



Spitzenverband

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung

**Bericht des GKV-Spitzenverbandes
zum Stand der Entwicklung sowie der vertraglichen Umsetzung der
Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV),
der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung
im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie
der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase**

**Berlin, 8. Dezember 2017
an das Bundesministerium für Gesundheit**

Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich:
Dr. Monika Kücking

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Stand: Dezember 2017

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung

**Bericht des GKV-Spitzenverbandes
zum Stand der Entwicklung sowie der vertraglichen Umsetzung der
Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV),
der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung
im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie
der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase**

**Berlin, 8. Dezember 2017
an das Bundesministerium für Gesundheit**

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.	5
Tabellenverzeichnis.	5
1. Grundlage der Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes.	6
2. Bericht zur SAPV.	7
2.1 Anzahl der für die SAPV-Versorgung geschlossenen Verträge	7
2.1.1 Entwicklung der Anzahl der Verträge in den Bundesländern.	7
2.1.2 Anzahl der Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V.	10
2.1.3 Anzahl der SAPV-Verträge speziell für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen	12
2.1.4 Anzahl der Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a bzw. § 140b (a. F.) SGB V unter Einbezug der SAPV	13
2.2 Versorgung in den Bundesländern/Regionen	14
2.3 Wesentliche Vertragsinhalte.	30
2.4 Versorgung von Kindern und Jugendlichen.	30
2.5 Versorgung in Regionen ohne (ausreichende) Verträge.	31
2.6 Hauptgründe für fehlende Verträge	31
2.7 Qualifikationsprofile der SAPV-Teams sowie in die Leistungserbringung eingebundene weitere Berufsgruppen	32
2.8 Fazit.	34
3. Bericht zur palliativpflegerischen Versorgung im Bereich der häuslichen Krankenpflege	36
4. Bericht zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V.	37
5. Fazit und Ausblick	38

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Entwicklung SAPV-Verträge	9
Abb. 2: Entwicklung SAPV-Verträge ausschließlich für Kinder und Jugendliche	12
Abb. 3: Entwicklung der SAPV-Abdeckung von 2010 bis 2016	28

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Entwicklung der Gesamtanzahl der SAPV-Verträge in den Bundesländern im Zeitraum 2010-2016.	8
Tab. 2: Anzahl der SAPV-Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V im Jahr 2016 ohne Verträge, die ausschließlich auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind	11
Tab. 3: Anzahl der SAPV-Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	12
Tab. 4: Anzahl der Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a bzw. § 140b (a. F.) SGB V im Jahr 2016.	13
Tab. 5: Versorgungssituation Baden-Württemberg	14
Tab. 6: Versorgungssituation Bayern.	16
Tab. 7: Versorgungssituation Berlin	18
Tab. 8: Versorgungssituation Brandenburg	19
Tab. 9: Versorgungssituation Bremen	19
Tab. 10: Versorgungssituation Hamburg.	19
Tab. 11: Versorgungssituation Hessen	20
Tab. 12: Versorgungssituation Mecklenburg-Vorpommern	21
Tab. 13: Versorgungssituation Niedersachsen.	21
Tab. 14: Versorgungssituation Nordrhein-Westfalen	23
Tab. 15: Versorgungssituation Rheinland-Pfalz	24
Tab. 16: Versorgungssituation Saarland	25
Tab. 17: Versorgungssituation Sachsen.	25
Tab. 18: Versorgungssituation Sachsen-Anhalt	26
Tab. 19: Versorgungssituation Schleswig-Holstein	26
Tab. 20: Versorgungssituation Thüringen	27

1. Grundlage der Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.03.2007 wurde die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) zum 01.04.2007 als neue Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt. Der Leistungsanspruch wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in seiner Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V vom 20.12.2007 (SAPV-RL) konkretisiert. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die SAPV-RL am 14.02.2008 mit der Auflage genehmigt, jährlich – erstmals zum 31.12.2009 – einen Bericht über die Leistungsentwicklung und die Umsetzung der SAPV-RL vorzulegen. Der erstmalige Bericht des G-BA zur Umsetzung der SAPV für das Jahr 2009 beinhaltete Daten zum Versorgungsgeschehen sowie zum Vertragsgeschehen (Anzahl der geschlossenen Verträge).

Um die vertragliche Entwicklung in diesem Leistungsbereich nachvollziehen zu können, hatte das BMG den GKV-Spitzenverband mit Schreiben vom 27.05.2010 gebeten – zunächst halbjährlich und ab dem Berichtszeitraum 2011 jährlich – einen Bericht zur vertraglichen Umsetzung vorzulegen.

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) hat der GKV-Spitzenverband nach § 37b Abs. 4 SGB V eine nunmehr gesetzliche Berichtspflicht erhalten, nach der bis zum 31.12.2017 – danach alle drei Jahre – ein Bericht an das BMG über die Entwicklungen der SAPV und die Umsetzung der SAPV-Richtlinie des G-BA abzugeben ist. Diese gesetzliche Grundlage löst die auf freiwilliger Basis bestehende Berichterstattung an das BMG in den Vorjahren ab. Auf dieser gesetzlichen Grundlage erfolgt nunmehr die Berichterstattung zur vertraglichen Umsetzung der SAPV zum Stichtag 31.12.2016 auf der Basis einer Abfrage über die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene bei den vertragsschließenden Krankenkassen bzw. bei den Landesverbänden und -vertretungen der Krankenkassen.

Im Rahmen des HPG wurde außerdem der neue § 37 Abs. 2a SGB V eingefügt und dadurch die palliativpflegerische Versorgung im Bereich der häuslichen Krankenpflege gestärkt. Nach § 37 Abs. 2a Satz 3 SGB V soll der GKV-Spitzenverband analog der SAPV zur Entwicklung und Umsetzung über die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung berichten. Ferner wurde durch das HPG ein Anspruch auf gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V eingeführt. Nach § 132g Abs. 5 SGB V berichtet der GKV-Spitzenverband dem BMG bis zum 31.12.2017 und danach alle drei Jahre über die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und die Umsetzung der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V.

Wie in der Gesetzesbegründung zur Einführung der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 37b Abs. 4 SGB V ausgeführt, werden die Berichte zur Umsetzung der SAPV, der allgemeinen ambulanten palliativpflegerischen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in einem Bericht zusammengeführt, um einen besseren Überblick über die einzelnen Themen geben zu können.

Die Berichterstattung erfolgt in fünf Kapiteln. Zunächst wird der Umsetzungsstand der SAPV im Kapitel 2 dargestellt. Anschließend folgen die Darstellung der Umsetzung der palliativpflegerischen Versorgung im Bereich der häuslichen Krankenpflege im Kapitel 3 und die Darstellung der Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase im Kapitel 4. Auf dieser Grundlage wird im Kapitel 5 ein Fazit gezogen. Der nächste Bericht zur vertraglichen Umsetzung der SAPV, der allgemeinen ambulanten palliativpflegerischen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie der Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase wird zum Stichtag 31.12.2019 im Jahr 2020 abgegeben.

2. Bericht zur SAPV

Nach § 132d Abs. 1 SGB V schließen die Krankenkassen über die SAPV einschließlich deren Vergütung und Abrechnung mit geeigneten Einrichtungen oder Personen Verträge, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Nachfolgend wird ein Überblick zur vertraglichen Entwicklung der SAPV im Bundesgebiet gegeben.

Im Kapitel 2.1 erfolgt eine Darstellung der im Bereich der SAPV geschlossenen Verträge. Dabei werden im Kapitel 2.1.1 alle Verträge zur Realisierung des Sachleistungsanspruchs auf SAPV, unterschieden nach Berichtsjahren und Bundesländern, dargestellt. In den Kapiteln 2.1.2 bis 2.1.4 erfolgt eine differenzierte Betrachtung der jeweils in den Bundesländern geschlossenen Vertragsarten (Verträge nach § 132d SGB V einschließlich der Rahmenverträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen, Verträge speziell zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 132d SGB V sowie Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a bzw. § 140b (a. F.) SGB V).

2.1 Anzahl der für die SAPV-Versorgung geschlossenen Verträge

2.1.1 Entwicklung der Anzahl der Verträge in den Bundesländern

Bei der Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung mit SAPV konnte ausweislich der Gesetzesbegründung auch auf bestehende landesspezifische Versorgungsstrukturen (z. B. Palliativnetzwerke) zurückgegriffen werden. Daher bestehen in einigen Bundesländern bzw. Landesteilen keine Verträge im Sinne des § 132d Abs. 1 SGB V. So wurden in Berlin und Westfalen-Lippe Rahmenverträge unter Einbezug der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen. In Sachsen-Anhalt und Nordrhein-Westfalen bestehen neben den Verträgen nach § 132d Abs. 1 SGB V auch Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a bzw. § 140b (a. F.) SGB V, die Leistungen der SAPV beinhalten.

Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Gesamtanzahl der geschlossenen Verträge im Jahresvergleich. Dadurch können Entwicklungen mit Blick auf den Strukturaufbau abgeleitet werden.

Es werden folgende Vertragsarten berücksichtigt:

- Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V,
- Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V speziell für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen,
- mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossene Rahmenverträge (RV)
- Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a bzw. § 140b (a. F.) SGB V (IV-Verträge), die auch die Palliativversorgung umfassen.

