungen der SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt“. <p>Dadurch werden in unseren Augen die besonderen Bedürfnisse der jungen Patienten und ihrer Angehörigen nicht ausreichend widerspiegelt.</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 muss 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. Da sich die Erkrankungen, die zu einer Verordnung der SAPV führen, zwischen Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen unterscheiden, sind zudem altersgruppenspezifische medizinische und hospizliche Kenntnisse notwendig.</p> <p>Auch in der Betreuung der Angehörigen von Kindern/Jugendlichen in der SAPV gibt es Unterschiede im Vergleich zu erwachsenen SAPV-Patienten. Hier ist 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 KVB direkt Verträge mit den SAPV-Teams. Die KVB hat deshalb keine umfassenden Informationen über das Angebot an SAPV in Bayern und das in der SAPV erbrachte Leistungsgeschehen. Nach unserem Wissen gibt es derzeit vier SAPV-Teams in Bayern, die speziell die SAPV-Betreuung von Kindern und Jugendlichen übernehmen. Um das Angebot an SAPV für diese Patienten auszubauen, bedarf es einer stärkeren Förderung (s. Punkt 2).</p>
<p>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. Wünschenswert wäre eine Regelung, die Kinder, aber auch Jugendliche im Übergang zum Erwachsenenalter erfasst, aber berücksichtigt, dass es sich nicht um Erwachsene / ältere / alte Menschen handelt. Die Personellen Anforderungen sollten daher wie in der Norm „Gemeinsame Empfehlung“, ebenso in der Richtlinie verankert werden.</p>
<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</p>

Text
<p>und Angehörigen mit einbeziehen muss. 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. 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>Die KV ist an den mittlerweile vorhandenen Vertrag zur SAPPV für das Land [Bundesland] nicht beteiligt. Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen erfolgt im Rahmen der SAPV-Verträge des Landes bislang ohne Rückmeldung.</p>
<p><u>Begründung:</u> Die in der Richtlinie (§ 1, Absatz 4) gewählten Forderung: „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.“ ist für die Kostenträger häufig unklar und wird daher unzureichend umgesetzt. Dies betrifft z.B. den Einsatz von SAPPV</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei länger prognostizierter Lebenserwartung • in Krisensituationen • als intermittierende Erbringung palliativer Leistungen • bei jungen Erwachsenen, die seit dem Kindes- oder Jugendalter an typisch pädiatrischen Erkrankungen leiden
<p>Die Richtlinie lässt u.E. ausreichend Raum, in SAPV-Verträgen die Belange von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen. Ob dieser „Spielraum“ in den Verträgen zwischen den Kassenvertretern und den Leistungserbringern genutzt und auch tatsächlich umgesetzt wird, ist uns nicht bekannt.</p>
<p>In [Bundesland] kooperieren Hospizdienst und SAPV-Kinder eng zusammen.</p>
<p>Die zuständigen Kinderpalliativzentren haben mit der Regelung in § 1 abs. 4 der Richtlinie eine Anspruchsgrundlage, die ggf. zu unpräzise ist. (Ablehnungssachverhalte von Kinder SAPV müssten insofern aufbereiten werden.)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • wer ist Ansprechpartner im ärztl. Bereich? • Wer stellt die Indikation? • Umsetzungsschwierigkeiten, Anlaufstellen für Kinder in der Nähe? Kinderärztliche Begleitung? • Viele Spezialfälle in der päd. SAPV werden nicht ausreichend abgedeckt • Ausbildung Infrastruktur, Abrechnung, Schulung als besondere Anforderung
<p>Noch immer gibt es zu wenige bzw. keine SAPV-Verträge speziell für Kinder. Auch aus diesem Grund sind keine finanziellen Anreize zu Ausbildung von entspr. Qualifiziertem Pflegepersonal gegeben. Allerdings scheint die Versorgung im stationären Bereich sehr gut zu sein, da es derzeit nur sehr wenige Kinder in der ambulanten Palliativversorgung gibt.</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>(3) 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- und4. Vollversorgunghaben sich nicht bewährt. Grund: täglich wechselnder Versorgungsbedarf• Sinnvolle Änderung – Auflösung in 2 Formen:<ol style="list-style-type: none">1. beratende Mitbetreuung ohne 24-Std.-Betreuung2. 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 ein-maligen Fördergeldzahlungen (der Kassen oder Länder) ein wichtiger Schritt – auch für die SAPV für Kinder- und Jugendlichen.• aktuell keine kostendeckende Finanzierung der SAPV – fehlende Finanzierung für z.B. Anfahrtswege und –zeiten, Ruf- und Kriseninterventionsbereitschaft (sowohl Arzt als auch Pflege!)• flächendeckende Versorgung in ländlichen Strukturen braucht adaptierte Strukturvorgaben (z.B. Satellitenteams in Zusammenarbeit mit stat. Einrichtungen), aber muss auch aus den Strukturen vor Ort wachsen, nur dann ist die Akzeptanz gewährleistet
<p>Klarstellung, wann eine additiv unterstützende Teilversorgung und eine vollständige Versorgung verordnet werden kann, wenn der Patient sich schon im Hospiz befindet.</p> <p>Grundsätzlich sollten die Begrifflichkeiten „additiv unterstützende Teilversorgung“ und „vollständige Versorgung“ näher bestimmt bzw. konkretisiert werden.</p>
<ul style="list-style-type: none">• 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

