



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

**Bericht**  
**an das Bundesministerium für Gesundheit**  
**über die**  
**Umsetzung der SAPV-Richtlinie**  
**für das Jahr 2009**

## Inhaltsverzeichnis

A.	Zusammenfassung .....	3
B.	Sachverhalt.....	5
C.	Hinweise zum Umfang der Erhebung und zur Vorgehensweise .....	5
D.	Ergebnisse.....	8
I.	Befragung der Krankenkassen.....	8
1.	Analyse der Vertragssituation .....	8
2.	Analyse der Leistungszahlen .....	13
3.	Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern .....	14
II.	Analyse zur Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften .....	15
1.	Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten .....	15
2.	Qualifikation von Pflegefachkräften.....	17
III.	Änderungsvorschläge zur SAPV-Richtlinie und Problemschilderungen im Umgang mit SAVP .....	17
E.	Fazit und Ausblick .....	19
F.	Anhang .....	21

## A. Zusammenfassung

Der nachfolgende Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist eine erste Bestandsaufnahme, die dazu dient, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Leistungsentwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Jahre 2009 Bericht zu erstatten. Den Schwerpunkt bildete die Befragung aller Krankenkassen zu Leistungszahlen und Vertragsabschlüssen, auch im Hinblick auf die Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen. Ergänzend dazu wurden die maßgeblichen Pflegeverbände auf Bundesebene und die Bundesärztekammer (BÄK) im Hinblick auf die Anzahl in Palliativpflege qualifizierter Pflegefachkräfte bzw. in Palliativmedizin qualifizierter Ärztinnen und Ärzte befragt.

Insgesamt haben 134 und damit 72 % der befragten Krankenkassen im Rahmen der durchgeführten Umfrage geantwortet. Davon konnten 128 Antworten von Krankenkassen in die Gesamtauswertung einfließen (69 % der befragten Krankenkassen). Diese Krankenkassen repräsentieren ca. 63 Mio. Versicherte und damit 90 % der insgesamt ca. 70 Mio. gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland.

In den eingegangenen Rückmeldungen haben 79 der 128 Krankenkassen (62 %) Angaben zur Anzahl der vom 1. Januar bis zum 30. September 2009 erbrachten SAPV-Leistungsfälle gemacht. Insgesamt wurde von 2.614 Leistungsfällen berichtet. Im ermittelten Median<sup>1</sup> hat jede Krankenkasse bis zum 30. September 2009 einen SAPV-Leistungsfall erbracht. Die meisten Krankenkassen gaben zwischen einem und 20 Leistungsfälle an. Insgesamt 777 Leistungsfälle wurden nicht als Sachleistung erbracht, sondern über Kostenerstattung geregelt.

Darüber hinaus berichteten 97 der 128 Krankenkassen (76 %) insgesamt von 797 Vertragsabschlüssen nach § 132d Abs. 1 SGB V. Hierbei wurden entsprechend der Fragestellung jeweils auch kassen- bzw. kassenartenübergreifende Verträge mit der Folge von Mehrfachnennungen angegeben. Für Vertragsabschlüsse nach § 140a SGB V lag die Gesamtzahl bei 256 Verträgen. Insgesamt 13 Krankenkassen (10 %) berichteten, dass sie durch Vertragsabschlüsse eine flächendeckende Versorgung für ihre Versicherten erreicht haben.

---

<sup>1</sup> Der Median ist der Wert, der die Verteilung einer Variablen (hier: die Befragungsergebnisse) in exakt zwei Hälften teilt. Die Hälfte der Werte liegt also unterhalb des Medians, die andere Hälfte darüber.

Die Anzahl der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen lag insgesamt bei 53. Mehr als die Hälfte der Krankenkassen (59 %) gaben an, besondere vertragliche Regelungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen vereinbart zu haben. Bis auf wenige Einzelfälle wurden keine Angaben zu konkreten vertraglichen Regelungen gemacht, sondern auf in Zukunft geplante Vertragsabschlüsse verwiesen.

Die Anzahl der in Palliativpflege qualifizierten Pflegefachkräfte konnte nicht erhoben werden. Insgesamt 2.356 Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildung Palliativmedizin wurden zum Stichtag 31. Dezember 2008 gemeldet.

Insgesamt machen die geringe Anzahl an Leistungsfällen und die geringe Anzahl an Verträgen deutlich, dass das neue Leistungsangebot in weiten Teilen noch nicht fester Bestandteil der Palliativversorgung ist. Nach den Rückmeldungen der Krankenkassen liegt die Anzahl der in Verhandlung befindlichen Verträge bzw. noch beabsichtigten Vertragsabschlüsse zum Teil über dem bereits erreichten Stand. Die weitaus überwiegende Anzahl der Krankenkassen gibt an, dass eine flächendeckende Versorgung der Versicherten im Rahmen ihres Sachleistungsanspruchs auf SAPV noch nicht erreicht wird.

## **B. Sachverhalt**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 wurde zum 1. April 2007 durch Ergänzung des § 37 b SGB V die SAPV als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend dem anerkannten gesellschaftlichen Ziel aufgenommen, mehr Menschen ein Sterben in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Der G-BA hat nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 14 SGB V am 20. Dezember 2007 die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-Richtlinie) 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-Richtlinie in ihrer Fassung vom 20. Dezember 2007 wurde am 14. Februar 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt und dem G-BA die Auflage erteilt, jährlich, erstmals zum 31. Dezember 2009, einen Bericht über die Leistungsentwicklung im Bereich der SAPV vorzulegen. Neben der Darstellung der Leistungsentwicklung wünscht das BMG insbesondere die Beantwortung folgender Fragen:

- Wird den besonderen Belangen von Kindern genügt?
- Gibt es Hinweise auf Rückwirkungen auf andere Leistungsbereiche (z. B. häusliche Krankenpflege)?
- Sind außerhalb des Bereichs der SAPV Verbesserungen der Palliativversorgung erforderlich?

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Leistungsentwicklung bzw. der Umsetzung der SAPV-Richtlinie bis zum 30. September 2009.

## **C. Hinweise zum Umfang der Erhebung und zur Vorgehensweise**

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen des G-BA hat sich in seiner Sitzung am 21. Oktober 2008 darauf verständigt, die Leistungsentwicklung der SAPV im Jahr 2009 im Sinne einer Bestandsaufnahme – etwa durch Feststellung der Anzahl der Vertragsabschlüsse mittels Fragebogen – zu eruieren. Zugleich stellte er fest, dass Erhebungen durch den G-BA nicht mit dem Ziel erfolgen können, patientenbezogene Versorgungsforschung durchzuführen. Vielmehr bleiben sie 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 beschlossenen Richtlinien, hier der SAPV-Richtlinie, erforderlich sind. Mit Schreiben vom 1. Dezember 2008 hat der G-BA das BMG auf diesen Umstand hingewiesen.

Kernstück der Erhebung für 2009 bildete die schriftliche Befragung aller Krankenkassen mittels eines im Unterausschuss Veranlasste Leistungen des G-BA abgestimmten Fragebogens (**Abschnitt F.1 im Anhang**). Den Schwerpunkt dieser Befragung für 2009 stellte mit Blick auf die aktuelle Versorgungsrealität die Abfrage der Anzahl der geschlossenen Verträge und der Anzahl der Leistungsfälle dar. Aus den oben genannten Gründen des gesetzlich vorgegebenen Auftrages des G-BA wurde eine detaillierte Erhebung der einzelnen Vertragsinhalte dagegen nicht vorgesehen. Eine Ausnahme hiervon bildete die vom BMG hervorgehobene Frage nach besonderen vertraglichen Regelungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Krankenkassen wurden darüber hinaus um Einschätzung gebeten, in welchem Umfang Verträge noch zu schließen sind bzw. aus welchen Gründen Verträge bisher noch nicht abgeschlossen werden konnten. Zudem wurden sie zu einem möglichen Änderungsbedarf an der SAPV-Richtlinie befragt.

Da der vorliegende erstmalige Bericht zum 31. Dezember 2009 abzugeben war, wurde der Stichtag für die Erhebung bei den Krankenkassen auf den 30. September 2009 festgelegt, so dass die den Krankenkassen bis zu diesem Tag vorliegenden Daten in den Bericht einfließen. Aussagen zu Rückwirkungen der SAPV auf andere Leistungsbereiche (z. B. zur häuslichen Krankenpflege) lassen sich nur mittel- bis langfristig und sinnvollerweise nur über Jahresvergleiche feststellen. Folglich war die zu Grunde liegende Erhebung nicht auf diesen Aspekt angelegt und ist dieser Bericht für 2009 nicht geeignet, hierzu Aussagen zu treffen. Daher erscheint es sinnvoll, den jährlich durch den G-BA zu erstellenden Bericht zur Umsetzung der SAPV künftig für den Zeitraum eines vollständigen Kalenderjahres (jeweils vom 1. Januar bis 31. Dezember) abzufassen und den entsprechenden Bericht dem BMG im ersten Quartal des Folgejahres einzureichen.

Die Versendung des abgestimmten Fragebogens an die Krankenkassen wurde vom GKV-Spitzenverband koordiniert und erfolgte am 4. September 2009. Die dort eingegangenen Rückmeldungen der Krankenkassen wurden unter Zusicherung einer vertraulichen Behandlung der in den Fragebögen enthaltenen Daten unverändert an die Geschäftsstelle des G-BA zur Erfassung und Auswertung weitergeleitet. Alle Ergebnisse der Erhebung im vorliegenden Bericht sind anonymisiert abgebildet, so dass keine Rückschlüsse auf bestimmte Krankenkassen oder auf bestimmte Kassenarten möglich sind.

Da die SAPV durch qualifizierte Leistungserbringer sichergestellt werden soll, hatte die Geschäftsstelle des G-BA die Bundesärztekammer mit Schreiben vom 14. September 2009 um Mitteilung der Anzahl der bundesweit tätigen Ärztinnen und Ärzte gebeten, die zum Stichtag 31. Dezember 2008 eine anerkannte Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Stunden Weiterbildung) vorweisen konnten. Ergänzend wurden die Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herangezogen. Zudem wurden ein Verband der Pflegeberufe und zwei Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene mit Schreiben vom 17. August 2009 um Mitteilung der Anzahl der bundesweit tätigen Pflegefachkräfte gebeten, die zum Stichtag 31. Dezember 2008 den Abschluss einer Palliativ-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von 160 Stunden vorweisen konnten. Der Stichtag 31. Dezember 2008 wurde jeweils gewählt, um einen Vergleich mit kalenderjährlich erhobenen Daten für Berichterstattungen künftiger Jahre zu ermöglichen.

## **D. Ergebnisse**

### **I. Befragung der Krankenkassen**

Der im **Anhang (Abschnitt F.1)** abgebildete Fragebogen wurde an insgesamt 186 Krankenkassen versandt. Bis zum 6. November 2009 wurden 134 ausgefüllte Fragebögen an die Geschäftsstelle des G-BA weitergegeben, was einem Rücklauf von 72 % entspricht. Davon fanden 128 Bögen Eingang in die Auswertung. Dies entspricht 69 % der versandten Fragebögen. Die Krankenkassen, deren Fragebögen Eingang in die Auswertung fanden, repräsentieren eine Gesamtzahl von 63.081.599 Versicherten von insgesamt 70.011.328 gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland zum 1. Juli 2009 und damit ca. 90 % der GKV-Versicherten. Die verbliebenen 6 Fragebögen konnten nicht in die Gesamtauswertung einfließen, weil hier die Daten nicht nach Krankenkassen aufgeschlüsselt, sondern auf Verbandsebene dargestellt wurden.

