



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, 11.12.2023
an das Bundesministerium für Gesundheit**

Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich:
Gerd Kukla

Stand: Dezember 2023

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 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.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis.....	III
1. Grundlage der Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes	1
2. Bericht zur SAPV.....	3
2.1. Anzahl der für die SAPV-Versorgung geschlossenen Verträge	3
2.1.1. Entwicklung der Anzahl der Verträge in den Bundesländern	3
2.1.2. Anzahl der Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V	7
2.1.3. Anzahl der SAPV-Verträge speziell für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen	9
2.1.4. Anzahl der Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a bzw. 140b (a.F.) SGB V unter Einbezug der SAPV.....	10
2.2. Versorgung in den Bundesländern/Regionen	11
2.3. Wesentliche Vertragsinhalte	29
2.4. Versorgung von Kindern und Jugendlichen	30
2.5. Versorgung in Regionen ohne (ausreichende) Verträge	31
2.6. Gründe für fehlende Verträge	31
2.7. Qualifikationsprofile der SAPV-Teams sowie in die Leistungserbringung eingebundene weitere Berufsgruppen.....	32
2.8. Fazit zur SAPV	33
3. Berichtspflicht zur palliativpflegerischen Versorgung im Bereich der häuslichen Krankenpflege	36
3.1. Verordnungen über die „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten“ im Rahmen der häuslichen Krankenpflege	37
3.2. Vertragliche Umsetzung der „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten“	39
3.3. Hauptgründe für fehlende vertragliche Umsetzungen	41
3.4. Fazit zur häuslichen Krankenpflege	42
4. Bericht zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V	43

4.1. Vertragliche Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.....	44
4.2. Leistungsausgaben zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.....	47
4.3. Fallzahlen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	48
4.4. Qualifikationen der Beraterinnen und Berater.....	50
4.5. Fazit zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	52
5. Gesamtfazit und Ausblick.....	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung SAPV-Verträge	6
Abbildung 2: Entwicklung Verträge Kinder	10
Abbildung 3: Entwicklung der SAPV-Abdeckung von 2010 bis 2022	26
Abbildung 4: Entwicklung Verordnung Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und - patienten	38
Abbildung 5: Entwicklung der Einrichtungen, die an der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase teilnehmen	46
Abbildung 6: Leistungsausgaben in Mio. für die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	47
Abbildung 7: Qualifikation der Beraterinnen und Berater in stationären Pflegeeinrichtungen	51
Abbildung 8: Qualifikation der Beraterinnen und Berater in Einrichtungen der Eingliederungshilfe	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklung der Gesamtanzahl der SAPV-Verträge in den Bundesländern im Zeitraum 2010 - 2022	4
Tabelle 2: Anzahl der SAPV-Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V im Jahr 2022 ohne Verträge, die ausschließlich auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind	8
Tabelle 3: Anzahl der SAPV-Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2022	9
Tabelle 4: Anzahl der Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a bzw. 140b (a.F.) SGB V im Jahr 2022	10
Tabelle 5: Versorgungssituation Baden-Württemberg	13
Tabelle 6: Versorgungssituation Bayern	16
Tabelle 7: Versorgungssituation Berlin	16
Tabelle 8: Versorgungssituation Brandenburg	17
Tabelle 9: Versorgungssituation Bremen	17

Tabelle 10: Versorgungssituation Hamburg	17
Tabelle 11: Versorgungssituation Hessen	18
Tabelle 12: Versorgungssituation Mecklenburg-Vorpommern	18
Tabelle 13: Versorgungssituation Niedersachsen	20
Tabelle 14: Versorgungssituation Nordrhein-Westfalen	21
Tabelle 15: Versorgungssituation Rheinland-Pfalz.....	23
Tabelle 16: Versorgungssituation Saarland	23
Tabelle 17: Versorgungssituation Sachsen.....	23
Tabelle 18: Versorgungssituation Sachsen-Anhalt	24
Tabelle 19: Versorgungssituation Schleswig-Holstein.....	24
Tabelle 20: Versorgungssituation Thüringen	25
Tabelle 21: Vertragliche Umsetzung der Symptomkontrolle für Palliativpatientinnen und - patienten nach Bundesländern.....	39
Tabelle 22: Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen mit einer Vergütungsvereinbarung zur Erbringung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase geordnet nach Bundesländern zum Stichtag 31.12.2022	45
Tabelle 23: Entwicklung der Anzahl der Leistungsnachweise von stationären Pflegeeinrichtungen.....	49
Tabelle 24:Entwicklung der Anzahl der Leistungsnachweise von Einrichtungen der Eingliederungshilfe	49

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 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 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 die Berichterstattung zur vertraglichen Umsetzung der SAPV zum Stichtag 31.12.2022 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 § 37 Abs. 2b SGB V eingefügt und dadurch die palliativpflegerische Versorgung im Bereich der häuslichen Krankenpflege gestärkt. Nach § 37 Abs. 2b 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 die 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.

Ausweislich der Gesetzesbegründung zur Einführung der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 37b Abs. 4 SGB V werden die Berichte zur Umsetzung der SAPV, der allgemeinen palliativpflegerischen Versorgung im Bereich 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 Berichtserstattung erfolgt in 5 Kapiteln. Zunächst wird der Umsetzungsstand der SAPV im Kapitel 2 dargestellt. Anschließend erfolgt

die Darstellung der Umsetzung der palliativpflegerischen Versorgung im Bereich der häuslichen Krankenpflege im Kapitel 3 und die 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 häuslichen Krankenpflege sowie der Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase wird zum Stichtag 31.12.2025 im Jahr 2026 abgegeben.

2. Bericht zur SAPV

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

Im Abschnitt 2.1 erfolgt eine Darstellung der im Bereich der SAPV geschlossenen Verträge. Dabei werden im Abschnitt 2.1.1 alle Verträge zur Realisierung des Sachleistungsanspruches auf SAPV, unterschieden nach Berichtsjahren und Bundesländern, dargestellt. In den Abschnitten 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 der Kassenärztlichen Vereinigung, 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 der 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 Gesamtzahl 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.

Bundesland	2022	2019	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	
Baden-Württemberg	47	43	39	33	28	27	24	17	9	
Bayern	53	51	47	40	34	31	27	18	11	
Berlin	6	2	2	2	2	2	1	1	1	
	davon 1 RV	davon 1 RV	davon 1 RV	davon 1 RV	davon 1 RV	davon 1 RV	davon 1 RV			
Brandenburg	18	16	10	10	9	9	10	7	6	
Bremen	3	3	3	3	2	2	2	1	1	
Hamburg	9	9	9	9	8	8	8	8	5	
Hessen	27	26	26	26	25	23	22	22	21	
Mecklenburg-Vorpommern	15	14	11	11	12	11	10	8	7	
Niedersachsen	58	60	46	46	45	44	43	35	30	
Nordrhein-Westfalen	77	74	34	34	33	28	25	20	14	
	davon 4 IV-Ver- träge und 1 RV	davon 4 IV-Ver- träge und 1 RV	davon 4 IV-Ver- träge und 1 RV	davon 4 IV-Ver- träge und 1 RV	davon 4 IV-Ver- träge und 1 RV	davon 4 IV-Ver- träge und 1 RV	davon 3 IV-Ver- träge und 1 RV	davon 3 IV-Ver- träge und 1 RV	davon 3 IV-Ver- träge und 1 RV	davon 2 IV-Ver- träge und 1 RV
Rheinland-Pfalz	21	12	8	8	7	6	6	5	0	
Saarland	5	4	4	4	4	4	4	4	4	
Sachsen	16	17	16	16	16	15	12	11	6	
Sachsen-Anhalt	21	20	20	21	20	19	19	11	9	
	davon 6 IV-Ver- träge	davon 6 IV-Ver- träge	davon 6 IV-Ver- träge	davon 7 IV-Ver- träge	davon 7 IV-Ver- träge	davon 7 IV-Ver- träge	davon 7 IV-Ver- träge	davon 5 IV-Ver- träge	davon 5 IV-Ver- träge	
Schleswig-Holstein	15	12	9	9	9	9	9	9	9	
Thüringen	13	13	9	8	7	7	6	6	3	
Verträge nach § 132d SGB V gesamt	394	366	283	269	250	235	218	175	129	
Verträge nach § 132d/ § 140a SGB V	404	376	293	280	261	245	228	183	136	

Tabelle 1: Entwicklung der Gesamtanzahl der SAPV-Verträge in den Bundesländern im Zeitraum 2010 - 2022

Die Tabelle 1 zeigt einen deutlichen Anstieg der geschlossenen Verträge zur Versorgung mit SAPV im Vergleich der Jahre 2010 bis 2022. Mit Blick auf die letzte Datenerhebung stieg die Anzahl der Leistungserbringer um

insgesamt 28. In Bezug auf die positiven Entwicklungen hinsichtlich des Abschlusses von Versorgungsverträgen ist darauf hinzuweisen, dass die 2. Vergabekammer des Bundes am Bundeskartellamt mit Beschluss vom

23.11.2015 festgestellt hat, dass es sich bei dem 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. Das OLG Düsseldorf als zuständiges Beschwerdegericht bestätigte mit Beschluss vom 15.06.2016 die Entscheidung der 2. Vergabekammer vollumfänglich. In Würdigung der OLG-Entscheidung haben die vertragsschließenden Krankenkassen in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz entsprechende Open-House-Verfahren ausgeschrieben und die bestehenden Altverträge zum Teil gekündigt. Gegenstand des Open-House-Verfahrens ist der Abschluss von nicht-exklusiven Vereinbarungen über die Erbringung von SAPV-Leistungen gem. § 132d Abs. 1 SGB V. Unter Vorgabe einheitlicher Vertragsbedingungen und eines einheitlichen Zulassungsverfahrens wurde allen geeigneten und interessierten Leistungserbringern der Abschluss einer Vereinbarung nach § 132d Abs. 1 SGB V angebo-

ten. Aus diesem Grund ist der Anstieg der abgeschlossenen Verträge in Rheinland-Pfalz überproportional hoch.