Tabelle 1: Entwicklung der Gesamtanzahl der SAPV-Verträge in den Bundesländern im Zeitraum 2010–2016

Bundesland	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Baden-Württemberg	39	33	28	27	24	17	9
Bayern	47	40	34	31	27	18	11
Berlin	2 davon 1 RV	2 davon 1 RV	2 davon 1 RV	2 davon 1 RV	1	1	1
Brandenburg	10	10	9	9	10	7	6
Bremen	3	3	2	2	2	1	1
Hamburg	9	9	8	8	8	8	5
Hessen	26	26	25	23	22	22	21
Mecklenburg-Vorpommern	11	11	12	11	10	8	7
Niedersachsen	46	46	45	44	43	35	30
Nordrhein-Westfalen	34 davon 4 IV-Verträge und 1 RV	34 davon 4 IV-Verträge und 1 RV	33 davon 4 IV-Verträge und 1 RV	28 davon 3 IV-Verträge und 1 RV	25 davon 3 IV-Verträge und 1 RV	20 davon 3 IV-Verträge und 1 RV	14 davon 2 IV-Verträge und 1 RV
Rheinland-Pfalz	8	8	7	6	6	5	0
Saarland	4	4	4	4	4	4	4
Sachsen	16	16	16	15	12	11	6
Sachsen-Anhalt	20 davon 6 IV-Verträge	21 davon 7 IV-Verträge	20 davon 7 IV-Verträge	19 davon 7 IV-Verträge	19 davon 7 IV-Verträge	11 davon 5 IV-Verträge	9 davon 5 IV-Verträge
Schleswig-Holstein	9	9	9	9	9	9	9
Thüringen	9	8	7	7	6	6	3
Verträge nach § 132d SGB V gesamt	283	269	250	235	218	175	129
Verträge nach § 132d/ § 140a SGB V gesamt	293	280	261	245	228	183	136

Die Tabelle 1 zeigt einen deutlichen Anstieg der geschlossenen Verträge zur Versorgung mit SAPV im Vergleich der Jahre 2010 bis 2016. Neben den positiven Entwicklungen in den letzten Jahren hinsichtlich des Abschlusses von Versorgungsverträgen ist darauf hinzuweisen, dass es z. B. in Rheinland-Pfalz nicht zum Abschluss weiterer Versorgungsverträge mit geeigneten Leistungserbringern für noch nicht vertraglich abgedeckte Regionen kam, da durch einen Leistungserbrin-

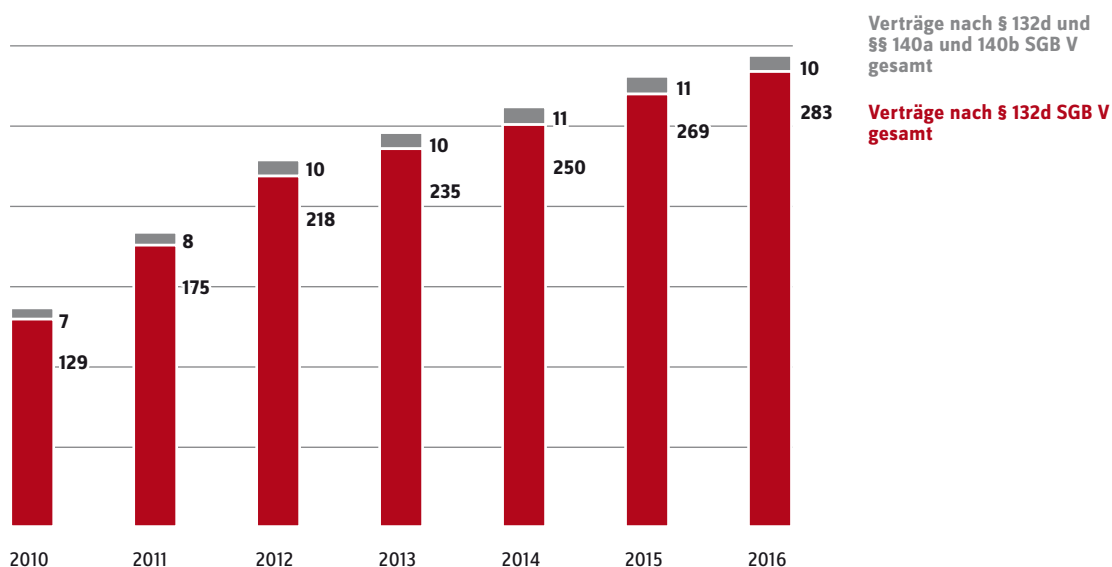
gerinteressenten vor der 2. Vergabekammer des Bundes am Bundeskartellamt ein Nachprüfungsantrag hinsichtlich eines bevorstehenden Abschlusses eines Versorgungsvertrages mit einem weiteren Bewerber gestellt wurde. Die 2. Vergabekammer kam zu dem Ergebnis, dass es sich bei dem vorausgegangenem Verfahren hinsichtlich des Abschluss eines SAPV-Vertrages um einen öffentlichen Auftrag nach § 99 Abs. 1 und 2 GWB handelt und der Abschluss somit unter Berücksichtigung

eines Vergabeverfahrens zu erfolgen hat. Daher untersagte die Vergabekammer den Vertragsabschluss mit dem weiteren Bewerber. Das OLG Düsseldorf als zuständiges Beschwerdegericht bestätigte 2016 die Entscheidung der 2. Vergabekammer vollumfänglich. Deshalb wurden weitere Anträge von potenziellen Leistungserbringern aus formalen Gründen im Sinne des OLG im Berichtsjahr nicht mehr verhandelt. In Würdigung der OLG-Entscheidung begannen die vertragsschließenden Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen, ein Ausschreibungsverfahren auf Landesebene vorzubereiten. Hierzu bedurfte es zunächst einer Neudefinition der Versorgungsregionen. Das Verfahren dauerte zum Ende dieses Berichtszeitraums noch an.

In den nachfolgenden Tabellen erfolgt eine Konkretisierung zu den in den jeweiligen Bundesländern geschlossenen Verträgen.

Die Entwicklung der im Bereich der SAPV geschlossenen Verträge wird in Abbildung 1 grafisch dargestellt. Die Abbildung verdeutlicht, dass die Entwicklung zum Abschluss neuer Verträge aufgrund eines annähernd flächendeckenden Strukturaufbaus abflacht, dennoch aber kontinuierlich neue Verträge mit SAPV-Teams in den Ländern geschlossen werden.

Abb. 1: Entwicklung SAPV-Verträge



2.1.2 Anzahl der Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V

Zur Realisierung des Sachleistungsanspruchs im Rahmen der SAPV wurden überwiegend Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V geschlossen. Die Tabelle 2 gibt einen detaillierten Überblick zur Anzahl der Verträge in den einzelnen Bundesländern. Es wird differenziert nach

- kassenartspezifischen,
- kassenartenübergreifenden,
- geschlossenen und
- in Verhandlung stehenden Verträgen.

Dabei ist zu beachten, dass die jeweiligen Verträge auch Regelungsinhalte enthalten können, die die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen berücksichtigen. Die Anzahl der Verträge, die ausschließlich zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen wurden, ist der Tabelle 3 im Kapitel 2.1.3 zu entnehmen. Diese Verträge wurden aus der nachfolgenden Tabelle 2 herausgerechnet (s. Folgeseite). Im Ergebnis gab es zum Stichtag 31.12.2016 insgesamt 255 Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V (einschließlich der Rahmenverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in Berlin und Westfalen-Lippe).

In Mecklenburg-Vorpommern wurde im Berichtsjahr 2015 ein Vertrag durch einen Leistungserbringer selbst gekündigt. Die Versorgung in dieser Region wird seitdem durch andere SAPV-Leistungserbringer aus angrenzenden Regionen übernommen. Voraussichtlich wird bis Ende des Jahres 2017 ein neuer Vertragspartner für den Landkreis Ludwigslust-Parchim zur Verfügung stehen.

In Hessen wurden mit 26 Leistungserbringern Verträge (einschließlich für Kinder und Jugendliche) nach § 132d Abs. 1 SGB V geschlossen. Mit diesen Leistungserbringern wurden von zwei Kassenarten kassenartspezifische Verträge und von den anderen Kassenarten übergreifende Verträge geschlossen. Die mit den Leistungserbringern geschlossenen Verträge sind hinsichtlich des Inhalts und der Leistungsbeschreibung identisch.

Aus den Daten der Tabelle 2 wird deutlich, dass weitestgehend kassenartenübergreifende Verträge zur SAPV geschlossen wurden. Die Anzahl der in Verhandlung stehenden Verträge verdeutlicht, dass die Angebote der SAPV weiter ausgebaut werden.