#### **1. Analyse der Vertragssituation**

Im Rahmen der Befragung wurde bei allen Krankenkassen der bis zum 30. September 2009 erreichte Stand bestehender Vertragsabschlüsse erhoben. Für den Fall von kassen- oder kassenartenübergreifenden Verträgen wurden die Krankenkassen aufgefordert, dass jede am Vertrag beteiligte Krankenkasse den Vertrag angibt. Dabei wurde nach den unterschiedlichen Vertragstypen (Verträge nach § 132d Abs.1 bzw. nach § 140a SGB V) unterschieden.

Einige Krankenkassen haben für jede ihrer Versorgungsregionen einen separaten Bogen ausgefüllt. Da nicht alle Krankenkassen diese Aufschlüsselung vorgenommen haben, war eine Auswertung nach Versorgungsregionen nicht möglich, aber auch bei der Erhebung nicht beabsichtigt. Um eine gemeinsame Basis für die Auswertung der Fragebögen zu erhalten, mussten die Daten aller Bögen auf Krankenkassenebene aggregiert werden. Infolge dessen mussten einige Angaben, die auf Ebene der Versorgungsregion von den Krankenkassen zurückgemeldet wurden, summiert werden.

Im Hinblick auf die Anzahl der abgeschlossenen Verträge ist darauf hinzuweisen, dass 5 der 128 Krankenkassen kassenartenübergreifende Verträge als solche gekennzeichnet haben. Die Ermittlung der Anzahl der kassenartenübergreifenden Verträge war allerdings nicht Gegenstand der Erhebung. Daher ist anzunehmen, dass die absolute Zahl der bis zum Stichtag abgeschlossenen Verträge eine Vielzahl an Mehrfachnennungen enthält, zumal nach Information des GKV-Spitzenverbandes die Verträge weitgehend kassen- bzw. kassenartenübergreifend geschlossen wurden. Dies ist in Verbindung mit dem o. g. Umstand, dass die Anga-



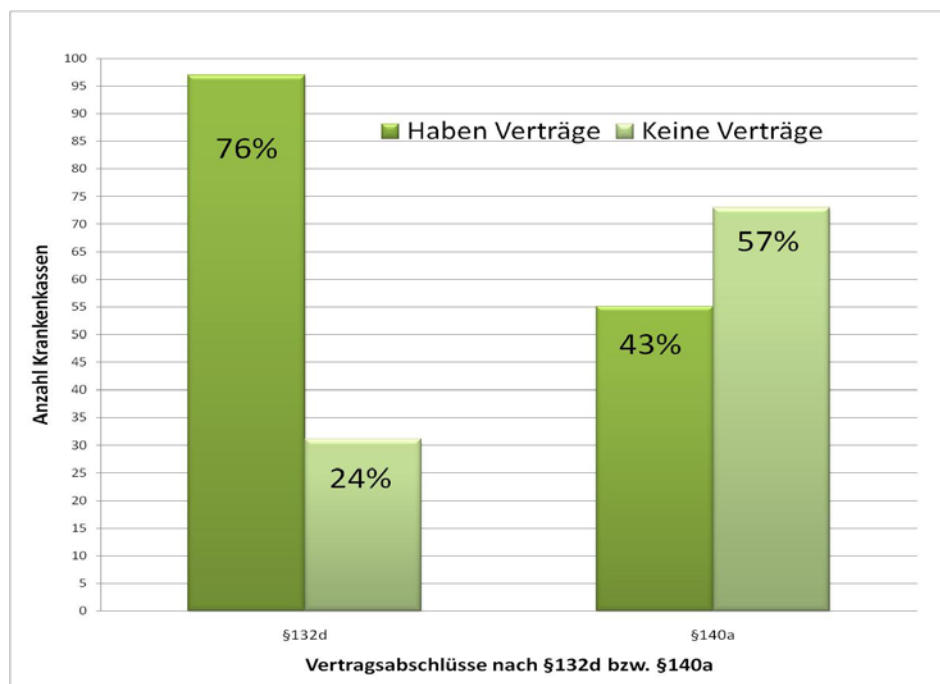
ben nach Versorgungsregion summiert werden mussten, bei der Interpretation der nachfolgend genannten absoluten Anzahl bereits geschlossener Verträge zu berücksichtigen, da dies die Aussagekraft der absoluten Zahlenangaben einschränkt.

Bei der Frage

„Wie viele Verträge zur Umsetzung des Leistungsanspruchs auf SAPV (§ 37b SGB V) wurden bis zum 30.09.2009 geschlossen ...?“

gaben 97 der 128 Krankenkassen (76 %) 797 Vertragsabschlüsse (bzw. Vertragsbeteiligungen) nach § 132d Abs. 1 SGB V an. Als maximale Anzahl abgeschlossener Verträge nannte eine Krankenkasse, die eine Rückmeldung zusammengefasst für alle Versorgungsregionen eingereicht hat, 52 Verträge. Insgesamt 31 Krankenkassen (24 %) gaben an, keine Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V abgeschlossen zu haben.

Für Vertragsabschlüsse nach § 140a SGB V lag die Gesamtzahl bei 256 Verträgen. Das Maximum für eine Krankenkasse wurde hier von zwei Krankenkassen, die einen Fragebogen für alle Versorgungsregionen geliefert haben, auf 26 Verträge beziffert. Aufgrund der vielen Krankenkassen, die an dieser Stelle „0“ angaben, liegt der Median hier bei 0 Verträgen. Insgesamt 55 Krankenkassen (43 %) gaben an dieser Stelle an, Verträge nach § 140a SGB V geschlossen zu haben, 73 Krankenkassen (57 %) verneinten dies (vgl. **Abbildung 1**).

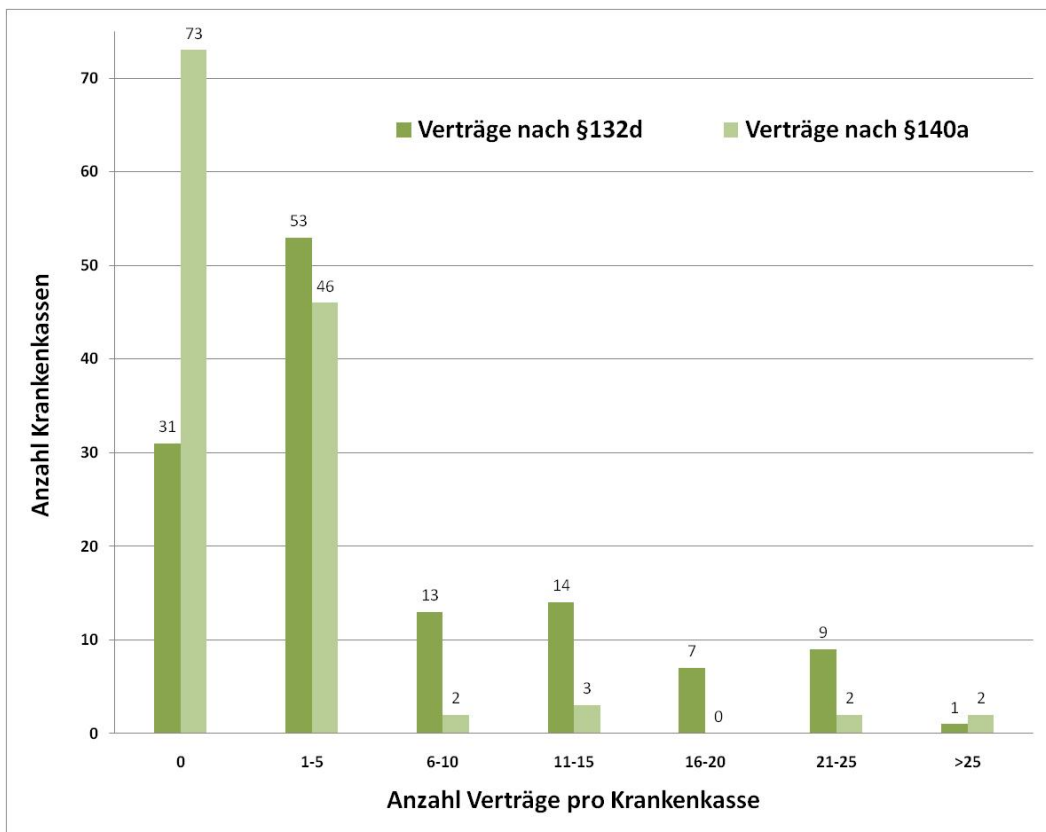


**Abbildung 1:** Anteil Krankenkassen mit Vertragsabschlüssen nach §§ 132d Abs. 1 bzw. § 140a SGB V

## Erläuterungen:

Mehrfachnennungen regionaler und kassen- bzw. kassenartenübergreifender Vertragsabschlüsse führen dazu, dass die hier gewonnene Zahl der Vertragsabschlüsse nicht gleichzusetzen ist mit der Anzahl der Leistungserbringer. Laut Informationen aus verschiedenen Quellen<sup>2</sup> war zum 30. September 2009 von ca. 30 bis 40 Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V auszugehen.

Der Median der Anzahl insgesamt angegebener Vertragsabschlüsse lag bei drei Verträgen pro Krankenkasse. Die Angabe einer Krankenkasse, 52 Verträge abgeschlossen zu haben bzw. am Abschluss beteiligt gewesen zu sein, stellt einen statistischen „Ausreißer“ dar und ist nicht plausibel erklärbar. Die insgesamt ermittelte Häufigkeitsverteilung abgeschlossener Verträge pro Krankenkasse ist nachfolgend in **Abbildung 2** dargestellt.