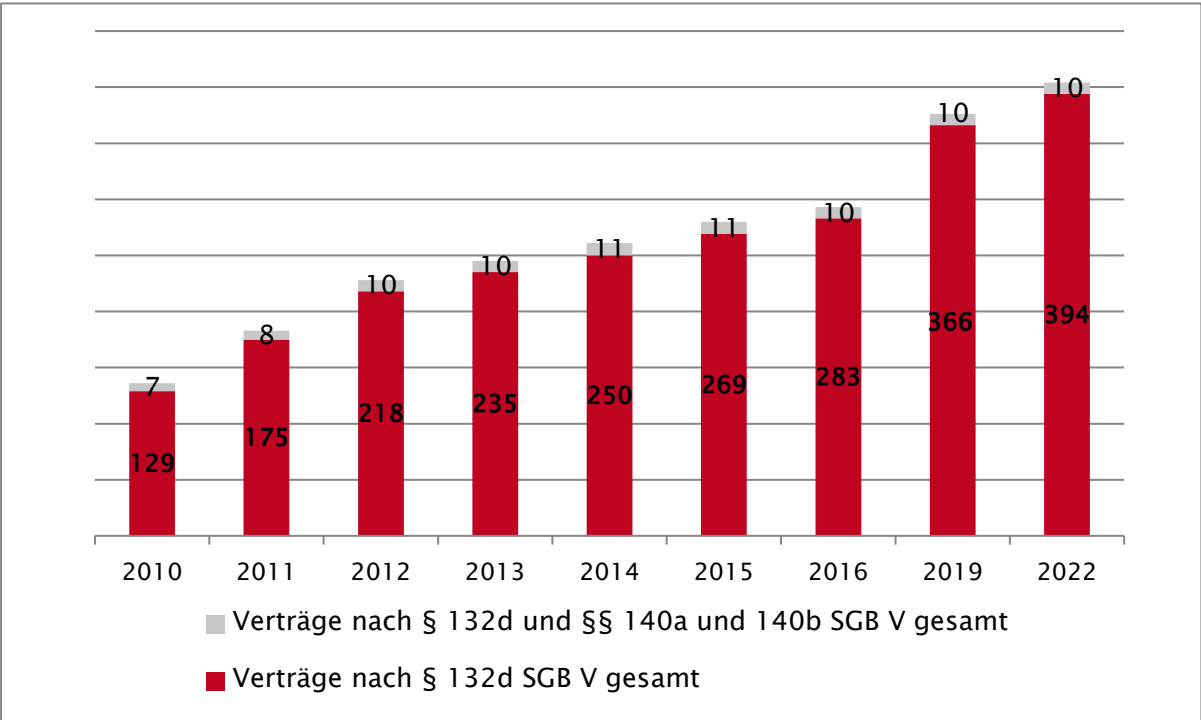
In Rheinland-Pfalz erbringen zusätzlich 7 Leistungserbringer weiterhin die Versorgung, deren Altverträge aufgrund der beschriebenen Entscheidung des OLG Düsseldorf gekündigt wurden. Die Altverträge gelten so lange fort, bis es für die Versorgungsregionen einen neuen Vertragsabschluss gibt.

Im Bundesland Sachsen wurde ein Vertrag und in Niedersachsen zwei Verträge durch die SAPV-Teams selbst gekündigt. Die Versorgungsgebiete haben bestehende SAPV-Teams übernommen.

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

Die Entwicklung der im Bereich der SAPV geschlossenen Verträge wird in der nachfolgenden Abbildung 1 grafisch dargestellt. Die Abbildung verdeutlicht, dass kontinuierlich neue Verträge mit SAPV-Teams in den Ländern geschlossen werden.

Abbildung 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,
- kassenartübergreifenden,
- 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 Abschnitt 2.1.3 zu entnehmen. Diese wurden

aus der nachfolgenden Tabelle 2 herausgerechnet (s. Folgeseite). Im Ergebnis gab es zum Stichtag 31.12.2022 insgesamt **347 Verträge** nach § 132d Abs. 1 SGB V (einschließlich der Rahmenverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in Berlin und Westfalen-Lippe).

In Hessen wurden mit 27 Leistungserbringern Verträge (einschließlich für Kinder und Jugendliche) nach § 132d Abs. 1 SGB V geschlossen. Mit diesen Leistungserbringern wurden von 2 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.

Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V ohne spezielle Verträge für Kinder und Jugendliche				
Bundesland	Kassenart-übergreifende Verträge	Verträge in Verhandlung	Kassenart-spezifische Verträge	Verträge in Verhandlung
Baden-Württemberg	42	1	0	0
Bayern	48	0	0	0
Berlin	4	0	0	0
Brandenburg	17	0	0	0
Bremen	2	0	0	0
Hamburg	8	1	0	0
Hessen	24	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	14	1	0	0
Niedersachsen	57	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	66	0	0	0
Rheinland-Pfalz	21	0	0	0
Saarland	4	0	0	0
Sachsen	14	0	0	0
Sachsen-Anhalt	0	0	15	0
Schleswig-Holstein	14	0	0	0
Thüringen	12	0	0	0
Gesamt	347	3	15	0

Tabelle 2: Anzahl der SAPV-Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V im Jahr 2022 ohne Verträge, die ausschließlich auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind

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

SAPV-Verträge ausschließlich für Kinder und Jugendliche		
Bundesland	geschlossen	in Verhandlung
Baden-Württemberg	5	0
Bayern	5	0
Berlin	2	0
Brandenburg	1	0
Bremen	1	0
Hamburg	1	0
Hessen	3	0
Mecklenburg-Vorpommern	1	0
Niedersachsen	1	0
Nordrhein-Westfalen	7	0
Rheinland-Pfalz	0	0
Saarland	1	0
Sachsen	1	0
Sachsen-Anhalt	1	0
Schleswig-Holstein	1	0
Thüringen	1	0
Gesamt	32	0

Tabelle 3: Anzahl der SAPV-Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2022

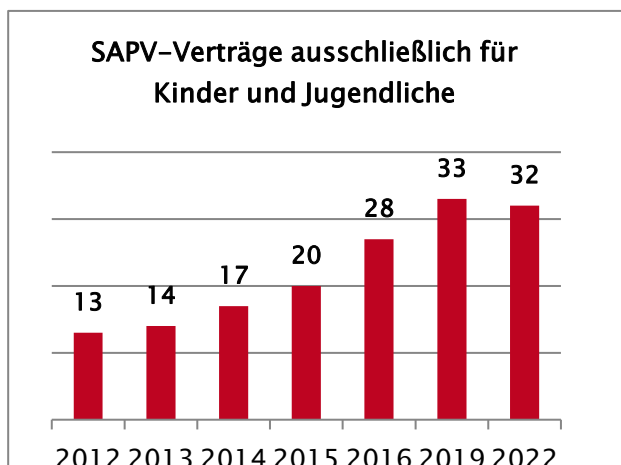
Die Tabelle 3 zeigt die Anzahl der in den Bundesländern geschlossenen oder in Verhandlung stehenden SAPV-Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V, die ausschließlich auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind.

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, daneben 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.

In Bremen, Rheinland-Pfalz und Brandenburg gibt es jeweils 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 Bereichs als eigenständiger Vertrag gezählt werden. 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 nachfolgenden Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2: Entwicklung Verträge Kinder



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.

