

**Bericht an das Bundesministerium für  
Gesundheit  
über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie  
für das Jahr 2013**

## Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen.....	4
1. Zusammenfassung .....	5
2. Sachverhalt.....	8
3. Hinweise zu Art und Umfang der Erhebung .....	10
4. Hinweise zum Rücklauf der Befragung .....	13
5. Methodische Hinweise zur Auswertung der Befragung .....	15
6. Ergebnisse.....	16
6.1 Ausgaben der Krankenkassen für SAPV.....	16
6.2 Analyse zur Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten.....	17
6.3 Verordnungen.....	19
6.4 Angaben der Leistungserbringer zu abgelehnten Leistungsanträgen.....	21
6.5 Leistungsfälle.....	23
6.5.1 Leistungsfälle insgesamt .....	23
6.5.2 Angaben der Leistungserbringer zu den von diesen erbrachten Leistungsfällen ...	24
6.5.3 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen.....	25
6.5.4 Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen.....	29
6.5.5 Antworten der Krankenkassen .....	30
6.5.6 Antworten der Leistungserbringer.....	31
6.5.7 Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen .....	32
6.5.8 Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG .....	33
6.6 Änderungsvorschläge zur SAPV-RL und Problemschilderungen im Umgang mit SAPV .....	34

6.6.1	Antworten der Krankenkassen .....	34
6.6.2	Antworten der Leistungserbringer.....	34
6.6.3	Antworten der Kassenärztlichen Vereinigungen .....	35
6.6.4	Antworten der Mitgliedsorganisationen der DKG .....	36
7.	Berichte des GKV-SV zum Vertragsgeschehen .....	37
8.	Fazit und Ausblick.....	38
9.	Offene Themenbereiche zur Versorgungsforschung .....	42
10.	Anhang .....	43

## 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 2013 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 2012 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 2013 insgesamt 74.594 Abrechnungsfälle aus (2012 wurden 60.187 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 2013 bis zum 31. Dezember 2013 bewilligten Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhoben, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen wird.

Es wurden insgesamt 134 Krankenkassen angeschrieben, von denen 94 bis zum 28. Mai 2014 einen ausgefüllten Fragebogen an die Geschäftsstelle des G-BA weitergeleitet haben, was einem Rücklauf von rund 70 % entspricht. Die 94 Krankenkassen repräsentieren nach eigenen Angaben 68.472.844 Versicherte<sup>1</sup> und damit rund 98 % der insgesamt ca. 69,8 Millionen (69.854.922) gesetzlich Versicherten (inkl. beitragsfrei Mitversicherter) in Deutschland zum 1. Juli 2013 ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

---

<sup>1</sup> zwei Krankenkassen haben an dieser Stelle eine circa-Angabe gemacht, diese wurden wie absolute Angaben gewertet

Die Gesamtzahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres wurde von den rückmeldenden Krankenkassen auf 631 beziffert, davon wurden 3 Leistungsfälle einer Krankenkasse über Kostenerstattung geregelt (in der Befragung des Vorjahres lag die Anzahl der angegebenen Leistungsfälle bei 534, von denen 21 über Kostenerstattung geregelt wurden). Zwei Krankenkassen, die Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen hatten (n=27 und n=117) konnten hierzu keine Angaben machen.

Von den 252 angeschriebenen Leistungserbringern konnten insgesamt 145 Fragebögen in die Auswertung eingehen, was einem Rücklauf von rund 57,5 % entspricht. Allerdings wurde von 4 Leistungserbringern der Fragebogen der letztjährigen Befragung verwendet, 3 Leistungserbringer haben erst im Laufe des Jahres 2013 begonnen und 1 Leistungserbringer hat nur Angaben zu den Fragen 7 und 8 gemacht.

Gemäß der Frequenzstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) betrug die Anzahl der Erstverordnungen vom 1. Quartal bis einschließlich 4. Quartal 2013 insgesamt 37.564 Verordnungen; die Anzahl der Folgeverordnungen belief sich auf 27.709 Verordnungen. In den 4 Quartalen 2012 wurden 31.397 Erstverordnungen und 23.709 Folgeverordnungen gezählt.

Für das Jahr 2013 betragen die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV 175,9 Millionen Euro (vom BMG veröffentlichte endgültige Rechnungsergebnisse [KJ 1-Statistik]). Im Jahr 2012 betragen die Ausgaben für ärztliche und pflegerische Leistungen in der SAPV 127,5 Millionen Euro (KJ 1-Statistik).

Zusammenfassend zeigen die vorangestellten Daten, dass sich die Struktur- und Leistungszahlen der SAPV auch in 2013 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.

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 sollte dagegen die Leistungsentwicklung im Mittelpunkt stehen und insbesondere den Fragestellungen nachgegangen werden, ob den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ausreichend genügt wird und ob sich Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche ergeben.

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

Die Art und Weise der Berichterstattung für 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 aktuellen 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 2013.

Im Abschnitt 9 sind Themenbereiche dargestellt, denen der G-BA im Rahmen seiner Zuständigkeit, Aufgabenstellung und dazugehörigen Methodik, nicht nachgehen konnte. Gegebenenfalls können daraus Forschungsaufträge abgeleitet werden, die auch geeignet wären, der Fragestellung des BMG nachzugehen ob Verbesserungen der Palliativversorgung erforderlich seien.

### **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 2013 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).

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

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

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 2013 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 2013 bis zum 31. Dezember 2013 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 2013 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 2012 - 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 134 Krankenkassen versandt. Es wurden 94 ausgefüllte Fragebögen an die Geschäftsstelle des G-BA weitergeleitet, was einem Rücklauf von rund 70 % entspricht. Die 94 Krankenkassen repräsentieren nach eigenen Angaben 68.472.844 Versicherte<sup>2</sup> und damit rund 98 % der insgesamt ca. 69,8 Millionen (69.854.922) gesetzlich Versicherten (inkl. beitragsfrei Mitversicherter) in Deutschland zum 1. Juli 2013 ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

Die Anzahl der Versicherten bei denjenigen Krankenkassen, die geantwortet haben, lag zwischen 1.973. und 8.652.812 mit einem Mittelwert von 728.435 Versicherten (Median 76.180). 15 Krankenkassen hatten mehr als 1 Million Versicherte, 50 Krankenkassen hatten unter 100.000 Versicherte.

Von den 252 mittels Fragebogen angeschriebenen Leistungserbringern (siehe Anhang 10.1.2) konnten insgesamt 145 Fragebögen in die Auswertung eingehen, was einem Rücklauf von rund 57,5 % entspricht. Allerdings wurde von 4 Leistungserbringern der Fragebogen der letztjährigen Befragung verwendet, 3 Leistungserbringer haben ihre Tätigkeit erst im Laufe des Jahres 2013 aufgenommen (2 im Juli und 1 im Oktober) und 1 Leistungserbringer hat nur Angaben zu den Fragen 7 und 8 gemacht.

Den Fragebogen an die Mitgliedsorganisationen der DKG (siehe Anhang 10.1.3) 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. Zwei Mitgliedsorganisationen meldeten zurück, dass zu dieser Thematik keine Angaben gemacht werden können. Demnach liegt die Rücklaufquote für die Mitgliedsorganisationen der DKG bei 81 %.

Zwei Landeskrankenhausesgesellschaften haben nicht als Verband geantwortet, sondern es wurde jeweils eine Übersicht der Antworten der einzelnen Mitgliedskrankenhäuser eingereicht, die teilweise voneinander abweichend geantwortet haben. Daher erfolgt die

---

<sup>2</sup> zwei Krankenkassen haben an dieser Stelle eine circa-Angabe gemacht, diese wurden wie absolute Angaben gewertet

Auswertung der Rückmeldungen der Mitgliedsorganisationen der DKG auf Ebene der 21 eingegangenen Fragebögen und nicht auf Ebene der 8 Landeskrankenhausgesellschaften.

Der Fragebogen an die KVen (siehe Anhang 10.1.4) wurde allen 17 KVen zugesandt. Es haben 17 KVen (100 % Rücklaufquote) geantwortet. Eine KV gab dabei an, dass der Fragebogen nicht beantwortet werden könne, da die KV nicht in die SAPV eingebunden sei. 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 16 auswertbare Fragebögen vor.

## **5. Methodische Hinweise zur Auswertung der Befragung**

Mit diesem Bericht liegen die Ergebnisse aus den Jahren 2009 bis 2013 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.

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 fünf Befragungen vorliegen.

## 6. Ergebnisse

### 6.1 Ausgaben der Krankenkassen für SAPV

Für das Jahr 2013 betragen die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV 175,9 Millionen Euro. Die Ausgaben für Arzneimittel im Rahmen der SAPV beliefen sich im Jahr 2013 auf 31,71 Millionen Euro, die für Heilmittel im Rahmen der SAPV auf 1,36 Millionen Euro und die für Hilfsmittel im Rahmen der SAPV auf 5,24 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 2013 (Quelle: Amtliche Statistik KJ 1; \* die Statistik für 2009 erfasste die Ausgaben für Arznei sowie Heil- und Hilfsmittel nicht)

<b>SAPV Leistungsausgaben Mio.€/Jahr</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Ärztlich/Pflegerische Leistungen	17,3	47,82	84,90	127,50	175,9
Arzneimittel	-*	5,60	15,14	20,50	31,71
Heilmittel	-*	0,42	0,61	0,85	1,36
Hilfsmittel	-*	2,27	3,27	2,94	5,24

## 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 2013 (vgl. Tabelle 1 auf der folgenden Seite), dass insgesamt 8.218 berufstätige Ärztinnen und Ärzte die Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ erworben haben. Davon waren 3.787 Ärztinnen und Ärzte niedergelassen und 3.449 im Krankenhaus tätig. Die Datenbasis des Berichtes für das Jahr 2009 hat möglicherweise Abweichungen im Vergleich zu den Folgejahren 2010 bis 2013, 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).

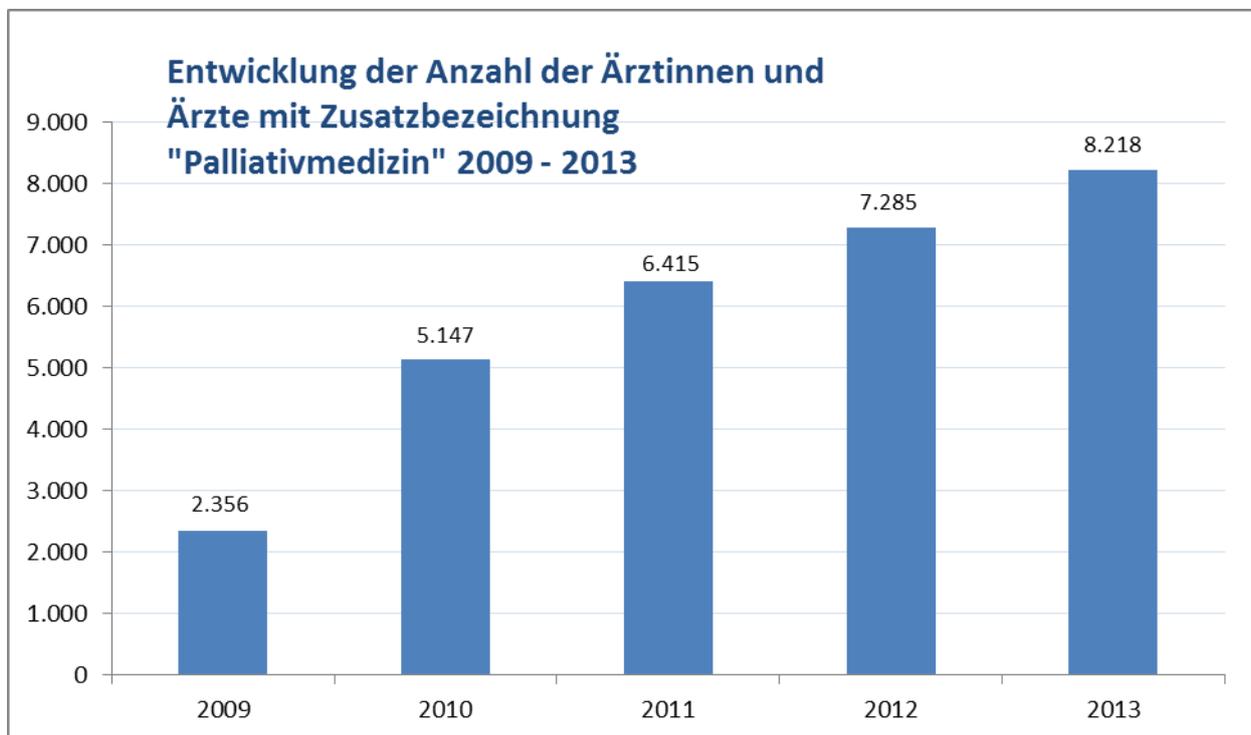


Abbildung 1: Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ 2009 bis 2013, (Quelle: BÄK).

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

Ärztinnen/Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin nach Landesärztekammern und Tätigkeitsarten										
Stand: 31.12.2013										
Landesärztekammer	gesamt		darunter:	berufstätig		davon:				
	Anzahl	Anteil am Bundesgebiet in Prozent	ohne ärztliche Tätigkeit Anzahl	Anzahl	Anteil am Bundesgebiet in Prozent	ambulant Anzahl	darunter: niedergelassen Anzahl	stationär Anzahl	In Behörden Körpersch. u.a. Anzahl	in sonstigen Bereichen Anzahl
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Baden-Württemberg	1 391	16,9	72	1 319	16,7	757	707	518	12	32
Bayern	604	7,3	30	574	7,3	209	170	344	0	21
Berlin	253	3,1	26	227	2,9	113	75	93	5	16
Brandenburg	231	2,8	5	226	2,9	130	125	91	0	5
Bremen	56	0,7	1	55	0,7	24	23	26	3	2
Hamburg	178	2,2	9	169	2,1	92	76	69	1	7
Hessen	864	10,5	40	824	10,4	440	431	320	4	60
Mecklenburg-Vorpommern	153	1,9	4	149	1,9	65	65	78	0	6
Niedersachsen	1 032	12,6	29	1 003	12,7	651	604	316	8	28
Nordrhein	1 012	12,3	29	983	12,4	495	435	472	3	13
Rheinland-Pfalz	435	5,3	16	419	5,3	204	185	190	10	15
Saarland	75	0,9	3	72	0,9	37	33	30	1	4
Sachsen	349	4,2	9	340	4,3	157	143	175	0	8
Sachsen-Anhalt	177	2,2	4	173	2,2	84	77	89	0	0
Schleswig-Holstein	344	4,2	12	332	4,2	221	199	107	1	3
Thüringen	135	1,6	3	132	1,7	54	49	77	0	1
Westfalen-Lippe	929	11,3	29	900	11,4	424	390	454	5	17
<b>Bundesgebiet insgesamt</b>	<b>8 218</b>	<b>100,0</b>	<b>321</b>	<b>7 897</b>	<b>100,0</b>	<b>4 157</b>	<b>3 787</b>	<b>3 449</b>	<b>53</b>	<b>238</b>

### 6.3 Verordnungen

Über die Frequenzstatistik der KBV wurde die Anzahl der Verordnungen vom 1. bis 4. Quartal 2013, 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 2012 einbezogen. Die Anzahl der Erstverordnungen vom 1. bis einschließlich 4. Quartal 2013 betrug insgesamt 37.564, die Anzahl der Folgeverordnungen belief sich auf 27.740. In den 4 Quartalen 2012, wurden 31.397 Erstverordnungen und 23.709 Folgeverordnungen gezählt (vgl. Abbildung 2 und Tabelle 2).

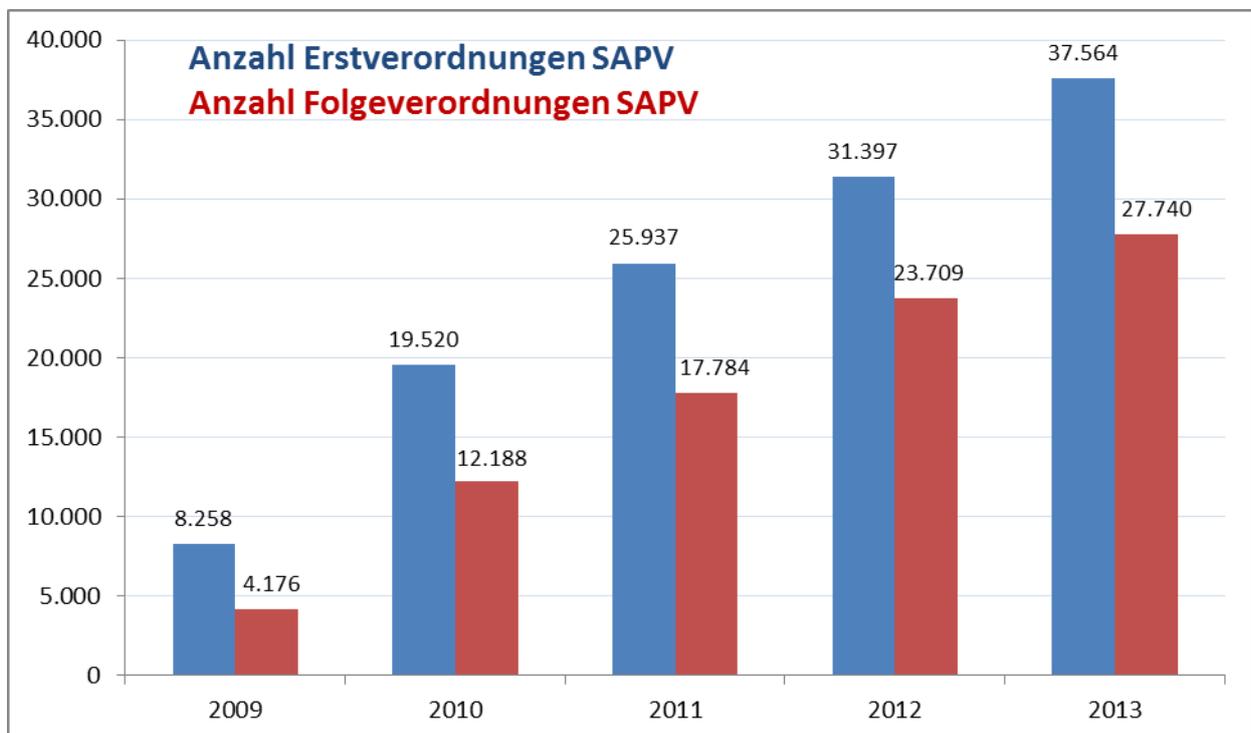


Abbildung 2: Anzahl der Erst- und Folgeverordnungen SAPV 2009 bis 2013 (Quelle: KBV)

Tabelle 3: Frequenzstatistik SAPV Erst- und Folgeverordnungen von 2009 bis 2013

Frequenzstatistik SAPV Erst- und Folgeverordnungen von 2010 bis 2012	2009		2010		2011		2012		2013	
	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
Bayern	840	399	1.524	1.054	2.772	2.318	2.902	2.622	3.027	2.354
Berlin	267	162	2.799	1.313	4.304	1.865	4.670	2.188	5.309	2.469
Brandenburg	281	156	737	624	853	962	1.176	1.196	1.564	1.867
Bremen	66	21	121	48	115	71	162	73	214	150
Hamburg	232	76	416	249	1.011	500	1.260	787	1.384	952
Hessen	1.107	749	3.165	2.165	3.881	2.914	4.763	3.613	5.407	3.694
Mecklenburg-Vorpommern	138	85	335	276	425	306	546	481	815	593
Niedersachsen	1.225	520	2.298	992	3.343	1.724	4.504	2.581	5.519	3.364
Nordrhein	380	265	814	666	1.135	825	1.847	1.073	2.881	1.920
Rheinland-Pfalz	173	36	452	169	609	425	562	541	728	644
Saarland	38	5	345	225	293	165	417	277	553	365
Sachsen	233	46	1.020	723	1.139	969	1.426	1.466	1.901	1.903
Sachsen-Anhalt	132	23	312	108	520	219	684	393	979	486
Schleswig-Holstein	304	119	768	630	1.050	999	1.390	1.611	1.629	1.632
Thüringen			318	250	619	406	809	511	895	535
Westfalen-Lippe	893	476	1.344	746	829	557	657	362	700	387
<b>Verordnungen gesamt</b>	<b>8.258</b>	<b>4.176</b>	<b>19.520</b>	<b>12.188</b>	<b>25.937</b>	<b>17.784</b>	<b>31.397</b>	<b>23.709</b>	<b>37.564</b>	<b>27.740</b>
<b>Legende:</b> * Erstverordnung = EV ** Folgeverordnung = FV										

#### **6.4      Angaben der Leistungserbringer zu abgelehnten Leistungsanträgen**

Die Antworten auf Frage 3 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

ergaben, dass im genannten Zeitraum insgesamt bei 486 Patientinnen und Patienten Leistungen der SAPV durch Krankenkassen abgelehnt wurden (Mittelwert 3, Median 0; Maximum 71). Dabei gilt zu beachten, dass es sich in 2 Fragebögen um „circa“-Angaben handelt. Insgesamt 70 Leistungserbringer haben hier mindestens eine abgelehnte Verordnung angegeben.