**Abbildung 2:** Häufigkeitsverteilung der Anzahl Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V sowie § 140a SGBV pro Krankenkasse

<sup>2</sup> Mitteilung des GKV-Spitzenverbandes an das BMG vom 04.09.2009 zum Stand der Umsetzung der SAPV zum 01.08.2009 (ca. 30); Anzahl der bis zum 06.11.2009 insgesamt von der KBV vergebenen Betriebsstätten-Nummern an Leistungserbringer (36), Artikel „Palliativ-Teams fehlt qualifiziertes Personal“ Ärzte Zeitung vom 06.11.09 (30)

Auf die Frage

*„Wird mit den bisher geschlossenen Verträgen eine ausreichende Versorgung der Versicherten Ihrer Krankenkasse mit SAPV erreicht?“*

antworteten insgesamt 13 der 128 Krankenkassen (10 %) mit „Ja“ und 115 mit „Nein“ (90 %). Soweit das Erreichen einer ausreichenden Versorgung verneint wurde, wurde die betreffende Krankenkasse zur Beantwortung der Frage

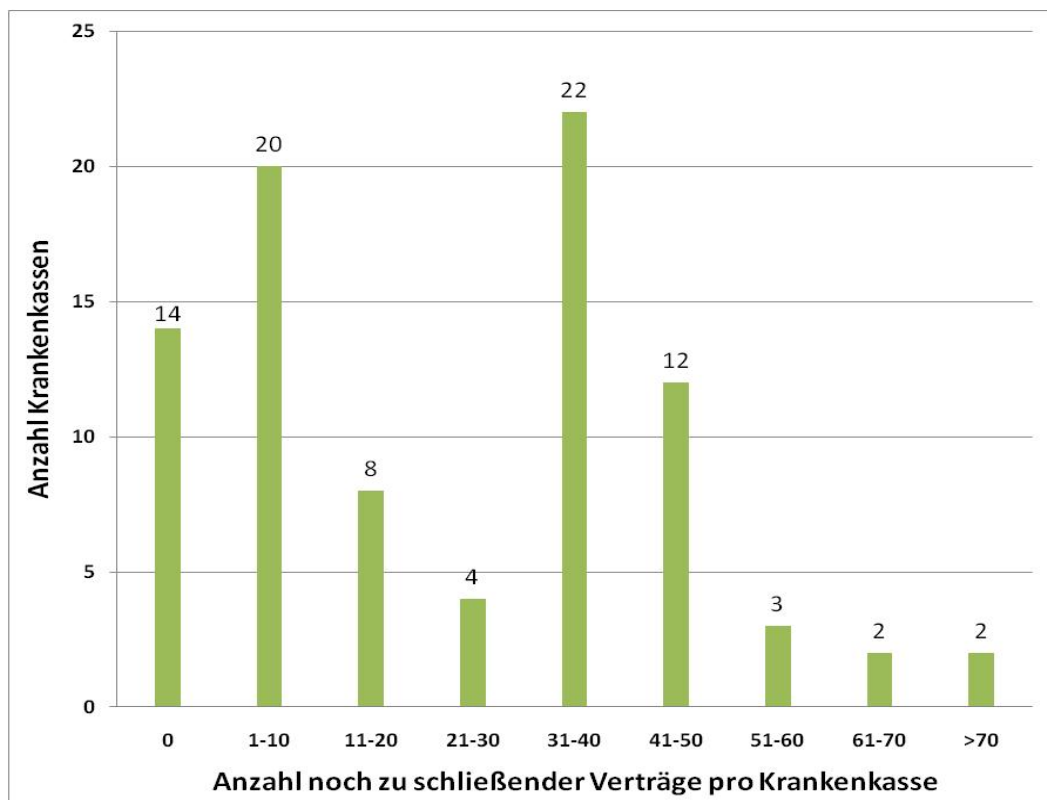
*„In welchem Umfang sollen Verträge ggf. noch geschlossen werden?“*

aufgefordert. Es bestand die Möglichkeit, dies in Form eines Freitextes zu beschreiben. Zudem konnte die Krankenkasse die Anzahl der nach ihrer Einschätzung noch zu schließenden Verträge angeben.

Insgesamt wurden 114 Freitextangaben gemacht. 72 Krankenkassen (63 %) sahen die Notwendigkeit für weitere Vertragsabschlüsse. Am häufigsten (44 Antworten, 38,5 %) wurde geäußert, dass weitere Verträge vorgesehen oder in Vorbereitung bzw. Verhandlung seien, in Kombination mit der Nennung einer Anzahl. In weiteren 29 Antworten (25 %) wurde ebenfalls die Notwendigkeit weiterer Verträge genannt, aber ohne Zahlenangabe. Es fanden sich weiterhin Hinweise auf derzeit in Verhandlung befindliche Rahmen- oder (kassenartenübergreifende) Musterverträge (13 Antworten, 11,4 %). Genannte Vertragsarten waren Einzelverträge, Rahmenverträge und Musterverträge. Es wurde darauf hingewiesen, dass sich Kassen (auch kassenartenübergreifend) zu Vertragsgemeinschaften zusammenschließen und regionale bzw. landesweite Vertragsabschlüsse nach § 132d SGB V mit Leistungsanbietern vorbereiten, denen eine Kasse dann beitreten kann. Hierdurch erklärt sich auch die Vielzahl gleich lautender Angaben.

Die vollständigen Freitextangaben hierzu enthält **Abschnitt F.2 im Anhang**.

In 101 Fragebögen (79%) wurde die Möglichkeit einer Zahlenangabe im Hinblick auf die Anzahl der noch zu schließenden Verträge genutzt. 24 Krankenkassen (19 %) haben an dieser Stelle keine konkrete Angabe gemacht, sondern den Bedarf mit „> 5“, „30-40“ oder „mindestens 32“ beziffert bzw. „unbekannt“ angegeben und sind somit nur teilweise in die Auswertung eingeflossen. 27 Krankenkassen haben an dieser Stelle keine Angaben gemacht. Die konkreten Zahlenangaben zu den geplanten Vertragsabschlüssen schwanken zwischen 0 und 139, der Median lag bei 27,5 noch zu schließenden Verträgen (vgl. **Abbildung 3**).



**Abbildung 3:** Angaben über noch zu schließende Verträge

Auf die Frage

*„Welche Gründe haben aus Ihrer Sicht ggf. den Abschluss weiterer Verträge bisher verhindert?“*

konnten die Krankenkassen ebenso im Freitext antworten. Zu dieser Frage fanden sich 86 Antworten im Freitext. Im Wesentlichen lassen sich bei den Antworten die Themenkomplexe Leistungserbringer (66 %) und Vertragsgestaltung (15 %) unterscheiden. Im Hinblick auf das Thema Leistungserbringer fand sich am weitaus häufigsten (49 Antworten, 56,9 %) der Kommentar, dass die Leistungserbringer nicht die geforderten Voraussetzungen erfüllen (z. B. Qualifikation, Personal, Organisation). Acht Antworten (9,3 %) konstatierten die nicht ausreichende Anzahl potentieller Leistungserbringer bzw. Palliativ-Care-Teams. In Bezug auf die Vertragsgestaltung wurde in 13 Antworten (15 %) auf schleppende Vertragsverhandlungen bzw. in neun der Antworten (10,4 %) auf unrealistische/zu hohe Vergütungsforderungen seitens der Leistungserbringer verwiesen. In 7 Antworten (8 %) wurde auf fehlende Abschlüsse von Muster- oder Rahmenverträgen verwiesen. Vereinzelt wurden noch andere Gründe angegeben. Die vollständigen Freitextangaben zu den Gründen sind in **Abschnitt F.3 im Anhang** aufgeführt.

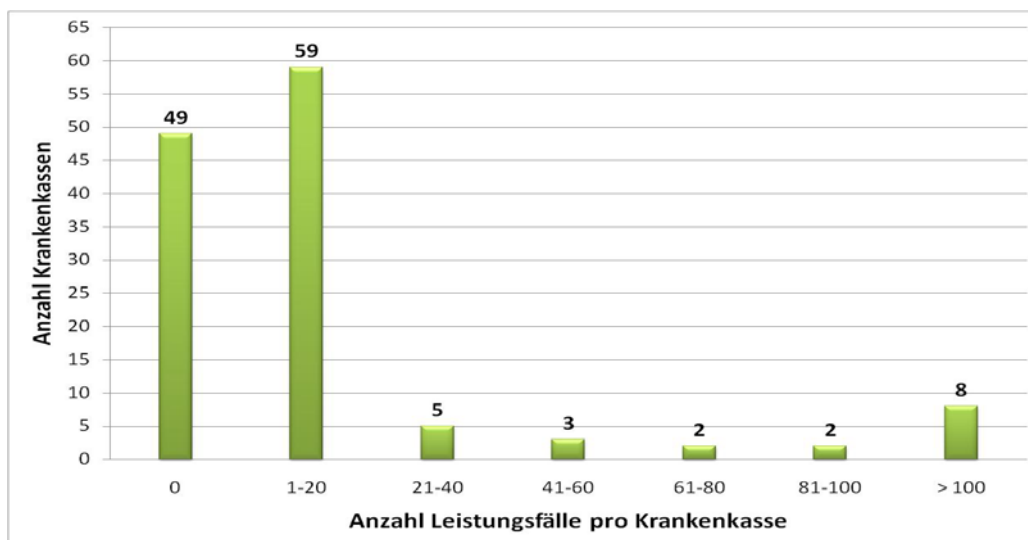
## 2. Analyse der Leistungszahlen

Im Rahmen der Erhebung wurden bei allen Krankenkassen die vom 1. Januar 2009 bis zum 30. September 2009 bewilligten Leistungsfälle, unterschieden nach Sachleistungs- und Kostenerstattungsfällen, erfragt. Nach Vertragsarten wurde hierbei nicht unterschieden.

Bei der Frage

*„Wie viele Leistungsfälle wurden in der Zeit vom 01.01.2009 bis zum 30.09.2009 von Ihrer Krankenkasse bewilligt?“*

haben 79 der 128 Krankenkassen (62 %) eine Angabe gemacht. Die Gesamtzahl der Leistungsfälle wurde auf 2.614 beziffert. Der höchste von einer Krankenkasse angegebene Wert liegt bei 297 Leistungsfällen, das Gros der Werte fand sich in der Klasse zwischen einem und 20 Leistungsfällen (vgl. **Abbildung 4**).<sup>3</sup>



**Abbildung 4:** Häufigkeitserteilung der Leistungsfälle pro Krankenkasse

Der Median liegt bei einem Leistungsfall pro Krankenkasse. Insgesamt 777 Leistungsfälle (im Maximum 185 für eine Krankenkasse) wurden über Kostenerstattung geregelt (vgl. **Tabelle 1**).

<sup>3</sup> Eine Krankenkasse hatte in der Befragung hier zunächst 720 Leistungsfälle angegeben, was einen Extremwert darstellte. Diese Krankenkasse verfügt über eine besondere Vertragskonstellation, die die Palliativversorgung insgesamt umfasst. Auf Nachfrage wurde die Zahl der SAPV-Leistungsfälle von dieser Krankenkasse auf 140 Fälle korrigiert. Dieser Wert ist in die Auswertung eingeflossen. Die Angaben aller anderen Krankenkassen wurden in dieser Hinsicht nicht überprüft.

	Leistungsfälle				davon über Kostenerstattung		
	Gesamt	Max	Min	Median	Gesamt	Max	Min
Anzahl	2.614	297	0	1	777	185	0

**Tabelle 1:** Angabe der Leistungsfälle (allgemein)

### 3. Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern

Besondere Belange von Kindern im Zusammenhang mit der SAPV bestehen insbesondere in der Betreuung durch für die pädiatrische Palliativversorgung qualifizierte Leistungserbringer sowie in dem Anspruch auf SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung i. S. des § 3 Absatz 3 der SAPV-Richtlinie. Darüber hinaus können auch die bewilligten Leistungsfälle Hinweise darauf geben, ob den besonderen Belangen von Kindern genügt wird.