Verträge nach § 140a bzw. 140b (a.F.) SGB V				
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 (kassenart-spezifisch)	1 (kassenart-spezifisch)		
Gesamt	10	5	0	0

Tabelle 4: Anzahl der Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a bzw. 140b (a.F.) SGB V im Jahr 2022

2.2. Versorgung in den Bundesländern/Regionen

Die Tabellen 5 – 20 zeigen eine nach Bundesländern differenzierte Auswertung zu den mit SAPV-Verträgen versorgten Landkreisen und kreisfreien Städten in Deutschland zum Stichtag 31.12.2022

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	x
Landkreis	Schwäbisch Hall	x
Landkreis	Main-Tauber-Kreis	x
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

Baden-Württemberg		Versorgung sichergestellt
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	x
Landkreis	Waldshut	
Reg.-Bez. Tübingen		
Region Neckar-Alb		
Landkreis	Reutlingen	x
Landkreis	Tübingen	x
Landkreis	Zollernalbkreis	x

Baden-Württemberg		Versorgung sichergestellt
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

Tabelle 5: Versorgungssituation Baden-Württemberg

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	x
Landkreis	Landsberg am Lech	x
Landkreis	Miesbach	x
Landkreis	Mühldorf a.Inn	x
Landkreis	München	x
Landkreis	Neuburg-Schrobenhausen	x
Landkreis	Pfaffenhofen a.d.Ilm	x
Landkreis	Rosenheim	x
Landkreis	Starnberg	x
Landkreis	Traunstein	x

Bayern		Versorgung sichergestellt
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	x
Reg.-Bez. Oberpfalz		
Kreisfreie Stadt	Amberg	x
Kreisfreie Stadt	Regensburg	x
Kreisfreie Stadt	Weiden i.d.OPf.	x
Landkreis	Amberg-Sulzbach	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	x
Landkreis	Bamberg	x
Landkreis	Bayreuth	x

Bayern		Versorgung sichergestellt
Landkreis	Coburg	x
Landkreis	Forchheim	x
Landkreis	Hof	x
Landkreis	Kronach	x
Landkreis	Kulmbach	x
Landkreis	Lichtenfels	x
Landkreis	Wunsiedel i.Fichtelgebirge	x
Reg.-Bez. Mittelfranken		
Kreisfreie Stadt	Ansbach	x
Kreisfreie Stadt	Erlangen	x
Kreisfreie Stadt	Fürth	x
Kreisfreie Stadt	Nürnberg	x
Kreisfreie Stadt	Schwabach	x
Landkreis	Ansbach	x
Landkreis	Erlangen-Höchstadt	x
Landkreis	Fürth	x
Landkreis	Nürnberger Land	x
Landkreis	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	x
Landkreis	Roth	x
Landkreis	Weißenburg-Gunzenhausen	x
Reg.-Bez. Unterfranken		
Kreisfreie Stadt	Aschaffenburg	x
Kreisfreie Stadt	Schweinfurt	x
Kreisfreie Stadt	Würzburg	x
Landkreis	Aschaffenburg	x
Landkreis	Bad Kissingen	x
Landkreis	Rhön-Grabfeld	x
Landkreis	Haßberge	x
Landkreis	Kitzingen	x
Landkreis	Miltenberg	x
Landkreis	Main-Spessart	x
Landkreis	Schweinfurt	x
Landkreis	Würzburg	x

Bayern		Versorgung sichergestellt
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 a.d.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 6: Versorgungssituation Bayern

Berlin		Versorgung sichergestellt
Kreisfreie Stadt	Berlin, Stadt	x

Tabelle 7: Versorgungssituation Berlin

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	x
Landkreis	Elbe-Elster	x
Landkreis	Havelland	x
Landkreis	Märkisch-Oderland	x
Landkreis	Oberhavel	x
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	x

Tabelle 8: Versorgungssituation Brandenburg

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

Tabelle 9: Versorgungssituation Bremen

Hamburg		Versorgung sichergestellt
Kreisfreie Stadt	Hamburg, Freie und Hansestadt	x

Tabelle 10: Versorgungssituation Hamburg

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 11: Versorgungssituation Hessen

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

Tabelle 12: Versorgungssituation Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen		Versorgung sichergestellt
Statistische Region Hannover		
Landkreis	Region Hannover	x
Landkreis	Diepholz	x
Landkreis	Hamelnd-Pyrmont	x
Landkreis	Hildesheim	x
Landkreis	Holzminden	x
Landkreis	Nienburg (Weser)	x
Landkreis	Schaumburg	x
Statistische Region Lüneburg		
Landkreis	Celle	x
Landkreis	Cuxhaven	x
Landkreis	Harburg	x
Landkreis	Lüchow-Dannenberg	x
Landkreis	Lüneburg	x
Landkreis	Osterholz	x
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

Niedersachsen		Versorgung sichergestellt
Landkreis	Oldenburg	x
Landkreis	Osnabrück	x
Landkreis	Vechta	x
Landkreis	Wesermarsch	x
Landkreis	Wittmund	x

Tabelle 13: Versorgungssituation Niedersachsen

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, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Oberhausen, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Remscheid, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Solingen, Klingenstadt	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

Nordrhein-Westfalen		Versorgung sichergestellt
Kreis	Rheinisch-Bergischer Kreis	x
Kreis	Rhein-Sieg-Kreis	x
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
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 14: Versorgungssituation Nordrhein-Westfalen

Rheinland-Pfalz		Versorgung sichergestellt
Reg.-Bez. Koblenz		
Kreisfreie Stadt	Koblenz, Stadt	x
Kreis	Ahrweiler	x
Kreis	Altenkirchen (Westerwald)	x
Kreis	Bad Kreuznach	x
Kreis	Birkenfeld	x
Kreis	Cochem-Zell	x
Kreis	Mayen-Koblenz	x
Kreis	Neuwied	x
Kreis	Rhein-Hunsrück-Kreis	x
Kreis	Rhein-Lahn-Kreis	x
Kreis	Westerwaldkreis	x
Reg.-Bez. Trier		
Kreisfreie Stadt	Trier, Stadt	x
Kreis	Berncastel-Wittlich	x
Kreis	Eifelkreis Bitburg-Prüm	x
Kreis	Vulkaneifel	x
Kreis	Trier-Saarburg	x
Reg.-Bez. Rheinhessen-Pfalz		
Kreisfreie Stadt	Frankenthal (Pfalz), Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Kaiserslautern, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Landau in der Pfalz, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Ludwigshafen am Rhein, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Mainz, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Neustadt an der Weinstraße, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Pirmasens, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Speyer, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Worms, Stadt	x
Kreisfreie Stadt	Zweibrücken, Stadt	x
Kreis	Alzey-Worms	x
Kreis	Bad Dürkheim	x
Kreis	Donnersbergkreis	x
Kreis	Germersheim	x

Kreis	Kaiserlautern	x
Kreis	Kusel	x
Kreis	Südliche Weinstraße	x
Kreis	Rhein-Pfalz-Kreis	x
Kreis	Mainz-Bingen	x
Kreis	Südwestpfalz	x

Tabelle 15: Versorgungssituation Rheinland-Pfalz

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

Tabelle 16: Versorgungssituation Saarland

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 17: Versorgungssituation Sachsen

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 18: Versorgungssituation Sachsen-Anhalt

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 19: Versorgungssituation Schleswig-Holstein

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

Tabelle 20: Versorgungssituation Thüringen

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 – 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 2.5).

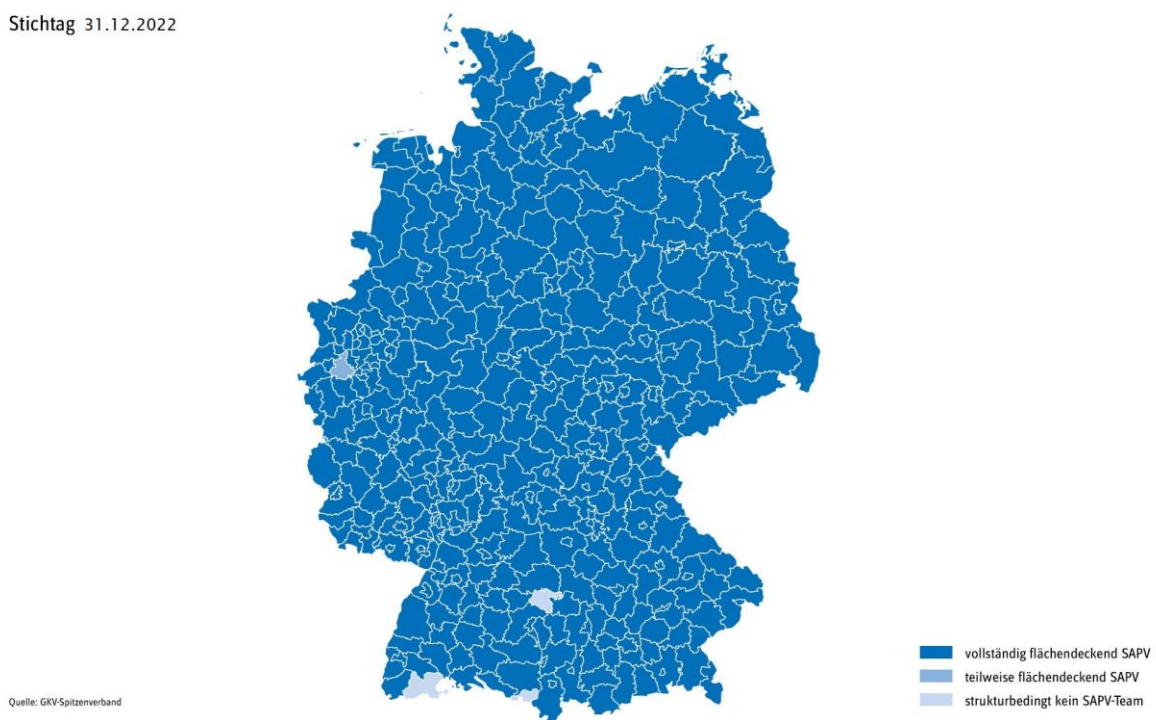
In Rheinland-Pfalz konnten im Rahmen des Open-House-Verfahrens (siehe Ausführungen zu 2.1.1) in weiten Teilen des Landes eine Versorgung mit SAPV sichergestellt werden. In den Regionen, in denen bislang noch keine entsprechenden Versorgungsverträge geschlossen werden konnten, wird die Versorgung mit SAPV teils über einstrahlende Teams aus benachbarten Bundesländern oder teils noch auf der Grundlage der alten vertraglichen Regelungen erbracht. Damit kann für Rheinland-Pfalz eine flächendeckende Versorgung aller Versicherten gewährleistet werden.