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

Bei der Frage 5 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

*„Welches waren die Gründe, die **bei Erwachsenen** zu einer Ablehnung geführt haben?“*

konnten die Leistungserbringer im Freitext antworten. Hiervon haben 66 Leistungserbringer Gebrauch gemacht.

Mehrfach führte die Einschätzung, dass die Kriterien zur Verordnung einer SAPV nicht erfüllt seien (basierend auf der gestellten Diagnose 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) – in der Dokumentation nicht nachvollzogen werden kann. Fehlende Erkennbarkeit der Leistungsvoraussetzung z. B. bei nicht-onkologischen Krankheitsbildern oder unter laufender Chemotherapie wurde mehrfach genannt. Darüber hinaus wurden auch vereinzelt Ablehnungen aufgrund von Formfehlern in Bezug auf Antragsstellung und verspäteter Einreichung genannt.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 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 2013 genutzt. Darüber hinaus wurden auch die Leistungserbringer zur Zahl der Leistungsfälle, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2013 bis zum 31. Dezember 2013 erbracht haben, befragt.

Die Angaben der Leistungsfälle in den Berichten des G-BA über die Jahre 2009 bis 2010 wurden bei den Krankenkassen erhoben. Da sich nicht alle Krankenkassen an der Befragung beteiligt haben, war die Erfassung der Leistungsfälle unvollständig. Bei den Leistungszahlen der KG 3 Statistik handelt es sich dagegen um eine Vollerhebung aller Leistungsfälle in Deutschland. Bei der Beurteilung der Entwicklung der Leistungsfälle ist weiterhin zu beachten, dass die Leistungsfälle in der amtlichen Statistik entsprechend ihrer quartalsweisen Abrechnung gezählt werden. Ein Leistungsfall, der innerhalb eines Quartalswechsels verläuft, wird somit in beiden Quartalen gezählt. Ein direkter Vergleich der Zahl der Leistungsfälle zwischen den Berichten des G-BA 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 2013 bis zum 31. Dezember 2013 bewilligten Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, befragt, wobei die Zahl der Kostenerstattungsfälle separat ausgewiesen werden sollte.

### **6.5.1 Leistungsfälle insgesamt**

Die amtliche Statistik KG 3 weist für 2013 insgesamt 74.594 Abrechnungsfälle aus (2012 wurden in der amtlichen Statistik 60.187 Abrechnungsfälle ausgewiesen).

## 6.5.2 Angaben der Leistungserbringer zu den von diesen erbrachten Leistungsfällen

Die Antwort auf Frage 1 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

*„Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit vom 01.01.2013 bis zum 31.12.2013 von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht?“*

ergab, dass im genannten Zeitraum insgesamt 32.400 Leistungsfälle von den Leistungserbringern, die sich an der Befragung beteiligt haben, erbracht wurden. Dabei ist zu beachten, dass drei Leistungserbringer ihre Tätigkeit erst im Laufe des Jahres 2013 aufgenommen haben. Insgesamt 6 Leistungserbringer haben von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, hier eine Schätzangabe zu machen.

Die Anzahl der Leistungsfälle lag zwischen 1 und 866 mit einem Mittelwert von 225 Leistungsfällen (Median 190). Dabei gaben 34 Leistungserbringer an, zwischen 1 und 100 Leistungsfälle gehabt zu haben, bei 39 waren es zwischen 101 und 200 und bei 62 Leistungserbringern zwischen 201 und 500 Leistungsfälle. Die 8 Leistungserbringer mit den höchsten Fallzahlen, gaben 506, 517, 521, 646, 734, 817, 832 bzw. 866 Leistungsfälle an. Von 1 Leistungserbringer liegen keine Angaben zur Anzahl Leistungsfälle vor.

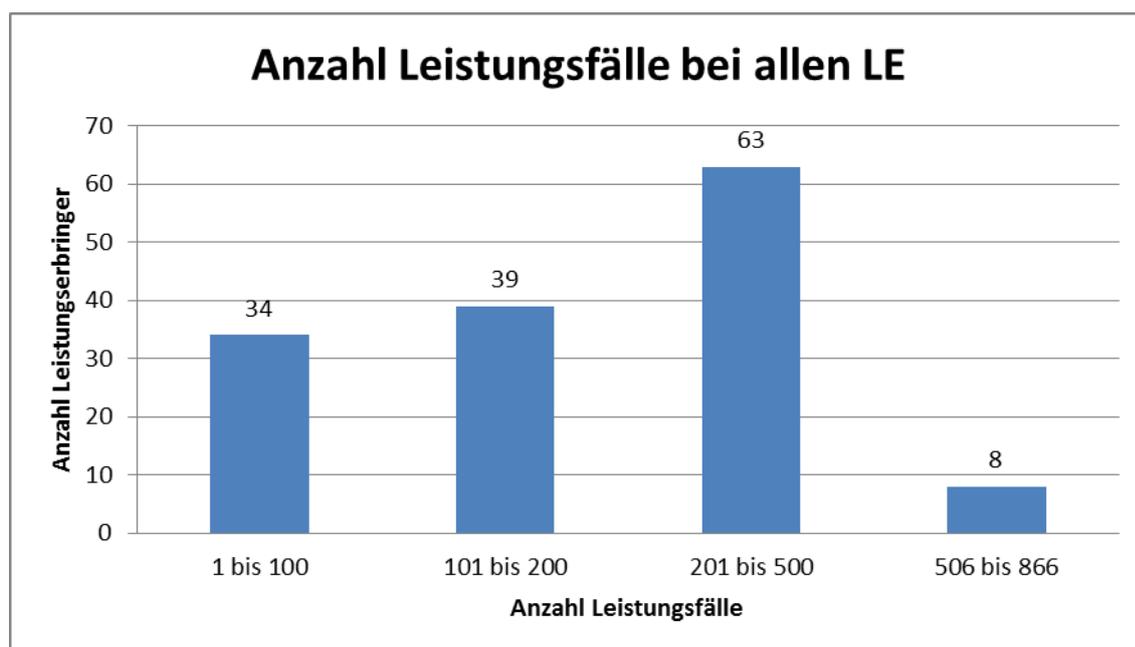


Abbildung 3: Anzahl aller SAPV Leistungsfälle aller Leistungserbringer, die den Fragebogen beantwortet haben (Quelle: Leistungserbringerbefragung 2013).

### 6.5.3 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen

Im Rahmen der Erhebung wurden bei allen Krankenkassen die vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2013 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 01.01.2013 bis zum 31.12.2013 bewilligten Leistungsfälle betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?“*

wurde angegeben, dass 631 Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betrafen. An dieser Stelle konnten 2 Krankenkassen keine Angabe machen.

Insgesamt gaben 48 Krankenkassen an, dass keiner der Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betraf, 31 Krankenkassen hatten zwischen 1 und 10 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen, vier Krankenkassen zwischen 11 und 20 Leistungsfälle, jeweils 2 Krankenkassen gaben hier 25 bzw. 27 Leistungsfälle an und jeweils eine Krankenkasse gab an dieser Stelle 51, 59, 60, 79 bzw. 117 Leistungsfälle an. Das Maximum für eine Krankenkasse lag demnach bei 117 Leistungsfällen für Kinder und Jugendliche.

Nach den Angaben der Krankenkassen wurden im Jahr 2013 insgesamt 3 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen über Kostenerstattung geregelt, alle 3 Fälle wurden von einer Krankenkasse angegeben. Zwei Krankenkassen mit 27 bzw. 117 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 fünf bisher evaluierten Berichtsjahren die Befragung beantwortet haben. Dies war bei 24 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 24 Krankenkassen, die in allen Jahren an der Befragung teilgenommen und an dieser Stelle Angaben gemacht haben, zeigen eine deutliche Zunahme der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen im Verlauf der fünf Berichtsjahre für diese Krankenkassen. Bei diesen Krankenkassen gab es für den Berichtszeitraum 2013 keine Fälle, die über Kostenerstattung geregelt wurden.

Allerdings machten 2 Krankenkassen an dieser Stelle keine Angaben über die Anzahl der über Kostenerstattung geregelten Fälle (die Anzahl Fälle dieser Kassen lag bei 27 bzw. 117 Kindern und Jugendlichen).

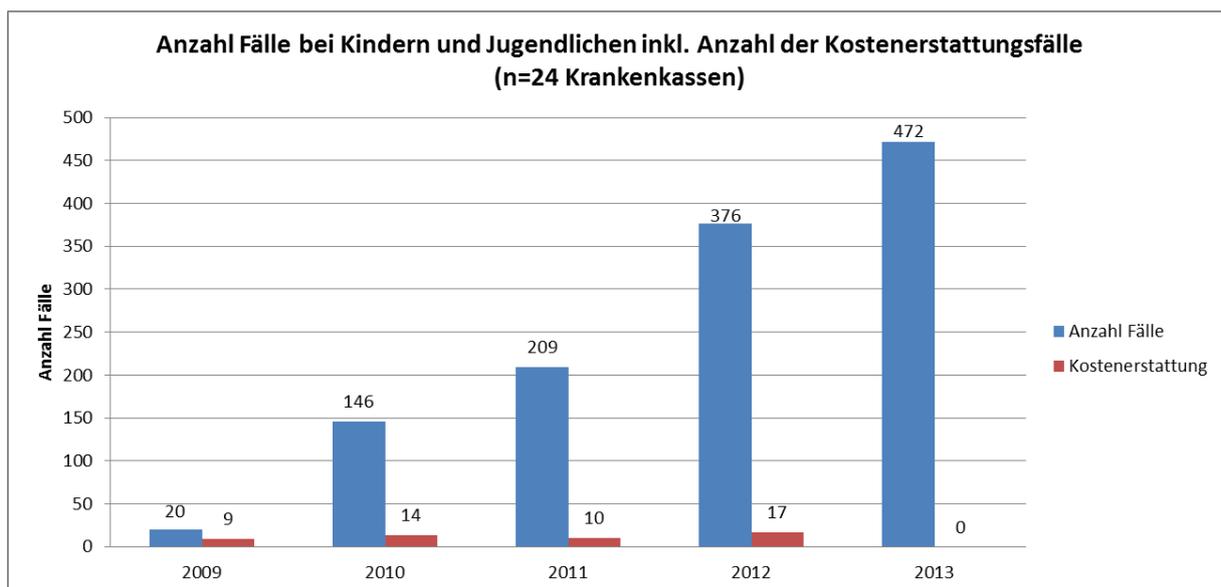


Abbildung 4: Angaben zur Anzahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen (inkl. Kostenerstattungsfälle) aus fünf Berichtsjahren anhand der Daten von 24 Krankenkassen, die in jedem Jahr an der Befragung teilgenommen haben.

Die Antworten auf Frage 2 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

*„Wie viele der unter 1<sup>3</sup> genannten Fälle waren/betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?“*

ergaben, dass im genannten Zeitraum insgesamt 432 der unter Frage 1 genannten Leistungsfälle (n=32.400) Kinder und Jugendliche betrafen.

Von den insgesamt 144 Leistungserbringern, die hier Angaben gemacht haben, gaben 122 an, keine Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen gehabt zu haben, 13 Leistungserbringer hatten bis zu 10 Leistungsfälle in diesem Bereich, 5 Leistungserbringer hatten zwischen 11 und 40 Leistungsfälle und 4 Leistungserbringer hatten mehr als 60 Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen. Somit hatten 22 der 144 Leistungserbringer mindestens einen Leistungsfall im genannten Zeitraum, der ein Kind oder einen Jugendlichen betraf (Mittelwert 3, Median 0, Maximum 68). Von 1 Leistungserbringer liegen keine Angaben zur Anzahl Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen vor.

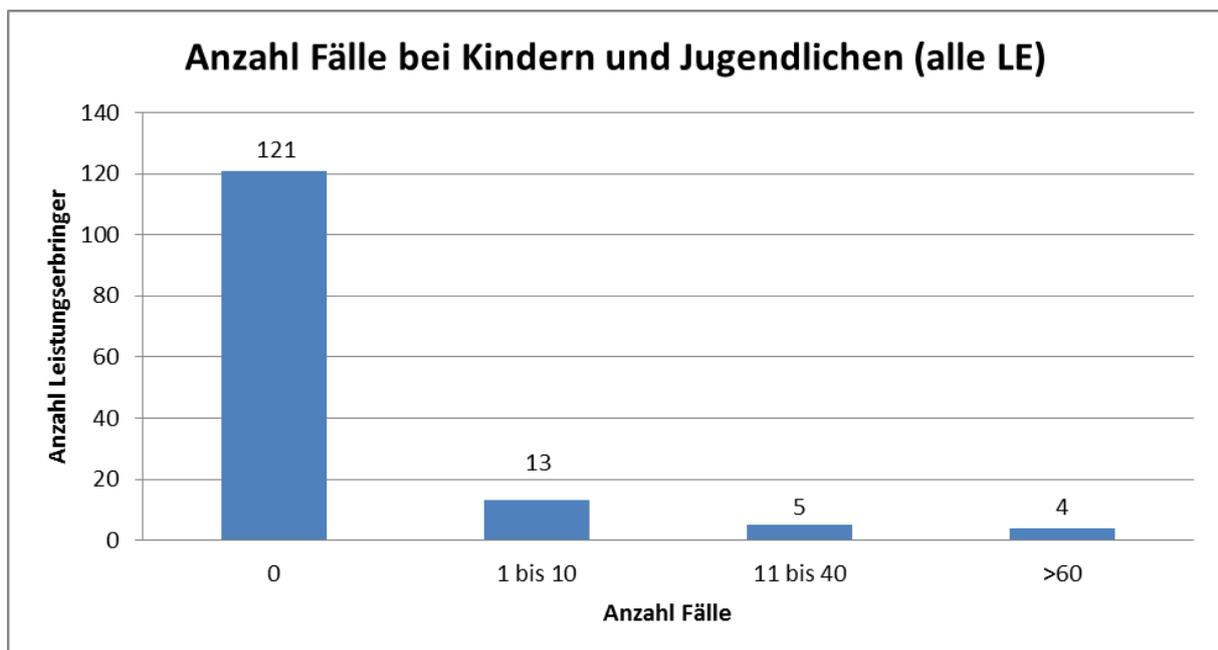


Abbildung 5: Anzahl der SAPV-Fälle bei Kindern und Jugendlichen bei allen Leistungserbringern (Quelle: Leistungserbringerbefragung 2013).

<sup>3</sup> Die Frage 1 aus dem Fragebogen an die Leistungserbringer lautete: „Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit vom 01.01.2013 bis zum 31.12.2013 von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht?“

Die 4 Leistungserbringer mit den meisten Leistungsfällen in diesem Bereich (64 - 68 Fälle) waren ausgewiesene Leistungserbringer für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und hatten einen Anteil von 82 bis 100 % Kinder und Jugendliche an allen von ihnen unter Frage 1 genannten Leistungsfällen. Bei den übrigen Leistungserbringern betrug der Anteil Kinder und Jugendlicher weniger als 1 % (10 Leistungserbringer), 1 bis 3 % (3 Leistungserbringer), 73 bis 98 % (4 Leistungserbringer) und bei einem Kinder-Palliativ-Team mit insgesamt 26 Leistungsfällen 100 % aller Leistungsfälle. Bei den Leistungserbringern mit über 70 % Kindern und Jugendlichen an allen Leistungsfällen kann aus dem Namen des Leistungserbringers abgeleitet werden, dass es sich um Kinder-Palliativteams handelt. Eines dieser Kinder-Palliativteams hatte unter der Frage 1 des im Abschnitt 10.1.2 abgebildeten Fragebogens 36 Leistungsfälle angegeben und in Frage 2 die Anzahl Kinder und Jugendliche an diesen Leistungsfällen mit 1 beziffert.

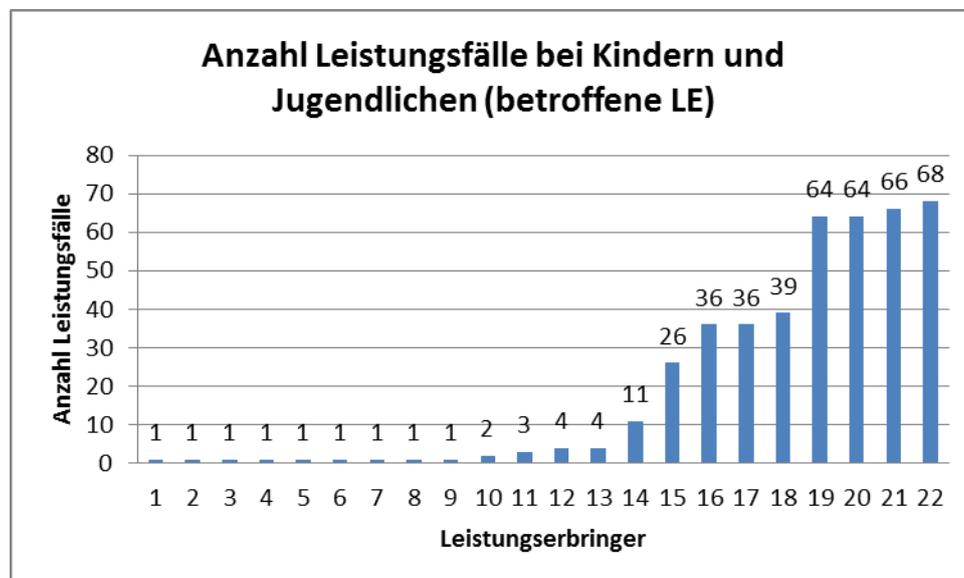


Abbildung 6: Anzahl der SAPV-Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen bei allen Leistungserbringern, die diesen Personenkreis betreut haben und den Fragebogen beantwortet haben (Quelle: Leistungserbringerbefragung 2013).