Bestandteil der Erhebung waren daher auch die Frage nach dem Vorhandensein besonderer vertraglicher Regelungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen und die Frage nach der Anzahl der bewilligten Leistungsfälle

Auf die Frage

*„Gibt es besondere vertragliche Regelungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen?“*

antworteten insgesamt 76 der 128 Krankenkassen mit „Ja“ (59 %) und 52 mit „Nein“ (41 %). Soweit die Antwort auf die vorgenannte Frage „Ja“ lautete, wurde gefragt, welche besonderen vertraglichen Regelungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen bestehen. Die Antworten wurden in Form eines Freitextes ermöglicht. Bis auf wenige Einzelfälle wurden keine Angaben zu konkreten vertraglichen Regelungen gemacht, sondern auf in Zukunft geplante Vertragsabschlüsse verwiesen. 41 von 75 Freitextangaben (54,6 %, eine Krankenkasse hat die Möglichkeit der Freitextantwort nicht genutzt) verwiesen auf das bis zum Stichtag durchgeführte landesweite Modellprojekt „Landesinitiative NRW zur ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen“. 18 Antworten (24 %) beriefen sich auf (überwiegend geplante) Regelungen in Musterverträgen oder in landesweiten Verträgen nach § 132 d SGB V. Weitere 19 Antworten (25 %) verwiesen auf (überwiegend geplante) explizite Vertragsregelungen bzw. auf gesonderte Verträge, ggf. mit gesonderten Leistungserbringern. In zwei Antworten (2,6 %) wurde auf Verträge zur Integrierten Versorgung hingewiesen.

Die vollständigen Freitextangaben hierzu sind in **Abschnitt F.4 im Anhang** aufgeführt.

Bei der Frage

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

wurde angegeben, dass 53 der insgesamt 2.614 Leistungsfälle Kinder und Jugendliche betrafen. Hiervon wurden 10 Fälle über Kostenerstattung geregelt. Das Maximum für eine Krankenkasse lag bei 15 Fällen.<sup>4</sup> Der Median lag aufgrund der häufigen Angabe „0“ ebenfalls bei 0 (**vgl. Tabelle 2**).

	Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen				Kostenerstattung		
	Gesamt	Max	Min	Median	Gesamt	Max	Min
<b>Anzahl</b>	53	15	0	0	10	9	0

**Tabelle 2:** Angabe der Leistungsfälle bei Kindern und Jugendlichen

## II. Analyse zur Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften

### 1. Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten

Die Befragung der Bundesärztekammer zur Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Stunden Weiterbildung) und die ergänzende Erhebung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ergab folgende Daten zum Stichtag 31. Dezember 2008<sup>5</sup> (vgl.

**Tabelle 3):**

Kassenärztliche Vereinigung bzw. Landesärztekammer	Ärztinnen/Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung (zugelassen/angestellt)	Ärztinnen/Ärzte in der stationäre Versorgung (angestellt im Krankenhaus)	gesamt
Baden-Württemberg	165	208	373
Bayern	22	98	120

<sup>4</sup> Eine Krankenkasse hatte in der Befragung hier zunächst 50 Leistungsfälle angegeben, was einen Extremwert darstellte. Diese Krankenkasse verfügt über eine besondere Vertragskonstellation, die die Palliativversorgung insgesamt umfasst. Auf Nachfrage wurde die Zahl der SAPV-Leistungsfälle für Kinder von dieser Krankenkasse auf 10 Fälle korrigiert. Dieser Wert ist in die Auswertung eingeflossen. Die Angaben aller anderen Krankenkassen wurden in dieser Hinsicht nicht überprüft.

<sup>5</sup> Zur Festlegung des Stichtages siehe Abschnitt D.

Kassenärztliche Vereinigung bzw. Landesärztekammer	Ärztinnen/Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung (zugelassen/angestellt)	Ärztinnen/Ärzte in der stationäre Versorgung (angestellt im Krankenhaus)	gesamt
Berlin	8	21	29
Brandenburg	15	29	44
Bremen	6	14	20
Hamburg	16	25	41
Hessen	63	128	191
Mecklenburg-Vorpommern	27	43	70
Niedersachsen	225	160	385
Nordrhein	99	171	270
Rheinland-Pfalz	65	67	132
Saarland	2	11	13
Sachsen	40	70	110
Sachsen-Anhalt	7	36	43
Schleswig-Holstein	45	62	107
Thüringen	7	39	46
Westfalen-Lippe	146	216	362
<b>gesamt</b>	<b>958</b>	<b>1.398</b>	<b>2.356</b>

Quellen: Bundesarztregister bzgl. vertragsärztlicher Versorgung, Bundesärztekammer bzgl. stationärer Versorgung

**Tabelle 3:** Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung "Palliativmedizin" zum 31. Dezember 2008

Die Bundesärztekammer gab mit Schreiben vom 24. September 2009 eine Anzahl von 1.413 im ambulanten Bereich qualifizierten Ärztinnen und Ärzten an. Die dieser Angabe zugrunde liegende Statistik der Bundesärztekammer schließt allerdings – im Unterschied zu der in **Tabelle 3** abgebildeten Statistik aus dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – im Hinblick auf den ambulanten Bereich auch Privatärztinnen und Privatärzte ein. Zudem können die im Bundesarztregister einerseits und die in der Statistik der Bundesärztekammer andererseits festgehaltenen Daten zum selben Stichtag voneinander abweichen, da die Meldungen der Ärztinnen und Ärzte dort jeweils zeitversetzt eingehen. Ärztinnen und Ärzte sind weder verpflichtet noch dazu angehalten, die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Abschluss ihrer Weiterbildung hierüber zeitnah zu informieren. Daher ist davon auszu-



gehen, dass wegen der dadurch entstehenden Verzögerungen bei den Meldungen die Anzahl der tatsächlich zum 31. Dezember 2008 entsprechend qualifizierten Ärztinnen und Ärzte höher lag als die gemeldete Anzahl.

## **2. Qualifikation von Pflegefachkräften**

Der G-BA hat einen Verband der Pflegeberufe und zwei Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zur Zahl der Pflegefachkräfte mit dem Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden zum Stichtag 31. Dezember 2008 befragt. Die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene haben die Anfrage beantwortet. Im Hinblick auf die Fragestellung verlief die Befragung weitgehend ergebnislos. Soweit Rückmeldungen vorliegen, wird dargestellt, dass die genaue Anzahl der Pflegefachkräfte mit entsprechender Qualifikation zum 31. Dezember 2008 nicht bzw. nicht verbindlich angegeben werden kann. In einer Rückmeldung wurden darüber hinaus Probleme der Umsetzung der SAPV geschildert (siehe Abschnitt III.).

## **III. Änderungsvorschläge zur SAPV-Richtlinie und Problemschilderungen im Umgang mit SAVP**

Die Frage

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

beantworteten 80 mit „Ja“ (62,5 %) und 48 mit „Nein“ (37,5 %). Ferner bestand die Möglichkeit für den Fall der Bejahung der genannten Frage, derartige Erkenntnisse über Klarstellungs- oder Änderungsbedarf im Freitext darzustellen. Hiervon machten 77 Krankenkassen Gebrauch. Die Anregungen betreffen sowohl den Regelungsbereich der SAPV-Richtlinie als auch weitergehende Aspekte. Nachfolgend werden die häufigsten Anmerkungen wiedergegeben, die den Regelungsbereich der SAPV-Richtlinie berühren:

- Von 64 Krankenkassen (83 %) wurde eine unklare Abgrenzung zwischen der allgemeinen Palliativversorgung und der SAPV moniert bzw. eine klarere Trennung zur allgemeinen Palliativversorgung gefordert.
- Weitere 13 Antworten (16,8 %) forderten eine klarere Leistungsabgrenzung zwischen Leistungen der HKP und der SAPV.

- Weitere Antworten bezogen sich auf die folgenden Aspekte:
  - Konkretisierung/detaillierte Beschreibungen von Leistungen und Symptomen erforderlich (4 Antworten) und
  - objektivierbare Definition von Teil- und Vollversorgung wünschenswert (3 Antworten),
  - Forderung nach einer Regelung zur Verordnungsdauer (3 Antworten).

Die vollständigen Freitextangaben hierzu enthält **Abschnitt F.5 im Anhang**.

## **E. Fazit und Ausblick**

Wie erwartet kann der vorliegende Bericht aufgrund des kurzen Berichtszeitraums und des noch im Aufbau befindlichen Prozesses der Strukturentwicklung zunächst nur eine grobe Einschätzung geben. Gleichwohl ist er durchaus geeignet, ein erstes Bild von der praktischen Umsetzung der SAPV zu zeichnen. So war der Berichtszeitraum geprägt von einem sehr geringen Leistungsgeschehen. Dieses erklärt sich zu einem Teil auch daraus, dass nicht oder kaum auf bestehende Strukturen zurückgegriffen werden konnte. Im Mittelpunkt standen 2009 dem entsprechend intensive Bemühungen der Leistungsträger und der Leistungserbringer, anknüpfend an bestehende Versorgungsangebote die strukturellen und vertraglichen Grundlagen für die Leistungserbringung zu schaffen. Zum Stichtag 30. September 2009 wurde eine flächendeckende Versorgung der Versicherten im Rahmen ihres Sachleistungsanspruchs auf SAPV bei weitem noch nicht erreicht. Dies gilt im besonderen Maße für spezielle Angebote zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Rückmeldungen der Krankenkassen zeigen, dass die Verträge zur Umsetzung der SAPV weitüberwiegend kassen- bzw. kassenartenübergreifend geschlossen werden. Dies ist im Hinblick auf die notwendige einheitliche Versorgung in den Regionen und die begrenzten Ressourcen zielführend.

Die Ergebnisse dieser Erhebung müssen vor dem Hintergrund ihrer reduzierten Aussagekraft betrachtet werden, für die eine Reihe von Faktoren verantwortlich sind. Zwar spricht insbesondere die hohe Rücklaufquote bei der Befragung der Krankenkassen zunächst dafür, dass die gewonnenen Erkenntnisse in hohem Maße repräsentativ sind. Bei der Erstellung des Berichtes sind allerdings konzeptionelle und methodische Schwierigkeiten aufgetreten, etwa durch die kassenbezogene Befragung zu überwiegend kassen- bzw. kassenartenübergreifend abgeschlossenen Verträgen. Die Schwierigkeiten sind in den einzelnen Kapiteln ausführlich dargestellt und sollten als Grundlage für eine Optimierung der Erhebungen für die Folgejahre genutzt werden. Sinnvoll erscheint im Interesse einer vollständigen und einfachen Datenerhebung etwa, den jährlich durch den G-BA zu erstellenden Bericht künftig für den Zeitraum eines vollständigen Kalenderjahres (Stichtag 31. Dezember) abzufassen. Insgesamt bleibt zu überlegen, ob und wie die Befragung zu Gunsten der Aussagekraft ihrer Ergebnisse verbessert werden kann... Vor dem Hintergrund der zumeist sehr allgemein gehaltenen Antworten zur Berücksichtigung der Belange von Kindern und Jugendlichen sollte insbesondere dieser Befragungsteil für zukünftige Erhebungen eine Überarbeitung erfahren.

Unklar ist zudem die Rolle der Verträge nach § 140a SGB V in Bezug auf die SAPV, zumal bei der Abfrage der jeweiligen Leistungszahlen nicht differenziert wurde nach Verträgen gem. § 132d und Verträgen nach § 140a SGB V.

Die im Berichtszeitraum im Vordergrund stehende Entwicklung der strukturellen und vertraglichen Grundlagen für die Leistungserbringung ist auch kennzeichnend für den Aufbau und Inhalt dieses Berichtes, indem ein besonderes Augenmerk auf den Stand der Strukturentwicklung gerichtet wird. Vor diesem Hintergrund wurde auch die Datengrundlage des Berichtes im Wesentlichen durch Befragung der Krankenkassen gelegt. Bei künftigen Berichten werden neben der Leistungsentwicklung und den Auswirkungen auf andere Leistungsbereiche auch weitere Fragen, die sich aus der Umsetzung der SAPV-Richtlinie ergeben, im Vordergrund stehen. Der Adressatenkreis entsprechender Befragungen ist insoweit zu erweitern.