Tabelle 2: Anzahl der SAPV-Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V im Jahr 2016 ohne Verträge, die ausschließlich auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind

Bundesland	Kassenarten- übergreifende Verträge	Verträge in Verhandlung	Kassenart- spezifische Verträge	Verträge in Verhandlung
Baden-Württemberg	34	0	0	0
Bayern	42	6	0	0
Berlin	1	0	0	0
Brandenburg	9	0	0	0
Bremen	2	0	0	0
Hamburg	8	0	0	0
Hessen	23	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	10	1	0	0
Niedersachsen	45	1	0	0
Nordrhein-Westfalen	24	3	0	0
Rheinland-Pfalz	8	0	0	0
Saarland	3	0	0	0
Sachsen	16	0	0	0
Sachsen-Anhalt	0	0	14	0
Schleswig-Holstein	8	0	0	0
Thüringen	8	3	0	0
Gesamt	241	14	14	0

Tabelle 3: Anzahl der SAPV-Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

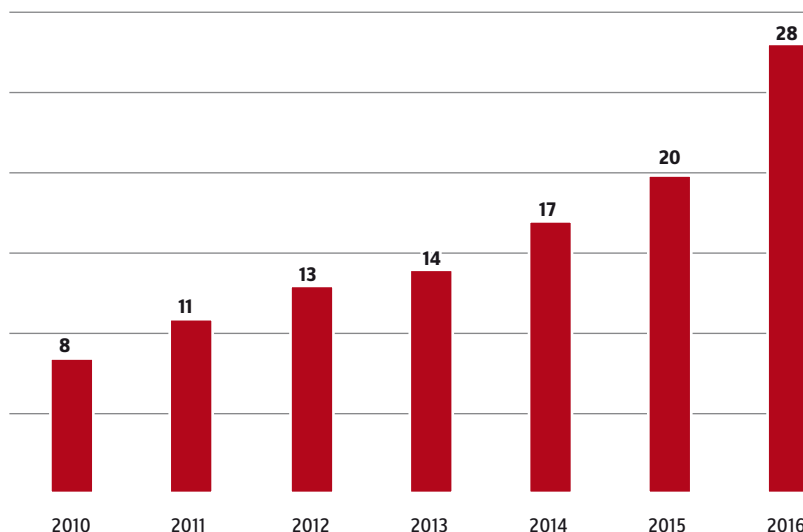
Bundesland	geschlossen	in Verhandlung
Baden-Württemberg	5	0
Bayern	5	1
Berlin	1	0
Brandenburg	1	0
Bremen	1	0
Hamburg	1	0
Hessen	3	0
Mecklenburg-Vorpommern	1	0
Niedersachsen	1	0
Nordrhein-Westfalen	6	0
Saarland	1	0
Schleswig-Holstein	1	0
Thüringen	1	0
Gesamt	28	1

2.1.3 Anzahl der SAPV-Verträge speziell für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die Tabelle 3 zeigt die Anzahl der in den Bundesländern geschlossenen oder in Verhandlung stehenden SAPV-Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V, die ausschließlich auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind.

Aus der Tabelle 3 kann entnommen werden, dass neben den nicht explizit auf die Belange von Kindern und Jugendlichen ausgerichteten SAPV-Verträgen, die auch Regelungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen beinhalten, auch Verträge ausschließlich zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage eines spezifischen, an den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ausgerichteten Versorgungskonzepts geschlossen wurden. Im Vergleich zum Vorbericht konnten weitere Verträge zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden. Dies zeigt, dass für diesen spezifischen Versorgungsbereich weitere Anstrengungen zum Ausbau der Strukturen unternommen wurden.

Abb. 2: Entwicklung SAPV-Verträge ausschließlich für Kinder und Jugendliche



In Bremen gibt es eine Ergänzungsvereinbarung zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu einem bestehenden SAPV-Vertrag zur Versorgung von Erwachsenen, die aufgrund der Organisation und Konzeption der Versorgung im Rahmen dieses Berichts als eigenständiger Vertrag gezählt wird. Die Versorgungsbereiche „Kinder und Jugendliche“ sowie „Erwachsene“ werden durch Formulierungen der Ergänzungsvereinbarung getrennt. Für den Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen gibt es insoweit auch ein eigenständiges Konzept. Die Entwicklung der Anzahl der für den Bereich der Kinder und Jugendlichen geschlossenen Verträge in den vergangenen Jahren wird in der nebenstehenden Abbildung 2 dargestellt.

2.1.4 Anzahl der Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a bzw. § 140b (a. F.) SGB V unter Einbezug der SAPV

In den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt bestehen neben den Verträgen nach § 132d Abs. 1 SGB V auch Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a bzw. § 140b (a. F.) SGB V, in denen Leistungen der SAPV erbracht werden. Die diesbezügliche Anzahl ist Tabelle 4 zu entnehmen.

In Sachsen-Anhalt wurden zwei separate Verträge für Kinder und Jugendliche zu einem SAPV-Vertrag für Kinder und Jugendliche zusammengeführt.

Tabelle 4: Anzahl der Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a bzw. § 140b (a. F.) SGB V im Jahr 2016

Bundesland	Anzahl der Verträge	davon für Kinder und Jugendliche	Anzahl der Verträge in Verhandlung	davon für Kinder und Jugendliche
Nordrhein-Westfalen	4	4	0	0
Sachsen-Anhalt	6 (kassenartspezifisch)	1 (kassenartspezifisch)		
Gesamt	10	5	0	0

2.2 Versorgung in den Bundesländern/Regionen

Die Tabellen 5 bis 20 zeigen eine nach Bundesländern differenzierte Auswertung der mit SAPV-Verträgen versorgten Landkreise und kreisfreien Städte in Deutschland zum Stichtag 31.12.2016.

Tabelle 5: Versorgungssituation Baden-Württemberg

		Versorgung sichergestellt
Reg.-Bez. Stuttgart		
Region Stuttgart		
Stadtkreis	Stuttgart	x
Landkreis	Böblingen	x
Landkreis	Esslingen	x
Landkreis	Göppingen	x
Landkreis	Ludwigsburg	x
Landkreis	Rems-Murr-Kreis	x
Region Heilbronn-Franken		
Stadtkreis	Heilbronn	x
Landkreis	Heilbronn	x
Landkreis	Hohenlohekreis	
Landkreis	Schwäbisch Hall	
Landkreis	Main-Tauber-Kreis	teilweise (Külshheim, Lauda-Königshofen, Boxberg, Ahorn, Tauberbischofsheim, Königsheim und Werbach)
Region Ostwürttemberg		
Landkreis	Heidenheim	
Landkreis	Ostalbkreis	x
Reg.-Bez. Karlsruhe		
Region Mittlerer Oberrhein		
Stadtkreis	Baden-Baden	x
Stadtkreis	Karlsruhe	x
Landkreis	Karlsruhe	x
Landkreis	Rastatt	x
Region Rhein-Neckar-Odenwald		
Stadtkreis	Heidelberg	x
Stadtkreis	Mannheim	x
Landkreis	Neckar-Odenwald-Kreis	x
Landkreis	Rhein-Neckar-Kreis	x

Region Nordschwarzwald		
Stadtkreis	Pforzheim	x
Landkreis	Calw	x
Landkreis	Enzkreis	x
Landkreis	Freudenstadt	x
Reg.-Bez. Freiburg		
Region Südlicher Oberrhein		
Stadtkreis	Freiburg im Breisgau	x
Landkreis	Breisgau-Hochschwarzwald	x
Landkreis	Emmendingen	x
Landkreis	Ortenau	x
Region Schwarzwald-Baar-Heuberg		
Landkreis	Rottweil	x
Landkreis	Schwarzwald-Baar-Kreis	x
Landkreis	Tuttlingen	x
Region Hochrhein-Bodensee		
Landkreis	Konstanz	x
Landkreis	Lörrach	
Landkreis	Waldshut	
Reg.-Bez. Tübingen		
Region Neckar-Alb		
Landkreis	Reutlingen	x
Landkreis	Tübingen	x
Landkreis	Zollernalbkreis	x
Region Donau-Iller		
Stadtkreis	Ulm	x
Landkreis	Alb-Donau-Kreis	x
Landkreis	Biberach	x
Region Bodensee-Oberschwaben		
Landkreis	Bodenseekreis	x
Landkreis	Ravensburg	x
Landkreis	Sigmaringen	x

Fortsetzung Tabelle 5
Versorgungssituation
Baden-Württemberg

Tabelle 6: Versorgungssituation Bayern

		Versorgung sichergestellt
Reg.-Bez. Oberbayern		
Kreisfreie Stadt	Ingolstadt	x
Kreisfreie Stadt	München, Landeshauptstadt	x
Kreisfreie Stadt	Rosenheim	x
Landkreis	Altötting	x
Landkreis	Berchtesgadener Land	x
Landkreis	Bad Tölz-Wolfratshausen	x
Landkreis	Dachau	x
Landkreis	Ebersberg	x
Landkreis	Eichstätt	x
Landkreis	Erding	x
Landkreis	Freising	x
Landkreis	Fürstenfeldbruck	x
Landkreis	Garmisch-Partenkirchen	
Landkreis	Landsberg am Lech	
Landkreis	Miesbach	x
Landkreis	Mühldorf am Inn	x
Landkreis	München	x
Landkreis	Neuburg- Schrobenhausen	x
Landkreis	Pfaffenhofen a. d. Ilm	x
Landkreis	Rosenheim	x
Landkreis	Sarnberg	x
Landkreis	Traunstein	x
Landkreis	Weilheim-Schongau	x
Reg.-Bez. Niederbayern		
Kreisfreie Stadt	Landshut	x
Kreisfreie Stadt	Passau	x
Kreisfreie Stadt	Straubing	x
Landkreis	Deggendorf	x
Landkreis	Freyung-Grafenau	x
Landkreis	Kelheim	x
Landkreis	Landshut	x
Landkreis	Passau	x
Landkreis	Regen	x
Landkreis	Rottal-Inn	x
Landkreis	Straubing-Bogen	x
Landkreis	Dingolfing-Landau	