Auf die Frage 4 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

*„Wie viele der unter 3<sup>4</sup> genannten Patienten waren Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?“*

<sup>4</sup> Die Frage 3 aus dem Fragebogen an die Leistungserbringer lautete: „Für wie viele Patienten wurden im o.g. Zeitraum (01.01.2013 bis 31.12.2013) SAPV-Leistungen durch Krankenkassen abgelehnt?“

antworteten insgesamt 3 Leistungserbringer mit 1, 3 bzw. 6 abgelehnten Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen. Hierbei handelt es sich um drei Kinder-Palliativteams mit insgesamt 36, 39 bzw. 66 Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 10.2 zu entnehmen.

Die Frage 6 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

wurde von 5 Leistungserbringern beantwortet.

Bei den Leistungserbringern, die bei Frage 4 Ablehnungsfälle genannt haben, handelt es sich um 3 Kinder-Palliativ-Teams mit 36, 39 bzw. 66 Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen und 1, 3 bzw. 6 endgültigen Ablehnungen. Begründet wurden diese in allen Fällen dadurch, dass die prüfende Stelle die Regelversorgung als ausreichend ansah und SAPV nicht als notwendig erachtet wurde.

In den Freitextangaben in Abschnitt 10.2 sind darüber hinaus die Antworten zweier Leistungserbringer aufgeführt, die zwar für das Jahr 2013 keine Ablehnungen angegeben haben, an dieser Stelle aber dennoch Freitextangaben gemacht haben.

#### **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 aktuellen Befragung 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 82 der 94 Krankenkassen mit „Ja“ (87 %) und 7 mit „Nein“ (7,4 %), 5 Krankenkassen machten an dieser Stelle keine Angaben. Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Nein“ lautete, konnten im Freitext Angaben dazu gemacht werden, die dies näher erläutern. Diese Möglichkeit haben 5 Krankenkassen genutzt. Darüber hinaus wurden an dieser Stelle von 1 Krankenkasse, die mit „Ja“ geantwortet hatte Angaben gemacht.

Bei den Freitexterläuterungen wird - wie bereits in der Befragung für das Jahr 2012 - von einzelnen Krankenkassen 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 Abschnitt 10.2 zu entnehmen.

### 6.5.6 Antworten der Leistungserbringer

Die Frage 7 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

wurde von 45 Leistungserbringern mit „Ja“ (31 %) und von 34 Leistungserbringern mit „Nein“ (23 %) beantwortet; in 66 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. Die Möglichkeit der Freitextantwort bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ wurde in 26 Fragebögen genutzt, ebenso in 1 Fragebogen, in dem mit „Ja“ geantwortet wurde und in 1 Fragebogen, in dem weder „Ja“ noch „Nein“ angekreuzt wurde.

Von den 28 Leistungserbringern, die hier die Möglichkeit der Freitextangabe genutzt haben, hatten 5 Leistungserbringer mindestens einen Fall bei Kindern und Jugendlichen.

Ein Leistungserbringer mit 64 Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen hat an dieser Stelle „Nein“ angekreuzt aber keine Freitextangabe gemacht. Die beiden Leistungserbringer mit der höchsten Zahl an Leistungsfällen bei Kindern und Jugendlichen (66 bzw. 68) haben Frage 7 mit „Ja“ beantwortet und keine Freitextangabe gemacht. Ein Leistungserbringer mit ebenfalls 64 Leistungsfällen hat umfangreiche Freitextangaben gemacht.

An dieser Stelle wird vor allem 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 unterscheide, auch was die notwendige Dauer der Betreuung und die Komplexität der Erkrankungen angehe. 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 Abschnitt 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 12 Fragebögen mit „Ja“ ( 75 %) und in 4 Fragebögen mit „Nein“ beantwortet (25 %), eine KV stellt hier Ergebnisse einer Ärzteumfrage dar; demnach antworteten 30 Ärzte mit „Ja“, 13 mit „Nein“ und 19 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 4 KVen genutzt; ebenso 1 KV, die mit „Ja“ geantwortet hat. Eine KV hat hier weder „Ja“ noch „Nein“ angekreuzt, macht aber dennoch umfangreiche Freitextangaben.

Die Hinweise beziehen sich wie bereits im Vorjahr auf inhaltliche und strukturelle Unterschiede der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen zu der von Erwachsenen. Es wird der Wunsch geäußert, dass die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV-RL erläutert werden 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 Abschnitt 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 10 der 21 Fragebögen mit „Ja“ (47 %) und in 11 Fragebögen mit „Nein“ (52 %) beantwortet. Die Möglichkeit der Freitextantwort bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ wurde in 7 Fragebögen genutzt.

Bei den Freitexterläuterungen wird vor allem auf die besondere Situation der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen hingewiesen, die sich teilweise komplexer darstellt als bei Erwachsenen. Es wird darauf hingewiesen, dass die speziellen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV-RL zu wenig konkret formuliert seien. Insbesondere wird erwähnt, dass Bedarf für die psychosoziale Beratung und Betreuung und bei Kindern zusätzlich für die Betreuung der Bezugspersonen besteht.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 10.2 zu entnehmen.

## **6.6 Änderungsvorschläge zur SAPV-RL und Problemschilderungen im Umgang mit SAPV**

### **6.6.1 Antworten der Krankenkassen**

Auf Frage 4 aus dem Fragebogen der Krankenkassen

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

antworteten 10 der 94 Krankenkassen mit „Ja“ (10,6 %) und 79 mit „Nein“ (84 %), 5 Krankenkassen machten hier keine Angaben. Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Ja“ lautete, konnten im Freitext Angaben dazu gemacht werden, die dies näher erläutern. Hiervon machten 9 Krankenkassen Gebrauch.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 10.2 zu entnehmen.

Bei den Freitexterläuterungen wird mehrfach 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 Kassen geäußert.

### **6.6.2 Antworten der Leistungserbringer**

Die Frage 8 aus dem Fragebogen der Leistungserbringer

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

wurde von 72 Leistungserbringern mit „Ja“ (49,6 %) und von 58 Leistungserbringern mit „Nein“ (40 %) beantwortet; in 15 Fragebögen wurden keine Angaben gemacht. 67 Leistungserbringer, die an dieser Stelle mit „Ja“ geantwortet haben, haben die Möglichkeit zu erläuternden Ausführungen im Freitext genutzt, ebenso ein Leistungserbringer, der weder

mit „Ja“ noch mit „Nein“ geantwortet hatte und zwei Leistungserbringer, die mit „Nein“ geantwortet hatten.

An dieser Stelle wurde wieder eine Verbesserung der Trennschärfe zwischen allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und SAPV angeregt sowie die Klärung der Unterschiede zwischen Teil- und Vollversorgung sowie eine stärkere Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte erbeten. Auch hinsichtlich der Versorgung nicht-onkologischer und dementer Patienten sowie für Patienten, die noch eine Chemotherapie erhalten, aber wegen des komplexen Symptomgeschehens mit der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung nicht ausreichend versorgt werden können, wird Klärungsbedarf gesehen.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 10.2 zu entnehmen.

### **6.6.3 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 6 Fragebögen mit „Ja“ (37,5 %) und in 10 Fragebögen mit „Nein“ beantwortet (62 %); die KV, die Umfrageergebnisse bei den Ärzten präsentiert, gab hier sowohl „Ja“ (n=25 Ärzte) als auch „Nein“ (n=30 Ärzte) an. Die Möglichkeit einer Freitextangabe wurde von 6 KVen, die mit „Ja“ geantwortet haben, und auch von einer KV, die hier weder „Ja“ noch „Nein“ angekreuzt hat, genutzt.

Wie bereits bei der Befragung über das Jahr 2012 wird von einigen KVen 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 Abschnitt 10.2 zu entnehmen.

#### **6.6.4 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 10 der 21 Fragebögen mit „Ja“ (47 %) und in 11 Fragebögen mit „Nein“ (52 %) beantwortet. Insgesamt wurde in 9 Fragebögen die Möglichkeit zu erläuternden Ausführungen im Freitext genutzt.

An dieser Stelle wird von einigen Mitgliedsorganisationen eine Klarstellung zur Abgrenzung von Teil- und Vollversorgung gewünscht. Auch eine Darstellung der psychosozialen Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen wird als sinnvoll erachtet.

Die vollständigen Freitextangaben sind dem Abschnitt 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-SV zum Stand der vertraglichen Umsetzung der SAPV ist im weiteren Verlauf eine kontinuierliche Zunahme von geschlossenen Verträgen nach § 132d Abs. 1 SGB V zu den Stichtagen 31.12. zu entnehmen:

2010: 129 Verträge

2011: 175 Verträge

2012: 224 Verträge

2013: 241 Verträge.

Auch die Anzahl der geschlossenen Verträge speziell für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erhöhte sich zum 31. Dezember 2013 von 18 (2012) auf 19 Verträge. Die Zunahme der geschlossenen Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V verdeutlicht den sich stetig fortsetzenden Strukturaufbau von SAPV. In einigen Regionen stehen keine SAPV-Leistungserbringer zur Verfügung. Dem Bericht des GKV-SV zum Stichtag 31. Dezember 2013 ist zu entnehmen, dass dies u. a. auf den Mangel an ausreichend qualifizierten Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften mit entsprechenden palliativmedizinischen sowie palliativpflegerischen Fort- und Weiterbildungen zurückzuführen ist. Daher wurden - soweit erforderlich und vertretbar - bezogen auf den Erwerb der erforderlichen praktischen Berufserfahrung überwiegend Übergangsregelungen vertraglich vereinbart, um eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zu ermöglichen.

## **8. Fazit und Ausblick**

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Leistungsentwicklung der SAPV im Jahre 2013. 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 2012 nachvollzogen werden. Auch im Jahr 2013 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 deutlich gestiegen. Im Vergleich von 2011 zu 2013 hat sich die Zahl der Leistungsfälle nahezu verdreifacht. Gleichzeitig hat die Anzahl der über Kostenerstattung geregelten SAPV-Fälle abgenommen.

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 zehn 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 können. Insoweit ist eine Klarstellung in der SAPV-RL nicht angezeigt. Vielmehr deuten die Rückmeldungen der Befragten teilweise auf Probleme bei der praktischen Umsetzung der Richtlinie hin. So wurde beispielsweise wiederholt darauf hingewiesen, dass es bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Einzelfall Probleme bei der Altersabgrenzung gibt. Die Richtlinie des G-BA

beinhaltet keine Altersbegrenzungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Demnach scheinen die von den Befragten geschilderten Sachverhalte vertragliche Regelungen zur Umsetzung des Leistungsanspruches auf SAPV zu tangieren, für die soweit bekannt bereits auf Bundesebene Lösungsansätze erarbeitet wurden.

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 sorgfältig prüfen.

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

dass die Rahmenbedingungen so gestaltet werden sollten, dass auch PKV-Versicherte in die Versorgung einbezogen werden könnten.

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 2012 dargestellt – auch im Rahmen dieser Befragung wieder geäußert.

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

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.

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, werden im aktuellen Bericht dazu keine Angaben gemacht. Der G-BA sieht sich in diesem Zusammenhang veranlasst, darauf hinzuweisen, dass es eine Reihe von Themenbereichen gibt, denen im Rahmen seiner Zuständigkeit, Aufgabenstellung und dazugehörigen Methodik, nicht nachgegangen werden konnte, dazu gehören Fragen zur

Verfügbarkeit der Leistungen, zur Qualität der Leistungserbringung und zu den Auswirkungen der SAPV auf die Versorgung. Gegebenenfalls können im Rahmen einer zukünftigen Versorgungsforschung solche Themenbereiche bearbeitet werden (siehe Abschnitt 9).

## **9. Offene Themenbereiche zur Versorgungsforschung**

Im vorstehenden Bericht wurde dargestellt, dass das Verordnungsvolumen und die Zahl der geschlossenen Verträge stetig zu nehmen. Zu weiteren Themenbereichen können jedoch im Rahmen dieser Berichterstattung keine Aussagen getroffen werden. Dabei handelt es sich u. a. um folgende Themen:

- Verordnung der SAPV / Zugangshürden
- Abdeckungsgrad / regionale Unterschiede / Versorgungssetting
- Schnittstellen (Versorgungsübergänge)
- Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungserbringung
- Einbeziehung der psychosozialen Begleitung und Betreuung
- Auswirkungen auf andere Bereiche der Versorgung.

## **10. Anhang**

### **10.1 Fragebögen**

#### **10.1.1 Fragebogen an die Krankenkassen**

#### **10.1.2 Fragebogen an die Leistungserbringer**

#### **10.1.3 Fragebogen an die Mitgliedsorganisationen der DKG**

#### **10.1.4 Fragebogen an die Kassenärztlichen Vereinigungen**

### **10.2 Übersicht aller Freitextangaben**

### **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](http://www.g-ba.de) (Informationsarchiv → Richtlinien → Veranlasste Leistungen → SAPV-RL) einsehen.

## FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2013

### ALLGEMEINE ANGABEN

Name der Krankenkasse:

Adresse der Krankenkasse:

Ansprechpartner und Telefon-Nr.:

Anzahl Versicherte am 31.12.2013:

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

Datum der Beantwortung:

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

### LEISTUNGSFÄLLE

1. Wie viele der von Ihnen in der Zeit vom **01.01.2013 bis zum 31.12.2013** bewilligten Leistungsfälle<sup>1</sup> betrafen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres?

Anzahl der Kinder und Jugendlichen:  
(keine=0)

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

<sup>1</sup> 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 2013 (Fragebogen)“ zum Download bereit. Wir bitten Sie, den Fragebogen bis zum **12. Mai 2014** an die E-Mail- oder Postadresse des **G-BA** zu senden:

E-Mail: [sapv@g-ba.de](mailto:sapv@g-ba.de)

Gemeinsamer Bundesausschuss

### **Befragung zur SAPV-RL**

Postfach 12 06 06

10623 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](http://www.g-ba.de) (Informationsarchiv → Richtlinien → Veranlasste Leistungen → SAPV-RL) einsehen.



## FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2013

### 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. Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit **vom 01.01.2013 bis zum 31.12.2013** von Ihnen (als SAPV-Leistungserbringer) erbracht?

Anzahl der Fälle insgesamt:

--	--	--	--

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

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

--	--	--	--



### SAPV-LEISTUNGSGESCHEHEN

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

Anzahl der Patienten:  
(keine=0)

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

Anzahl der Kinder und Jugendlichen:  
(keine=0)

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





### HINWEISE ZU DEN FRAGEN 7-8

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

7. 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 Mitgliedsorganisationen der DKG**

## ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

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

## WEITERE HINWEISE

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

## FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2013

### ALLGEMEINE ANGABEN

Name der Mitgliedsorganisation:

Adresse der Mitgliedsorganisation:

Ansprechpartner und Telefon-Nr.:

Datum der Beantwortung:

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

### HINWEISE ZU DEN FRAGEN 1-2

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

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

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



## ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

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

Ja

Nein

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITWIRKUNG BEI DER BEFRAGUNG!**

#### **10.1.4 Fragebogen an die Kassenärztlichen Vereinigungen**



## **ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ**

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

## **WEITERE HINWEISE**

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

## **FRAGEBOGEN ZUR UMSETZUNG DER SAPV-RICHTLINIE IM JAHR 2013**

### **ALLGEMEINE ANGABEN**

Kassenärztliche Vereinigung:

Adresse der Kassenärztlichen  
Vereinigung:

Ansprechpartner und Telefon-Nr.:

Datum der Beantwortung:

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

### **HINWEISE ZU DEN FRAGEN 1-2**

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

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

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





---

---

---

---

---

---

---

---

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITWIRKUNG BEI DER BEFRAGUNG!**

## 10.2 Übersicht aller Freitextangaben

## Freitextangaben der Krankenkassen / 2013

**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:**

Identif.	Text
KK-001	Altersabgrenzungen fehlen: Da in [Bundesland] separate Verträge für die Versorgung von Kindern im Rahmen der SAPV geschlossen wurden, ist die Frage nach der Altersabgrenzung relevant. Trotz der Diagnosen der Patienten erreichen diese des Öfteren auch das junge Erwachsenenalter. Ein Wechsel des SAPV-Teams ist dann schwer vermittelbar.
KK-005	Die Unterscheidung zur Erwachsenenversorgung deutlicher darstellen.
KK-021	Ist schwer zu beurteilen, ist sicherlich differenziert zu betrachten, in welchem Alter die SAPV durchgeführt wird. Kleinkind / Jugendlichen... Hier wäre sicherlich mal eine Befragung bei betroffenen Eltern zu empfehlen. Dies könnte evtl. über den deutschen Kinderhospizverein möglich sein.
KK-055	Konkretisierung des Aspektes: „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.“ (§ 1 Abs. 4 SAPV-RL)
KK-078	Fehlende Abgrenzung.
KK-079	Fehlende Abgrenzung.

**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:**

Identif.	Text
KK-001	s. Antwort zu Frage 3.
KK-005	Klarstellung: wann ist ein ärztlicher Einsatz in Hospizen oder stat. Einrichtungen eine allgemein vertragsärztliche Palliativversorgung und wann ärztliche Teilleistung im Rahmen der SAPV.
KK-009	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.
KK-027	Es ist nicht klar ersichtlich, dass SAPV auch in stationären Hospizen erbracht werden darf bzw. gleichzeitig abgerechnet werden kann.
KK-036	Die Qualitätsabfragen sind zu verbessern. Die Möglichkeit der einzelnen Kasse zur Qualitätsprüfung sind sehr begrenzt.

KK-061	Deutliche Abgrenzung zur AAPV und HKP ist wünschenswert.
KK-070	<p>Zu § 1 Abs. 3 der SAPV-RL  Eine Klarstellung wäre wünschenswert zur Abgrenzung der „allgemeinen vertragsärztlichen Palliativversorgung in Hospizen“ (durch üblichen behandelnden Vertragsarzt des Patienten) zum Einsatz des „Palliativmediziners im Rahmen der SAPV“. Vorstellbar wäre, dass der Palliativmediziner eines PC-Teams (oder ggf. im Rahmen der Kostenerstattung) nur auf Anforderung des Hospizes zum Einsatz kommt.</p> <p>Zu § 5 Abs. 3 Inhalt der SAPV sind  Punkt: Ruf-, Notfall- und Krisenintervention rund um die Uhr als Inhalt der SAPV  Aus Sicht der Praxis ist diese Leistung eine Voraussetzung für die Zulassung eines PC-Teams und stellt keine einzelne, spezielle Leistung der SAPV dar. Sie dient nur als Weg, definierte SAPV-Leistungen zeitnah in Anspruch zu nehmen.  Vgl. [Bundesland] Vertrag § 3 Abs. 5 Versorgungskonzept Nr. 10  Vgl. [Bundesland] Vertrag Anlage 1 SAPV Strukturhebungsbogen Nr. 3 Personelle Anforderungen  In den Verträgen wird diese Leistung unterschiedlich geregelt. Unter Grundsätze der Leistungserbringung [Bundesland] / der Inhalt der Leistungen ([Bundesland] Vertrag § 4 Dritter Punkt – [Bundesland] Vertrag § 7 Nr. 2 d) sowie Nr. 3 d) und 4 d)). In den Verträgen wird nur darauf hingewiesen, dass die Bereitschaft nicht als alleinige Teilleistung verordnet werden kann.  Zur Abrechnung wird nichts ausgeführt. Ausgenommen im Vertrag in [Bundesland] unter § 1 Nr. III und IV – hier wird die Abrechenbarkeit ausgeschlossen.  Zudem besteht bei den niedergelassenen Hausärzten (Erkenntnis speziell für ländliche Gegenden in [Bundesland]) keine präzise Kenntnis der SAPV-Richtlinie. Daher ist es für die PC-Teams häufig sehr schwer, korrekt und vollständig ausgefüllte SAPV-Verordnungen zu erhalten. Teilweise werden vom PC-Team vorbereitete Verordnungen „nur“ unterschrieben und teilweise ist die Folge, dass ein Arzt des PC-Teams die Verordnung ausstellt, was nicht im Sinne der Richtlinie ist.</p>
KK-078	Abgrenzung § 37 V und SAPV.
KK-079	Abgrenzung § 37 V und SAPV.