Konsequenzen für den Regelungsbereich (SAPV-Richtlinie) des G-BA werden aktuell nicht gesehen. Zwar wurden Anregungen dahingehend rückgemeldet, in der Richtlinie eine genauere Abgrenzung von allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vorzunehmen. Dieser Aspekt war allerdings seinerzeit bei der Erstellung der Richtlinie sehr ausführlich beraten worden. Man war sich einig, dass die in der Richtlinie enthaltene Spezifikation der SAPV angemessen ist und darüber hinausgehende Beschreibungen schnell den Konkretisierungsgrad, den eine Richtlinie in diesem Feld leisten kann, übersteigen würden. Die Ergebnisse der Erhebung haben beim G-BA auch nicht den Eindruck erweckt, als würde die SAPV-Richtlinie einer Umsetzung der SAPV in der Versorgungslandschaft im Wege stehen. Ob und ggf. inwiefern Änderungen an der SAPV-Richtlinie erforderlich sein könnten, sollten daher dann geprüft werden, wenn mehr Erfahrungen mit der Umsetzung der SAPV vorliegen. Mit den Hinweisen und Anregungen, die von den Krankenkassen in den Freitextaussagen gegeben wurden, wird sich der G-BA auseinandersetzen.

Ungeachtet des geringen Leistungsgeschehens zeigt der erreichte Stand an Vertragsabschlüssen, dass die Versorgung in Gang zu kommen scheint. Von einer flächendeckenden Versorgung ist das deutsche Gesundheitswesen dabei allerdings noch weit entfernt. Mit weitergehenden Schlussfolgerungen sollte vor dem Hintergrund der aufgezeigten Einschränkungen und Probleme zurückhaltend umgegangen werden. Der G-BA wird sich künftig ein mehrdimensionales Bild der Leistungsentwicklung der SAPV machen und auch deren Auswirkungen auf andere Leistungsbereiche (z. B. häusliche Krankenpflege) in die Analysen einbeziehen.



### 3. EINSCHÄTZUNG DES VERSORGUNGSGRADES

Wird mit den bisher geschlossenen Verträgen eine ausreichende Versorgung der Versicherten Ihrer Krankenkasse mit SAPV erreicht?

Ja

Nein

Wenn dies nach Ihrer Einschätzung **noch nicht** erreicht ist:

- In welchem Umfang sollen Verträge ggf. noch geschlossen werden?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Anzahl der noch zu schließenden

Verträge (falls möglich):

--	--	--

(keine=0)

- Welche Gründe haben aus Ihrer Sicht ggf. den Abschluss weiterer Verträge bisher verhindert?

---

---

---

---

---

---

#### 4. BERÜCKSICHTIGUNG BESONDERER BELANGE VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Gibt es besondere vertragliche Regelungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen?

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche?

---

---

---

---

---

---

---

---

## 5. LEISTUNGSFÄLLE

Wie viele Leistungsfälle<sup>7</sup> wurden in der Zeit **vom 01.01.2009 bis zum 30.09.2009** von Ihrer Krankenkasse bewilligt?

- Anzahl der Fälle insgesamt:  
(keine=0)

- davon Anzahl der Fälle  
im Rahmen der Kostenerstattung:  
(keine=0)

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

- Anzahl der Fälle insgesamt:  
(keine=0)

- davon Anzahl der Fälle  
im Rahmen der Kostenerstattung:  
(keine=0)

## 6. ÄNDERUNGSBEDARF DER SAPV-RICHTLINIE

Gibt es aus Ihrer Sicht erste Erkenntnisse, die Anlass für eine Änderung oder Klärstellung in den SAPV-Richtlinien geben?

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche:

---

---

<sup>7</sup> Als Leistungsfall gilt die ohne Unterbrechung durchgeführte Versorgung im Rahmen der SAPV.



---

---

---

---

---

---

---

---

**Vielen Dank für Ihre Mitwirkung bei der Befragung!**

## F.2 Kommentare zur Frage

*„In welchem Umfang sollen Verträge ggf. noch geschlossen werden?“*

In Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen sind weitere Verträge geplant
2 weitere Verträge befinden sich in Verhandlungen, weitere sind avisiert, so dass zeitnah mit einer Flächendeckung zu rechnen ist.
Bei dem Vertrag handelt es sich um einen Rahmenvertrag dem die Palliativteams nach Findung der Team- und Rechtsform beitreten. Bisher Kostenerstattung analog des Rahmenvertrages, bei entsprechender Qualifikation.
Bis zur flächendeckenden Versorgung
Bisher wurden im Bezirk Nordrhein nur in 2 Regionen [= Kreis Mettmann /Düren] Verträge abgeschlossen [im Gegensatz zum Bezirk Westfalen-Lippe, wo der Vertrag Flächendeckung vorsieht]. Weitere Regionen werden folgen; auch hier Flächendeckung ist das Ziel.
Mit einem Anbieter werden zurzeit Verhandlungen geführt. Bei Bedarf wird ein weiterer Anbieter gesucht
Ca. 30 Verträge sind landesweit und kassenartenübergreifend vorgesehen.
Der bisher geschlossene Vertrag gilt nur regional begrenzt. Die Abdeckung für all unsere Versicherten ist noch nicht sichergestellt. Ein weiterer Vertragsabschluss für den Einzugsbereich München wird voraussichtlich in den kommenden Wochen erfolgen.
Die flächendeckende Versorgung ist noch im Aufbau begriffen. In verschiedenen Bundesländern sind bislang nur einzelne Verträge geschlossen worden, jedoch insgesamt mehr als 100 in Vorbereitung oder Planung. Noch wird die Leistung nicht nachgefragt. Dies liegt u. E. daran, dass in der Region noch keine entsprechenden SAPV-Angebote vorhanden und zudem überschneidende Inhalte mit der bestehenden Hospizversorgung zu verzeichnen sind.
Die gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg haben sich auf einen einheitlichen Vertrag geeinigt. Am 05.10.2009 finden Verhandlungen mit dem neu gegründeten Dachverband der Palliativnetzwerke in Baden-Württemberg statt.
Die Verhandlungen über die Verträge nach §132 d Abs. 1SGB V für Rheinland-Pfalz bzw. Saarland sind derzeit noch nicht abgeschlossen. Sie sehen jedoch eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung in beiden Bundesländern vor.
Die Verträge sollen zentral und flächendeckend in Abstimmung mit allen Kassenarten geschlossen werden.
Die Vertragsverhandlungen dauern derzeit an. Zur flächendeckenden Versorgung mit SAPV ist eine Vielzahl weiterer Verträge nötig und zum Teil bereits in Vorbereitung/Verhandlung.
Die weiteren Vertragsabschlüsse durch die Landesverbände müssen abgewartet werden.

Eine flächendeckende Versorgung wird angestrebt. Konkrete Zahlen, zu noch abzuschließenden Verträgen, können noch nicht benannt werden.
Es sind noch fünf Verträge in fünf Versorgungsregionen abzuschließen, von denen drei Abschlüsse unmittelbar bevorstehen.
Es sind Verträge zu schließen, um eine Flächendeckung (bundesweit) zu erreichen.
Es wird eine gute Versorgung der Versicherten angestrebt. Zur Erreichung einer flächendeckenden SAPV-Versorgung sind weitere Vertragsabschlüsse beabsichtigt.
Flächendeckend! Nach Möglichkeit bundeseinheitlicher Vertrag, ansonsten je Bundesland ein Vertrag. Nach Möglichkeit keine Einzelverträge mit Leistungserbringern, da zu unübersichtlich
Flächendeckende bundesweite Umsetzung der SAPV-Verträge
Für eine flächendeckende Versorgung der Versicherten werden ca. 35-40 Verträge gem. § 132d SGB V benötigt. Bisher sind ca. 30 sog. Sondierungsgespräche geführt worden, die der Abschätzung der Wahrscheinlichkeit eines Vertragsschlusses dient.
Generell sind bundesweite/einheitliche Verträge wünschenswert. Zur Erreichung einer flächendeckenden SAPV-Versorgung in Nordrhein sind 32 weitere (regionale) Vertragsabschlüsse beabsichtigt.
Generell wäre es sinnvoll, wenn alle KK IV oder VAG Verträge abschließen, damit bundesweit die SAPV sichergestellt werden kann.
Im Freistaat Bayern sollen nach und nach weitere Verträge geschlossen werden. Eine genaue Anzahl kann derzeit noch nicht benannt werden. Die Vertragsverhandlungen bzw. der Vertragsabschluss erfolgt auf der Grundlage eines kassenartenübergreifenden, gemeinsamen Vertrages.
In Baden-Württemberg sollen flächendeckend Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V geschlossen werden.
In den KV-Bezirken Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin, Sachsen-Anhalt fehlen noch entsprechende Vereinbarungen. Die Landesverbände stehen hier in Verhandlungen mit geeigneten Vertragspartnern. In den anderen KV-Bereichen bestehen schon SAPV-Vereinbarungen. Ist eine Flächendeckung noch nicht gewährleistet, ist ein Roll-Out der bestehenden Verträge mit weiteren Partnern geplant.

<p>In der Region Nordrhein ist beabsichtigt, 31 weitere (regionale) Vertragsabschlüsse zu schließen. In der Region Hessen befinden sich 2 weitere Verträge in Verhandlungen, so dass hier zeitnah mit einer Flächendeckung zu rechnen ist.</p> <p>In Schleswig-Holstein handelt es sich um einen Rahmenvertrag, dem die Palliativteams nach Findung der Team- und Rechtsform beitreten.</p> <p>In der Region M-V sind die Regionen Rostock und Neubrandenburg versorgt, der Abschluss weiterer Verträge in anderen Landkreisen steht kurz bevor.</p> <p>In der Region Westfalen-Lippe ist eine ausreichende Versorgung gewährleistet.</p>
<p>In diversen Bundesländern stehen aktuell Verhandlungen an, so dass in Kürze viele weitere "weiße Flecken" verschwinden.</p>
<p>Insbesondere in Niedersachsen, wo die KK einen großen Versichertenanteil hat, fehlt die Versorgungsstruktur noch. Es sind jedoch Vertragsabschlüsse absehbar.</p>
<p>Ja für Westfalen Lippe</p> <p>BaWü,RhPf,Sal: Die Verhandlungen über die Verträge nach §132 d Abs. 1 SGB V für Baden-Württemberg sind derzeit noch nicht abgeschlossen. Sie sehen jedoch eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung in beiden Bundesländern vor.</p> <p>He:</p> <p>2 weitere Verträge befinden sich in Verhandlungen, weitere sind avisiert, so dass zeitnah mit einer Flächendeckung zu rechnen ist.</p> <p>MecPo:</p> <p>Mit dem Vertrag sind die Regionen Rostock und Neubrandenburg versorgt, der Abschluss weiterer Verträge in anderen Landkreisen steht kurz bevor. Versorgung erfolgt über Kostenerstattung da die Teams noch nicht verbindlich abschließend gebildet wurden.</p> <p>No: Zur Erreichung einer flächendeckenden SAPV-Versorgung in Nordrhein sind 32 weitere (regionale) Vertragsabschlüsse beabsichtigt.</p> <p>SchlHo: Bei dem Vertrag handelt es sich um einen Rahmenvertrag dem die Palliativteams nach Findung der Team- und Rechtsform beitreten. Bisher Kostenerstattung analog des Rahmenvertrages, bei entsprechender Qualifikation.</p>
<p>Kassenübergreifend laufen derzeit Vertragsverhandlungen.</p>
<p>Landesweite Versorgung sollte sichergestellt werden. Hierzu wurde unter Federführung der KK in Baden-Württemberg eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Der Mustervertrag SAPV konnte zwischenzeitlich konsensfähig erarbeitet werden. Derzeit beginnen die Gespräche mit Leistungserbringern.</p>
<p>Mit Blick auf die Einwohnerzahl im Freistaat Bayern sollen sukzessive weitere Verträge geschlossen werden. Die konkrete Zahl kann heute noch nicht abschließend benannt werden. Die Vertragsverhandlungen bzw. der Vertragsabschluss erfolgt auf der Grundlage eines kassenartenübergreifenden, gemeinsam mit Leistungserbringern entwickelten bayerischen Mustervertrages.</p> <p>Hier ist leider noch keine abschließende Angabe möglich, da die Antragsunterlagen der potentiellen Leistungserbringer noch unvollständig sind bzw. sich in Prüfung befinden.</p>
<p>So, dass in jeder Region (Gemeinde &amp; Stadt) mindestens 3 Anbieter zur Auswahl zur Verfügung stehen.</p>