Reg.-Bez. Oberpfalz		
Kreisfreie Stadt	Amberg	x
Kreisfreie Stadt	Regensburg	x
Kreisfreie Stadt	Weiden i. d. OPf.	x
Landkreis	Amberg-Weizsach	x
Landkreis	Cham	x
Landkreis	Neumarkt i. d. OPf.	x
Landkreis	Neustadt a. d. Waldnaab	x
Landkreis	Regensburg	x
Landkreis	Schwandorf	x
Landkreis	Tirschenreuth	x
Reg.-Bez. Oberfranken		
Kreisfreie Stadt	Bamberg	x
Kreisfreie Stadt	Bayreuth	x
Kreisfreie Stadt	Coburg	x
Kreisfreie Stadt	Hof	
Landkreis	Bamberg	x
Landkreis	Bayreuth	x
Landkreis	Coburg	x
Landkreis	Forchheim	x
Landkreis	Hof	
Landkreis	Kronach	x
Landkreis	Kulmbach	x
Landkreis	Lichtenfels	x
Landkreis	Wunsiedel im Fichtelgebirge	x
Reg.-Bez. Mittelfranken		
Kreisfreie Stadt	Ansbach	x
Kreisfreie Stadt	Erlangen	x
Kreisfreie Stadt	Fürth	x
Kreisfreie Stadt	Nürnberg	x
Kreisfreie Stadt	Schwabach	
Landkreis	Ansbach	x
Landkreis	Erlangen-Höchstadt	x
Landkreis	Fürth	x
Landkreis	Nürnberger Land	x
Landkreis	Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim	x
Landkreis	Roth	
Landkreis	Weißenburg-Gunzenhausen	teilweise

Fortsetzung Tabelle 6
Versorgungssituation
Bayern

Fortsetzung Tabelle 6
Versorgungssituation
Bayern

Reg.-Bez. Unterfranken		
Kreisfreie Stadt	Aschaffenburg	x
Kreisfreie Stadt	Schweinfurt	
Kreisfreie Stadt	Würzburg	x
Landkreis	Aschaffenburg	x
Landkreis	Bad Kissingen	
Landkreis	Rhön-Grabfeld	
Landkreis	Haßberge	x
Landkreis	Kitzingen	x
Landkreis	Miltenberg	x
Landkreis	Main-Spessart	x
Landkreis	Schweinfurt	
Landkreis	Würzburg	x
Reg.-Bez. Schwaben		
Kreisfreie Stadt	Augsburg	x
Kreisfreie Stadt	Kaufbeuren	x
Kreisfreie Stadt	Kempten (Allgäu)	x
Kreisfreie Stadt	Memmingen	x
Landkreis	Aichach-Friedberg	x
Landkreis	Augsburg	x
Landkreis	Dillingen an der Donau	x
Landkreis	Günzburg	x
Landkreis	Neu-Ulm	x
Landkreis	Lindau (Bodensee)	
Landkreis	Ostallgäu	x
Landkreis	Unterallgäu	x
Landkreis	Donau-Ries	x
Landkreis	Oberallgäu	x

Tabelle 7: Versorgungssituation Berlin

		Versorgung sichergestellt
Kreisfreie Stadt	Berlin, Stadt	x

Tabelle 8: Versorgungssituation Brandenburg

		Versorgung sichergestellt
Kreisfreie Stadt	Brandenburg an der Havel, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Cottbus, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Frankfurt (Oder), Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Potsdam, Stadt	x
Landkreis	Barnim	x
Landkreis	Dahme-Spreewald	teilweise
Landkreis	Elbe-Elster	teilweise
Landkreis	Havelland	x
Landkreis	Märkisch-Oderland	x
Landkreis	Oberhavel	teilweise
Landkreis	Oberspreewald-Lausitz	x
Landkreis	Oder-Spree	x
Landkreis	Ostprignitz-Ruppin	x
Landkreis	Potsdam-Mittelmark	x
Landkreis	Prignitz	x
Landkreis	Spree-Neiße	x
Landkreis	Teltow-Fläming	x
Landkreis	Uckermark	teilweise

Tabelle 9: Versorgungssituation Bremen

		Versorgung sichergestellt
Kreisfreie Stadt	Bremen, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Bremerhaven, Stadt	x

Tabelle 10: Versorgungssituation Hamburg

		Versorgung sichergestellt
Kreisfreie Stadt	Hamburg, Freie und Hansestadt	x

Tabelle 11: Versorgungssituation Hessen

		Versorgung sichergestellt
Reg.-Bez. Darmstadt		
Kreisfreie Stadt	Darmstadt, Wissenschaftsstadt	x
Kreisfreie Stadt	Frankfurt am Main, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Offenbach am Main, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Wiesbaden, Landeshauptstadt	x
Landkreis	Bergstraße	x
Landkreis	Darmstadt-Dieburg	x
Landkreis	Groß-Gerau	x
Landkreis	Hochtaunuskreis	x
Landkreis	Main-Kinzig-Kreis	x
Landkreis	Main-Taunus-Kreis	x
Landkreis	Odenwaldkreis	x
Landkreis	Offenbach	x
Landkreis	Rheingau-Taunus-Kreis	x
Landkreis	Wetteraukreis	x
Reg.-Bez. Gießen		
Landkreis	Gießen	x
Landkreis	Lahn-Dill-Kreis	x
Landkreis	Limburg-Weilburg	x
Landkreis	Marburg-Biedenkopf	x
Landkreis	Vogelsbergkreis	x
Reg.-Bez. Kassel		
Kreisfreie Stadt	Kassel, documenta-Stadt	x
Landkreis	Fulda	x
Landkreis	Hersfeld-Rotenburg	x
Landkreis	Kassel	x
Landkreis	Schwalm-Eder-Kreis	x
Landkreis	Waldeck-Frankenberg	x
Landkreis	Werra-Meißner-Kreis	x

Tabelle 12: Versorgungssituation Mecklenburg-Vorpommern

		Versorgung sichergestellt
Kreisfreie Stadt	Rostock	x
Kreisfreie Stadt	Schwerin	x
Landkreis	Mecklenburgische Seenplatte	x
Landkreis	Rostock	x
Landkreis	Vorpommern-Rügen	x
Landkreis	Nordwestmecklenburg	x
Landkreis	Vorpommern-Greifswald	x
Landkreis	Ludwigslust-Parchim	

Tabelle 13: Versorgungssituation Niedersachsen

		Versorgung sichergestellt
Statistische Region Braunschweig		
Kreisfreie Stadt	Braunschweig, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Salzgitter, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Wolfsburg, Stadt	x
Landkreis	Gifhorn	x
Landkreis	Göttingen	x
Landkreis	Goslar	x
Landkreis	Helmstedt	x
Landkreis	Northeim	x
Landkreis	Osterode am Harz	x
Landkreis	Peine	x
Landkreis	Wolfenbüttel	x
Statistische Region Hannover		
Landkreis	Region Hannover	x
Landkreis	Diepholz	x
Landkreis	Hameln-Pyrmont	x
Landkreis	Hildesheim	x
Landkreis	Holz Minden	x
Landkreis	Nienburg (Weser)	x
Landkreis	Schaumburg	x

Fortsetzung Tabelle 13
Versorgungssituation
Niedersachsen

Statistische Region Lüneburg		
Landkreis	Celle	x
Landkreis	Cuxhaven	x
Landkreis	Harburg	x
Landkreis	Lüchow-Dannenberg	x
Landkreis	Lüneburg	x
Landkreis	Osterholz	
Landkreis	Rotenburg (Wümme)	x
Landkreis	Heidekreis	x
Landkreis	Stade	x
Landkreis	Uelzen	x
Landkreis	Verden	x
Statistische Region Weser-Ems		
Kreisfreie Stadt	Delmenhorst, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Emden, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Oldenburg (Oldenburg)	x
Kreisfreie Stadt	Osnabrück, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Wilhelmshaven, Stadt	x
Landkreis	Ammerland	x
Landkreis	Aurich	x
Landkreis	Cloppenburg	x
Landkreis	Emsland	x
Landkreis	Friesland	x
Landkreis	Grafschaft Bentheim	x
Landkreis	Leer	x
Landkreis	Oldenburg	x
Landkreis	Osnabrück	x
Landkreis	Vechta	x
Landkreis	Wesermarsch	x
Landkreis	Wittmund	x