## Freitextangaben der Leistungserbringer / 2013

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

**Frage 5: Sofern bekannt, was waren die Gründe, die bei Erwachsenen zu einer Ablehnung geführt haben?**

Identif.	Text
LE-003	Gründe wurden nicht angegeben.
LE-004	Symptomlasten standen nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der/den Hauptdiagnose/n für die SAPV-Verordnung. In 2 Fällen Ablehnung durch MDK. In 1 Fall keine neue SAPV-Beantragung.
LE-005	Patient befand sich in einem Seniorenheim??
LE-007	Kein komplexes Symptomgeschehen mehr vorhanden. Stabilisierung des Gesamtzustandes.
LE-009	Keine onkologische Erkrankung.
LE-010	Todeszeitpunkt nicht in naher Zukunft. Patient wurde im Pflegeheim versorgt. SAPV-Team wurde (laut Krankenkasse) nicht benötigt.
LE-012	In der Regel: - Patient wäre AAPV, d.h. der Hausarzt wäre zuständig - Stabilisierung des AZ
LE-016	Art der Krankenkasse (es gibt welche, die meistens ablehnen) Gutachter des MDK (sollten bessere Ausbildung haben) Kein Grund <u>oder</u> bei Pflegepatienten: „es ist doch medizinisches Personal vor Ort“ <u>oder</u> das kann der Hausarzt mitversorgen (nur der ist nachts und am WE nicht erreichbar). Krankheit macht es nicht erforderlich.
LE-017	Laut Aussage der Krankenkasse war die SAPV-Verordnung nicht aussagekräftig genug ausgefüllt.
LE-019	Bei nicht onkologischen, jedoch weit fortgeschrittenen Erkrankungen (ALS, COPD,...), bei denen eine deutlich erkennbare, begrenzte Lebenszeit nach ICD nicht adäquat ersichtlich war, und die fachliche Expertise nicht anerkannt wurde.
LE-021	Palliative Chemotherapie Alternative Anwendungen Nicht ausreichend palliative Symptome Nicht ausreichend palliative Diagnosen Kein Tumorpatient
LE-022	Patient mit schwerer Herzinsuffizienz, ohne Tumorleiden. Patient mit Atemnot bei respiratorischer Insuffizienz, ohne Tumorleiden.
LE-024	Laut Angaben des Kostenträgers bestand keine Indikation für SAPV.

LE-025	Prognose/Lebenserwartung
LE-028	Ersorgung durch den Hausarzt ausreichend.
LE-029	Limitierte Lebenserwartung nicht erkennbar, v.a. bei internistischen Erkrankungen. MDK war der Ansicht, Hausarzt und Pflegedienst wären ausreichend.
LE-030	MDK-Entscheidungen aufgrund Aktenlage (nicht ausreichende Diagnosen, Symptome oder Indikation). Pflegeheimpatienten, da nach Ansicht Krankenkasse Pflegeheim intensive Therapien (i.V. geben, Medikamentengabe (Bedarfsgaben)) leisten können muss. Stabilisierung des Zustands und Leistungszeitraum über 6 Monate.
LE-031	Alle Patienten befanden sich in einer stationären Pflegeeinrichtung und wurden mit der Begründung abgelehnt, dass das eigene Heimpersonal (keine Palliative-Care-Kräfte!) die ausreichende Versorgung sichern würde. Der Hinweis in unseren Widerspruchschreiben auf die Hotline der Palliativmediziner, Verhinderung unnötiger KH-Einweisung und fachspezifische Pflege wurde nicht akzeptiert!
LE-033	PKV-Versicherter, der ohne Angehörigen/Erben verstarb, d.h. kein Adressat für Rechnungsstellung vorhanden. SAPV war von der PKV initial sogar bewilligt!
LE-034	Laut MDK keine Notwendigkeit zur SAPV.
LE-035	Keine Gründe bekannt.
LE-036	Der von uns betreute Patient war in Großbritannien versichert und der Versicherungsschutz erstreckte sich nicht auf eine SAPV-Betreuung!
LE-050	Nicht-Erfüllung der Voraussetzungen, perspektivisch langdauernde Behandlung zu erwarten.
LE-051	Ca. 5 Ablehnungen – nach Widerspruch unsererseits dann Genehmigung der VO!
LE-052	Es handelt sich bei den Ablehnungen um Patienten, die sich in der Endphase einer Nieren- und/oder Herzinsuffizienz befanden. Insbesondere wurden moribunde Patienten, z.B. Endphase einer dementiellen Erkrankung, abgelehnt.
LE-053	Medizinische Gründe. Spezialisierte Maßnahmen der palliativen Versorgung (Schmerz <pumpen< p="">, parenterale Ernährung, Parazentesen, Notfalleinsätze) waren wegen (vorübergehender) Stabilisierung nicht nachweisbar. Lösung: Beendigung SAPV und Wiederaufnahme nach erneutem KH-Aufenthalt.</pumpen<>
LE-061	Wir hatten im Jahr 2013 genau einen strittigen Fall, dies betraf eine KK aus einem anderen Bundesland, welche uns zunächst nicht vertragsgemäß bezahlen wollte. Dies konnten wir dann aber regeln. <b>Ergebnisse aus einer Sitzung des Bündnisses SAPV diese Bundeslandes:</b> Wir haben in [Bundesland] generell einen respektvollen Umgang zwischen SAPV-Teams und dem MDK. Auch bemühen wir uns, "echte" SAPV -Fälle einzureichen sowie die AAPV zu stärken (Kurse für Ärzte und Pflegepersonal, Vorträge, Anlernen von Hausärzten usw.). Die für alle Seiten aufwändigen Ablehnungen halten sich daher in Grenzen. Hat der MDK-Gutachter Zweifel an der Richtigkeit unserer Verordnung, so wird das meist vorab durch ergänzende Informationen oder ein kurzes Telefonat geklärt. Insofern haben wir in [Bundesland] derzeit kaum Ablehnungen; aktuell besteht genau bei einem SAPV-Team (von den 27 bei der gestrigen Sitzung anwesenden) hier ein größeres Problem, welches in den nächsten Wochen hoffentlich lösbar ist. Diskussionen mit dem MDK entstehen meist bei nicht onkologischen Patienten,

	insbesondere bei Bewohnern in Pflegeheimen. Natürlich dürfen wir als SAPV nicht als "DefizitÜberbrücker" genommen werden, jedoch kann auch im Pflegeheim eine Teilversorgung notwendig werden. Nicht die Diagnose, sondern die komplexe Situation mit Bezug auf das Lebensende muss entscheidend bleiben für die Indikation SAPV.
LE-065	Palliative Symptomatik aus Sicht des MDK in AAPV abdeckbar.
LE-068	Keine eindeutige SAPV-Bedürftigkeit beim Patient. Versuchsweise beantragt. In kollegialer, freundlicher Absprache mit Krankenkasse in der AAPV belassen.
LE-069	Palliative Versorgung ausreichend – SAPV nicht notwendig.
LE-081	Wortlaut der Ablehnung: „... eine Erkrankung, die eine Reduzierung der Lebenserwartung (...) auf Tage, Wochen oder Monate begründen würde, liegt nicht vor. Weiterhin Heimpflege, hausärztliche Behandlungen und ggf. Behandlungspflege sind ausreichend.“
LE-083	Der MDK sah die Notwendigkeit der SAPV nicht gegeben.
LE-085	Gab es nur bei privaten Kassen.
LE-087	Rückführung in die AAPV. Keine Veränderung im Medikamentenplan. Symptome wurden nicht ausreichend beschrieben. Häufig Nachfragen bei palliativ <b>XXX</b>
LE-093	Keine Ablehnungen in unserer Statistik, da vorab mit Kostenträger besprochen. Ablehnung, falls keine eindeutig + mittelfristig zum Tode führende Erkrankung (chron. Schmerzpat.)
LE-094	Begrenzte Lebenserwartung nicht ersichtlich. Kriterien für SAPV liegen nicht vor. Behinderung sollte im Rahmen der Erwachsenen-Medizin behandelt werden.
LE-097	Noch laufende Chemotherapie
LE-098	Leistungsvoraussetzungen laut MDK nicht erfüllt. Aus pflegerisch-medizinischer Sicht derzeit keine Notwendigkeit der SAPV laut MDK. AAPV ausreichend (laut MDK). Zustand stabil (eingereichte Unterlagen). Laut Unterlagen SAPV von Angehörigen nicht gewünscht. Eine begrenzte Lebenserwartung auf Grund der vorliegenden Erkrankung ist nicht erkennbar (MDK).
LE-101	Keine eindeutige Diagnose. Kein Symptomkomplex beim Patient.
LE-102	Fehlende komplexe Symptome. Fehlen einer fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung.
LE-104	(Noch) keine eindeutig palliative Situation.
LE-108	Patienten <u>ohne</u> Krebsdiagnose. Arztbriefe, aus denen die Schwere der Erkrankung hervorging
LE-110	Laut MDK fehlender Bedarf an aufwändiger Versorgung und fehlende Notwendigkeit für

	besondere palliative Kompetenz.
LE-111	Privatversicherte, deren Leistungen nicht übernommen wurden. MDK-Ablehnung nach Prüfung der Fälle. Formfehler.
LE-113	Angeblich nicht Nachvollziehbarkeit der aufwändigen spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Psychosoziale bzw. dementielle Erkrankungen von Menschen mit einhergehender tumoriger Erkrankung wurde in der Gesamtkonstellation nicht als SAPV-würdig angesehen. Anwendung/Einsatz von Chemotherapie in der SAPV-Versorgung
LE-114	Ablehnungen im Wesentlichen durch die [Krankenkasse], die den in [Bundesland] getroffenen Vertrag für ihre Versicherten nicht bindend sieht. Die SAPV-Verordnungen werden (nach Prüfung durch den MDK?) teilweise nicht genehmigt. Rechnungen werden (nach [Bundesland] Richtlinien gestellt) nicht akzeptiert.
LE-119	Formfehler im Ordnungsmanagement. Privatversicherungen, die die SAPV als Versorgungsanspruch ablehnen. Komplexe psychosoziale Versorgungsproblematik wird nicht anerkannt. Nach Ansicht der Kostenträger keine ausreichende Anbindung durch die Regelversorgung, dies bedeutet in der Praxis, dass Patienten, die keinen Pflegedienst benötigen und trotzdem an komplexen Symptomgeschehen leiden nicht durch die SAPV versorgt werden können. Ablehnung durch Krankenkassen anderer Bundesländer (z.B. [Krankenkasse])
LE-120	Kein Vorliegen von Erkrankungen, die der Hausarzt nicht auch behandeln könnte.
LE-123	Bei Ablehnungen durch den MDK werden uns keine Gründe mitgeteilt.
LE-124	Bei uns gab es Nachfragen vom MDK, aber keine Ablehnung. Es wurde ein Fragebogen zugeschickt, den wir ausgefüllt haben. Einmal habe ich mit dem MDK telefoniert.
LE-125	SAPV-VO war nicht aussagekräftig. Erkrankung nicht weit genug fortgeschritten.
LE-126	Indikation angezweifelt.
LE-127	Laut MDK keine Notwendigkeit für eine medizinische Teilleistung und nach Einschätzung des Hospiz-Hauses gab es keine kritische Situation.
LE-128	Notwendigkeit des SAPV wurde aus Sicht des MDK nicht gesehen.
LE-129	Unzureichend ausgefüllte SAPV-Verordnung
LE-130	Stabile Situation, Versorgung durch Hausarzt (AAPV) ausreichend.
LE-131	Verordnung ging zu spät bei den Kostenübernehmern ein. Versorgung wurde abgelehnt, weil der Patient nicht in [Bundesland] versichert ist. Versorgung nach MDK-Prüfung durch den MDK abgelehnt.
LE-132	Verordnung nicht „fristgerecht“ bei Krankenkasse eingegangen.
LE-133	Lebensbegrenzung in Frage gestellt. Nicht ausreichen komplexes Symptomgeschehen

	Grunderkrankungen nicht Tumor
LE-135	Keine Ablehnungen, allerdings bei 3 Fällen Leistungskürzung und Widerspruchsverfahren eingeleitet.
LE-137	Nichtonkologische Erkrankung mit aus Sicht des MDK unklarer Prognose. Im Aufnahme-Assessment aus Sicht des MDK zu gering ausgeprägte oder zu wenig komplexe Symptomatik.
LE-138	1. Fall: Beendigung der SAPV-Versorgung durch ein MDK-Gutachten. 2. Fall: Die Genehmigung der SAPV-Versorgung wurde durch den MDK [Bundesland] mehrfach abgelehnt.
LE-140	Laufende palliative Chemotherapie, mit dem Ziel der Lebensverlängerung. Bei Folgeverordnung: Stabilisierung auf niedrigem Niveau (mit fortbestehender Notwendigkeit der Krisenintervention). Komplexe, aber rein psychosoziale Symptomatik. Im stationären Hospiz: Notfallvorbereitung und Kriseninterventionsbereitschaft wird selbst bei Pat. mit hoher Notfallwahrscheinlichkeit zunehmend abgelehnt, wenn keine aktuelle Symptomlinderung notwendig ist; abgerechnet werden sowieso nur Einsatztage; um aber eine effiziente Notfallvorbereitung durchzuführen, muss ein spezialärztliches palliativ-medizinisches Assessment erfolgen. Langwierige Nicht-Tumor-Erkrankungen werden manchmal nicht bewilligt, weil das Lebensende nicht unmittelbar absehbar ist; Symptomkontrolle zur Lebensqualität notwendig, aber Rückführung AAPV.
LE-141	1x Ablehnung der Fortführung von SAPV nach 4. Woche durch Kasse aus dem Nachbar-Bundesland: SAPV sei nicht länger als 4 Wochen finanziert. Die Angehörigen haben sich nicht getraut, Widerspruch einzulegen, Patient verstarb dann im Krankenhaus. 1x Gleichzeitigkeit mit häuslicher Intensivpflege bei Beatmungspflichtigkeit aufgrund neurologischer Grunderkrankung. Begründung: Intensivpflege schließe palliative Zielsetzung aus. MDK habe dies bestätigt, auch hier erfolgte kein Widerspruch des Patienten. Patient verstarb zuhause ohne SAPV mit zwischenzeitlichen KH-Aufenthalten.
LE-144	Patient erholte sich gut, ist aus Hospiz wieder ausgeschieden.
LE-145	Patientin über 30 Jahre alt, Überschreiten der 60-Tage-Grenze.

**Frage 6: Sofern bekannt, was waren die Gründe, die bei Kindern und Jugendlichen zu einer Ablehnung geführt haben?**

Identif.	Text
LE-062	<p>Versorgung je nach Krankenkasse (integrierte Versorgung oder SAPV):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- integrierte Versorgung keine Problematik</li> <li>- SAPV bestehende Problematik <ul style="list-style-type: none"> <li>o Versorgungsauftrag unklar (es wurde keine spezielle Versorgung gesehen)</li> <li>o Anfänglicher Vergleich bzw. Deutung, dass das SAPV-Team ein Pflegedienst ist und auch die Aufgaben eines ambulanten Pflegedienstes übernimmt (Abgrenzung/ Teilversorgung/Vollversorgung)</li> <li>o Mangelnde Kommunikation/Rücksprache bei Fragen zur Verordnung Beispiel: Ablehnung bei Patientin mit Pongliom, Erstverordnung bewilligt (3 Wochen zum Quartalsende), Folgeverordnung für das neue Quartal ohne Rücksprache vom MDK abgelehnt, Kind noch vor Klärung verstorben.</li> </ul> </li> </ul>
LE-084	<p>Schwerwiegendes palliativmedizinisches Symptomgeschehen in den Augen der Prüfer nicht nachvollziehbar.</p>
LE-094	<p>Medizinische Kriterien nicht erfüllt. 24h-Pflege eines Kinderkrankenpflegedienstes sei ausreichend. Es liegt keine SAPV vor, Regelversorgung ausreichend.</p>
LE-103	<p>MDK beurteilt das eine besonders aufwändige Versorgung nicht mehr erkennbar ist – „es kann die Versorgung durch häusliche Krankenpflege geleistet werden“. Widerspruch eingelegt – kein Erfolg. Kind: schwerste spinale Muskelatrophie mit respiratorischen Problemen. Einzigste Möglichkeit: Kassenwechsel! -&gt; Kind ist seit Kassenwechsel zurück in der SAPV-Versorgung.</p>
LE-138	<p>Es wurden mehrfach Kinder vom MDK [Bundesland] abgelehnt, die erst nach mehrfachem Widerspruch und großen Druck der Eltern auf die Kasse genehmigt wurden. Mit dem MDK [Bundesland] gibt es regelmäßig Probleme bei der Umsetzung von SAPV bei Kindern und Jugendlichen!</p>

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

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

Identif.	Text
LE-024	In der SAPV-Richtlinie steht genau 1 Satz zur Versorgung von Kindern („den spezifischen Erfordernissen von Kindern ist Rechnung zu tragen“). Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care sollte vorhanden sein.
LE-026	Richtlinie ist zu allgemein gefasst! Insbesondere auch die Bedürfnisse/Belange der Kinder/Jugendlichen, die als Angehörige besonderen Bedarf der Betreuung haben, als auch die besonderen Bedürfnisse der kindlichen/jugendlichen Patienten und die dafür erforderlichen Maßnahmen könnten genauer beschrieben werden!
LE-030	Flächendeckende Versorgung mit SAPPV-Teams nicht gewährleistet.
LE-033	Spezielle Aspekte des psychosozialen Bedarfs der betroffenen Familien (§ 4), davon abhängig Nennung von SAPPV-spezifischen Leistungen (§ 5).
LE-040	Die Belange von Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich teilweise erheblich von denen Erwachsener – ein Hauptunterschied ist die Minderjährigkeit, ein anderer die hauptsächlich vorliegenden Erkrankungen. Hierzu bedarf es m. E. einer eigenen Richtlinie. § 1 Absatz 4 reicht dafür nicht aus. Als Experten eignen sich hierfür bereits arbeitende SAPPV-Teams
LE-048	Personelle Voraussetzungen (z. B. Pädiatrie, Kinderkrankenpflege). Unterstützungsmöglichkeiten zum Strukturaufbau: z. B. unterschiedliche Vergütungssysteme der einzelnen Bundesländer.
LE-050	Durch Mitteilung von Kollegen der SAPPV: – häufige Ablehnung ( ca. 50%) durch KK wegen intermittierender und langdauernder Behandlungen – SAPPV hat andere Behandlungsverläufe als SAPV!
LE-060	Einzelverträge zur Kinder- und Jugendlichenversorgung; hier erscheint die Benennung dieser Verträge sinnvoll. In [Bundesland] aktuell 2 Zentren zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen. In der Richtlinie selbst bedarf es der Konkretisierung der Belange von Kindern und Jugendlichen. Netzwerkbildung in den Peripheriegebieten.
LE-068	Eindeutige Klärung der „besonderen Ansprüche von Kindern“ ... denen Folge zu leisten ist und die zu berücksichtigen sind.
LE-070	Notwendigkeit intermittierender Palliativversorgung durch spezialisiertes pädiatrisches Team in Krisen(...) Längerer, schwer absehbarer, durch rezidivierende Krisen geprägter Verlauf bei Kindern (siehe Groh G(...)) Hoher Bedarf an ärztlicher Präsenz bei hoher Symptomlast Vereinbarkeit mit häuslicher (Intensiv-)Krankenpflege, z.B. bei heimbeatmeten Kindern mit begrenzter P(...) „Advance Care Planning“ als prozessorientierte gesundheitliche Vorausplanung bei