Aus diesem Grund werden alle Landkreise und kreisfreien Städte dieses Landes in diesem Bericht als sichergestellt ausgewiesen.

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

Abbildung 3: Entwicklung der SAPV-Abdeckung von 2010 bis 2022

Stichtag 31.12.2022



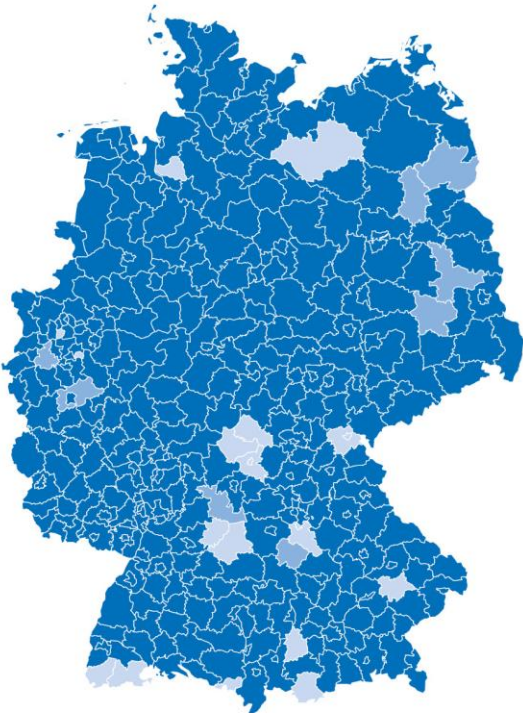
Stichtag 31.12.2019



Quelle: GKV-Spitzenverband

- vollständig flächendeckend SAPV
- teilweise flächendeckend SAPV
- strukturebedingt kein SAPV-Team

Stichtag 31.12.2016

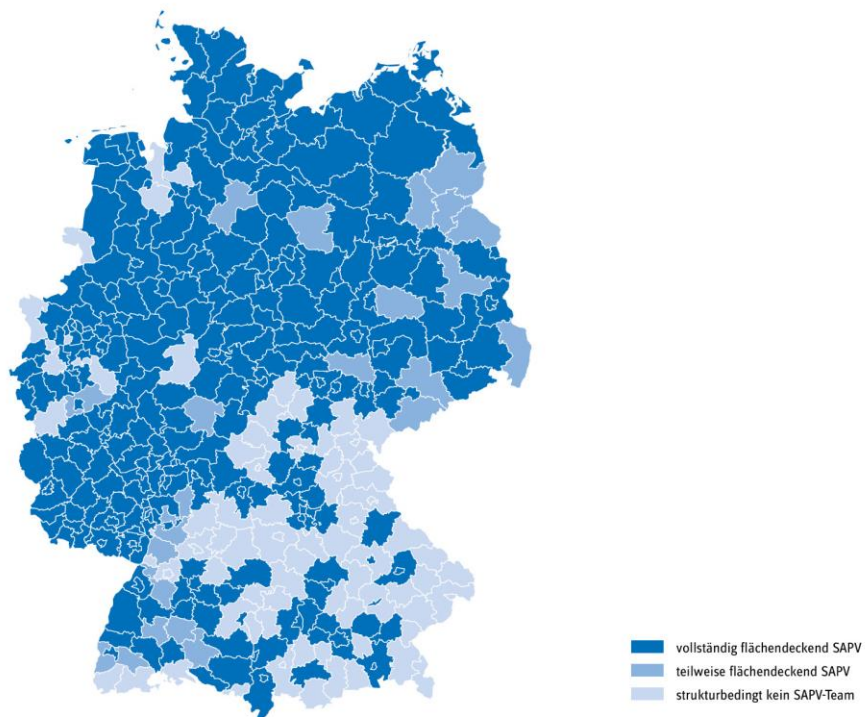


Quelle: GKV-Spitzenverband

- vollständig flächendeckend SAPV
- teilweise flächendeckend SAPV
- strukturebedingt kein SAPV-Team

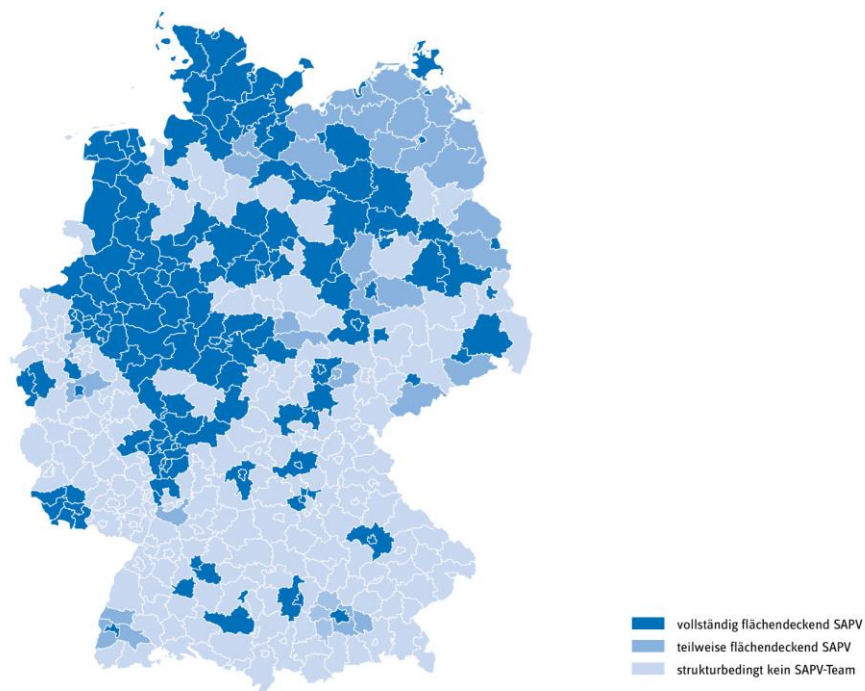
Stichtag 31.12.2013

Quelle: GKV-Spitzenverband



Stichtag 31.12.2010

Quelle: GKV-Spitzenverband



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 Strukturaufbaus 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 faktisch flächendeckend 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
- Datenschutz

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
- Melde- und Anzeigepflichten

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. Abschnitt 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/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 den wenigen 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 auch 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.

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

2.6. Gründe für fehlende Verträge

In den wenigen Einzelfällen, in denen für bestimmte Regionen bisher keine oder noch nicht ausreichend Verträge geschlossen wurden, können insbesondere folgende Gründe hierfür angeführt werden:

- es fehlen ausreichend qualifizierte Fachkräfte,
- es besteht ein Mangel an Leistungserbringern, die einen Vertragsabschluss begehren.

Die vertragsschließenden Krankenkassen sind bestrebt, die SAPV-Strukturen auch in diesen Regionen 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. In Bezug auf die Gründe der fehlenden Verträge ist zu betonen, dass es sich um vereinzelte Versorgungsregionen handelt, in denen keine Verträge geschlossen werden konnten. Systematische Gründe für das Fehlen von Verträgen, die einen Handlungsbedarf auf der Bundesebene bedürfen, gibt es nicht.

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 sahen folgende Qualifikationsvoraussetzungen für die im SAPV-Team arbeitenden Berufsgruppen vor¹:

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 Palliativpatienten/innen, 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 Palliativpatienten/innen 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 Palliativpatienten/innen, 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 Palliativpatienten/innen abweichende Regelungen getroffen werden.

¹ Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V i. d. F. vom 05.11.2012 sind zwischenzeitlich außer Kraft und wurden aufgrund der gesetzlichen Neuregelungen

durch die Bundesrahmenverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V zum 01.01.2023 ersetzt.

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.

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 grundsätzlich nutzen und vor dem Hintergrund der spezifischen Situation vor Ort bei Bedarf weiterentwickeln. Dadurch lassen sich mögliche Engpässe an qualifizierten Fachkräften zum Teil kompensieren.

Die Inhalte der zwischenzeitlich außer Kraft getretenen Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V i. d. F. vom 05.11.2012 bezüglich der qualitativen Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegefachkräfte sind durch die Bundesrahmenverträge nach § 132d Abs. 1 SGB V neu festgelegt worden.