Tabelle 14: Versorgungssituation Nordrhein-Westfalen

		Versorgung sichergestellt
Reg.-Bez. Düsseldorf		
Kreisfreie Stadt	Düsseldorf, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Duisburg, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Essen, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Krefeld, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Mönchengladbach, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Mülheim an der Ruhr	
Kreisfreie Stadt	Oberhausen, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Remscheid, Stadt	
Kreisfreie Stadt	Solingen, Kligenstadt	x
Kreisfreie Stadt	Wuppertal, Stadt	x
Kreis	Kleve	x
Kreis	Mettmann	x
Kreis	Rhein-Kreis Neuss	teilweise
Kreis	Viersen	x
Kreis	Wesel	x
Reg.-Bez. Köln		
Kreisfreie Stadt	Bonn, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Köln, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Leverkusen, Stadt	x
Kreis	Städteregion Aachen	x
Kreis	Düren	x
Kreis	Rhein-Erft-Kreis	x
Kreis	Euskirchen	x
Kreis	Heinsberg	x
Kreis	Oberbergischer Kreis	x
Kreis	Rheinisch-Bergischer Kreis	x
Kreis	Rhein-Sieg-Kreis	teilweise
Reg.-Bez. Münster		
Kreisfreie Stadt	Bottrop, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Gelsenkirchen, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Münster, Stadt	x
Kreis	Borken	x
Kreis	Coesfeld	x
Kreis	Recklinghausen	x
Kreis	Steinfurt	x
Kreis	Warendorf	x

Fortsetzung Tabelle 14
Versorgungssituation
Nordrhein-Westfalen

Reg.-Bez. Detmold		
Kreisfreie Stadt	Bielefeld, Stadt	x
Kreis	Gütersloh	x
Kreis	Herford	x
Kreis	Höxter	x
Kreis	Lippe	x
Kreis	Minden-Lübbecke	x
Kreis	Paderborn	x
Reg.-Bez. Arnsberg		
Kreisfreie Stadt	Bochum, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Dortmund, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Hagen, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Hamm, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Herne, Stadt	x
Kreis	Ennepe-Ruhr-Kreis	x
Kreis	Hochsauerlandkreis	x
Kreis	Märkischer Kreis	x
Kreis	Olpe	x
Kreis	Siegen-Wittgenstein	x
Kreis	Soest	x
Kreis	Unna	x

Tabelle 15: Versorgungssituation Rheinland-Pfalz

	Versorgung sichergestellt
Weiterhin ist – wie im Vorjahr – in Rheinland-Pfalz eine Aufschlüsselung nach Landkreisen und kreisfreien Städten, in denen SAPV-Leistungen durch vertragliche Vereinbarungen sichergestellt werden, nicht möglich, da die bestehenden Verträge mit den Leistungserbringern nicht in Bezug auf Landkreise/kreisfreie Städte geschlossen wurden. Die geschlossenen Verträge regeln den jeweiligen Einzugsbereich landkreis- und städteübergreifend anhand von Postleitzahlen. Dadurch werden einige Landkreise von bis zu drei SAPV-Teams versorgt. Daneben gibt es im selben Landkreis Regionen, für die kein Anbieter eine alleinige Sicherstellung übernimmt. Die Versorgung der Versicherten mit SAPV-Leistungen in Rheinland-Pfalz ist sichergestellt. So erfolgt bei Bedarf eine Versorgung beispielsweise auch durch Teams aus angrenzenden Bundesländern (z. B. Hessen, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Saarland), oder eine Versorgung findet durch Absprachen und Kooperationen der bestehenden Leistungserbringer statt.	x

Tabelle 16: Versorgungssituation Saarland

		Versorgung sichergestellt
Regionalverband	Regionalverband Saarbrücken	x
Landkreis	Merzig-Wadern	x
Landkreis	Neunkirchen	x
Landkreis	Saarlouis	x
Landkreis	Saarpfalz-Kreis	x
Landkreis	St. Wendel	x

Tabelle 17: Versorgungssituation Sachsen

		Versorgung sichergestellt
Direktionsbezirk Chemnitz		
Kreisfreie Stadt	Chemnitz, Stadt	x
Landkreis	Erzgebirgskreis	x
Landkreis	Mittelsachsen	x
Landkreis	Vogtlandkreis	x
Landkreis	Zwickau	x
Direktionsbezirk Dresden		
Kreisfreie Stadt	Dresden, Stadt	x
Landkreis	Bautzen	x
Landkreis	Görlitz	x
Landkreis	Meißen	x
Landkreis	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	x
Direktionsbezirk Leipzig		
Kreisfreie Stadt	Leipzig, Stadt	x
Landkreis	Leipzig	x
Landkreis	Nordsachsen	x

Tabelle 18: Versorgungssituation Sachsen-Anhalt

		Versorgung sichergestellt
Kreisfreie Stadt	Dessau-Roßlau, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Halle (Saale), Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Magdeburg, Landeshauptstadt	x
Landkreis	Altmarkkreis Salzwedel	x
Landkreis	Anhalt-Bitterfeld	x
Landkreis	Börde	x
Landkreis	Burgenlandkreis	x
Landkreis	Harz	x
Landkreis	Jerichower Land	x
Landkreis	Mansfeld-Südharz	x
Landkreis	Saalekreis	x
Landkreis	Salzlandkreis	x
Landkreis	Stendal	x
Landkreis	Wittenberg	x

Tabelle 19: Versorgungssituation Schleswig-Holstein

		Versorgung sichergestellt
Kreisfreie Stadt	Flensburg, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Kiel, Landeshauptstadt	x
Kreisfreie Stadt	Lübeck, Hansestadt	x
Kreisfreie Stadt	Neumünster, Stadt	x
Kreis	Dithmarschen	x
Kreis	Herzogtum Lauenburg	x
Kreis	Nordfriesland	x
Kreis	Ostholstein	x
Kreis	Pinneberg	x
Kreis	Plön	x
Kreis	Rendsburg-Eckernförde	x
Kreis	Schleswig-Flensburg	x
Kreis	Segeberg	x
Kreis	Steinburg	x
Kreis	Stormarn	x

Tabelle 20: Versorgungssituation Thüringen

		Versorgung sichergestellt
Kreisfreie Stadt	Erfurt, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Gera, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Jena, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Suhl, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Weimar, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Eisenach, Stadt	x
Landkreis	Eichsfeld	x
Landkreis	Nordhausen	x
Landkreis	Wartburgkreis	x
Landkreis	Unstrut-Hainich-Kreis	x
Landkreis	Kyffhäuserkreis	x
Landkreis	Schmalkalden-Meiningen	x
Landkreis	Gotha	x
Landkreis	Sömmerda	x
Landkreis	Hildburghausen	x
Landkreis	Ilm-Kreis	x
Landkreis	Weimarer Land	x
Landkreis	Sonneberg	x
Landkreis	Saalfeld-Rudolstadt	x
Landkreis	Saale-Holzland-Kreis	x
Landkreis	Saale-Orla-Kreis	x
Landkreis	Greiz	x
Landkreis	Altenburger Land	x

Eine detaillierte Darstellung oder eine Schätzung, wie viele Versicherte von den Verträgen erfasst werden, ist auf Basis der vorliegenden Vertragsdaten nicht möglich. In den vorgenannten Tabellen wird daher – heruntergebrochen auf die Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte – ein Gesamtüberblick über die jeweilige Versorgungssituation gegeben. Dadurch wird mehr Transparenz im Bereich der SAPV-Versorgung mit Blick auf die vertragliche Umsetzung geschaffen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Patientenversorgung auch in Landkreisen/kreisfreien Städten, die nach den Tabellen 5 bis 20 nicht explizit durch ein SAPV-Team versorgt werden, teilweise über