	<p>schwerstkranken Kindern als integraler Bestandteil der päd. SAPV</p> <p>Sog. Elternverfügung (z.B. vorausgefügtter Verzicht auf Reanimationsmaßnahmen oder Klinikeinweisung) darf nicht Voraussetzung für päd. SAPV sein.</p>
LE-073	<p>Hier im LK werden Kinder in der SAPV von amb. Intensiv-Kinderdiensten versorgt, die super vernetzt sind, aber nicht für SAPV vergütet werden.</p> <p>Es fehlt an klaren Vorgaben, Angaben zu Qualifikationen und amb. niedergelassenen Kinderärzten mit pall. Weiterbildung.</p>
LE-080	<p>Bisher zwar keine Erfahrung mit pädiatrischer Palliativversorgung, jedoch erscheint mir 1-2 Sätze dazu zu wenig (§1 (2) + §3 (3)).</p> <p>Richtlinien für Kinder und Jugendliche sollten separat gefasst werden.</p>
LE-083	<p>Aus-, Fort-/Weiterbildung der SAPV-Teams (über bekanntes Maß hinaus bestehende Anforderungen?).</p> <p>Wechselnder Aufenthaltsort des Kindes</p> <p>Was sind die „besonderen Belange“ des Kindes?</p>
LE-092	<p>Klärung – was sind besondere Belange von Kindern.</p> <p>Möglichkeit der längeren Versorgungen sollte beschrieben sein.</p> <p>Geringe Fallzahlen und große Versorgungsgebiete stellen hohe Anforderungen an strukturelle u. personelle Vorhaltungen, die z. Zt. finanziell nicht ausreichend gedeckt sind.</p> <p>Besonderer Bedarf an psychosozialer Beratung/Begleitung.</p>
LE-093	SAPV-Indikator bei nicht-mobilen chron. Schmerzpatienten?
LE-099	Die Zugangsvoraussetzungen sollten wie in der Empfehlung zur Ausgestaltung von Versorgungskonzeption für SAPV für Kinder und Jugendliche vom 12.06.2013 beschrieben werden.
LE-103	Es muss klarer definiert werden, was die Belange sind. Auch psychosomatische, familiäre Probleme müssen beachtet werden. Kindeseltern brauchen sehr viel Zeit, um die Erkrankung – gerade lebenslimitierend – zu verstehen und anzunehmen. Krankheitsverläufe können deutlich länger bei Kindern sein.
LE-112	Die SAPV für Kinder und Jugendliche scheitert in [Bundesland] bis heute daran, dass noch keine SAPPV-Dienst einen Vertrag mit den Krankenkassen abschließen konnte. Ich halte das nach 7 Jahren SAPV-Anspruch für außerordentlich ärgerlich!
LE-116	<p>Voraussetzungen der Versorgungsstrukturen quantitativ und qualitativ.</p> <p>Personelle Voraussetzungen.</p> <p>Unterstützungsmöglichkeiten zum Strukturaufbau.</p> <p>„Besondere Belange“.</p>
LE-119	Grundsätzlich ist eine Vergleichbarkeit und eine Übertragung der Erwachsenenversorgung auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht sinnvoll. Es ist dringend erforderlich dies genauer zu differenzieren, um eine Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch ein auf Erwachsene spezialisiertes Team zu vermeiden. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollte durch geschulte Pädiater erfolgen und nicht durch Palliativmediziner aus dem Erwachsenenbereich.
LE-121	<p>Die Belange der Kinder sind konkretisiert dargestellt, jedoch können die Belange der Kinder und Jugendlichen bei unzureichender Vergütung und fehlender politischer Unterstützung in Realität umgesetzt werden!</p> <p>(dies muss berücksichtigt werden, auch wenn es s.o. ausgeschlossen von der Befragung ist)</p>
LE-124	Auf die besonderen Bedürfnisse und Anforderungen für die Versorgung von Kindern und

	<p>Jugendlichen und ihren Eltern und Geschwistern wird in der RL nicht eingegangen. Es muss die gesamte Familie mitbetreut werden. Die Krankheitsbilder und Behinderungen unterscheiden sich von der Erwachsenensituation – es sind z.T. viel längere Betreuungen erforderlich.</p>
LE-130	<p>Kinder und Jugendliche sind in der SAPV Richtlinie bis auf §1 Satz 4 „...den besonderen Belangen...ist Rechnung zu tragen“ und §3 Satz 3 „insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt“ nicht vertreten. Der Begriff Krisenintervention für die Beschreibung der SAPV ist zudem falsch – SAPV ist die verlässliche, regelmäßige Begleitung bei einem komplexen Symptomgeschehen.</p> <p>Aspekt 1: Konkretisierung der Bedarfe der SAPPV, die sich grundsätzlich von der SAPV unterscheiden.</p> <p>Aspekt 2: Feststellung, dass auf Grund der unterschiedlichen Bedarfe, Erkrankungen und Symptomkonstellation eigenständige SAPPV-Teams in der Regel notwendig sind.</p>
LE-132	<p>Uns stehen leider keine geeigneten Fachkräfte zur Verfügung. Den Punkt können wir daher mangels angewandter Praxis nicht weiter beurteilen.</p>
LE-135	<p>Bei Versorgung von Kindern/Jugendlichen sollte die Möglichkeit bestehen sog. „psycho-soziale“ Belange und zwar im Bereich der Familie als Leistung abbilden und auch abrechnen zu können.</p>
LE-137	<p>Typisch für die Palliativversorgung von Kindern ist der intermittierend bestehende SAP-Bedarf, dies ist nicht ausreichend konkretisiert.</p> <p>Gerade in der SAPV sind geringe Patientenzahlen und/oder großflächige Versorgungsregionen mit weiten Anfahrtswegen typisch -&gt; Konkretisierung bzgl. Berücksichtigung in der SAPV-Richtlinie.</p> <p>Noch immer (2007-2014) Regionen ohne SAPV -&gt; welche Alternativen werden zur Defizitdeckung unternommen? -&gt; Konkretisierung</p>
LE-141	<p>Die Versorgung von kindlichen und jugendlichen Palliativpatienten bedarf einer besonderen Expertise, daher sehen wir in der Versorgung durch SAPV-Teams für Erwachsene für diese Patienten große Probleme:</p> <p>Mangelnde Expertise (Erkrankungen werden in der Erwachsenen-Medizin nicht gesehen: embryonale Tumoren, Fehlbildungen mit Lebensbegrenzung, genetische und stoffwechselbedingte Störungen, komplexe neurologische Schädigungen etc.) und mangelnde Vertrautheit mit den Besonderheiten des Kindesalters bzgl. Stoffwechsel, Medikamenteneinsatz und Krankheitsbewältigung im Familiensystem. Nach unserer Auffassung hat das kranke Kind in der planbaren und Krankenhaus ersetzenden Versorgungsform SAPV einen Anspruch auf eine entsprechend angemessene Behandlung mit „Facharztstandard“.</p> <p>SAPV für Kinder und Jugendliche kann auch von den meisten Ärzten und Pflegenden aus „Erwachsenen-Teams“ nicht geleistet werden, da sie sich zumeist emotional diesen Versorgungssituationen nicht gewachsen fühlen.</p>
LE-142	<p>Was sind besondere Belange der Kinder und Jugendlichen?</p> <p>Erkrankungen sind zumeist spezifisch für das Kindes- und Jugendalter, Krankheitserleben und -bearbeitung sind wechselnd altersspezifisch, das Kind ist stets als Teil und im System der therapeutischen Einheit Familie zu behandeln, einschlägige Verfahren und Maßnahmen sowie Therapiekonzepte sind altersspezifisch, viele chronischen lebensbegrenzenden Erkrankungssituationen zeigen eine altersspezifische Kinetik, selbst im Sterbevorgang zeigen sich viele Besonderheiten im Vergleich zur Versorgung von Erwachsenen aber insbesondere zu älteren Palliativpatienten.</p> <p>Mit diesen besonderen Belangen sind nicht dafür besonders qualifizierte Mitarbeiter regelmäßig nicht befähigt, umzugehen. Es bedarf hier unbedingt des Einsatzes von entsprechend</p>

qualifizierten Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit einer palliativmedizinischen Expertise sowie einschlägig weitergebildeter Kinder-Pflegefachkräfte. Nur ausnahmsweise können in diesem Tätigkeitsfeld entsprechend einschlägig qualifizierte Nicht-Kinderärzte bzw. Nicht-Kinder-Pflegende unter der Leitung eben dieser eingesetzt werden. Es handelt sich bei SAPV nicht um Notfallversorgung, die Abstriche in der Fachärztlichen Versorgungsqualität zulassen bzw. erforderlich erscheinen lassen (wie im Notarztdienst), sondern um eine Krankenhaus ersetzende Spezialtherapie mit planbarem Bedarf. Nach einschlägiger analoger Rechtsprechung schuldet der Sozialversicherungsträger hier die entsprechend geeignete fachärztliche Versorgungsqualität, also mit angemessener Expertise, über die der Erwachsenen-Mediziner regelhaft nicht verfügt.

Als Besonderheit fehlende Diagnose: in einigen wenige Fällen gab es mit KK und MDK Diskussionen über die Frage nach der Unheilbarkeit und Progredienz der Krankheiten, für die zum Teil (z.B. bei seltenen Syndromen) bis zum Eintritt in eine palliative Situation noch keine gesicherte Diagnose benannt werden konnte. Wenn keine Diagnose vorliege, könne auch nicht die Unheilbarkeit behauptet werden; wenn die Erkrankung an sich nicht progredient sei, sondern die Auswirkungen (z.B. bei multiplen neurologischen Erkrankungen) fortschreiten, dann seien die Voraussetzung der RL nicht erfüllt.

Vollkommen unberücksichtigt sind bisher die Bedarfe für eine bereits pränatale Beratung von Eltern mit gravierenden und nicht überlebensmöglichen intrauterinen Fehlbildungsdiagnosen: um den Entscheid rund um die Frage nach dem Vorgehen suffizient zu beraten ziehen in vereinzelt Zentren Gynäkologen und Neonatologen zur Beratung der Eltern auch Kinder-Palliativ-Teams hinzu, um eine mögliche postpartales auch häusliches Versorgungsangebot bis zum Versterben des Kindes als eine mögliche Option direkt anbieten zu können. Dies wird bisher von den Kostenträgern als nicht im Rahmen der SAPV finanzierbar dargestellt. Es gebe ja noch keinen Versicherten im Sinne der RL und die Beratung der Eltern sei ja bereits in der Regelversorgung abgebildet.

Die Überleitung aus einer stationären KH-Behandlung in eine SAPV-Versorgung zuhause bedarf noch viel häufiger als bei Erwachsenen eines Erst-Besuches zur Absprache und zum Kennenlernen im Krankenhaus, um die Option für eine Entlassung nachhause überhaupt für Eltern und Kind vorstellbar werden zu lassen. Diese Leistung sei aus Sicht der KK nicht finanzierbar, da bereits durch das DRG-Entgelt abgegolten und die Gleichzeitigkeit von ambulanter und stationärer Leistung nicht möglich sei. Damit werden sonst mögliche Entlassungen und häusliche Versorgungen verhindert.

Eine weitere Besonderheit der Palliativversorgung von Kindern besteht in der regelhaft nicht wohnortnah vorhandene Regelversorgung dieser Kinder, die häufig in den wenigen Spezialambulanzen der Zentren z.T. bis zu hunderte von Km entfernt von zuhause betreut werden. Dies führt zu einer häufig viel früheren und häufiger wechselnden Notwendigkeit für SAPV im Vergleich zu Erwachsenen. Auch längere Verläufe unter anhaltendem Bedarf für SAPV sind im Vergleich zur Versorgung von Erwachsenen zu beobachten.

Da Kinder und Jugendliche mit ihren überwiegend nicht onkologisch begründeten SAPV-Situationen in den vielfältigen lebensbedrohlichen Krisensituationen ein deutlich größeres Erholungspotential aufweisen, als z.B. Erwachsene oder ältere Menschen, kommen sie auch häufiger rezidivierend in entsprechende Krisensituationen mit einem dann konsekutiv entstehenden Versorgungsbedarf.

Viele der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen bedürfen gleichzeitig mit der SAPV auch einer intensiven Kinderkrankenpflege, z.T. auch mit Beatmung und andere Maßnahmen der häuslichen Intensivtherapie. Dies wird von vielen Krankenkassen als konkurrierend zu Leistungen der SAPV angesehen und birgt regelmäßig viel Diskussionsstoff und Klärungsbedarf. Besonders bedeutsam ist dies auch im Zusammenhang mit der z.T. regional sehr unterschiedlichen Verfügbarkeit von dringend benötigten speziellen Kinder-Pflegediensten. Für diese scheinen einheitliche Regelungen und auskömmliche Finanzierung notwendig zu sein.

<p>Die besondere Situation der notwendigen subsidiären Entscheidung zu Behandlungen und Unterlassungen durch die Sorgeberechtigten erschweren die Klärung von Prognose und Behandlungszielen deutlich gegenüber den Erwachsenen, auch findet viel häufiger im Verlauf der Versorgung noch wechselnd eine Verschiebung der Therapieziele ein. Ein Verzicht durch die Eltern auf kurative Ansätze vor Anspruch auf SAPV für das Kind, wie z.T. von KK gefordert ist nach unserer Auffassung unethisch und möglicherweise auch rechtlich hoch bedenklich.</p> <p>Die Verteilung und Dichte von entsprechend erkrankten Kindern bedingt selbsterklärend weitere Fahrwege, dies hat Auswirkungen auf die Personalbindungszeiten und mögliche Leitungsoptimierung und sollte hier differenziert betrachtet werden.</p> <p>Die in diesem Umfeld dringend erforderliche Beteiligung eines einschlägigen Psychosozialen Dienstes in der SAPV für Kinder und Jugendliche muss dringend diskutiert werden.</p>
---

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

**Wenn ja, welche:**

Identif.	Text
LE-001	Klare Definition, wann Einschreibepauschale bei Wiedereinschreibung gewährleistet wird. Einheitliche Anbieter für Hilfsmittel. Leistungsabrechnung am Monatsende – Unterschrift des Patienten oder Angehörigen wirklich notwendig ([Name Krankenkasse]).
LE-004	Wünschenswert wäre eine bessere Information im klinischen Bereich über die SAPV und dadurch eine bessere Vernetzung zwischen stationärem und ambulantem Bereich, wovon die Patienten profitieren würden. Früherer „Start“ der SAPV-Versorgung im ambulanten Bereich.
LE-006	Alle Fälle von schweren terminalen pulmonalen Erkrankungen, z.B. exazerbierte COPD beim alten Menschen - Herzinsuffizienz, NYHA III + Multimorbidität - schwerer Apoplex, Insult, schwere Alzheimer-Demenz im Endstadium Alle diese Fälle sind oft auch <b>teure</b> SAPV-Fälle, da sehr Versorgungsaufwändig, aber nicht durch einen Hausarzt versorgbar.
LE-007	Genauere Definition „komplexes Symptomgeschehen“. Genauere Definition für eine SAPV.
LE-008	Die Möglichkeit der Abrechnung der Ziffer für Teilversorgung „99064“ sollte mit der tatsächlichen Durchführung von Hausbesuchen verbunden werden!
LE-016	Bei Verschlechterung des Zustandes des SAPV-Patienten, die zu einer Aufnahme (z.B. 20 Uhr) auf die Palliativstation führt (kleine Kinder zu Hause, dekompensierte Angehörige oder medizinisch begründet) werden die Einsätze der SAPV-Schwester oder des Arztes für diesen Tag nicht vergütet (z.B. Schwestern und 2 Arztbesuche). Ebenso bei neuen Patienten nach Entlassung am Tage der Entlassung keine Einsätze bezahlt werden – trotz oft Notsituationen in der Häuslichkeit oder im Hospiz. Das auch Patienten einer [Krankenkasse] im Hospiz Anspruch bei entsprechender Indikation auf SAPV-Betreuung haben!
LE-018	Der besonders aufwändigen Versorgung der Patienten wird nicht ausreichend Rechnung getragen. Immer wieder Erklärungsnot gegenüber des MDK und der KK wegen Infusionstherapien die ambulant durchgeführt werden müssen! PD darf teilweise VO nicht ausführen bzw. wird nicht vergütet. Andererseits sind HB ( <b>Hausbesuche</b> ) reglementiert und ungenügend, so dass Versorgung oft sehr, sehr schwierig ist. Dies sollte in der SAPV-RL besonders berücksichtigt werden, da oftmals ansonsten nur eine stationäre palliative Therapie stattfinden muss bzw. kann.
LE-019	Erweiterung des Begriffes „Angehörige“ in z.B. Bezugssystem, Zugehörige, Nahestehende... §7: Verordnungen nach stationärem Aufenthalt durch Klinikärzte mit in der Regel 7 Tage zu eng begrenzt.
LE-021	§1 (2): Ergänzung - ambulante Hospize - Alten- und Pflegeheime §4: weitere Kriterien - Angststörung - psychische Instabilität

	<p>§7: Verlängerung der Verordnungsfähigkeit des Krankenhausarztes auf 14 Tage.</p> <p>§8: Verlängerung der Vorlage der Verordnung bei der Krankenkasse auf 7. Tag der Ausstellung bzw. folgender Arbeitstag</p>
LE-024	<p>Nicht nur bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei länger prognostizierter Lebenserwartung erfüllt; z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wachkomapatienten</li> <li>- Langzeitbeatmete zu Hause</li> <li>- Schwerbehinderte mit auftretenden Komplikationen</li> </ul>
LE-025	<p>Bei bestimmten Erkrankungen, z.B. COPD, sollte eher auf die Symptomlast als auf die Lebenserwartung geachtet werden. Evtl. sollte die SAPV befristet genehmigt werden und bei Besserung wieder pausiert werden.</p>
LE-026	<p>Ziel der SAPV ist ja eine Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und die Unterstützung von Patienten, Angehörigen in der palliativen Situation. Oft tritt tatsächlich einer Verbesserung der Beschwerden ein, so dass die Symptome, die die SAPV laut Richtlinie rechtfertigen, vorübergehend zurückgehen; dies ist meist das Ergebnis der guten und sicheren kontinuierlichen Betreuung durch das SAPV-Team und sollte nicht zum Anlass für die Beendigung der SAPV dienen, da ja gerade die 24h-Erreichbarkeit des professionellen Teams zur Stabilisierung der Situation beiträgt! D.h. es ist aus meiner Sicht nicht sinnvoll, als Kriterium für SAPV die Persistenz von Symptomen in den Vordergrund zu stellen, sondern mehr die Bedürftigkeit der Patienten in ihrer schwierigen komplexen Situation!</p>
LE-027	<p>Deutlichere Abgrenzung zur AAPV.</p>
LE-028	<p>Der Umgang mit Demenzpatienten oder Patienten nach Schädel-Hirn-Traumen und wechselnden Bewusstseinszuständen.</p> <p>Die ethischen Konflikte des Patienten und des Bezugssystems, die oft bei einer Therapiezieländerung auftreten können.</p> <p>Der Umgang mit den spirituellen und religiösen Bedürfnissen des Patienten, 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 beatmeten Patienten (Heimbeatmung).</p>
LE-030	<p>Aktenlagen (MDK) nicht darstellbar.</p> <p>Einschätzungen der SAPV-Teams und einschreibender Palliativmediziner werden unzureichend berücksichtigt.</p>
LE-031	<p>Der SAPV-Bedarf bei Heimpatienten ist zunehmend gestiegen, das dortige Personal ist aus verschiedenen Gründen mit der veränderten Situation überfordert (fachlich und personell). Dies sollte in den Richtlinien vielleicht nochmal genauer erwähnt werden!</p>
LE-033	<p>Orientierung an der WHO-Definition anstatt Nennung der prognostischen Begrenzung (§ 2, § 3 (3)).</p> <p>Berücksichtigung der Daten zu früher Integration von Palliativversorgung anstatt Fokussierung auf letzte Lebensphase (z.B. Temel J et al, NEJM 2010, 363:733-42)</p> <p>Anmerkung zu besonderen Situation in (dünn besiedelten) Landkreisen, da dort Unterversorgung trotz Rechtsanspruch herrscht.</p>
LE-040	<p>Vereinheitlichung bundesweit sinnvoll, landesspezifische Handhabung!??</p> <p>Beratung/Koordinator bzw. Teil-/Vollversorgung sollten zu jeweils einer Stufe zusammengefasst werden.</p>