2.8. Fazit zur SAPV

Im Ergebnis zeigt der Bericht einen sich weiter fortsetzenden Aufbau der Versorgungsstruktur zur Realisierung des Sachleistungsanspruchs auf SAPV. Die Verträge werden weitestgehend kassenartübergreifend 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 wenigen Regionen, 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. Ihre Versorgung muss im Vergleich zu erwachsenen Versicherten, bei denen eine Vielzahl von bereits flächendeckend existierenden Leistungserbringern (z. B. Vertragsärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, Hospize, Pflegeeinrichtungen) als Kooperations- und Netzwerkpartner tätig werden, sehr individuell und 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. Dies steht dem Abschluss von flächendeckenden Verträgen mit SAPV-Leistungserbringern, die ausschließlich auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind, entgegen. 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 ausreichend 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 oder ein Arzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit der entsprechenden Qualifikation vorhanden ist. 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 dennoch 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 beeinflussen sind, gewisse Grenzen gesetzt. Vor diesem Hintergrund kann der Strukturaufbau als sehr weit fortgeschritten und in den meisten Bundesländern als abgeschlossen angesehen werden. Vor dem Hintergrund der hochspezialisierten Leistung ist das durchaus beachtlich. 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 Gründen die Versorgung von sterbenskranken Kindern nicht übernehmen.

Die wenigen Spezialisten sind darüber hinaus oftmals in Krankenhäusern tätig. Diese Schilderungen verdeutlichen die vielschichtigen

Probleme beim weiteren Strukturaufbau der SAPV.

3. Berichtspflicht zur palliativpflegerischen Versorgung im Bereich der häuslichen Krankenpflege

Die Palliativversorgung in Deutschland gliedert sich in die allgemeine Palliativversorgung und in die spezialisierte Palliativversorgung. Zur allgemeinen Palliativversorgung gehören Strukturen, die sich nicht ausschließlich auf die Versorgung von Palliativpatienten beziehen. Dazu gehören beispielsweise die Leistungen 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. 2b 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.

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 Richtlinientext klargestellt, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch palliativ ausgerichtet sein können. Zudem wurde eine neue Komplexleistung „24a – Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“ eingeführt. Die Regelungen zur

Palliativversorgung sind zum 25.11.2017 in Kraft getreten.

Die palliativpflegerische Versorgung im Bereich der häuslichen Krankenpflege erfolgt, unabhängig von der 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 oder den verordnenden Arzt als Palliativpatientin bzw. als Palliativpatient entsprechend gekennzeichnet werden, was weder derzeit erfolgt noch zukünftig in der häuslichen Krankenpflege-Richtlinie vorgesehen ist.

Aus diesem Grund stellt der Bericht den Stand der Entwicklung zur palliativpflegerischen Versorgung im Bereich der häuslichen Krankenpflege anhand der Komplexleistung „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten“ dar. Die Komplexleistung umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen

Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie.

Nachfolgend wird ein Überblick über die Anzahl der Verordnungen der Komplexleistung „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten“ sowie der vertraglichen Umsetzung gegeben.

3.1. Verordnungen über die „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten“ im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Mit Beschluss vom 16.03.2017 hat der G-BA die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege um Aspekte der palliativpflegerischen Versorgung erweitert. Die Regelungen sind zum 25.11.2017 in Kraft getreten. Schwerstkranke und sterbende Menschen in jedem Alter, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate limitiert ist, können die Komplexleistung „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten“ erhalten. Ziel ist die zeitnahe Erkennung und Behandlung von Krankheitssymptomen und damit eine Verbesserung der Lebensqualität von Palliativpatientinnen und -patienten. Die Verordnungsdauer beträgt für die Erstverordnung bis zu 14 Tage. Folgeverordnungen sind bedarfsabhängig möglich.

Für die Darstellung der Häufigkeit der Verordnung der „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten“ wurde bei den Krankenkassen abgefragt, wie viele Erst- und Folgeverordnungen über diese Leistung im Berichtszeitraum eingegangen sind. Die Krankenkassen haben zurückgemeldet, dass in dem Zeitraum vom 01.01.2020 bis zum 31.12.2022 ca. 30.000 Erstverordnungen und ca. 28.000 Folgeverordnungen genehmigt wurden. Damit konnte ein deutlicher Anstieg im Vergleich der Jahre 2017 bis 2019 ver-

zeichnet werden. Die Entwicklung der genehmigten Erst- und Folgeverordnungen für die „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten“ wird in der nachfolgenden Abbildung 4 grafisch dargestellt.

Eine Krankenkasse hat angegeben, dass es zum Teil leistungsrechtliche Abgrenzungsschwierigkeiten gibt. Diese ergeben sich insbesondere hinsichtlich der SAPV, deren Angebot wie in Kapitel 2 dargestellt weiter ausgebaut wurde.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass sich in den vergangenen Jahren in Deutschland bereits eine umfangreiche und strukturell gut ausgebaut Palliativversorgung etabliert hat, die durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert bzw. bezuschusst wird. Dazu gehören neben der häuslichen Krankenpflege insbesondere:

- Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung (EBM-Ziffern zur palliativen Versorgung sowie Leistungen nach § 87 Abs. 1b SGB V)
- Die Palliativversorgung in Krankenhäusern (derzeit gibt es vier Zusatzentgelte: ZE 60 Palliativmedizinische Komplexbehandlung, ZE 145 Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung, ZE 2018-133 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst, ZE 2018-134 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst)
- Sterbebegleitungen durch ambulante Hospizdienste
- Versorgung durch stationäre Hospize.

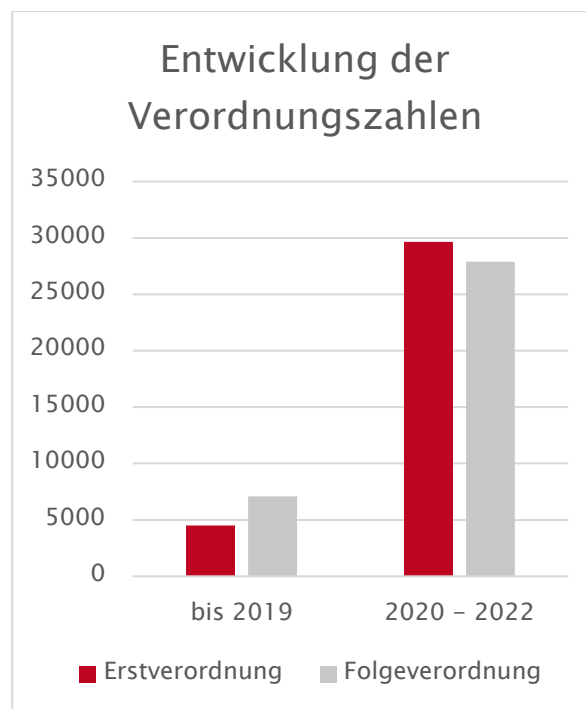


Abbildung 4: Entwicklung Verordnung Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten

3.2. Vertragliche Umsetzung der „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten“

Nach § 132a Abs. 4 SGB V schließen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege. Auf Grundlage des Beschlusses der Komplexeleistung „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten“ werden auf der Landesebene die Verträge zur häuslichen Krankenpflege sowie die Vergütungsvereinbarungen entsprechend angepasst. Die Tabelle 21 gibt einen Überblick über das diesbezügliche Verhandlungsgeschehen in den jeweiligen Bundesländern.

Bundesland	Vertragliche Umsetzung	Vertragliche Umsetzung in Verhandlung	Keine vertragliche Umsetzung
Baden-Württemberg	x		
Bayern	x		
Berlin	x		
Brandenburg	x		
Bremen			x
Hamburg	x		
Hessen			x
Mecklenburg-Vorpommern		x	
Niedersachsen		x	
Nordrhein-Westfalen	x		
Rheinland-Pfalz	x		
Saarland		x	
Sachsen	x		
Sachsen-Anhalt	x		
Schleswig-Holstein	x		
Thüringen		x	

Tabelle 21: Vertragliche Umsetzung der Symptomkontrolle für Palliativpatientinnen und -patienten nach Bundesländern

Der Tabelle 21 ist zu entnehmen, dass in den Bundesländern größtenteils Anpassungen der Verträge im Hinblick auf die Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten verhandelt wurden. In Nordrhein-Westfalen bestehen seit 2007 gesonderte Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV). So gibt es flächendeckend Verträge mit ca. 190 Palliativpflegediensten, die besondere Struktur- und Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Die Symptomkontrolle bei Palliativpatienten ist inzwischen Bestandteil der gesonderten Verträge mit diesen Vertragspartnern. In Baden-Württemberg wurde ein Vertrag zwischen den Ersatzkassen und der SVLFG sowie der LIGA der freien Wohlfahrtspflege geschlossen. Die AOK Baden-Württemberg hatte sich mit dem bpa zunächst auf eine einjährige Erprobungsphase verständigt. Ziel ist es, Erfahrungswerte im Hinblick auf die Erbringung der Komplexleistung zu sammeln. Die Erprobungsphase wurde bereits mehrfach verlängert. In Brandenburg konnte mit der Mehrheit der Leistungserbringer eine vertragliche Vereinbarung geschlossen werden, lediglich mit einigen privaten Verbänden erfolgte bisher keine Einigung.

In Hessen konnte bisher kein Leistungserbringer gefunden werden, der einen entsprechenden Vertragsabschluss begehrt.