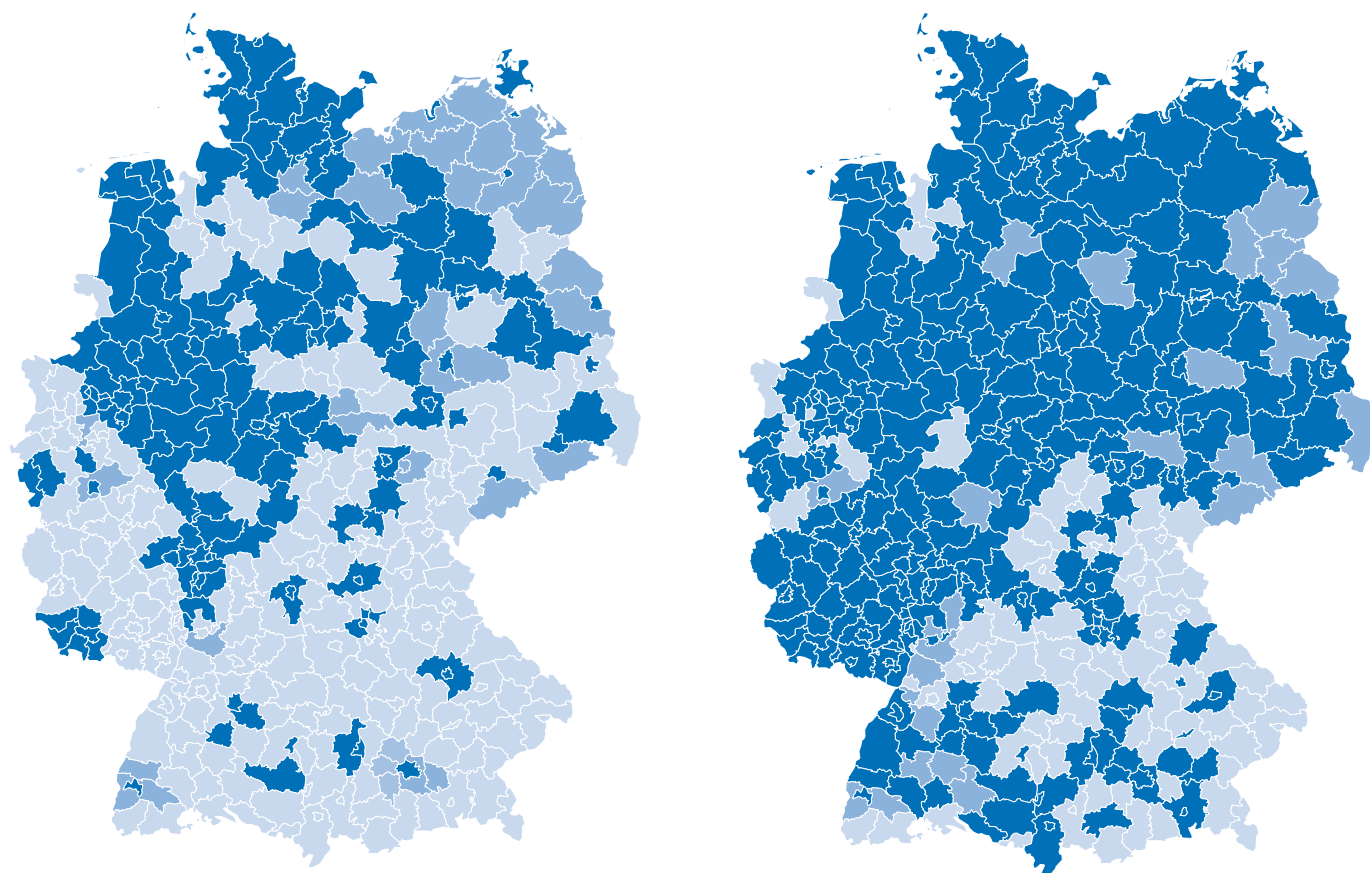
Kooperations- und Verfahrensabsprachen oder qualifizierte Leistungserbringer der allgemeinen Versorgung sichergestellt ist. Zudem übernehmen ggf. Leistungserbringer aus angrenzenden Landkreisen/kreisfreien Städten die Versorgung (s. auch Ausführungen zu Kapitel 2.5).

Aus den Tabellen 5 bis 20 wird im Ergebnis ersichtlich, dass der Strukturaufbau in den meisten Bundesländern weit fortgeschritten ist, sodass nur noch in wenigen Landkreisen/kreisfreien Städten nicht explizit vertraglich gebundene SAPV-Teams ausgewiesen werden können (s. die Gründe dazu in Kapitel 2.6).

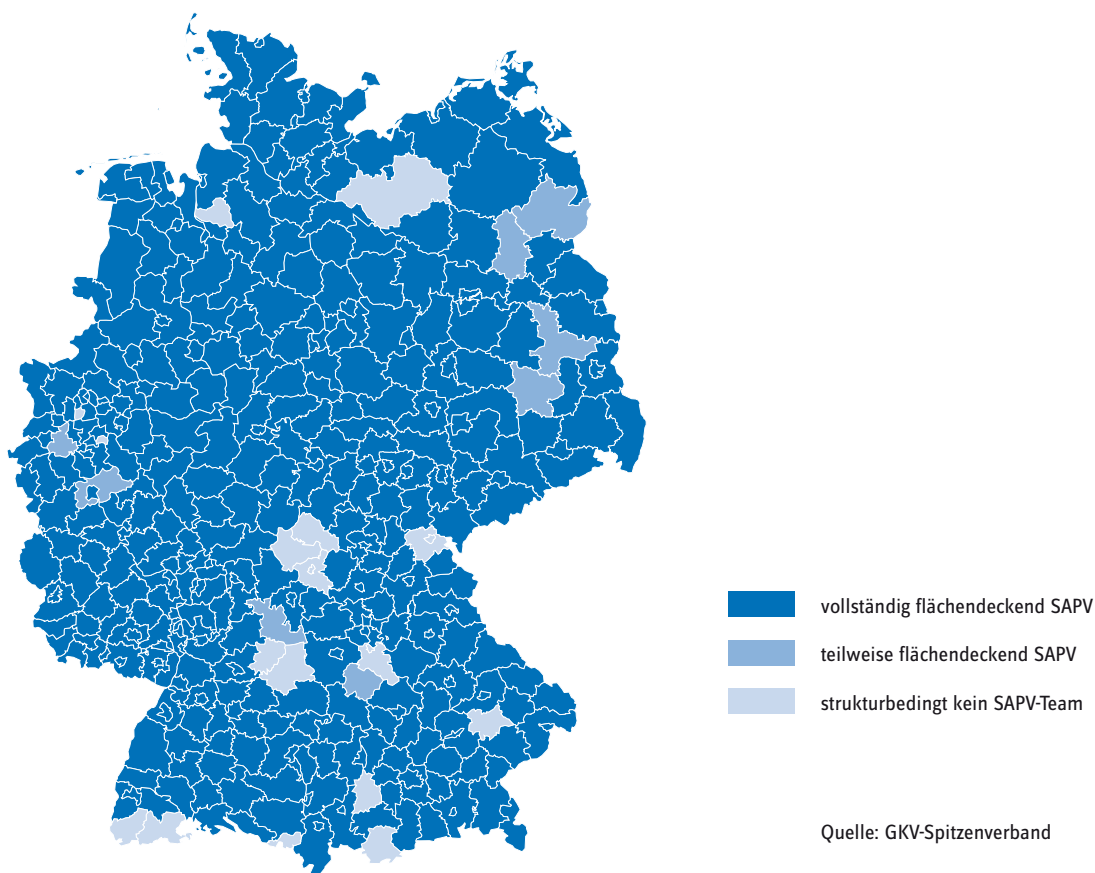
Abb. 3 **Entwicklung der SAPV-Abdeckung von 2010 bis 2016**

Stichtag 31.12.2010

Stichtag 31.12.2013



Stichtag 31.12.2016



In den vergangenen Jahren wurden große Anstrengungen unternommen, um die Strukturen im Bereich der SAPV weiter auszubauen und die Versorgung dieser hoch spezialisierten Leistung flächendeckend verfügbar zu machen. In der Abbildung 3 ist die Entwicklung des Struktur-aufbaus in der SAPV in den vergangenen Jahren grafisch dargestellt. Dabei wird jedem Landkreis/ jeder kreisfreien Stadt eine entsprechende Farbe zugeordnet. Der Abbildung ist zu entnehmen, dass sich die Zunahme von SAPV-Verträgen sehr dynamisch entwickelt hat und die SAPV fast überall verfügbar ist.

2.3 Wesentliche Vertragsinhalte

Auf die Frage, welche wesentlichen Inhalte in den Verträgen geregelt werden, wurden neben grundsätzlichen Vertragsinhalten, die durch das Gesetz und die SAPV-Richtlinie vorgegeben werden, folgende zusätzliche Vertragsinhalte angegeben:

- Definition der Leistungskategorien Beratung, Koordinierung, Teilversorgung, Vollversorgung
- Versorgungskonzeption
- Versorgungsregion/-gebiet, Einsatzgebiet
- Dauer der Versorgung
- Kostenzusage/-übernahme
- Qualifikationsanforderungen
- Anforderung an räumliche und sächliche Mindestausstattung
- Qualitätssicherungs-/managementmaßnahmen
- Netzwerkarbeit/Kooperation
- Versorgungskonzept
- Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen
- Regelungen zu: Vermittlungsverbot, Werbung und Einflussnahme
- Patientendokumentation
- Vergütung

Im Einzelfall wurden folgende Inhalte zusätzlich vertraglich vereinbart:

- Grundsätze der Leistungserbringung
- Eingangsassessment
- Fragen der Haftung
- Prüfung der Qualität der Leistungserbringung
- Regelungen zum Leistungsnachweis
- Umgang mit Vertragsverstößen
- Statistiken

2.4 Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die Leistungsinhalte in den Verträgen, die speziell für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen wurden, sind mit den Leistungsinhalten der sonstigen Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V überwiegend identisch (vgl. Kapitel 2.3). Zu folgenden Inhalten wurden darüber hinaus spezielle Regelungen überwiegend vertraglich vereinbart:

- Besondere Organisationsstruktur (Kooperation mit Krankenhäusern)
- Besondere Qualifikationsanforderungen an das SAPV-Team, das speziell auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet ist (z. B. Einbeziehung von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde)
- Besonderes Vertragsziel zur Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen
- Besondere Kooperationen/Netzwerke mit ambulanten Kinderhospizdiensten, Kinderhospizen, spezialisierten Krankenhausabteilungen (Kinderonkologie) oder Intensivpflegediensten
- Abstimmung der Dokumentation auf die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen
- Ausrichtung auf ein breites Krankheitsspektrum mit wenig vorhersehbaren Krankheitsverläufen; Berücksichtigung altersspezifischer Bedürfnisse im familiären Kontext

2.5 Versorgung in Regionen ohne (ausreichende) Verträge

In Regionen, in denen keine Verträge zur Versorgung mit SAPV bestehen und damit eine Inanspruchnahme der SAPV im Rahmen des Sachleistungsprinzips nicht möglich ist, werden nach Angaben der Krankenkassen überwiegend Einzelfallentscheidungen im Rahmen der Kostenerstattung getroffen. Vielfach arbeiten bereits zukünftige Vertragspartner bis zum Abschluss der Verträge im Kostenerstattungsverfahren, oder ein bereits unter Vertrag stehendes SAPV-Team aus einer angrenzenden Region übernimmt die Versorgung.