	<p>VO innerhalb von 3 Tagen an Kasse oft kaum möglich.</p> <p>Teamstruktur sollte m. E. auch in der Richtlinie mehr betont werden.</p> <p>(In [Bundesland] machen einzelne „SAPV-Ärzte“ „SAPV“ ohne einen einzigen Hausbesuch – wie ist so etwas möglich!??)</p>
LE-042	<p>Nunmehr gibt es Abrechnungsziffern für die AAPV; für diese Leistungen gibt es, anders als in der SAPV keine Qualitätsvorgaben. Auch ist die Integration in bestehende Netzwerke und die Teilnahme am Bereitschaftssystem nicht gefordert.</p> <p>SAPV als etwas von der AAPV getrenntes zu sehen halte ich für ungünstig, zumal eine klare inhaltliche Grenze von AAPV und SAPV schwer zu ziehen ist.</p>
LE-048	<p>Kriseninterventionsbereitschaft / Rufbereitschaft / Notfall: problematisch, denn Tage an denen lediglich eine Rufbereitschaft für den Patienten als zuverlässige Sicherheit erfolgt, werden von den Krankenkassen u. U. nicht als ein leistungsrelevanter Tag angesehen.</p> <p>Unzureichend ausgefüllte SAPV-Verordnungen durch den Verordner: die Strukturen bzw. Aufwändigkeit der SAPV sind für die Verordner nicht immer hinreichend erkennbar.</p> <p>Konkretisierung des Begriffs der allgemeinen Palliativversorgung.</p>
LE-050	<p>Muster 63 in vieler Hinsicht nicht sinnvoll:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patient (oft in Hospizen) kann keine Unterschrift mehr leisten, kein Bevollmächtigter anwesend oder bekannt. GKV will gegen Ersatzunterschrift durch SAPV-Ärzte vorgehen.</li> <li>2. Einreichungsfrist von 3 Werktagen zu kurz – Kassen gewähren bei späterem Eingang davor liegende Behandlungstage nicht!</li> <li>3. Bürokratisch überfrachtet, palliativmedizinische Behandlungssituation kann nicht ausreichend beschrieben werden, außerdem wissen Verordner (Kliniken, Hausärzte) oft nicht, was im Fokus der Palliativbehandlung steht.</li> </ol>
LE-052	<p>Schulungen für Sachbearbeiter (Sozialversicherungsfachangestellte), damit sie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss kennenlernen.</p> <p>Mehr Hilfe für geriatrische Patienten die SAPV sind und dennoch abgelehnt werden.</p>
LE-053	<p>Die besonders aufwendige Versorgung palliativer Patienten zeigt sich manchmal nur durch die intensive psychische Betreuung des Patienten und seines Umfeldes. Nur dadurch kann häufig die Häuslichkeit erhalten und unnötige KH-Einweisungen verhindert werden. Diese Leistung ist im Einzelfall besonders belastend, kann aber für die Kostenträger nur unzureichend abgebildet werden.</p> <p>Hier wäre im Einzelfall mehr Spielraum hilfreich.</p>
LE-054	<p>Schwierige Abgrenzung zur AAPV, fehlende AAPV-Ärzte</p>
LE-056	<p>SAPV-Verordnungen sind oft unzureichend ausgefüllt -&gt; Dimension SAPV für Verordner oft schwer greifbar.</p> <p>Private Versicherungen sehen in ihren Verträgen überwiegend keine SAPV vor -&gt; Privatversicherten kann die Leistung häufig nicht angeboten werden.</p> <p>Notwendige Beratungsleistungen durch die PCT's sind aufgrund sektoraler Vergütungssysteme, z.B. im Krankenhaus, nicht möglich bzw. werden nicht vergütet.</p> <p>Die Begrifflichkeiten der möglichen Verordnungstiefen/-stufen sind nicht klar definiert und werden unterschiedlich angewandt; Situation und Symptomatik bei Palliativpatienten oft wechselnd -&gt; abstrakte und von der Bedarfslage abweichende Beschränkung von Leistungsanteilen.</p>
LE-060	<p>SAPV-Verordnungen sind oft unzureichend ausgefüllt, da die Dimension der „SAPV“ für den Verordner (...)</p> <p>„Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der</p>

	<p>dauerbehand(...)</p> <p>„allgemeine Palliativversorgung“ – was ist darunter konkret zu verstehen? Allgemeine Palliativversorgung(...)</p> <p>„Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreut(...)</p> <p>„alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenb(...)</p> <p>Private Versicherungen sehen in ihren Verträgen überwiegend keine SAPV vor, was dazu führt, das(...)</p>
LE-061	<p>Ich bitte darum, explizit aufzunehmen, dass der Vertrag des behandelnden SAPV-Teams auch für einstrahlende Krankenkassen gilt. Wenn wir einen Patienten aufnehmen, welcher bei einer Krankenkasse in einem anderen Bundesland versichert ist, haben wir leider damit manchmal Probleme.</p>
LE-062	<p>Verlängerung der Erstverordnungsdauer</p> <p>Nicht so viele Auseinandersetzungen mit den Kassen, wenn rückwirkend bezahlt werden muss (z.B. Patient wird am Freitagnachmittag/Wochenende vom SAPV-Team betreut, SAPV wird erst am kommenden Montag ausgestellt).</p>
LE-069	<p>Abgrenzung zur AAPV ist nicht klar definiert.</p> <p>Ist SAPV Regel- oder „Bei-Bedarf“-Versorgung?? (nicht klar definiert)</p>
LE-073	<p>Dass SAPV und AAPV getrennt werden, ohne dass es dafür eine gesetzliche Grundlage gibt. Patienten, die alt, krank und mit Schmerzen behaftet sind, aber nicht unter die „Kassenbezeichnung“ SAPV fallen werden weiter nicht gut versorgt.</p> <p>Ich finde SAPV und AAPV für Symptome sollte nicht getrennt werden.</p>
LE-076	<p>Die Abrechnung bzw. Notwendigkeit täglicher Besuche durch einen Arzt.</p>
LE-077	<p>Zulassung von SAPV neben der Behandlungspflege von normalen Pflegediensten (SGB V)</p> <p>Beispiel: Insulininjektionen, Medikamentengabe müssen nicht vom SAPD mehrmals erbracht werden = Ressourcenverbrauch des SAPD durch Vollversorgung; Teilversorgung wäre hier sinnvoller.</p> <p>Richtlinie Wegepauschalen</p> <p>Klärung Vergütung psychosozialer Dienste, bisher unentgeltlich (Psychoonkologie, Sozialdienst, Seelsorge )</p> <p>Im Vergleich zu SAPV sind die Nachweise und Anforderungen bzgl. der Qualifizierung in der AAPV verhältnismäßig niedrig.</p> <p>Für die Abrechnung AAPV sollte der Hausarzt/die Hausärztin mindestens einen Palliative-Basiskurs absolvieren und ebenfalls Fortbildungen nachweisen.</p>
LE-080	<p>Die Richtlinie erscheint mir ausreichend, allerdings wird sie nicht ausreichend umgesetzt in den Versorgungsverträgen.</p>
LE-081	<p>Mehr Zusammenarbeit und ausführlichere Kommunikation mit dem Netzwerk und den Hausärzten.</p>
LE-083	<p>Teilnahme des psychologischen bzw. psychoonkologischen Dienstes und dessen <u>Vergütung!</u></p> <p>Die profane Anmerkung unter §5 (2) „... Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen...“ sollte gestrichen werden.</p> <p>Ist eine gummiartige Platitüde (man stirbt nicht zweckmäßig! – und: was ist das Maß des Notwendigen?)</p>
LE-087	<p>Häufig werden die konkreten Symptome wie Schmerz, Dyspnoe usw. beachtet.</p>

	<p>Bewilligung wird anhand von Medikamentenveränderung gesehen! (Unserer Meinung nach kann eine Höherdosierung der Opiate nicht ausschließlich der Grund dafür sein, SAPV zu bewilligen).</p> <p>Der ganzheitliche Ansatz, dass in unsere Versorgung auch das Auffangen der Angehörigen gehört, wird zu wenig berücksichtigt.</p> <p>Wenn der Hausarzt SAPV wünscht, aber die Kriterien für SAPV nicht vorhanden sind, führt dies evtl. bei „Nichterreichen“ vom Hausarzt (abends + WE) zur Krankenhauseinweisung.</p>
LE-089	<p>Unterschiedliche Vergütung der SAPV-Leistung nach Wohnort/Aufenthaltsort des Patienten, z.B. Pauschale der SAPV ist im Pflegeheim wesentlich geringer als in der eigenen Häuslichkeit, obwohl der Versorgungsbedarf und der Aufwand des SAPV-Teams gleich ist.</p>
LE-091	<p>Es sollte die Möglichkeit aufgenommen werden, dass der SAPV-Arzt die Erst- sowie Folgeverordnungen (Muster 63) selbst ausstellen und verordnen kann. Für den Regelfall ist natürlich die Verordnung über KH-, Fach- oder Hausarzt vorzuziehen. Aber immer wieder auftretende Probleme bei Erst- oder Folgeverordnung bei bspw. Urlaub der Hausärzte, Unverständnis bezüglich der Verordnung SAPV oder auch Unwillen diese auszustellen sind aufgrund der durch Krankenkassen gesetzter Fristen zur Einreichung sowie der Notwendigkeit des zügigen Hinzukommens des SAPV-Teams zum SAPV-Patienten ein Problem. Dieses durch eine Möglichkeit der Verordnung über einen der Palliativärzte des PCTs bei Bedarf zu lösen und damit auch bestehende umständliche Verwaltungsmaßnahmen abzubauen, ist wünschenswert. Die immer weiter in die Versorgung eingebundenen Fach- und Hausärzte sind hierbei immer zu informieren.</p>
LE-100	<p>Multiprofessionalität muss konkreter beschrieben werden.</p> <p>Komplexität der Versorgungssituation muss psycho-soziale Aspekte einbeziehen.</p> <p>„Vollversorgung“ und „additive Teilversorgung“ sollten in „bedarfsgerechte Versorgung“ zusammengefasst werden.</p>
LE-101	<p>Klärung eindeutige Kriterien AAPV und ab wann beginnt SAPV.</p> <p>Konkretisierung „additiv unterstützende Teilversorgung“ und „vollständige Versorgung“.</p>
LE-103	<p>Belange und Besonderheiten des Kindes.</p>
LE-106	<p>Aus unserer Sicht eine sehr gute Ergänzung der Regelversorgung im ambulanten Bereich.</p>
LE-110	<p>Allgemeine Palliativversorgung: definiert nach den Empfehlungen des Europarates ist die in Deutschland strukturell nicht vorhanden.</p> <p>24h-/365d-Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft (ärztlich <b>und</b> pflegerisch) wird mit erheblichem personellem Aufwand gewährleistet und ist ein nicht zu unterschätzender Faktor bei der Sicherung des Verbleibs im häuslichen Umfeld – wird aber von Kostenträger nicht als finanzierungsrelevanter Leistungsanteil angesehen.</p> <p>Dringend notwendige Beratungsleistung von Krankenhausentlassung, um eine suffiziente Überleitung ins häusliche Umfeld zu gewährleisten, sind wegen sektoraler Vergütungssysteme nicht möglich.</p> <p>SAPV als Ergänzung des bestehenden Versorgungsangebots: wird von Krankenkassen teilweise ignoriert, indem SGB V-Leistungen als konkurrierender Ersatz verstanden werden.</p> <p>Fehlender Anspruch für privat Versicherte.</p>
LE-111	<p>Zu enge Vertragsgrundlagen bei Verordnungen (3.Tagefrist ab Ausstellung).</p> <p>Patienten, die als stabilisiert ausgeschrieben sind, sind durch Rufbereitschaft abgesichert bei niedrigeren Tagespauschalen.</p>
LE-113	<p>Die Abgrenzung zwischen der Definition AAPV und SAPV muss <u>dringend klar</u> geklärt werden.</p>

	Die personelle Qualifikation zur Ausübung der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit in Bezug auf die AAPV muss, wie bei er SAPV, klar vorgegeben werden.
LE-114	<p>SAPV-Verordnungen sind oft unzureichend ausgefüllt, da die Dimension der "SAPV" für den Verordner oft schwer greifbar ist (Spezialistentum). Ist die Dimension "PCTs als Erfüllungsgelhilfe des Haus- oder Facharztes" hier richtig gewählt? Verordner und Krankenkassen bzw. MDK sind vom Kriterium der "Aufwändigkeit" offensichtlich überfordert.</p> <p>"Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation und organisatorischer Voraussetzung kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt <b>im Einzelfall</b> Kooperationspartnerin oder Kooperationspartner werden" + "interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt". Was bedeutet dies für die Organisationsstruktur der PCT &gt; Netzwerkstrukturen? Offene Teams? Kernteams?</p> <p>"Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot" – wird von den Krankenkassen häufig ignoriert: z.B. Ansprüche gem. §37 SGB V werden als konkurrierender Ersatz verstanden.</p> <p>"...alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung" – Ist dies als Komplex oder Einzelaufzählung von Leistungen zu verstehen? Steht im Widerspruch zu "Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als - Beratungsleistung, - Koordination der Versorgung, - additiv unterstützende Teilversorgung, - vollständige Versorgung erbracht werden". Und: "Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen". Insbesondere ist bei Palliativpatienten die Situation der Symptomatik und der daraus resultierende Bedarf je nach Tagesform sehr wechselhaft. Dies ermöglicht den Kostenträgern eine abstrakte und von der aktuellen Bedarfslage abweichende Beschränkung von Leistungsanteilen und schafft zusätzlich unnötige Prüfanreize.</p> <p>"Allgemeine Palliativversorgung" – was ist darunter konkret zu verstehen? Allgemeine Palliativversorgung, entsprechend der Empfehlungen des Europarates, ist in Deutschland strukturell nicht vorhanden und wird derzeit im öffentlichen Sprachgebrauch mit palliativer Basisversorgung gleichgesetzt</p> <p>"Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen" – auch hier verbergen sich Prüfreize, da Krankenkassen Tage, an denen nur Rufbereitschaft als Sicherheitsversprechen an den Patienten erfolgten, nicht als Leistungstag anerkennen. Die Kostenträger versuchen derzeit vermeintlich konzertiert, diesen Leistungsanteil als nicht finanzierungsrelevant zu definieren und bestreiten, dass es sich dabei um eine Leistung handelt; dies ist hochproblematisch.</p> <p>"...zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen" – Notwendige Beratungsleistungen durch PCT's sind aufgrund sektoraler Vergütungssysteme z.B. im Krankenhaus nicht möglich oder werden nicht finanziert.</p>
LE-115	<p>§2 – Oft gibt es Missverständnisse bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen, wenn tumorspezifische Therapien wie Bestrahlungen zur Schmerzreduktion bei Knochenmetastasen oder eine Chemotherapie Z.B. zur Kontrolle der Zellzahl bei Leukämien oder bei schnell wachsenden Tumoren zum Hinauszögern von Komplikationen durchgeführt werden. Diese Therapien stellen dann eine wichtige Säule der Symptomkontrolle dar. Vorschlag „indizierte tumorspezifische Therapien und SAPV schließen einander NICHT aus“.</p> <p>Bitte berücksichtigen Sie wissenschaftliche Erkenntnisse zur frühzeitigen Integration der Palliativbetreuung bei metastasierten Krebserkrankungen: 1) Verbesserung von Lebensqualität und Zufriedenheit, 2) höhere Lebenserwartung (Lungenkrebs), 3) geringere Kosten der Versorgung.</p> <p>§3 – Oft gibt es Missverständnisse wegen der Anforderungen an die Erkrankung. Patienten</p>

	<p>mit Herzinsuffizienz z.B. haben eine mit Lungenkrebspatienten vergleichbare Symptomlast, der in der Regelversorgung unzureichend und mit inadäquat aufwendigen Mitteln („stationär vor ambulant“ statt umgekehrt) begegnet wird.</p>
LE-116	<p>Die SAPV VO sind oft unzureichend ausgefüllt von den Haus- oder Fachärzten, da die Dimension der „SAPV“ für den Verordner oft schwer greifbar ist (Spezialistentum).</p> <p>„Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot“ – wird von den Krankenkassen häufig ignoriert: z. B. Ansprüche gemäß §37 SGB V werden als konkurrierender Ersatz verstanden.</p> <p>Private Versicherungen sehen in ihren Verträgen überwiegend keine SAPV vor, was dazu führt, dass Privatversicherten diese Leistung häufig nur als Kulanzleistung oder gar nicht angeboten wird.</p> <p>„Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen“. Da Krankenkassen, Tage, an denen nur Rufbereitschaft als Sicherheitsversprechen an den Patienten erfolgten, nicht als Leistungstag anerkennen. Die Kostenträger versuchen derzeit vermeintlich konzentriert, diesen Leistungsanteil als nicht finanzierungsrelevant zu definieren und bestreiten, dass es sich dabei um eine Leistung handelt, dies ist hochproblematisch.</p>
LE-117	<p>SAPV-Verordnungen sind oft unzureichend ausgefüllt, da die Dimension der "SAPV" für den Verordner oft schwer greifbar ist (Spezialistentum). Ist die Dimension "PCTs als Erfüllungsgelhilfe des Haus- oder Facharztes" hier richtig gewählt? Verordner und Krankenkassen bzw. MDK sind vom Kriterium der "Aufwändigkeit" offensichtlich überfordert.</p> <p>"Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt <b>im Einzelfall</b> Kooperations-partnerin oder Kooperationspartner werden" + "interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt". Was bedeutet dies für die Organisationsstruktur der PCT &gt; Netzwerkstrukturen? Offene Teams? Kernteams?</p> <p>"Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot" – wird von den Krankenkassen häufig ignoriert: z.B. Ansprüche gem. §37 SGB V werden als konkurrierender Ersatz verstanden.</p> <p>"...alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung" – Ist dies als Komplex oder Einzelaufzählung von Leistungen zu verstehen? Steht im Widerspruch zu "Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als - Beratungsleistung, - Koordination der Versorgung, - additiv unterstützende Teilversorgung, - vollständige Versorgung erbracht werden". Und: "Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen". Insbesondere ist bei Palliativpatienten die Situation der Symptomatik und der daraus resultierende Bedarf je nach Tagesform sehr wechselhaft. Dies ermöglicht den Kostenträgern eine abstrakte und von der aktuellen Bedarfslage abweichende Beschränkung von Leistungsanteilen und schafft zusätzlich unnötige Prüfanreize.</p> <p>"Allgemeine Palliativversorgung" – was ist darunter konkret zu verstehen? Allgemeine Palliativversorgung, entsprechend der Empfehlungen des Europarates, ist in Deutschland strukturell nicht vorhanden und wird derzeit im öffentlichen Sprachgebrauch mit palliativer Basisversorgung gleichgesetzt</p> <p>"Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen" – auch hier verbergen sich Prüfreize, da Krankenkassen Tage, an denen nur Rufbereitschaft als Sicherheitsversprechen an den Patienten erfolgten, nicht als Leistungstag anerkennen. Die Kostenträger versuchen derzeit vermeintlich konzentriert, diesen Leistungsanteil als nicht finanzierungsrelevant zu definieren und bestreiten, dass es sich dabei um</p>