Text
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch eine Kooperation unter Definition der Schnittstellen und Kompetenzen ist nicht nur eine erhebliche Kosteneinsparung zu erzielen, sondern auch eine deutlich verbesserte Betreuung dieses Patientengutes.
<p>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>Einrichtung spezieller AAPV für Kinder für die häusliche Betreuung.</p>
<p>Es erweist sich nach wie vor als nachteilig, dass die Verträge zur Leistungserbringung nur zwischen SAPV-Team und Krankenkassenverbänden geschlossen werden. Detail-Vereinbarungen zum Inhalt und Umfang des jeweiligen Leistungserbringers sind der KV [Bundesland] nicht bekannt. Es treten Probleme mit den Zuständigkeiten bei Verordnungen von Arzneimitteln und in der Zusammenarbeit bzw. Abstimmung zwischen Arzt und Team auf. Einige Teams übernehmen nur die Notfallmedikation. In [Bundesland] wird derzeit die additive Vollversorgung nicht angeboten.</p>
<p>Klare Abgrenzung der Stadien SAPV und AAPV nach wie vor erforderlich. SAPV-Versorgungsverträge der Krankenkassen schließen z. B. bei durchgeführter Chemotherapie den SAPV-Anspruch aus bzw. gewähren nach Genehmigung der SAPV keine Chemotherapie mehr (Herausfallen in diesem Fall auch aus der Versorgung der Onkologievereinbarung). Mitgeteilte Ablehnungen müssten insofern vom GBA auf Richtlinienkonformität hin bewertet, nicht bloß aufgelistet werden. Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, angesichts des Mangels an Palliativmedizinern, auch Vertragsärzte mit einer geringeren Qualifikation (z. B. Basiskurs) in die SAPV-Versorgung einzubeziehen. Entscheidung und Verantwortung übernehmen in diesen Fällen die qualifizierten Leistungserbringer der regionalen Palliativcare-Teams (Flexibilität, Bedarfsorientierung). Es fehlt eine Klarstellung, dass Hausärzte oder Fachärzte durch die SAPV-Versorgung nicht gegen den Willen des Betroffenen ausgegrenzt werden dürfen. Diese bleiben vielmehr nach wie vor für die GKV-Regelversorgung wichtiger Partner des Betroffenen und seiner Angehörigen. Die Ausschlüsse in diesem Sinne erfolgen überwiegend angesichts der oft knapp bemessenen Entgeltpauschalen wirtschaftlicher Druck) in den Versorgungsverträgen der Krankenkassen.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Trennung zwischen SAPV und AAPV nicht konkret genug • Trennung zwischen Voll- und Teilversorgung konkretisieren • Die Rolle des Hausarztes wird unterschätzt. SAPV verdrängt Hausärzte bei der Versorgung der Patienten in der Sterbephase • Berücksichtigung von Zeitemern für nicht messbare Größen wie z.B. Empathie, Da sein • Es gibt zu viele „Spezialisten“ durch das „Downgrading“ der geforderten Qualifikationen
<p>Auch hier gilt es nach wie vor die regionalen Unterschiede durch bundeseinheitliche Regelungen anzupassen. Auch sollte über eine Finanzierung bzw. finanzierte Unterstützung der Ausbildung</p>

Text

von entsprechend qualifiziertem Personal nachgedacht werden.
--