<p>Unsere Kasse ist den Vertragsgemeinschaften (VAG) landesweit beigetreten. Für Baden-Württemberg liegen 4 Anträge vor.</p>
<p>Verhandlungen mit den Leistungserbringern sehen inhaltsgleiche Verträge für Hamburg mit ca. 7 Leistungserbringern vor</p>
<p>Verträge in den Gebieten Solingen und Remscheid.</p>
<p>Verträge liegen noch nicht in allen Regionen vor, werden jedoch zurzeit größtenteils geschlossen. Sie werden von den Vertragsarbeitsgemeinschaften und Landesverbände geschlossen – deshalb nicht bekannt, wie viele Verträge noch folgen.</p>
<p>Verträge mit den einzelnen Netzwerken in Baden-Württemberg sollen eine flächendeckende Versorgung zum Ziele haben bzw. sicherstellen.</p>
<p>Verträge werden über den Landesverband Hessen geschlossen.</p>
<p>Vertragsverhandlungen im Saarland und Rheinland-Pfalz laufen. Saarland: 4 Verträge mit Leistungserbringern bis 01.01.2010 (davon 1 für besondere Belange von Kindern) Rheinland-Pfalz: Mustervertrag IV. Quartal 2009, dann Vertragsverhandlungen (kassenartenübergreifend) mit Leistungserbringern</p>
<p>weitere Verträge befinden sich bundesweit in Verhandlungen, weitere sind avisiert, so dass zeitnah mit einer Flächendeckung zu rechnen ist.</p>
<p>Zur Erreichung einer flächendeckenden SAPV-Versorgung im Bundesgebiet sind weitere (regionale) Vertragsabschlüsse durch die Verbände der Betriebskrankenkassen beabsichtigt.</p>
<p>2 weitere Verträge befinden sich in Verhandlungen, weitere sind avisiert, so dass zeitnah mit einer Flächendeckung zu rechnen ist.</p>
<p>bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung</p>
<p>Bei dem Vertrag handelt es sich um einen Rahmenvertrag dem die Palliativteams nach Findung der Team- und Rechtsform beitreten. Bisher Kostenerstattung analog des Rahmenvertrages, bei entsprechender Qualifikation.</p>
<p>Die Verhandlungen über die Verträge nach §132 d Abs. 1 SGB V für Baden-Württemberg sind derzeit noch nicht abgeschlossen. Sie sehen jedoch eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung in beiden Bundesländern vor.</p>
<p>Es wird in den nächsten Wochen einen kassenartenübergreifenden Vertrag geben, der mit Palliativ-Care-Teams in Rheinland-Pfalz abgeschlossen werden soll, so dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt ist</p>
<p>Laufende Verhandlungen nach § 132 d SGB V mit: St. Jakobus Hospiz Saarbrücken, Palliativ-Care Teams in Saarbrücken, Neunkirchen / St. Wendel, Merzig / Saarlouis</p>

Kinder-Palliativ-Care Team

Mit dem Vertrag sind die Regionen Rostock und Neubrandenburg versorgt, der Abschluss weiterer Verträge in anderen Landkreisen steht kurz bevor. Versorgung erfolgt über Kostenerstattung da die Teams noch nicht verbindlich abschließend gebildet wurden.

Weitere Verträge befinden sich im Unterschriftenverfahren bzw. finden lfd. weitere Vertragsverhandlungen statt. Die 'ausreichende' (flächendeckende) Versorgung mit SAPV ist in Hessen voraussichtlich bis zum Ende des Jahres 2009 sicher gestellt.

Zur Erreichung einer flächendeckenden SAPV-Versorgung in Nordrhein sind 31 weitere (regionale) Vertragsabschlüsse beabsichtigt.

### F.3 Kommentare zur Frage

*„Welche Gründe haben aus Ihrer Sicht ggf. den Abschluss weiterer Verträge bisher verhindert?“*

<p>Bislang wurde der Abschluss weiterer SAPV-Verträge dadurch behindert, dass potenzielle Leistungserbringer (Palliative Care Teams) nicht über die gemäß unseres Vertrages geforderten Qualifikationen bzw. organisatorischen, personellen und/oder sachlichen Vorgaben verfügen.</p>
<p>In Baden-Württemberg wird es gemeinsame Verträge aller GKV-Kassen geben. Die Verhandlungen sind schon weit fortgeschritten. Ein Mustervertrag ist konzertiert. Erste Gespräche mit Leistungserbringern finden im 4. Quartal 2009 statt.</p>
<p>In Sachsen-Anhalt bestehen getrennte SAPV-Verträge zwischen Primär- und Ersatzkassen. Die Primärkassen sehen die Umsetzung der SAPV im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a 5GB V. Dies wird von Ersatzkassen nicht befürwortet, so dass eigenständig Verträge mit geeigneten Leistungserbringern geschlossen werden. Im Vordergrund steht dabei insbesondere die Einbindung der ambulanten und stationären Hospize.</p> <p>Aufgrund der geringen Anzahl von gemäß 5APV-Richtlinie qualifizierten Palliativmedizinern gestaltet sich die Bildung der Palliativ-Care-Teams als schwierig, Zudem bedarf es eines hohen Zelfaktors die Versorgungskonzepte mit den Leistungserbringern abzustimmen.</p>
<p>Als kleine Krankenkasse, die bundesweit agiert, sind wir bei den SAPV- Vertragsverhandlungen und -abschlüssen auf unsere Landesverbände angewiesen. Seitens der Landesverbände wird aufgeführt das weitere SAPV- Vertragsabschlüsse dadurch behindert werden, dass potenzielle Leistungserbringer oft nicht über die entsprechenden Qualifikationen, sowie die organisatorischen, personellen oder sachlichen Voraussetzungen verfügen.</p>
<p>Die Gründe müssten über die einzelnen Landesverbände erfragt werden.</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Schaffung kassenartenübergreifender Verträge gelingt nicht überall.</li><li>- Die Bildung der Palliativ-Care-Teams erfolgt schleppend, so dass geeignete Leistungserbringer nicht überall zur Verfügung stehen.</li><li>- sehr unterschiedliche Vergütungsvorstellung</li></ul>
<p>Vertragliche Umsetzung erfolgt über den LV Bayern. Aus unserer Sicht verhindern derzeit die unterschiedlichen Auffassungen über die Vergütungshöhe weitere Abschlüsse.</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>- geeignete Leistungserbringer mit regional sinnvoller Verteilung im Land zu finden</li><li>- Spezialisierung im Bereich der Versorgung von Kindern problematisch</li></ul>
<p>Für die o.g. Verträge, die noch zu schließen sind, werden keine fachlich-inhaltlichen Hinderungsgründe gesehen, sondern die Vorbereitungen haben noch keine Reifegrade erreicht.</p>
<p>Wir selbst sind eine zu kleine Einheit um selbst ausreichende Verträge zu schließen. Das sollte und muss u.E. zentral (zumindest auf Landesverbandsebene) geregelt werden.</p>
<p>Kurz vor der Einigkeit auf einen landesweiten Mustervertrag hat auf Seiten der Verhandlungspartner der SAPV-Dienste ein Richtungswechsel stattgefunden. Dieser bezog sich auf maßgebliche Verhand-</p>

<p>lungsgegenstände.</p>
<p>Insbesondere die Palliativmediziner wollten höhere Vergütungspauschalen erreichen. Auch das anfängliche Mitwirken der Ärztegenossenschaft SH hat die Vertragsverhandlungen verzögert und dazu geführt, dass die ehemals 14 PCTs unterschiedliche Erwartungshaltungen an die abschließenden Kassenverbände haben.</p>
<p>Derzeit kaum Bedarf in der Praxis.</p>
<p>Keine Übereinstimmung in der Vergütungsfrage. Leistung ist noch weitgehend unbekannt</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorbereitung eines kassenartenübergreifenden Mustervertrages</li> <li>- Organisation in den ländlichen Regionen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- fehlende Qualifikation in Sterbebegleitung der Pflegedienste / Ärzte</li> <li>- fehlende Einigung über Höhe der Preise</li> </ul>
<p>Die strukturellen Voraussetzungen vor Ort sind sehr heterogen. Während es in den Ballungsräumen genügend oder sogar mehr vorhandenes Personal gibt, welches für die vertraglichen Anforderungen ausreicht, ist das im ländlichen Bereich nicht gegeben.</p> <p>Die Bevölkerungsdichte ist im ländlichen Bereich wesentlich geringer mit weiteren Entfernungen, so dass die Vorhaltung einer wirtschaftlichen Struktur ungleich schwieriger ist.</p> <p>Gleichwohl soll an den strukturellen Anforderungen auch im ländlichen Bereich festgehalten werden, um eine vergleichbare Qualität sicherzustellen.</p> <p>Exorbitante Vergütungsforderungen der Leistungserbringer haben in Einzelfällen bisher einen Vertragsabschluss verhindert.</p>
<p>Verzögerungen bei den Verhandlungen durch z.B. Terminschwierigkeiten, strittige Punkte.</p>
<p>Neue Vorstellungsbilder, in erster Linie für Ärzte, die nun auf Augenhöhe und gleichberechtigt mit Pflegekräften zusammen arbeiten zu müssen.</p> <p>Teilweise überzogene Vergütungsvorstellungen</p> <p>Nicht vorhandene Qualifikation auf Anbieterseite – nach Auffassung der Krankenkasse kann es dort keine SAPV geben, wo keine entsprechend weitergebildeten Fachkräfte existieren. Wir empfinden es als höchst problematisch die mit der gesetzlichen Intention verbundenen Qualitätsanforderungen dem Gedanken einer Flächendeckung zu opfern. Faktisch ist eine SAPV auch dort nicht zu leisten, wo SAPV-Mediziner und SAPV-Pflegekräfte nicht vorhanden sind.</p> <p>So ist es auch u. E. nicht zielführend auf flächendeckende Vertragsabschlüsse zu beharren, wenn in der Versorgungsregion gar kein ausreichend qualifiziertes SAPV-Personal vorhanden ist. Wir vertrauen vielmehr darauf, dass das Expertenwissen aus den PCT in die Region „ausstrahlt“ und somit sukzessive eine Flächendeckung, dann aber mit wirklicher SAPV, erzielt werden kann.</p> <p>Dieses Vorstellungsbild trifft durchaus auch auf das anderer Kassenarten, wonach unbedingt neue Versorgungs- und damit Vergütungsstrukturen verhindert werden sollen. Wir maßen uns nicht an, schon heute abschließend zu beurteilen, welches Konzept das richtige ist. Wir sind angetreten, rasch zu Vertragsabschlüssen zu kommen, die Qualität im Sinne des gesetzlichen Auftrags zur Umsetzung der SAPV aufrecht zu erhalten, und nun auch erst einmal Erfahrungen mit den vertraglichen Umsetzungsmöglichkeiten zu sammeln.</p>