In Mecklenburg-Vorpommern konnten die Verhandlungen mit den Leistungserbringerverbänden im Berichtszeitraum nicht abgeschlossen werden. Zwei Leistungserbringer in Mecklenburg-Vorpommern haben jedoch im Rahmen von Einzelverhandlungen entsprechende Vereinbarungen geschlossen.

In Rheinland-Pfalz bestehen vertragliche Vereinbarungen mit einzelnen Leistungserbringerorganisationen (bad, ABVP, VDAB). Weitere Leistungserbringerorganisationen begehren keinen Vertragsabschluss.

In Thüringen wurden die Verhandlungen über die Anpassung der Verträge im Hinblick auf die Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten fortgeführt, mussten jedoch aufgrund anderer Priorisierungen im Hinblick auf die Corona-Pandemie unterbrochen werden.

3.3. Hauptgründe für fehlende vertragliche Umsetzungen

In den Bundesländern, in denen die „Symptomkontrolle für Palliativpatientinnen und -patienten“ bisher noch nicht vertraglich umgesetzt wurde, können insbesondere folgende Gründe angeführt werden:

- es erfolgte bisher keine Einigung in Bezug auf die erforderliche Qualifikation der Pflegefachkräfte,
- es fehlen ausreichend qualifizierte Fachkräfte, da diese oftmals bereits in spezialisierten Diensten gebunden sind,
- es besteht ein Mangel an Leistungserbringern, die einen Vertragsabschluss begehren,
- aufgrund der Corona-Pandemie wurden Vertragsverhandlungen unterbrochen.

Als Hauptgrund für die fehlende vertragliche Umsetzung der „Symptomkontrolle für Palliativpatientinnen und -patienten“ wurde von den Krankenkassen bzw. Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen angegeben, dass mit den Leistungserbringern bisher keine Einigung über die erforderliche Qualifikation der Pflegefachkräfte, die diese komplexe Leistung erbringen, erzielt werden konnte. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Bereitschaft zur Spezialisierung mit besonders qualifiziertem Personal mit einem erwarteten Fallvolumen verknüpft wird. Wie unter Kapitel 3.1 dargestellt, können Versicherte die Komplexleistung „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten“ erhalten, wenn diese an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin

oder des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate limitiert ist. Somit ist das Mengengerüst dieser Leistung im Vergleich zu anderen Leistungen der häuslichen Krankenpflege deutlich kleiner.

In den Ländern, in denen keine Vertragsanpassung zur Erbringung der „Symptomkontrolle für Palliativpatientinnen und -patienten“ erreicht werden konnte, werden Einzelfallentscheidungen mit den Pflegediensten zur Erbringung dieser Leistung getroffen. Die Versorgung mit der Symptomkontrolle wird somit im Bedarfsfall durch die Krankenkassen sichergestellt.

3.4. Fazit zur häuslichen Krankenpflege

Im Vergleich zu den Berichtsjahren 2017 bis 2019 konnte sich die Komplexleistung „Symptomkontrolle für Palliativpatientinnen und -patienten“ in der Versorgung weiter etablieren. Die Anzahl der Verträge, die nun auch Leistungen der „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten“ und dafür eine Vergütung beinhalten, stieg. Zudem ist die Anzahl der entsprechenden Leistungsfälle deutlich gestiegen. Die „Symptomkontrolle für Palliativpatientinnen und -patienten“ als Leistung der häuslichen Krankenpflege wurde somit stärker in das Versorgungsgeschehen von Palliativpatientinnen und -patienten eingebunden, dennoch spielt sie eher eine untergeordnete Rolle in der Palliativversorgung. Bei der Gesamtbewertung ist zu berücksichtigen, dass bereits

im Zusammenhang mit der Einführung dieser neuen Leistung in der HKP-Richtlinie explizit zum Ausdruck gebracht wurde, dass auch alle anderen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die einzeln oder in Kombination verordnet werden können, nicht nur kurativ, sondern auch palliativ indiziert sein können. Es bleibt demnach offen, in welchem Umfang neben diesen verordnungsfähigen Leistungen ein Bedarf für eine solche Komplexleistung besteht. Hinzu kommt eine ggf. im Einzelfall nicht trennscharf mögliche Abgrenzung des allgemeinen palliativen Versorgungsbedarfs in Form dieser Komplexleistung von der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung im Rahmen der – sich weiterentwickelnden Struktur der – SAPV, sodass im Zweifel ggf. eine Verordnung der SAPV erfolgt.

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 individuelles 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.

Zur Umsetzung dieses Leistungsanspruchs hat der GKV-Spitzenverband den gesetzlichen Auftrag erhalten, 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 auf Bundesebene das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist zum 01.01.2018 in Kraft getreten.

Nach § 132g Abs. 5 SGB V hat der GKV-Spitzenverband 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 zu berichten.

Im Folgenden wird über die vertragliche Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, die Leistungsausgaben und die Fallzahlen sowie über die Qualifikation der Beraterinnen und Berater berichtet.

4.1. Vertragliche Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Nach § 132g Abs. 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. Es liegt also im Ermessen der Einrichtungen, die Leistung für ihre Bewohnerinnen und Bewohner anzubieten. Damit die Einrichtung die Leistungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung zu Lasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen kann, ist mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen eine Vergütungsvereinbarung zu schließen. Die nachfolgende Tabelle 22 gibt einen Überblick über die Anzahl der abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen zur Erbringung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in den einzelnen Bundesländern.

Anzahl der Einrichtungen, die an der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase teilnehmen				
	Stationäre Pflegeeinrichtungen zum 31.12.2022	Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen zum 31.12.2022	stationäre Pflegeeinrichtungen zum 31.12.2019	Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen zum 31.12.2019
Baden-Württemberg	218	94	78	60
Bayern	390	297	200	87
Berlin	68	46	20	16
Brandenburg	54	76	32	35
Bremen	13	1	1	0
Hamburg	11	0	9	0
Hessen	64	10	32	1
Mecklenburg-Vorpommern	82	32	53	17
Niedersachsen	104	105	72	76
Nordrhein-Westfalen	468	157	260	114
Rheinland-Pfalz	72	12	43	14
Saarland	4	0	7	0
Sachsen	74	42	33	20
Sachsen-Anhalt	70	17	38	3
Schleswig-Holstein	20	45	13	0
Thüringen	61	34	50	21
Gesamt	1.773	968	941	464

Tabelle 22: Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen mit einer Vergütungsvereinbarung zur Erbringung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase geordnet nach Bundesländern zum Stichtag 31.12.2022

Im Berichtszeitraum baten bundesweit 1.773 stationäre Pflegeeinrichtungen und 968 Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase an. Damit konnte die Anzahl der teilnehmenden Einrichtung im Vergleich zu den

Berichtsjahren 2017 bis 2019 deutlich gesteigert werden. Zum Stichtag 31.12.2022 konnte im Vergleich zum Vorbericht ein Zuwachs der geschlossenen Vergütungsvereinbarungen mit stationären Pflegeeinrichtungen von 89 % und Einrichtungen der Eingliederungshilfe von 108,5 % verzeichnet werden.

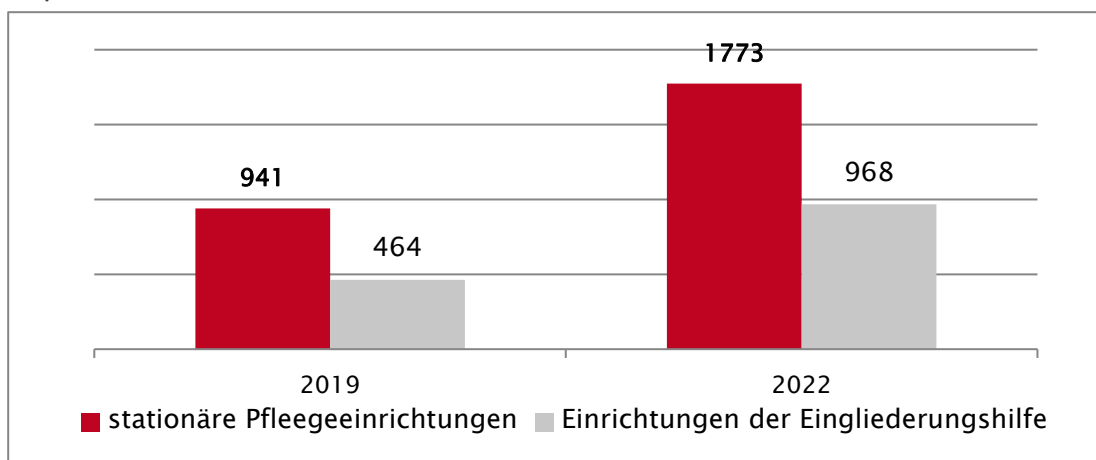
Im Jahr 2021 gab es bundesweit 11.358 Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege². Somit bieten rund 15 % der stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase an.