	<p>eine Leistung handelt; dies ist hochproblematisch.</p> <p>"...zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen" – Notwendige Beratungsleistungen durch PCT's sind aufgrund sektoraler Vergütungssysteme z.B. im Krankenhaus nicht möglich oder werden nicht finanziert.</p>
LE-118	<p>Palliative Care als Handlungsansatz gemäß WHO ist ein umfassendes Konzept. Neben dem medizinisch-pflegerischen Bedarf einschließlich dessen Koordination wie in der Richtlinie beschrieben sehen wir im Alltag einen großen Bedarf an psychosozialer sowie spiritueller Unterstützung, die nicht alleine über Hospiz bzw. Seelsorge abgedeckt werden kann. Hier wäre es hilfreich, wenn auch für SAPV-Patienten der Handlungsansatz Palliative Care der WHO umfänglicher zugrunde gelegt werden würde.</p>
LE-119	<p>Dringend erforderlich ist eine Klärung mit den Privatkassen, da Privatpatienten derzeit noch keinen Anspruch auf SAPV haben und somit diesbezüglich schlechter versorgt sind.</p>
LE-121	<p>PKVs – Verträge sehen keine SAPV in den meisten Fällen vor -&gt; verursacht Unsicherheit bei Versicherten wegen der Kostenübernahme in „Grenzwertsituationen“ (speziell die [Krankenkasse], die SAPV ablehnt).</p> <p>Beratungsleistungen z.B. durch PCTs im Krankenhaus werden nicht finanziert, obwohl die Beratung Sektorengrenzen-übergreifend erfolgt.</p> <p>Krankenkassen lehnen bei nicht ausreichender palliativer Basisversorgung <b>initial</b> SAPV-Ansprüche laut §37 SGB V ab, bzw. sehen die zusätzliche Notwendigkeit von SAPV nicht (speziell bei Patientenversorgungen, in denen der Patient z.B. Pflegedienste und Hospizvereine ablehnt).</p>
LE-122	<p>Die Differenzierung Teil- und Vollversorgung ist nicht scharf definiert. Es gibt immer wieder Diskussionen.</p>
LE-123	<p>Die SAPV-Richtlinie ist inhaltlich nicht konsistent. Nach §1 Satz 1 der RL dient die SAPV u.a. dem Erhalt der Lebensqualität. Dies gelingt nicht selten nur dann, wenn die SAPV präventiv tätig wird. Diese widerspricht den Anforderungen der SAPV, nach denen bereits ein komplexes Symptomgeschehen vorliegen muss. Nicht versorgt werden demnach Menschen, denen ein komplexes Symptomgeschehen droht, diese aber noch nicht eingetreten ist. Wenn dieses komplexe Symptomgeschehen nur durch SAPV vermieden werden kann, müssten diese Menschen gemäß der RL erst einmal zusätzliches Leid erfahren, bevor sie Anspruch auf eine SAPV erhalten. Hier zeigt sich eine strukturelle Versorgungslücke, die im Widerspruch zu §1 Satz 1 steht.</p> <p>Zusammenfassend: Die SAPV sollte auch möglich sein, wenn Prävention nur durch SAPV gewährleistet werden kann. Die RL wäre aus unserer Sicht entsprechend zu ändern.</p>
LE-124	<p>Private Versicherungen haben in ihren Verträgen keine SAPV-Leistung vorgesehen, dadurch wird Privatversicherten SAPV u.U. nicht angeboten. Falls doch, ist es eine Einzelfallentscheidung der PKV, das führt zu Verunsicherung der Patienten, die in dieser Situation unnötig mit bürokratischem Aufwand belastet werden.</p> <p>Die Beschaffung der VO 63 von den HA+HÄ ist für SAPV-Teams sehr aufwendig. Die hausärztlichen KollegInnen füllen die VO nur gelegentlich aus (im Durchschnitt 5-7 Pall.Pat. pro HA-Praxis/Jahr, davon keiner oder 1-2 SAPV-bedürftig) Den KollegInnen fehlt die Routine im Ausfüllen der VO, brauchen häufig deshalb mündliche/fernmündliche Beratung. Trotzdem sind VO oft fehlerhaft ausgefüllt, was eine erhebliche logistische Herausforderung für das SAPV-Team darstellt sowie Stress für die Einhaltung der kurzen Antragsfrist bedeutet.</p> <p>Für die Angehörigen und PatientInnen, ist die 24St/7Tage pro Woche Erreichbarkeit des SAPV-Teams und zwar sowohl pflegerisch wie ärztlich von zentraler Bedeutung, weil sie wissen, dass immer jemand erreichbar ist, der sie und ihre aktuelle Krankheitssituation kennt. Es ist häufig die Voraussetzung dafür, dass Angehörige sich überhaupt zutrauen, einen Schwerkranken, Schwerstkranken oder Sterbenden zu Hause zu versorgen. Kommt es</p>

	<p>zu einer gewissen Stabilisierung, wünschen die Patienten und Angehörigen weniger Kontakt und mehr Privatheit. Es sollten deshalb von den KK auch die Tage anerkannt werden, die „nur“ die Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr sicherstellen. Die Verfassung unserer Patienten wechselt täglich. Kommt es zu einer anhaltenden Stabilisierung, liegt es in unserem Interesse, die Patienten in eine Versorgungspause zu entlassen. Es werden unnötige Prüfanreize für die KK geschaffen, wenn die Rufbereitschaft als Sicherheitsversprechen an die Patienten, nicht als Leistungstag anerkannt wird.</p> <p>Sinnvoll wäre auch, Beratungsleistungen z.B. in Krankenhäusern erbringen zu können, um die Sektorengrenzen überwinden zu können. Aufgrund sektoraler Vergütungsleistungen werden z.B. Beratungen im Krankenhaus nicht vergütet.</p> <p>AAPV wird im öffentlichen Sprachgebrauch mit palliativer Basisversorgung gleichgesetzt. Entsprechend der Empfehlungen des Europarates gibt es z.Z. in Deutschland keine AAPV. Hier gibt es dringenden Klärungs- und Handlungsbedarf.</p>
LE-126	<p>Privatkassen?</p> <p>Kassen teils schlecht informiert (SAPV &lt;-&gt; Pflegedienst)</p>
LE-129	<p>Der Begriff „hauptsächlich“ im Zusammenhang mit dem in der SAPV tätigen Personal müsste definiert werden. Der Mangel an Fachkräften im ambulanten Bereich sollte dazu führen, dass auch geringere Zeitkontingente möglich sind.</p>
LE-130	<p>Die Versorgung der Familien bzw. Angehörigen als Hauptbetreuungs- und Bezugspersonen für die Kranken muss als SAPV-Aufgabe definiert werden, mit entsprechender Abrechnungskonsequenz.</p> <p>Die psychosoziale Versorgung von Patienten und Angehörigen als Aufgabe der SAPV benennen.</p>
LE-131	<p>SAPV-Verordnungen sind oft unzureichend ausgefüllt, da die Dimension der "SAPV" für den Verordner oft schwer greifbar ist (Spezialistentum). Ist die Dimension "PCTs als Erfüllungshilfe des Haus- oder Facharztes" hier richtig gewählt? Verordner und Krankenkassen bzw. MDK sind vom Kriterium der "Aufwändigkeit" offensichtlich überfordert.</p> <p>"Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt <b>im Einzelfall</b> Kooperations-partnerin oder Kooperationspartner werden" + "interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt". Was bedeutet dies für die Organisationsstruktur der PCT &gt; Netzwerkstrukturen? Offene Teams? Kernteams?</p> <p>"Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot" – wird von den Krankenkassen häufig ignoriert: z.B. Ansprüche gem. §37 SGB V werden als konkurrierender Ersatz verstanden.</p> <p>"...alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung" – Ist dies als Komplex oder Einzelaufzählung von Leistungen zu verstehen? Steht im Widerspruch zu "Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als - Beratungsleistung, - Koordination der Versorgung, - additiv unterstützende Teilversorgung, - vollständige Versorgung erbracht werden". Und: "Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen". Insbesondere ist bei Palliativpatienten die Situation der Symptomatik und der daraus resultierende Bedarf je nach Tagesform sehr wechselhaft. Dies ermöglicht den Kostenträgern eine abstrakte und von der aktuellen Bedarfslage abweichende Beschränkung von Leistungsanteilen und schafft zusätzlich unnötige Prüfanreize.</p> <p>"Allgemeine Palliativversorgung" – was ist darunter konkret zu verstehen? Allgemeine Palliativversorgung, entsprechend der Empfehlungen des Europarates, ist in Deutschland strukturell nicht vorhanden und wird derzeit im öffentlichen Sprachgebrauch mit palliativer</p>

	<p>Basisversorgung gleichgesetzt</p> <p>"Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen" – auch hier verbergen sich Prüfreize, da Krankenkassen Tage, an denen nur Rufbereitschaft als Sicherheitsversprechen an den Patienten erfolgten, nicht als Leistungstag anerkennen. Die Kostenträger versuchen derzeit vermeintlich konzertiert, diesen Leistungsanteil als nicht finanzierungsrelevant zu definieren und bestreiten, dass es sich dabei um eine Leistung handelt; dies ist hochproblematisch.</p> <p>"...zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen" – Notwendige Beratungsleistungen durch PCT's sind aufgrund sektoraler Vergütungssysteme z.B. im Krankenhaus nicht möglich oder werden nicht finanziert.</p>
LE-132	<p>Fristen Verordnungseingang genauer definieren.</p> <p>Hilfsmittelbewilligungen auch kurzfristig.</p>
LE-133	<p>Es sollte klargestellt werden, dass auch Patienten ohne Tumordiagnose in die SAPV aufgenommen werden können; insbesondere, dass bei dieser Gruppe der Begriff Lebensbegrenzung weiter gefasst werden muss und dass die SAPV dort eher punktuell in Krisensituationen nötig ist – dann meist nicht über längere Zeit, aber dafür in Intervallen von einigen Monaten oder Wochen immer wieder, wenn erforderlich.</p>
LE-135	<p>Ebenfalls „psychosoziale Begleitung“ nicht als Leistung abbildbar; hierauf beruhen z.T. auch unsere Widersprüche vom letzten Jahr.</p>
LE-136	<p>Klarstellung zu Nicht-Tumorpatienten, da diese besonders oft beanstandet und abgelehnt bzw. runtergestuft werden.</p> <p>Ebenso die SAPV-Tätigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen; hier wird vom MDK i.d.R. nur eine Koordination genehmigt, mit der Begründung, dass zur Durchführung Fachpersonal vor Ort ist. Dies entspricht nicht der deutschen Realität in Pflegeheimen. Oft ist dort die Versorgung deutlich aufwändiger als im häuslichen Bereich. Hier braucht es dringend Klarstellung.</p> <p>Verlängerung der Einsendefrist der Verordnungen. Drei Werkzeuge sind für das Prozedere (Ausstellung, Patient...) zu kurz.</p>
LE-137	<p>Auftrag zur Versorgungsforschung – was bewirkt SAPV? -&gt; in Richtlinie fixieren</p> <p>Aufforderung zur Flächendeckung prüfen – Wer soll das tun? -&gt; in Richtlinie fixieren</p> <p>G-BA 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>
LE-140	<p>§3 Absatz 3: hier wäre eine Ergänzung hilfreich nach "...insbesondere bei Kindern... Lebenserwartung erfüllt ." z.B. "ebenso bei Erwachsenen mit Nicht-Tumor-Erkrankungen, insbesondere mit sicher zum Tode führenden Erkrankungen mit langem Leidensweg und wechselnder schwerer Symptomlast wie z.B. bei der amyotrophen Lateralsklerose, bei Demenz oder bei M. Parkinson".</p>
LE-141	<p>Aus unserer Sicht erweist sich die mangelnde Konkretion der RL bzgl. der Struktur von geeigneten Leistungserbringern als Fehler. Lose agierende „Netzwerke“ versuchen in einzelnen Regionen und Bundesländern die SAPV als „Gelddruckmaschine“ ohne erkennbare Versorgungsverbesserung zu missbrauchen. Krankenkassenseitig wird dies wohl wegen der dort erzielbaren „Niedrigpreise“ gefördert. Das führt den Ansatz der Gesetzgebung ad absurdum: für gleichbleibende Schlechtleistung in der Versorgung am Lebensende wird auch noch Geld der Sozialversicherungen „verbrannt“. Zu Klären ist beispielsweise: Was ist ein</p>

Team? Was ist eine Komplexeleistung?

Qualitätsindikatoren sollten gemeinsam mit den Leistungserbringern entwickelt und erhoben werden.

Viele KK lassen die Ausstattung mit Sprechstundenbedarf für PCT's nicht zu.

Da die Leistung SAPV Krankenhaus-Aufenthalte ersetzen soll und kann, bedarf es hier z.T. der kurzfristigen (!) Verfügbarkeit von Hilfsmitteln und Medikamenten, die sonst nicht regelmäßig im ambulanten Umfeld eingesetzt werden: z.B. spezielle Sonden und Katheter, Analgetika, Sedativa und andere Medikamente, die sonst eher auf Intensivstationen Anwendung finden und daher z.T. ambulant nicht erstattungsfähig sind (z.B. Dexmedetomidin, Somatostatin, Dronabinol etc.).

KK wollen Einsatz von Heilmitteln (Physiotherapie, Lymphdrainage, etc.) verhindern bzw. begrenzen und versuchen dies in den Verträgen gem. 132d auszuschließen.

Regelmäßig wird der Grundsatz: „Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot“ ignoriert, z.B. Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. §37 werden als konkurrierend bewertet, Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsmaterial und Geräte werden als „kurativ“ intendierend bewertet und schließen aus Sicht einzelner KK-Mitarbeiter (?) die SAPV aus.

Der aus unserer Sicht sinnvolle Grundsatz der Abgrenzung zwischen „Allgemeiner Versorgung“ und SAPV über das Kriterium der Aufwändigkeit und der Zielsetzung aus den §§ 1 und 4 der RL scheint sowohl den gelegentlichen Verordner, als auch viele MA der Krankenkassen sowie nicht wenige Gutachter des MDK zu überfordern. Diskussionen entbrennen regelmäßig insbesondere mit dem MDK an der Bewertung einzelner Symptomkomplexe ob ihrer vermeintlichen oder tatsächlichen Komplexität als Einzelkriterium. Die Bewertung der Frage nach der Möglichkeit der Sicherung des häuslichen Verbleibs bei guter Symptomkontrolle wird dabei oft nicht berücksichtigt.

Dabei gilt es besonders zu beachten, dass bzgl. der sog. „allg. Versorgung“ eine Begriffsverwirrung die Diskussionslage bestimmt: die im Rahmen des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages geschuldete Versorgung umfasst möglicherweise auch die Palliativversorgung mit entsprechend geschulten Ärzten mit einer definierten Mindestqualität und Verfügbarkeit. Diese ist aber im dt. Gesundheitswesen weder geregelt noch im Ansatz flächendeckend verfügbar. International wissenschaftlich konsentrierte Grundsätze und supranationale Nomenklaturen ignorierend wurden jetzt kürzlich im EBM Abrechnungspositionen geschaffen, deren Anwendung und Honorierung weder an Qualifikationen noch an qualitative Inhalte gekoppelt wurde. Der Verweis auf die „allgemeine Versorgung“ führt so in diesem Kontext sowohl politisch wie auch inhaltlich bzgl. der geschuldeten Versorgungsqualität am Lebensende offensichtlich in die Irre. Siehe hierzu auch EU-MR Rec. 24(2003).

Die derzeitige Lesart der KK bzgl. der „Leistungstiefen“ Beratung, Koordination, Teilversorgung, vollständige Patientenbetreuung wird von den Kostenträgern bezogen auf Verordnung und Genehmigung wie auch Leistungserbringung zumeist als statisch verstanden. Das widerspricht fundamental den jetzigen Regelungen und dem konkreten Bedarf auf dynamische bedarfsadaptierte Leistungsanpassung wie aus RL-Text und Tragenden Gründen abzuleiten. Eine dynamische Symptomlast bedarf einer dynamischen Antwort ohne vorherige Korrektur der Verordnung bzw. Genehmigung.

Der zwischenzeitlich auch wissenschaftlich klar als fundamental notwendiger Leistungsanteil belegte Aspekt der bedarfs-sensitiven Angehörigen-Edukation und Alltagsrahmung sowie die durch die Vertrautheit und zuverlässige Erreichbarkeit wie Verfügbarkeit geleistete Stabilisierungsarbeit geht weit über eine eigentliche „Angehörigen-Entlastung“ hinaus und bedarf der expliziten Benennung im RL-Text als Leistungsbestandteil, um auch von den Kostenträgern anerkannt zu werden.