Zum Teil verfügen potenzielle Leistungserbringer (noch) nicht über die geforderten Qualifikationen.
Die Kasse versucht aufgrund Größe SAPV-Verträgen beizutreten. Hier ist das Angebot derzeit noch sehr gering. Nach aktuellen Informationen ist aber bis Ende des Jahres mit einigen Vertragsabschlüssen zu rechnen, die geprüft werden.
organisatorischer Aufwand, fehlende Strukturen und Vertragspartner potenzielle Leistungserbringer verfügen zum Teil nicht über die geforderten Qualifikationen bzw. organisatorischen, personellen und/oder sachlichen Voraussetzung
Seit 01.04.2007 gibt es den gesetzlichen Anspruch auf die SAPV. Erst viele Monate später gab es die Rahmenvereinbarung, die Richtlinien und einen ersten Mustervertrag.
Das zu langwierige Abstimmungsverfahren unter den großen Kassenverbänden Abstimmung mit den Trägerverbänden der Leistungserbringer
<ul style="list-style-type: none"> <li>- unübersichtliche Situation im Bundesgebiet</li> <li>- unklare Kompetenzverteilung</li> <li>- unterschiedliches Engagement in den einzelnen Bundesländern</li> <li>- nachrangige Priorisierung der SAPV im GKV-Bereich</li> </ul>
Komplexe Vertragsverhandlungen auf Grund der Struktur des potentiellen Anbieters in einem Fall. In dem anderen Fall müssen entsprechende Anbieterstrukturen erst noch geschaffen werden.
Verhandlungen auf Landesebene mussten noch abgewartet werden. Unrealistische Forderungen der Leistungserbringer.
Preisliche Einschätzung der Leistungskomplexe noch nicht abgeschlossen.
Den Abschluss haben bisher die Fragen nach der Qualität und den Kosten hinausgezögert.
Alle Kassen gemeinsam befinden sich mit allen maßgeblich an der spezialisierten Palliativversorgung beteiligten Institutionen in Baden-Württemberg in einem konstruktiven Entwicklungsprozess. Hierbei etablieren sich derzeit die Netzwerke hinsichtlich der vom G-BA und den Empfehlungen der Spitzenverbände gesetzten Anforderungen.
Vertragsarbeitsgemeinschaften melden uns, dass bislang der Abschluss weiterer SAPV-Verträge dadurch behindert wurde, weil potenzielle Leistungserbringer (Palliative Care Teams) nicht über die gemäß unserer Verträge geforderten Qualifikationen bzw. organisatorischen, personellen und/oder sachlichen Voraussetzungen verfügen.
Die Verhandlungen mit der Anbieterseite (Palliativ-Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen – PAGN) gestalteten sich aufgrund der Neuartigkeit der professionsübergreifenden Materie höchst mühsam. Erschwerend kam hinzu, dass die PAGN mit z.T. wechselnden Verhandlungsmandaten und -partnern auftrat. Mittlerweile ist ein fachlich ausgehandelter Mustervertrag von der PAGN konsentiert worden; die formalen Voten der Kassenarten werden derzeit kurzfristig eingeholt (allgemeine Zustimmung ist zu erwarten). Bei Bedarf kann der Mustervertrag zur Verfügung gestellt werden.

<p>Vertragsverhandlungen laufen noch. Aufgrund der unklaren Formulierungen in den Richtlinien des G-BA und Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen, gestaltet sich vor allem die genaue Leistungsbeschreibung der einzelnen Stufen und die Abgrenzung von allgemeiner und spezieller Palliativversorgung als problematisch.</p>
<p>Fehlende personelle Voraussetzungen (Qualifikation) und fehlende bzw. falsche konzeptionelle Vorstellungen der Antragsteller. Außerdem erschwert der ländliche Raum die Gründung wirtschaftlich tragfähiger PC-Teams.</p>
<p>Nennung einer Verhandlungsgruppe aus den Reihen der Leistungserbringer hat sich hinausgezögert.</p>
<p>Der Aufwand mit jedem Netzwerk einen Vertrag zu schließen, ist nicht wirtschaftlich. Die Vertragsverhandlungen sind zeitaufwendig, wenn mit jedem Netzwerk verhandelt werden muss. Teilweise sind die Vergütungssätze zu hoch von den Netzwerken angesetzt, dass kein wirtschaftlicher Abschluss zustande kommt.</p>
<p><b>Zeitliche Gründe</b> Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern hat weitere Verträge in Vorbereitung.</p>
<p>Es fehlen Netzwerkpartner und Netzwerkstrukturen in den betreffenden Regionen, die zur komplexen Leistungserbringung im Rahmen der SAPV erforderlich sind (Palliativärzte, Palliativpflegedienste, weitere an der Versorgung zu beteiligende Kooperationspartner). Etwa die Hälfte der Palliativärzte in Brandenburg sind im Krankenhaus angestellt und würden eine Erlaubnis für eine Nebenerwerbstätigkeit von ihrer Verwaltung benötigen. Von den qualifizierten Vertragsärzten sind nicht alle bereit, sich an der Palliativversorgung als Kooperationspartner aktiv zu beteiligen und in die Netzwerkarbeit einzubringen. Die Anforderungen an die Qualifizierung der Ärzte und die Berufserfahrung der Pflegekräfte ist für viele nicht zeitnah oder gar nicht realisierbar. Für Vertragsärzte ist die modifizierte Übergangsregelung zum Erlangen der Zusatzbezeichnung Palliativarzt/-ärztin zum 31.12.2008 ausgelaufen. Hier wird angeregt, seitens der Ärztekammer entsprechende Angebote zur berufsbegleitenden Qualifizierung der Ärzte zu unterbreiten, die umsetzbar sind, ohne auf inhaltliche Qualität zu verzichten. Für einen Pflegedienst ist es wirtschaftlich kaum möglich, seine Pflegefachkräfte mindestens 6 Monaten freizustellen, um die geforderte Berufserfahrung in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung zu erlangen. Die Pflege und Betreuung von Palliativpatienten in der Häuslichkeit ist wiederum kaum nachweisbar, so dass die Berufserfahrung hier nur schwer einschätzbar ist.</p>
<p>Die unterschiedlichen Positionen der Verhandlungspartner zu folgenden Punkten: - Vergütungsstruktur und -höhe, Abrechnung, Leistungsinhalten. etc.</p>
<p>Leistungserbringer haben nach langen Verhandlungen kurz vor einer möglichen Einigung das Verhandlerteam ausgetauscht, weil die ausgehandelten Vergütungen nicht letztlich dann doch nicht akzeptiert wurden.</p>
<p>Aus unserer Sicht unangemessenen Vergütungsforderungen der Leistungsanbieter</p>

SAPV ist eine Komplexleistung aus ärztlicher und pflegerischer sowie koordinativer Komponente. Der nordrheinische SAPV-Vertrag sieht die Erbringung dieser Leistung aus einer Hand vor und verbindet dies mit einem rechtsfähigen Zusammenschluss der verschiedenen Leistungserbringer zu einem Palliative-Care-Team. Nicht alle Leistungserbringer erfüllen z. Zt. die vertraglichen sowie die in der SAPV-Richtlinie und der Gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände zu § 132 d SGB V geforderten Qualifikationen bzw. organisatorischen, personellen und/oder sachlichen Voraussetzungen.

#### F.4 Kommentare zur Frage

„Gibt es besondere vertragliche Regelungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen?“

Modellprojekt "Landesinitiative NRW zur ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen" (Laufzeit: bis 30.09.2009); Kompetenzzentrum im Rahmen des genannten Projekts ist das APPZ Bonn am Zentrum für Kinderheilkunde des Universitätsklinikums Bonn und am Zentrum für Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus Bonn.
Die derzeit noch in Verhandlung befindlichen Verträge nach 132d Abs. 1 SGB V für Rheinland-Pfalz bzw. Saarland werden besondere vertragliche Regelungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen beinhalten.
Modellprojekt "Landesinitiative NRW zur ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen" (Laufzeit: bis 30.09.2009); Kompetenzzentrum im Rahmen des genannten Projekts ist das APPZ Datteln am Vodafone Stiftungsinstitut für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln, Universität Witten/Herdecke. Zurzeit finden Vertragsverhandlungen zur Verstetigung des Modellprojektes statt.
Gespräche zur Umsetzung der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV) wurden gemeinsam mit dem Sozialministerium und Vertretern der pädiatrischen Palliativversorgung geführt.
Die besonderen Belange bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen werden von den Vertragspartnern berücksichtigt. Weitere Regelungen werden nicht getroffen.
Im Rahmen des bestehenden Vertrages ist vereinbart, dass wenn Kinder versorgt werden, die Anforderungen an die ärztlichen und pflegerischen Personen und an die weiteren Fachkräfte den besonderen Belangen der Kinder gerecht werden müssen.
Die Vertragsverhandlungen für Kinder und Jugendliche dauern an. Nächster Verhandlungstermin ist am 19.10.2009.
Präambel: „ Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen wird bei der Versorgung Rechnung getragen.“
KEINE ANGABE gesonderte vertragliche Regelungen vorgesehen
Im IV-Vertrag ist die Versorgung durch ein besonders qualifiziertes PCT vereinbart.
Besondere Belange von Kindern finden in geschlossenen Verträgen explizit Berücksichtigung.
Es wurde ein spezieller pädiatrisch ausgerichteter SAPV-Vertrag mit einem geeigneten Netz abgeschlossen. Dieser SAPPV-Leistungserbringer ist von Kiel aus landesweit tätig.
Bis 30.09.2009 galt ein Modellvorhaben, das u. a. vom MAGS NRW und den Verbänden der Krankenkassen in Westfalen-Lippe gefördert wurde. Derzeit werden Verhandlungen über Anschlussregelun-