In Regionen, in denen keine SAPV-Teams zur Verfügung stehen, erfolgt eine ambulante Palliativversorgung der Versicherten teilweise – soweit wie möglich – im Rahmen der Regelversorgung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie spezialisierte Pflegedienste unter Beteiligung anderer Leistungserbringer bzw. Netzwerkpartner (z. B. ambulante Hospizdienste). Reicht diese Versorgung nicht aus, erfolgt die Versorgung ggf. in stationären Hospizen oder stationären Pflegeeinrichtungen bzw. im Rahmen der Krankenhausbehandlung. So gibt es beispielsweise in Nordrhein-Westfalen mit inzwischen 176 Pflegediensten spezielle Verträge zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V, die gemeinsam mit qualifizierten Palliativärztinnen und Palliativärzten sowie Hospizdiensten allgemeine Palliativversorgung erbringen. Hinzu kommen bestehende Verträge mit 64 Erwachsenen hospizen und fünf Kinderhospizen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten, die einer palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Versorgung bedürfen.

Im Ergebnis wird eine adäquate Versorgung der betroffenen Versicherten ermöglicht, auch wenn in bestimmten – eher ländlich geprägten Regionen – bisher keine SAPV-Leistungserbringer zur Verfügung stehen.

2.6 Hauptgründe für fehlende Verträge

Sofern in Regionen bisher keine oder noch nicht ausreichend Verträge geschlossen wurden, können insbesondere folgende Gründe hierfür angeführt werden:

- in den betroffenen Regionen fehlen ausreichend qualifizierte Fachkräfte,
- entsprechende Weiterbildungsangebote für Pflegefachkräfte stehen nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung,
- in Flächenregionen ist die Vernetzung von Leistungserbringern nicht erfolgt,
- in ländlichen Regionen ist eine wirtschaftliche Leistungserbringung aufgrund geringer Fallzahlen und langer Wegstrecken nur schwer zu organisieren,
- in manchen Regionen besteht ein Mangel an Leistungserbringern, die einen Vertragsabschluss begehren.

Die vertragsschließenden Krankenkassen sind bestrebt, die SAPV-Strukturen trotz der vorgenannten Problemlagen weiter auszubauen. Dazu führen Krankenkassen vor Ort Gespräche mit potenziellen Vertragspartnern und geben Hilfestellungen zu relevanten Fragen. Bei Anfragen von potenziellen Kooperationspartnern stellen Krankenkassen aktiv einen Kontakt zum SAPV-Team her. Auch vereinbaren die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Übergangsregelungen zum Erwerb der erforderlichen berufspraktischen Erfahrung. Dadurch sollen Fachkräfte mit entsprechenden Aus- und Weiterbildungen gewonnen werden, auch wenn noch keine ausreichende berufspraktische Erfahrung mit der Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten vorliegt. Diese Erfahrung kann während der Arbeit in einem SAPV-Team erworben werden, sofern in dem SAPV-Team insgesamt ausreichend Erfahrung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung vorliegt (s. Ausführungen zu Kapitel 2.7).

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass vor dem Hintergrund der Entscheidung der 2. Vergabekammer des Bundes und der Beschwerde vor dem OLG Düsseldorf auf eine entsprechende Entscheidung des zuständigen Beschwerdegerichts gewartet wurde (s. auch Ausführungen zu 2.1.1). Da es nunmehr zu einer Klärung kam, sollte dieser Faktor als mögliches Hemmnis für den Abschluss neuer Verträge ausgeräumt sein.

2.7 Qualifikationsprofile der SAPV-Teams sowie in die Leistungserbringung eingebundene weitere Berufsgruppen

Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V i. d. F. vom 05.11.2012 sehen folgende Qualifikationsvoraussetzungen für die im SAPV-Team arbeitenden Berufsgruppen vor:

Ärztinnen und Ärzte:

Die qualifizierten Ärztinnen und Ärzte verfügen über

- eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung) und
- Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatientinnen und -patienten, z. B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit bei spezialisierten Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V) oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinisch-palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. Wenn ein spezialisierter Leistungserbringer ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgt, können von der vorgenannten Anzahl bisher versorgter Palliativpatientinnen und -patienten abweichende Regelungen getroffen werden.

Pflegekräfte:

Die qualifizierten Pflegekräfte verfügen über die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in,
 - Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in,
 - Altenpfleger/in (dreijährige Ausbildung)
- entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung und
- den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder den Abschluss eines vergleichbaren Studiums und
 - Erfahrung aus der ambulanten palliativen Pflege von mindestens 75 Palliativpatientinnen und -patienten, z. B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit bei spezialisierten Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V) oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen palliativpflegerischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. Wenn ein spezialisierter Leistungserbringer ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgt, können von der vorgenannten Anzahl bisher versorgter Palliativpatientinnen und -patienten abweichende Regelungen getroffen werden.

Auf die Frage, welche Qualifikationsprofile die SAPV-Teams aufweisen, haben die Krankenkassen angegeben, dass die Anforderungen in den Verträgen an die Qualifikation, Berufsausbildung sowie Berufserfahrung der Teammitglieder grundsätzlich den vorgenannten Anforderungen in den Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V entsprechen. Zur erforderlichen Berufserfahrung wurden zudem überwiegend Übergangsregelungen vereinbart. Die Verträge in den Bundesländern Saarland, Schleswig-Holstein sowie einige Verträge in Sachsen-Anhalt sehen keine Übergangsregelungen zum Erwerb der berufspraktischen Erfahrungen zur Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten vor, weil in den jeweiligen Ländern bisher kein Bedarf dafür gesehen wurde.

Für die Mitarbeit in einem SAPV-Team kann in Sachsen die erforderliche Erfahrung für die Versorgung von SAPV-Patientinnen und -Patienten durch eine vierwöchige Hospitation in einer spezialisierten Einrichtung erworben werden. Auch in Hessen gibt es weitergehende Übergangsregelungen. Insgesamt wird aus den Rückmeldungen deutlich, dass die Vertragspartner das in den Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V vorgesehene Instrument der Übergangsregelungen mit Blick auf die Berufserfahrung nutzen und vor dem Hintergrund der spezifischen Situation vor Ort bei Bedarf weiterentwickeln. Dadurch lassen sich mögliche Engpässe bei qualifizierten Fachkräften zum Teil kompensieren.

2.8 Fazit

Im Ergebnis zeigt der Bericht einen sich weiter fortsetzenden Aufbau der Versorgungsstruktur zur Realisierung des Sachleistungsanspruchs auf SAPV. Die Verträge werden weitestgehend kassenartenübergreifend geschlossen. Die Anzahl der kassenartspezifischen Verträge nach § 132d SGB V und der Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a bzw. § 140b (a. F.) SGB V ist vergleichsweise gering. In den Bundesländern, in denen zum Stichtag noch keine flächendeckende Versorgung mit SAPV als Sachleistung realisiert werden konnte, wird insbesondere der Mangel an qualifizierten Fachkräften nach wie vor als Grund angegeben. Soweit erforderlich und vertretbar, haben die Vertragspartner Übergangsregelungen getroffen, die insbesondere Regelungen zum Erwerb fehlender Berufserfahrungen vorsehen. Zudem erfolgt in Grenzregionen die Versorgung oftmals durch ein SAPV-Team aus einem benachbarten Bundesland. Auch im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurden im Berichtszeitraum weitere Verträge geschlossen.

Es ist bei der Bewertung zu berücksichtigen, dass bundesweit im Vergleich zu der Versorgung von Erwachsenen geringere Fallzahlen von Kindern und Jugendlichen, die einer SAPV bedürfen, vorliegen (2016: 979 Fälle¹). Ihre Versorgung muss im Vergleich zu erwachsenen Versicherten, bei denen eine Vielzahl von bereits flächendeckend existierenden Leistungserbringern (z. B. Vertragsärztinnen und -ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, Hospize, Pflegeeinrichtungen) als Kooperations- und Netzwerkpartner tätig werden, sehr spezialisiert erfolgen. Daher gestaltet sich die vertragliche Ausgestaltung grundsätzlich schwierig. Dies ist vor allem in ländlichen Regionen der Fall, in denen Fachkräfte mit spezialisiertem Wissen und Erfahrungen bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und den hier auftretenden sehr seltenen Erkrankungen und Krankheitsverläufen,

insbesondere bei nichtonkologischen Erkrankungen, gar nicht oder nur im geringen Maße zur Verfügung stehen. Daher wird es auch perspektivisch kaum realistisch sein, flächendeckend Verträge mit SAPV-Leistungserbringern zu schließen, die ausschließlich auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind. Um dennoch eine qualitativ hochwertige und spezialisierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten, erfolgt die Versorgung häufig durch nicht entsprechend spezialisierte SAPV-Teams, wenn das Team insgesamt über ausreichende Kompetenzen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen verfügt. Sowohl die Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V als auch das Empfehlungspapier zur Versorgungskonzeption der SAPV von Kindern und Jugendlichen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene sowie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes sehen deshalb vor, dass SAPV-Leistungserbringer zur Versorgung von erwachsenen Versicherten ohne bisherige Spezialisierung auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen deren Versorgung übernehmen können, wenn mindestens eine Ärztin bzw. ein Arzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. ein -pfleger mit der entsprechenden Qualifikation vorhanden sind. Der vorliegende Bericht zeigt auf, dass dies in der Praxis entsprechend umgesetzt wird.