Die Vereinbarung über das Nähere zu den Inhalten und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase regelt auch die Qualifikationsanforderungen an die Beraterinnen und Berater (s. Ausführungen zu Abschnitt 4.4). Demnach müssen die Beraterinnen und Berater neben einer Grundqualifikation eine spezifische Weiterbildung für das Tätigkeitsfeld der Beraterin oder des Beraters nach § 132g SGB V absolvieren. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass es aufgrund der COVID19-Pandemie für die Erhebungsjahre 2020 bis 2022 zu zeitweise ausgesetzten Weiterbildungsangeboten gekommen ist, sodass entsprechende Beraterinnen und Berater für die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nicht ausgebildet oder aufgrund der

erheblichen Einschränkungen in diesen Einrichtungen nicht abkömmlich gewesen sind und infolgedessen das Beratungsangebot eingeschränkt war. Folglich ist davon auszugehen, dass die COVID19-Pandemie zu einer reduzierten Nachfrage nach entsprechenden Vertragsabschlüssen geführt hat. Zudem setzt die Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase die Etablierung neuer Organisationsentwicklungsprozesse in den Einrichtungen voraus. Auch dies erforderte eine entsprechende Vorbereitungszeit, die ggf. in der COVID19-Pandemie schwerer zu bewältigen war.

Die Entwicklung der Anzahl der Einrichtungen, die an der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase teilnehmen wird in der nachfolgenden Abbildung 5 dargestellt.

Abbildung 5: Entwicklung der Einrichtungen, die an der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase teilnehmen



² Quelle: Pflegeheime und ambulante Pflegedienste – Statistisches Bundesamt (destatis.de), Stand 21. Dezember 2022 [abgerufen am 16.08.2023]

4.2. Leistungsausgaben zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Der Etablierungsprozess der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase lässt sich auch anhand der Leistungsausgaben der Krankenkassen erkennen. Die Krankenkassen tragen die notwendigen Personalkosten einer Beraterin oder eines Beraters sowie die Sach-, Overhead- und Regiekosten in Form eines Zuschlags im Rahmen eines pauschalen Vergütungssystems. Der rezufinanzierende Stellenanteil der Beraterin oder des Beraters orientiert sich an den Hinweisen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens, wonach eine Vollzeitstelle auf 400 Bewohnerinnen und Bewohner als angemessen angesehen wird. Die konkreten Bruttopersonalkosten werden auf Landesebene in einer Vergütungsvereinbarung zwischen den

Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen sowie den Einrichtungen festgelegt. In einigen Bundesländern erfolgt zwischen den Vereinbarungspartnern eine landesweite Festlegung der Bruttopersonalkosten, sodass nicht mit jeder Einrichtung einzeln verhandelt werden muss. Die Besonderheit dieses pauschalen Vergütungsmodells ist, dass die Einrichtungen den zuvor berechneten Betrag – unabhängig von der Inanspruchnahme der Beratung – monatlich je Leistungsberechtigten von den Krankenkassen ausgezahlt bekommen. Zur Realisierung des Anspruchs auf die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V betragen die Ausgaben der Krankenkassen im Kalenderjahr 2020 ca. 21,1 Mio. Euro. Im Kalenderjahr 2021 wurden insgesamt ca. 27,5 Mio. Euro und im Kalenderjahr 2022 30,6 Mio. Euro aufgewendet.

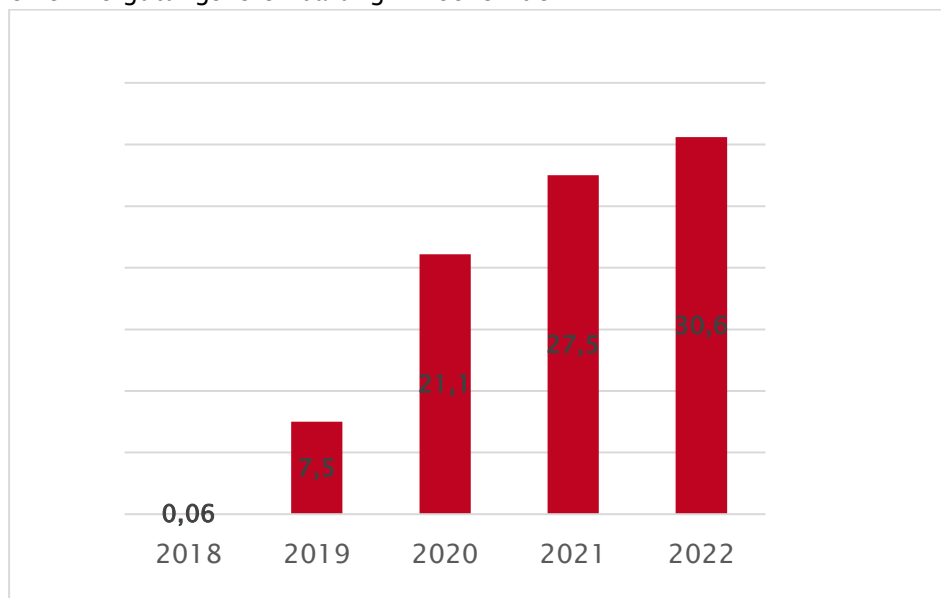


Abbildung 6: Leistungsausgaben in Mio. für die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Die Abbildung 6 zeigt einen deutlichen Anstieg der Leistungsausgaben für die gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V im Vergleich der Kalenderjahre 2018 bis 2022. Von einer weiteren Zunahme der Ausgaben und damit einem weiteren Ausbau dieser Leistung ist auszugehen.

4.3. Fallzahlen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Sofern eine zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 43 SGB XI oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XII die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbietet, hat sie die Leistungsberechtigten über dieses Angebot zu informieren. Die Inanspruchnahme der Versorgungsplanung ist für die Versicherten freiwillig. Den Leistungsberechtigten wird ein Gespräch mit der Beraterin oder dem Berater zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase angeboten. Wird das erstmalige Gesprächsangebot von den Leistungsberechtigten abgelehnt, besteht auch zu einem späteren Zeitpunkt die Möglichkeit der Inanspruchnahme. Der Beratungsprozess findet situations- und bedarfsgerecht in einem oder in mehreren, aufeinander aufbauenden Beratungsgespräch(en) und ggf. einer oder mehreren Fallbesprechung(en) statt und kann multiprofessionell aufgestellt sein. Die Leistungsberechtigten können den Beratungsprozess jederzeit beenden. Nach Abschluss des Beratungsprozesses hat die Beraterin oder der Berater einen Leistungsnachweis zu erstellen und der Krankenkasse zu übermitteln.

Auf der Basis einer Abfrage über die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben die Krankenkassen gemeldet, dass im Berichtszeitraum insgesamt ca. 22.414 Leistungsnachweise eingegangen sind. Davon wurden rund 19.310 von vollstationären Pfl-

geeinrichtungen und ca. 3.104 von Einrichtungen der Eingliederungshilfe den Krankenkassen übersandt. Damit konnten ca. 22.414 Beratungsprozesse zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase im Berichtszeitraum abgeschlossen werden. In wenigen Ausnahmen konnten die Krankenkassen keine Unterscheidung der eingegangenen Leistungsnachweise nach Versorgungsort vornehmen, sodass diese aufgrund der höheren Relevanz insgesamt den stationären Pflegeeinrichtungen hinzugerechnet wurden. Die Entwicklung der Anzahl der Leistungsnachweise von stationären Pflegeeinrichtungen nach Kalenderjahren ist der Tabelle 23 und von Einrichtungen der Eingliederungshilfe der Tabelle 24 zu entnehmen. Die Anzahl der Leistungsnachweise liegt trotz deutlicher Steigerung gegenüber 2019 gemessen an der Anzahl der Einrichtungen, die die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten, weiterhin auf niedrigem Niveau. Setzt man die Zahl der an der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen aus dem Jahr 2022 und die eingegangenen Leistungsnachweise ins Verhältnis, wurden durchschnittlich 3,3 Leistungsnachweise je stationäre Pflegeeinrichtung eingereicht – für die Einrichtun-

gen der Eingliederungshilfe sind es im Durchschnitt 1,2 Leistungsnachweise je Einrichtung. Die diesbezüglichen Gründe sind nicht bekannt. Zum einen kann die relativ geringe Anzahl an übermittelten Leistungsnachweisen auf eine tatsächlich geringe Inanspruchnahme dieser Beratungsleistung zurückzuführen sein. Für die Erhebungsjahre 2020 bis 2022 ist zu berücksichtigen, dass die Auswirkungen der Covid19-Pandemie zu zeitweise ausgesetzten, zumindest aber erheblich komplexeren Voraussetzungen für die Bereitstellung der Beratungsangebote in den Einrichtungen und dadurch bedingt zu reduzierter Nachfrage geführt haben. Fundierte Daten über den Beratungsbedarf auf Seiten der Versicherten, also deren Inanspruchnahmeverhalten, liegen den Krankenkassen nicht vor.

Darüber hinaus ist zu darauf hinzuweisen, dass der Leistungsnachweis erst nach Abschluss des Beratungsprozesses ausgestellt wird, sodass das tatsächliche Beratungsgeschehen durch die Anzahl der Leistungsnachweise nicht vollständig stichtagsbezogen abgebildet werden kann. Entscheidend ist zudem, wie das Leistungsangebot in den Einrichtungen gegenüber den Leistungsberechtigten vermittelt wird.