Das derzeitige Verständnis der Kostenträger für die sektorale Finanzierung der Leistungen im Gesundheitswesen führt zum Beispiel dazu, dass SAPV-Teams in Kliniken vor Entlassung keine Beratungs- bzw. Überleitungsangebote anbieten können, die für einen Teil der

	<p>Betroffenen Voraussetzung für eine Einlassung auf eine eigentlich mögliche und erwünschte häusliche Versorgung wären und führen daher zur vermeidbaren Verlängerung von KH-Aufenthalten z.T. bis zum Tod im KH. Leistungen durch PCT's noch während des KH-Aufenthaltes zur Vorbereitung der Entlassung müssen daher als abrechnungsfähige SAPV-Leistung Abbildung finden.</p> <p>Die Leistung SAPV ist nur sinnvoll erbringbar, wenn sie eine 24h-Ruf- und Einsatzbereitschaft für den entsprechend qualifizierten und vertrauten Arzt sowie die ebenso qualifizierte und vertraute Pflegefachkraft beinhaltet. Regelmäßig kann erfolgreiche Leistungserbringung in der SAPV dazu führen, dass Zeiträume von ungestörter Autonomie und Stabilisierung erreicht werden können. Dies stellt ein wertvolles Ziel der Intervention dar und bedarf in seiner Fragilität der trotzdem sicheren Verfügbarkeit eines wie o.g. qualifizierten und vertrauten Ruf- und Einsatzdienstes, um in entstehenden Krisensituationen durch Symptomlast oder Belastungserleben sofort verfügbar zu sein. Diese zuverlässige Verfügbarkeit versichert an sich bereits den Patienten und sein Umfeld und lindert über eine Befähigung zur Selbsthilfe direkt das Leiden, indem sie beim Versagen der Selbsthilfe zuverlässige, schnelle und effektive Fremdhilfe ermöglicht. Die Bereitstellung eines solchen geeigneten und qualifizierten Ruf- und Einsatzdienstes ist eine Leistung der SAPV an sich. Diese wird aber derzeit zusehends im ganzen Land von den Krankenkassen als nicht entgeltrelevant diskutiert, da die Ruf- und Einsatzbereitschaft an sich keine Leistung sei, nur das im Einzelfall konkrete Tätigwerden sei eine relevante Leistung. Auch eine Anfrage hierzu an des BMG wurde leider in nicht wirklich hilfreicher Weise beantwortet: „man positioniere sich nicht, da dies in Verhandlung hineinwirke“. Anmerkung: Überspitzt gesagt werden Polizeibeamte, Berufsfeuerwehrlaute und Soldaten im Schicht- bzw. Bereitschaftsdienst oder in Rufbereitschaft auch nicht pro Brand, Festnahme oder abgeschossener Granate bezahlt, sondern für ihre verlässliche und qualifizierte Einsatzbereitschaft und Verfügbarkeit. Warum soll dies den Mitarbeitern und Trägern von SAPV-Teams verweigert werden? Eine Klarstellung dieser offensichtlichen Fragestellung ist dringend erforderlich.</p> <p>Wichtige Nebenbemerkung Außerhalb des „GKV-Protokolls“: Private Versicherungen sehen in ihren Verträgen Überwiegend keine SAPV vor, was regelmäßig dazu führt, dass Privatversicherten diese Leistung häufig nicht angeboten werden kann. Einige PKV-Unternehmen zahlen aus „Kulanz“, andere geben „Kostenübernahmezusagen“, die nachher nicht eingehalten werden – ein unhaltbarer Zustand.</p>
LE-142	Verweis auf Antwort von LE-141
LE-143	<p>Landkreis mit einem Durchmesser von 80-90km. Hie fehlt die Honorierung der Fahrtkosten. Hilfsmittel, z.B. Pflegebetten sind kurzfristig schlecht zu besorgen. Kassen lassen sich viel Zeit., die der Patient oft nicht mehr hat.</p> <p>MDK fordert bei Folgeverordnung Verlaufsbericht, dafür stehen eigentlich Angaben auf dem Muster 63, hier wird klar deutlich beschrieben, warum die Verordnung ausgestellt wird.</p> <p>Pflege bräuchte im Bedarfsfall mehr als 3 Einsätze pro Tag.</p> <p>Kosten-Pauschalen der P1-P3 sind zu niedrig bewertet!</p>
LE-147	<p>Einwilligung des Patienten per Unterschrift sollte auf der Erst-Verordnung ausreichen und nicht bei jede(...)</p> <p>Hausbesuche der vorher betreuenden Hausarztes sollten auch in der SAPV-Vollversorgung nicht über(...)</p> <p>Darüber hinaus ist es unverständlich, dass die Abrechnung der AAPV-Ziffern des EBM an keinerlei Qua(...)</p>
LE-148	Kinder benötigen andere Zeit, wegen andere Finanzierung.



## Freitextangaben der Mitgliedsorganisationen der DKG / 2013

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

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

Identif.	Text
KHG-01c	Kinder / Jugendliche werden durch unser Palliativzentrum nicht versorgt. 2 SAPV-Zentren in [Bundesland] zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen.
KHG-01e	Die Versorgung klappt nicht, wie Patient informiert wurde. Versorgende Pflegedienste werden nicht einbezogen sondern entsorgt. Es erfolgt keine Netzwerkbildung sondern Monopolstellung einzelner Krankenhäuser, von Krankenkasse so gewollt. Aufgrund der derzeitigen Praxis, dass zwischen den Leistungsträgern und den Leistungserbringern eine Pauschalierung der Leistung vereinbart wird, welche nicht unbedingt der erforderlichen Realisierung des § 1 Abs. 1 dient, <b>sollte unbedingt die Zielstellung für die Kinder bzw. die Ökonomisierung dieser Zielstellung von denen der Erwachsenen getrennt werden.</b>
KHG-01f	In der SAPV für Kinder werden überwiegend Patienten mit seltenen, oft prognostisch schwer vorhersehbaren Krankheitsbildern versorgt, die häufig einen intermittierenden Betreuungsaufwand bedürfen; diesem Fakt werden Verträge zur IV / SAPV nicht gerecht, wenn sie aus dem Erwachsenenbereich unverändert übertragen werden.
KHG-01k	Formulierung NT zu allgemein.
KHG-04	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- dass es auch um die Versorgung von Jugendlichen und die von jungen Erwachsenen mit pädiatrischen Erkrankungen geht;</li> <li>- dass sinnvolle "Krisenintervention" bei SAPV nicht allein stehen kann, sondern immer auch ein aktuelles Assessment erfordert;</li> <li>- dass es nicht nur um "längere" Verläufe, sondern um die Gruppe 4 der Palliativkrankungen nach den IMPaCCT-Kriterien geht;</li> <li>- dass würdegemäße Versorgung kranker Kinder Immer auch die Betreuung der ganzen Familie und folgerichtig auch zumindest Anfangs-Maßnahmen der Trauerbegleitung impliziert.</li> </ul>
KHG-06a	Keine Konkretisierung im Richtlinientext und keine Ableitung von spezifischen Leistungen aus diesen Belangen. Insbesondere bei Kindern ist Abgrenzung von Leistungen sinnvoll, da altersentsprechend auch außerhalb der SAPV regelhafte Bedarfe von Versorgung und Betreuung gegeben sind, die hier keine Abgrenzung finden, bzgl. Finanzierung wie auch Leistungserbringung.
KHG-06c	Klärung – was sind die besonderen Belange von Kindern. Möglichkeiten der längeren Versorgungen sollen beschrieben sein. Geringere Fallzahlen und große Versorgungsgebiete stellen hohe Anforderungen an strukturelle und personelle Vorhaltungen, die zur Zeit nicht ausreichend finanziell gedeckt sind. Besonderer Bedarf an psychosozialer Beratung/Begleitung.

**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:**

Identif.	Text
KHG-01b	Zu wenige Zentren für Kinder und Jugendliche. Wohnortnahe Zentren fehlen. Evtl. Angliederung an Erwachsen-Teams, die dementsprechende Qualifizierungen aufweisen.
KHG-01c	Differenzierte Darstellung der Teil- und Vollversorgung sollte geprüft werden. Landeseinheitliche Verträge. SAPV-Versorgung der PKV sollte geregelt werden – bisher Zusagen der Kostenübernahme durch Einzelfallentscheidungen. Aufnahmekriterien für primär nicht onkologischer Patienten sollte ausformuliert werden. Psychosoziale Begleitung sollte zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen einen höheren Stellenwert zur SAPV-Genehmigung einnehmen
KHG-01d	Koordination braucht spezifische Kenntnisse eines Generalisten, sie kann nicht nebenbei von Pflege oder Medizin geleistet werden. Begriff "Koordination" ist missverständlich (siehe Koordination Hospizarbeit). Psychosoziale Bedürfnisse der Patienten und Familien sind nicht ausreichend dargestellt und finden demnach keine Beachtung folgend auch keine Finanzierung, gerade durch Vermittlung von Sicherheit kann ambulante Versorgung ermöglicht werden. Nachsorge ist nicht Gegenstand der RL, ist aber wichtig, um pathologische Trauer zu vermeiden.
KHG-01e	Die derzeit praktizierten Maßnahmen verhindern eine gesunde Konkurrenz, die Monopolstellung muss unterbunden werden, das sind rechtliche Formulierungen. § 5 Abs. 2 Satz 1 ist dahingehend zu ändern, dass die interdisziplinäre Versorgungsstruktur zur Erbringung der Zielsetzung des § 1 Abs. 1 nicht notwendig ist. Die vollständige Versorgung ist aus dem SAPV Leistungsspektrum zu streichen, <b>da hier den allgemeinen palliativ pflegenden Pflegediensten eine existenzielle Konkurrenz entsteht.</b> Eine Kooperation wird von vorn herein nicht in Betracht gezogen, noch werden palliativ arbeitende Pflegedienste in die Versorgung mit einbezogen. Selbst dann nicht, wenn es sich um Betroffene handelt, die seit längerem von spezialisierten Pflegediensten sehr gut versorgt werden. Die Kontrolle der max. Verordnungsfrist von 7 Tagen nach § 7 Abs. ? Satz 3 der RL ist nicht gewährleistet und wird regelmäßig überschritten zum Nachteil i. V. mit o. g. 3 der normalen Pflegedienste.
KHG-01f	Patienten in der SAPV für Kinder sollten federführend durch Ärzte / Pflegekräfte mit einer Ausbildung in Pediatric Palliative Care betreut werden. Eine Mitbetreuung ausschließlich durch Versorger aus dem Erwachsenenbereich sollte nicht möglich sein.
KHG-01g	Abgrenzung Teil-Vollversorgung. Abgrenzung AAPV / SAPV.
KHG-01k	Klare Abgrenzung Teil-Vollversorgung. Bundeseinheitl. Vertragsvorgaben. Vereinheitlichung der Vertragsvielfalt (1 Bundesland – mehrere, unterschiedliche Vertragssysteme – Verwaltungsaufwand).
KHG-02	SAPV-Richtlinie wird ergänzt durch die Empfehlung des GKV-SV nach § 132d Abs. 2 SGB V

	<p>für SAPV vom 23.06.2008 in der Fassung vom 05.11.2012 zu den personellen und sachlichen Voraussetzungen.</p> <p>Nach Ziffern 5.3 und 5.4 wird geregelt u.a., dass „Erfahrungen aus der ambulanten palliativen Pflege von mindestens 75 Palliativpatienten in der häuslichen Umgebung“ bestehen sollten um als „qualifizierte Pflegekraft“ zugelassen werden. Diese beschränkt die Zulassung von neu ausgebildeten Pflegefachkräften mit Abschluss Fortbildung auf Zulassung zur Pflege von Palliativpatienten bzw. unterbindet die Neuzulassung von neuen SAPV-Teams.</p>
KHG-06a	<p>Als Problematik zeigt sich, dass die Vermeidung stationärer KH-Aufenthalte durch SAPV nicht immer greift bei Klienten in häuslicher palliativer Versorgung, bei denen der Bedarf an einer intensivierten palliativen Versorgung sehr akut und dringlich entsteht. Hier erfolgen immer wieder auf Grund fehlender, schnell greifender Versorgungsstrukturen im Rahmen der SAPV KH-Aufenthalte zur kurzfristigen, intensiv-pflegerischen Versorgung. An dieser Schnittstelle ist eine Konkretisierung der Richtlinie zum Übergang von der ambulanten, palliativen Versorgung in die SAPV in Krisensituationen sinnvoll.</p>

## Freitextangaben der Kassenärztlichen Vereinigungen / 2013

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

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

Identif.	Text
KV-01	<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"> <li>• § 1 Abs. 4: „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“.</li> <li>• § 3 Abs. 3 Satz 2: „Insbesondere bei Kinder sind die Voraussetzungen der SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt“.</li> </ul> <p>Dadurch werden in unseren Augen die besonderen Bedürfnisse der jungen Patienten und ihrer Angehörigen nicht ausreichend wiedergespiegelt.</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.</p> <p>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 [Bundesland] und das in der SAPV erbrachte Leistungsgeschehen. Nach unserem Wissen gibt es derzeit 2 SAPV-Teams in [Bundesland], 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. Frage 2).</p>
KV-03	<p>Die besonderen Belange von Kindern sind u.E. in § 1 Abs. 4 der RL nicht ausreichend konkretisiert. Dies sollte nach Möglichkeit durch die betroffenen Leistungserbringer eruiert werden.</p> <p>Insbesondere sind auch die familiären Bezugspersonen bei der Betreuung zu berücksichtigen.</p> <p>Weiterhin sollte eine fließende Übergangsregelung vom Jugendlichen zum Erwachsenen (18. und 19. Lebensjahr) in die RL eingeführt werden und ggf. die Trennung von pädiatrischer und hausärztlicher Betreuung im SAPV-Bereich gelockert werden.</p>
KV-06	<p>Im Gegensatz zur SAPV bei Erwachsenen ist die palliative Betreuung bei Kindern und Jugendlichen durch eine notwendige intensive zwischenmenschliche Zuwendung geprägt,</p>

	<p>die insbesondere die Eltern und Angehörigen mit einbeziehen muss.</p> <p>Es geht also nicht in erster Linie um die spezialisierte Versorgung, die bei Erwachsenen in der Praxis häufig gekennzeichnet ist durch eine differenzierte Schmerzbehandlung (deswegen ist die Anzahl von Anästhesisten in diesem Gebiet ja auch so hoch) und der Wund- und Ernährungsmodalitäten.</p> <p>Dies nimmt bei Kindern und Jugendlichen außerhalb der Kliniken einen weniger großen Raum ein und würde einer allgemeinen Palliativversorgung zugeordnet werden, wenn es sie denn gäbe.</p>
KV-09	<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"> <li>• bei länger prognostizierter Lebenserwartung</li> <li>• in Krisensituationen</li> <li>• als intermittierende Erbringung palliativer Leistungen</li> <li>• bei jungen Erwachsenen, die seit dem Kindes- oder Jugendalter an typisch pädiatrischen Erkrankungen leiden.</li> </ul> <p>Weiterhin fehlen Lösungsansätze zur psychosozialen Begleitung der gesamten Familie, die hier in ganz besonderem Maße betroffen ist. Geschwister werden nicht berücksichtigt und entwickeln im Verlauf oft psychosomatische Erkrankungen, Eltern als Pflegende erfahren nur wenig Entlastung.</p>
KV-10	<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 Kassenverbänden und den Leistungserbringern genutzt und auch tatsächlich umgesetzt wird, ist uns nicht bekannt.</p>
KV-15	<p>Die Versorgung von Kindern scheint im stationären Bereich gesichert, im häuslichen Umfeld fehlt entsprechend ausgebildetes Pflegepersonal.</p> <p>In der Richtlinie fehlt eine Konkretisierung, wie den besonderen Belangen Rechnung getragen werden kann. (Inhalte)</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:**

Identif.	Text
KV-01	<p>(1) Administrativer Aufwand:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hoher Informations- und Aufklärungsaufwand gegenüber KK und dem MDK</li> <li>• unnötige Folgeverordnungen – da bei Fallpauschalen diese sowieso nur 1x alle 2 Jahre bezahlt werden</li> <li>• Einzelauflistung von Telefonaten</li> <li>• Abrechnung über verschiedene Systeme</li> </ul> <p>(2) Gestufte Leistungserbringung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die 4 Formen:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beratung,</li> <li>2. Koordination,</li> <li>3. Teil- und</li> <li>4. Vollversorgung</li> </ol>               haben sich nicht bewährt                Grund: täglich wechselnder Versorgungsbedarf             </li> <li>• Sinnvolle Änderung – Auflösung in 2 Formen:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. beratende Mitbetreuung ohne 24-Std.-Betreuung</li> <li>2. ergänzende Versorgung mit 24-Std.-Bereitschaft</li> </ol> </li> </ul> <p>(3) Probleme bzgl. flächendeckender Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fehlendes Fachpersonal: Einführung einer Übergangsregelung sinnvoll</li> <li>• große finanzielle Vorleistung: Die Einrichtung der SAPV-Teams muss von den Teams finanziert werden. Hier wäre aus unserer Sicht die Einrichtung von einmaligen Fördergeldzahlungen (der Kassen oder Länder) ein wichtiger Schritt – auch für die SAPV für Kinder- und Jugendlichen.</li> <li>• aktuell keine kostendeckende Finanzierung der SAPV – fehlende Finanzierung für z.B. Anfahrtswege und -zeiten, Ruf- und Kriseninterventionsbereitschaft (sowohl Arzt als auch Pflege!)</li> <li>• 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</li> </ul>
KV-03	<p><b>§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung:</b></p> <p>Die Formulierung "qualifizierte Ärzte" ist interpretationsfähig und kann von den Vertragspartnern infolgedessen je nach Interessenlage ausgelegt werden. Es sollte eine eindeutige Formulierung in die Richtlinie aufgenommen werden.</p> <p>Aufnahme von datenschutzrechtlichen Bestimmungen bspw. auch für "externe" Akteure bei einer Evaluation zur SAPV). die die besonderen Belange der SAPV-Patienten berücksichtigen.</p>
KV-06	<p>Die allgemeine Palliativversorgung wird weder durch eine Honorarregelung noch versorgungspolitisch anerkannt. Sie ist aber die Basis jedweder Versorgung außerhalb der Kliniken.</p> <p>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>

KV-08	Aus Sicht der KV fehlt es an einer Konkretisierung des Begriffes „ärztliche Teilleistung“ für die Betreuung in stationären Hospizen. (s. dazu auch unsere Zuarbeit für das Jahr 2012 vom 24.04.2014).
KV-09	<p><u>Begründung:</u> Die Zuständigkeit für junge Erwachsene mit typisch pädiatrischen Erkrankungen muss geklärt werden.</p> <p><i>Anmerkung: Wir würden es begrüßen, wenn neben der SAPV auch die AAPV bundesweit gesetzlich geregelt würde.</i></p>
KV-11	Die Einbeziehung der Schnittstelle des (langjährigen) Haus- oder Facharzt in das SAPV-Team, insbesondere bei entsprechendem Engagement des Vertragsarztes und auf Wunsche des Patienten.
KV-13	<p>Zur Förderung der AAPV wurden ab 1.Oktober 2013 neue Gebührenordnungspositionen (GOPen) für Palliativmedizin sowie Zuschläge zu Hausbesuchen im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung eingeführt.</p> <p>Die Regelungen des EBM sehen u.a. vor, dass die GOPen 03371, 03372 und 03373 im hausärztlichen Bereich nicht für Patienten in der SAPV-Vollversorgung abgerechnet werden. Diese Regelung führte in einigen Bereichen zwischen Hausärzten und SAPV-Teams zu Irritationen.</p> <p>Da die SAPV-Versorgung nicht nur die medizinische Versorgung sondern auch den pflegerischen Bereich abdeckt, erscheint es als Vorteil schon in der Richtlinie z.B. im § 5 Abs. 2 den Begriff „Vollversorgung“ zu definieren. Übernimmt in einer Vollversorgung das SAPV-Team die vollständige Betreuung des Patienten (medizinisch – mit allen Verordnungen auch aus dem hausärztlichen Bereich – sowie pflegerisch) ohne das der bisherige betreuende Hausarzt den Patienten bis zu seinem Lebensende begleiten kann?</p> <p>Vorrangig entsteht das Problem bei der Verordnung der SAPV durch Krankenhausärzte. Da Krankenhausärzte oft mit SAPV-Teams kooperieren, bzw. selbst in einem Team mitwirken ist die Konstellation eintreten, dass der Hausarzt die ersten (7) Tage nichts von der Entlassung seiner oft jahrelang betreuten Patienten erfahren hat.</p> <p>In einigen Fällen wurde der Hausarzt dann nur um die Verordnungen von Arzneimittel und Hilfsmittel gebeten, die nicht mit der Palliativversorgung im Zusammenhang stehen. Da es sich dabei oft um Nachverordnungen handelte (manchmal sogar nach dem Tod des Patienten) traten in [Bundesland] Probleme auf.</p> <p>Aus Sicht der KV fehlt eine klare Definition in der Richtlinie oder in den Durchführungs-Bestimmungen zum Umfang der Leistung in der Vollversorgung im</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medizinischen Bereich</li> <li>• pflegerischen Bereich.</li> </ul> <p>Es erweist sich nach wie vor als nachteilig, dass Verträge zur Leistungserbringung nur zwischen SAPV-Team und Krankenkassenverbänden geschlossen werden. Die Muster-Verträge liegen der KV vor. Detail-Vereinbarungen zum Inhalt und Umfang des jeweiligen Leistungserbringers sind uns aber nicht bekannt.</p>