Im Ergebnis ist es den Vertragspartnern zwischenzeitlich gelungen, in den weitaus überwiegenden Regionen eine flächendeckende Versorgung mit SAPV-Leistungen vertraglich sicherzustellen. Die ausgewiesene Anzahl an Verträgen, die noch in Verhandlung sind, lässt zudem einen weiteren Ausbau erwarten. Wie der Bericht zeigt, sind dem Aufbau solch spezialisierter ambulanter Leistungsangebote insbesondere durch externe Rahmenbedingungen (insbesondere Verfügbarkeit von qualifizierten und berufserfahrenen Fachkräften), die durch die Vertragspartner kaum zu

¹ Bericht des G-BA zur Evaluation der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2016

beeinflussen sind, gewisse Grenzen gesetzt. Vor diesem Hintergrund kann der Strukturaufbau als weit fortgeschritten und in den meisten Bundesländern als abgeschlossen angesehen werden. In Regionen, in denen der Strukturaufbau noch nicht abgeschlossen ist, versuchen Krankenkassen durch Gespräche und Hilfestellungen mit potenziellen Vertragspartnern neue SAPV-Teams zu gewinnen und vertraglich zu binden. Allerdings kann die Mitarbeit in einem SAPV-Team nicht gesetzlich angeordnet werden. Daher lassen sich die vorgenannten Probleme auch nicht durch gesetzliche Änderungen lösen. So wurde mit Blick auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen beispielsweise im Rahmen der Vorberichte geschildert, dass Kinderärztinnen und Kinderärzte für die Mitarbeit in einem SAPV-Team oftmals nicht gefunden werden können. Zum Teil möchten Kinderärztinnen und Kinderärzte aus verschiedenen (persönlichen) Gründen die Versorgung von sterbenskranken Kindern nicht übernehmen. Die wenigen Spezialistinnen und Spezialisten sind darüber hinaus oftmals in Krankenhäusern tätig. Diese Schilderungen verdeutlichen die vielschichtigen Probleme beim weiteren Strukturaufbau der SAPV. Um den Strukturausbau weiter zu befördern, bedarf es insbesondere einer verstärkten Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten sowie von Pflegefachkräften.

3. Bericht zur palliativpflegerischen Versorgung im Bereich der häuslichen Krankenpflege

Nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V erhalten Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten unter bestimmten Voraussetzungen häusliche Krankenpflege. Durch das HPG wurde in § 37 Abs. 2a SGB V klargestellt, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege auch die ambulante Palliativversorgung umfasst. Der G-BA wurde nach § 92 Abs. 7 Nr. 5 SGB V beauftragt, das Nähere zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung in der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie) zu bestimmen.

Bereits im Vorfeld der vorgenannten Gesetzesänderung hat der GKV-Spitzenverband am 16.12.2014 einen Antrag zur Erweiterung der HKP-Richtlinie zur ambulanten palliativpflegerischen Versorgung eingebracht. Der G-BA hat daraufhin am 16.04.2015 die Beratungen gemäß 1. Kapitel § 5 Abs. 1 Satz 1 der Verfahrensordnung des G-BA eingeleitet.

Mit Beschluss vom 16.03.2017 hat der G-BA die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege um Aspekte der palliativpflegerischen Versorgung erweitert. Dazu wurde im Richtlinien-text klargestellt, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch palliativ ausgerichtet sein können. Zudem wurde eine neue Komplexleistung „24a - Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“ eingeführt.

Mit Schreiben vom 11.05.2017 hat das BMG im Rahmen seiner Beanstandungsfrist nach § 94 Abs. 1 Satz 1 SGB V zusätzliche Informationen zum Beschluss angefordert, sodass die zweimonatige Beanstandungsfrist gemäß § 94 Abs. 1 Satz 3 SGB V unterbrochen wurde. Der G-BA hat dem BMG mit Schreiben vom 03.07.2017 die gewünschten Informationen übermittelt. Auf dieser Grundlage hat das BMG den Beschluss mit Schreiben vom 18.07.2017 mit zwei Auflagen versehen, denen der G-BA mit Änderungsbeschluss

vom 21.09.2017 nachgekommen ist. Dies führte insgesamt zu einem verzögerten Inkrafttreten der geänderten Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie.

Die palliativpflegerische Versorgung im Bereich der häuslichen Krankenpflege erfolgt, unabhängig von der vorgesehenen neuen Leistungsziffer 24a zur Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten, auch über die anderen im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie verordnungsfähigen Einzelleistungen. So stellt beispielsweise auch eine Medikamentengabe zur Schmerzreduktion bei Palliativpatientinnen und -patienten eine palliativpflegerische Leistung dar. Allerdings gibt es keine Möglichkeit der Auswertung, welche Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege palliativ indiziert sind. Dies würde voraussetzen, dass entsprechende Patientinnen und Patienten bereits auf der Verordnung durch die verordnende Ärztin bzw. den verordnenden Arzt als Palliativpatientin bzw. als Palliativpatient entsprechend gekennzeichnet werden, was weder derzeit erfolgt noch zukünftig in der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie vorgesehen ist.

Vor diesem Hintergrund liegen zum Zeitpunkt der Berichterstellung keine Informationen zur Entwicklung des Leistungsgeschehens im Bereich der palliativpflegerischen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege vor. Im nächsten Bericht wird der Stand der Entwicklung zur palliativpflegerischen Versorgung im Bereich der häuslichen Krankenpflege anhand der neuen Komplexleistung „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten“ dargestellt.

4. Bericht zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V

Durch das HPG wurde die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase als ein neuer Leistungsanspruch für gesetzlich Versicherte eingeführt. Nach § 132g Abs. 1 Satz 1 SGB V können zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung für die Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten.

Inhalt der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist ein individuell zugeschnittenes Beratungsangebot über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase. Dabei sollen bedürfnisorientiert auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, mögliche Notfallsituationen besprochen und geeignete Maßnahmen zur palliativen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden.

Nach der gesetzlichen Regelung erfordert die Umsetzung des Leistungsanspruchs eine Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit den Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XII über das Nähere zu den Inhalten und Anforderungen an die Versorgungsplanung.

Nach § 132g Abs. 5 SGB V hat der GKV-Spitzenverband den gesetzlichen Auftrag, dem BMG erstmals bis zum 31.12.2017 und danach alle drei Jahre über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sowie zur Umsetzung der Vereinbarung einen Bericht abzugeben.

Die Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V wurde aufgrund von offenen Fragestellungen bis zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht geschlossen. Vor diesem Hintergrund kann in dem

vorliegenden Bericht über keine Leistungsentwicklung berichtet werden. Für den zukünftigen Bericht ist zu berücksichtigen, dass die Implementierung der gesundheitlichen Versorgungsplanung in den Einrichtungen einen Organisationsentwicklungsprozess einschließlich der Qualifizierung von Personal voraussetzt, sodass erst mit einer entsprechenden Vorlaufzeit ein nennenswertes Leistungsgeschehen in diesem Bereich festgestellt und über die Entwicklung und Umsetzung berichtet werden kann.

5. Fazit und Ausblick

Der Strukturaufbau im Bereich der SAPV ist zwischenzeitlich nahezu abgeschlossen. Der vorliegende Bericht zeigt, dass keine Versicherte und kein Versicherter auf eine notwendige palliative Versorgung verzichten muss. Durch das HPG wurde der Fokus insbesondere auf die Strukturen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gelegt. Welche Auswirkungen der Ausbau der Strukturen in der allgemeinen Palliativversorgung auf die Strukturen der SAPV haben, insbesondere mit Blick auf die besonders koordinierte und qualifizierte palliativ-medizinische Versorgung gemäß § 87 Abs. 1b SGB V sowie die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2a SGB V, wird sich im Verlauf der kommenden Jahre zeigen.

Die Einführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V wird Organisationsentwicklungsprozesse in den Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe voraussetzen. Da es im Ermessen der Einrichtungen liegt, die gesundheitliche Versorgungsplanung anzubieten, muss abgewartet werden, wie viele Einrichtungen nach Inkrafttreten der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V dieses Angebot tatsächlich implementieren und wie sich das Leistungsgeschehen entwickelt.

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de