gen geführt.
Entsprechende Auflösungen in nahezu allen Verträgen Eingerichtete „Kompetenzzentren“ in NRW, Westfalen-Lippe und Bayern Spezielle Vergütungshöhen für Kinder u. Jugendliche in diversen Verträgen
Derzeit noch nicht. Es ist aber der Vertragsabschluss eines besonderen Vertrages für Kinder auch über den LV Bayern geplant.
Es gibt bereits verschieden Modellprojekte (Landesinitiative NRW) und Kompetenzzentren. Weitere sind geplant bzw. in derzeit verhandelten Verträgen enthalten.
Die derzeit noch in Verhandlung befindlichen Verträge nach 132d Abs. 1 SGB V für Rheinland-Pfalz bzw. Saarland werden besondere vertragliche Regelungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen beinhalten.
He, BaWü: Beabsichtigt sind besondere vertragliche Regelungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen.
Nicht bekannt
Bremen: Die besonderen Belange der Kinder und Jugendlichen wurden in dem für Bremen geltenden Mustervertrag berücksichtigt. Niedersachsen: Schätzungsweise ab dem 1. November / 1. Dezember 2009 ein Vertrag mit landesweiter Ausdehnung.
In die Verträge wurden Regelungen eingepflegt, welche auf eine spezielle Betreuung von Kindern und Jugendlichen hinwirken, "..Wenn Kinder versorgt werden, müssen die Anforderungen an die ärztlichen und pflegerischen Personen und an die weiteren Fachkräfte den besonderen Belangen der Kinder gerecht werden." "...Entsprechend der Bedarfssituation und den regional zur Verfügung stehenden Leistungserbringern werden Möglichkeiten zur speziellen Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschaffen ... "
Qualifikation der Pflegekräfte und Ärzte
Verträge unter Miteinbeziehung der pädiatrischen Krankenhäuser.
Der Mustervertrag sieht vor, dass die Belange von Kindern und Jugendlichen besonders berücksichtigt werden. Eine Konkretisierung hierzu ist noch nicht erfolgt.
Im Vertrag ist geregelt, dass die Belange von Kindern und Jugendlichen besonders zu berücksichtigen sind. Dabei obliegt es den Palliativzentren, geeignete Leistungserbringer zu akquirieren und bei Bedarf diese entsprechend umzusetzen.
Anm.: Ein gesonderter Vertrag für einen zentralen Palliativstützpunkt mit landesweiter Abdeckung für Niedersachsen wird verhandelt und sollte bis Ende des Jahres 2009 konsentiert sein.
Eigene Leistungserbringer

Belange der Kinder beinhalten allgemeine Verträge zur SAPV
Wie im Bereich der SAPV für Erwachsene wurde gemeinsam mit allen Kassenarten in Bayern und Leistungserbringern ein Mustervertrag zur Erbringung von SAPV für Kinder entwickelt. Auf dieser Grundlage wurde ab dem 1. Juli 2009 bereits ein Vertrag dieser Art mit dem Klinikum Großhadern in München abgeschlossen. Geplant sind 5 weitere Verträge dieser Art; durch die enge Zusammenarbeit mit Kinderkliniken in Bayern soll dann eine flächendeckende Versorgung mit SAPV für Kinder sichergestellt werden.
Rheinland-Pfalz: Sonderregelung zu Folgeverordnungen. Saarland: In § 10 Abs. 2 des beabsichtigten SAPV-Vertrages in Verbindung mit Anlage 4 werden besondere Belange der Versorgung von Kindern berücksichtigt.
Ein gesonderter SAPV-Vertrag für die flächendeckende Versorgung im ganzen Bundesland befindet sich kurz vor dem Abschluss.
Rückwirkend zu m 01.07.2009 wird bundesweit der 1. Vertrag am Standort München in Kraft treten. 9 weitere Verträge sind in Planung.
In Bayern steht ein Vertrag kurz vor dem Abschluss.
In einige Verträge wurden Regelungen eingepflegt, die auf eine spezielle Betreuung von Kindern und Jugendlichen hinwirken. Manche Bundesländer (z.B. Bayern) haben spezielle Verträge zur Versorgung von Kindern geschaffen.

## F.5 Kommentare zur Frage

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

Bei einer Änderung oder Klarstellung der SAPV-Richtlinien sollte eine deutliche Abgrenzung zwischen der allgemeinen und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in den Richtlinien aufgenommen werden.

Die geringe Anzahl von nach SAPV-Richtlinie qualifizierten Fachpersonal erschwert die Bildung der regionalen SAPV-Teams. Zu überdenken wäre ggf. die Formulierung einer Übergangslösung/Konvergenzphase. Auch vor dem Hintergrund, dass ab 2010 die Weiterbildungsvoraussetzungen zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin deutlich erhöht werden.

Inhalt und Umfang der SAPV:

Anpassung der Richtlinie an gesetzliche Neuerungen - SAPV In Hospizen gemäß § 37b SGB V. Erbringung der ärztlichen Teilleistung Im Rahmen der SAPV.

Es sollte eine Klarstellung in den Richtlinien zur Abgrenzung der ärztlichen Leistungen innerhalb der Regelversorgung (EBM) und SAPV erfolgen, sowie eine Leistungsabgrenzung zwischen Leistungen der HKP und der SAPV. Ggf. wäre es sinnvoll die ärztliche Leistung der SAPV auch einheitlich zu definieren und in den EBM aufzunehmen.

In den SAPV-Richtlinien fehlt eine deutliche Abgrenzung zwischen allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.

Wünschenswert wäre eine Konkretisierung der SAPV-Richtlinie hinsichtlich einer deutlicheren Abgrenzung zwischen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Klarere Abgrenzung zur "normalen" Palliativversorgung. Hier gibt es in der Praxis häufig Auslegungsprobleme.

Die Abgrenzung zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung ist bislang wenig deutlich geregelt. Hier sollte eine klare Konkretisierung erfolgen.

Wegen der geringen Fallzahl liegen belastbare Erfahrungen hier noch nicht vor.

Es wird davon ausgegangen, dass hierzu eine Kassengemeinschaftliche Stellungnahme erfolgen wird.

Die Richtlinien sind u.E. klar. Das Problem ist wie immer die Finanzierung und alle Beteiligten zu einer einvernehmlichen Lösung zu bewegen.

Es wird dringend eine Definition Teil-/ bzw. Vollversorgung benötigt, da der jeweilige Versorgungsumfang und die daran gekoppelte Vergütung nicht für alle Vertragspartner zufriedenstellend objektiviert werden kann.

Klare Aufgaben der SAPV? Unterschiede/Abgrenzung zur ambulanten Palliativversorgung, ambulante Hospizversorgung, Pflege, Häusliche Krankenpflege?

Die Möglichkeit, als aktiver SAPV-Leistungserbringer die Leistung selbst verordnen zu können, wird auch von den SAPV-Leistungserbringern kritisch gesehen. Hier wäre eine Klarstellung hilfreich, die diese Möglichkeit nur in Ausnahme- und Notfällen einräumt.

Herstellung einer Trennschärfe zur Regelversorgung „Palliativversorgung“

In einigen Regionen sind bereits starke Tendenzen erkennbar, jede „normale“ Palliativ-Versorgungssituation nun zur „SAPV“ zu deklarieren.

Ergänzung am Rande: Nach unserem Vorstellungsbild kann diese Bewertung nur durch den Vertragspartner selbst, dem Palliativ-Care-Team (PCT) im Erst-Assessment vorgenommen werden. Wir haben dies im vdek-Mustervertrag unterstützt und wollen dieses Assessment auch gern unabhängig vom Ausgang angemessen vergüten. Gutachter des MDK, bzw. das Gros der Mediziner sind mit der Beurteilung ebenfalls überfordert. Voraussetzung für eine solche sachgerechte Beurteilung ist aber, dass dieses „Spezialistentum“ tatsächlich vor Ort vorhanden ist. Andere Vorstellungsbilder, die darauf abzielen, sofort eine „flächendeckende“ Versorgung aufzubauen, können auf allenfalls „unqualifiziertes“ Personal (z.B. 40 Stunden-Weiterbildung) zurück greifen. Bei dieser Vorgehensweise werden wir erkennen, dass zwar sofort und in der Fläche mehr Vergütungsmöglichkeiten für ambitionierte Ärzte und Pfleger bereit gestellt werden, wir aber wie in der Vergangenheit immer wieder rasch an den Punkt der Überforderung der Ärzte/Pflegekräfte kommen und wieder nur eine Krankenseinweisung veranlasst werden kann. Mit derart breit angelegten Versorgungsmodellen wird evtl. die Palliativ-Regelversorgung verbessert. Letzteres mag durchaus sehr wünschenswert sein, ist aber u. E. nicht unser Auftrag aus § 37b SGB V = SAPV!

Anmerkung: Der hier gewählt Abfragetermin ist wenig glücklich. Wie zu erwarten war, kam gerade im zweiten Quartal gehörig Schwung ins Vertrags-Verhandlungsgeschäft. Wir gehen davon aus, dass das Gros der Vertragsabschlüsse im 4. Quartal 2009 bzw. I. Quartal 2010 stattfinden wird!

Auch bei den Erstattungsfällen kam es erst in den letzten Monaten zu nennenswerten Fallanstiegen. Allein 1/3 der Erstattungen resultieren aus dem letzten Abfragemonat (September).

Symptomkomplexe operationalisieren

Zu 2. Erhebung erfolgte über die Landesvertretungen. Eigene Verträge zur Umsetzung des Anspruches wurden nicht geschlossen.

Eine deutlichere Abgrenzung zwischen der allgemeinen und dringend spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist aus unserer Sicht notwendig.

Die Vertragsarbeitsgemeinschaften melden uns, dass bei einer Änderung oder Klarstellung der SAPV-Richtlinien eine deutliche Abgrenzung zwischen der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung in die Richtlinien aufgenommen werden sollte.

Begrenzung der Leistungsdauer auf 8 Wochen

Genauere Abgrenzung der SAPV von Allgemeiner Palliativpflege

G-BA-Richtlinie und Ordnungsformulare sind ungenau. Bessere Abgrenzung von allgemeiner und spezieller Palliativversorgung (Abgrenzungskriterien?)

Genauere Definitionen:

Was ist z. B. ein komplexes Schmerzgeschehen?

Kriterien, wann die einzelnen Stufen begründet sind (Beratung, Koordination, additive Teilversorgung, Vollversorgung)



<p>Unklar ist, ob Eigenverordnungen durch SAPV-Ärzte möglich sind.          Detaillierte Beschreibungen der Leistungsinhalte fehlen.          Spezifizierte Abgrenzung der SAPV zur Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) wäre notwendig.</p>
<p>Siehe Schreiben der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe vom 02.10.2009.</p>
<p>Regelung zur Verordnungsdauer,          Klarstellung der Ehrenamtlichkeit bei ambulanten Hospizen.</p>
<p>Bedarf der Klarstellung wird hinsichtlich des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Kostenpauschale für die Verordnung der Palliativversorgung wie folgt gesehen:          Die Erstverordnung kann sich u. E. nur auf den Krankheitsfall und nicht auf den Behandlungsfall (Quartal) beziehen kann, da man bei SAPV-Patienten von einer Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder Monaten ausgeht (ausgenommen die Versorgung von Kindern, die auch über einen längeren Zeitraum erforderlich sein kann).</p>
<p>Abgrenzung APV - SAPV          Abgrenzung APV - Regelversorgung          Konkretisierung der Leistungsinhalte bei Teil- und Vollversorgung</p>
<p>Die SAPV-Richtlinie sollte Abgrenzungskriterien zwischen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) deutlicher formulieren. 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 werden klare Abgrenzungskriterien benötigt.</p>
<p>Eine Konkretisierung hinsichtlich der Leistungsinhalte - insbesondere in Abgrenzung zur allgemeinen Palliativversorgung - wäre wünschenswert.</p>