Tabelle 23: Entwicklung der Anzahl der Leistungsnachweise von stationären Pflegeeinrichtungen

	2022	2021	2020	2018–2019
Leistungsnachweise	5.711	6.859	6.740	4.100

Tabelle 24: Entwicklung der Anzahl der Leistungsnachweise von Einrichtungen der Eingliederungshilfe

	2022	2021	2020	2018–2019
Leistungsnachweise	1.187	1.104	813	400

4.4. Qualifikationen der Beraterinnen und Berater

In der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V werden Grundqualifikationen in Form abgeschlossener Berufsausbildungen oder einschlägiger Studienabschlüsse benannt, die für eine Tätigkeit als Beraterin oder Berater im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Frage kommen. Die Grundqualifikation liegt mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung als

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in,
- Altenpfleger/in,
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in,
- Staatlich anerkannte(r) Heilerziehungspfleger/in,
- Staatlich anerkannte(r) Heilpädagoge/in,
- Staatlich anerkannte(r) Erzieher/in,
- oder einer anderen vergleichbaren Berufsausbildung,

oder mit einem einschlägigen Studienabschluss im Bereich

- der Gesundheits- und Pflegewissenschaften,
- Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften

vor.

Die Aufzählung der Berufsausbildungen oder einschlägiger Studienabschlüsse ist nicht als abschließend zu betrachten. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass auch eine andere vergleichbare Berufsausbildung in Frage kommen kann. Weiterhin ist eine dreijährige, für die gesundheitliche Versorgungsplanung einschlägige Berufserfahrung innerhalb der letzten acht Jahre, die mindestens den Umfang einer halben Stelle umfasst hat, erforderlich.

Die nachfolgenden Abbildungen geben einen Überblick über die Grundqualifikationen der Beraterinnen und Berater. Die Abbildung 7 zeigt die Verteilung der Grundqualifikationen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI, die Abbildung 8 in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach § 75 SGB XII.

Abbildung 7: Qualifikation der Beraterinnen und Berater in stationären Pflegeeinrichtungen

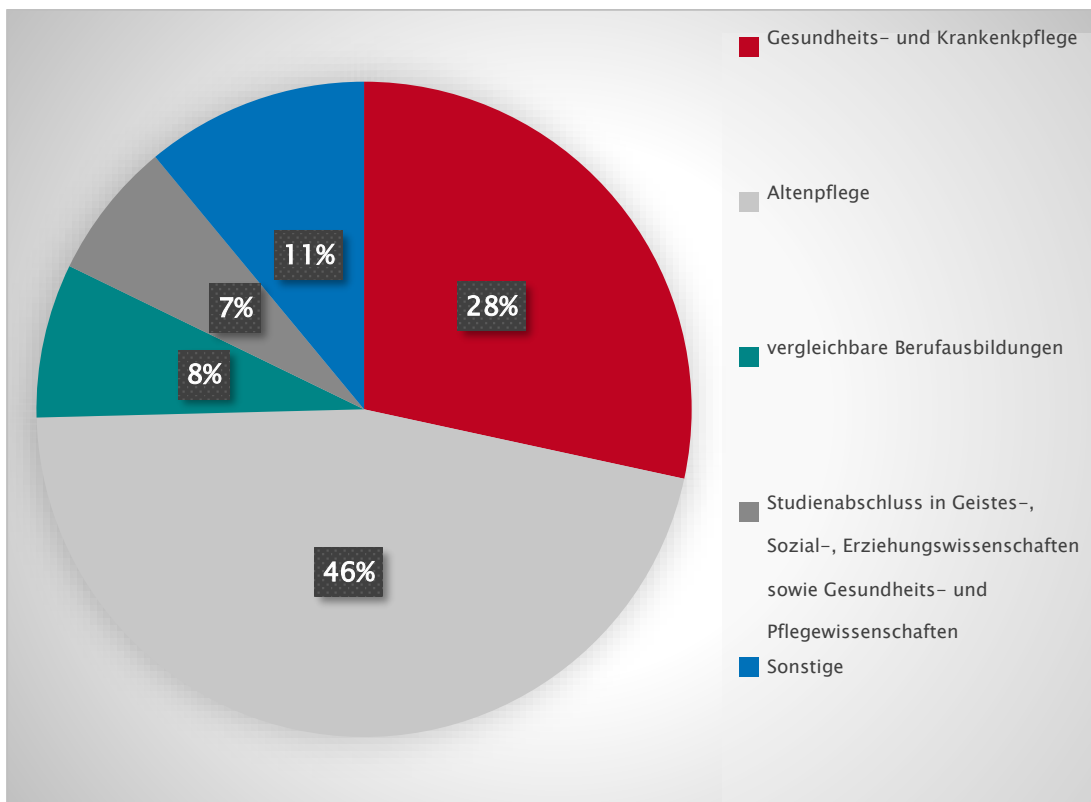
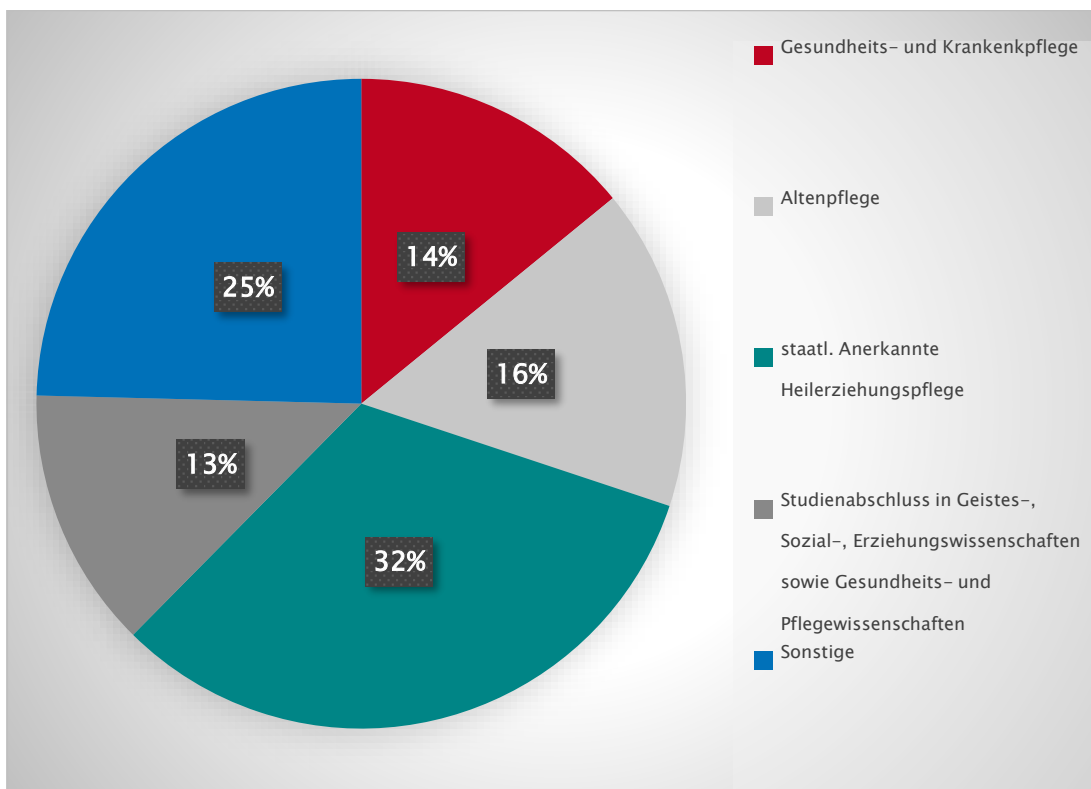


Abbildung 8: Qualifikation der Beraterinnen und Berater in Einrichtungen der Eingliederungshilfe



In den stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI werden zu 46 % Beraterinnen und Berater mit einer Ausbildung zur Altenpflegerin oder Altenpfleger eingesetzt. 28 % der Beraterinnen und Berater weisen die Qualifikation als Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger auf. Einen einschlägigen Studienabschluss können 7 % vorweisen und vergleichbare Berufsausbildungen wurden bei 8 % der Beraterinnen und Berater anerkannt. Zu den vergleichbaren Berufsausbildungen zählen z.B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Theologinnen und Theologen, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter

In den Einrichtungen der Eingliederungshilfe werden zu 32 % staatlich anerkannte Heilpädagoginnen und Heilpädagogen als Beraterinnen und Berater eingesetzt. Diese Personengruppe findet sich in stationären Pflegeeinrichtungen nur zu 2,6 %. Die Altenpflegerinnen und Altenpfleger machen einen Anteil von 16 % aus und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger kommen auf 14 % in diesen Einrichtungen. Die Auswertung zeigt, dass überwiegend Personen in den Einrichtungen als Beraterinnen oder Berater zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase eingesetzt werden, die die für diese Einrichtungen typische Grundqualifikation aufweisen. Das deutet darauf hin, dass überwiegend eigenes Personal der Einrichtungen für diese Tätigkeit herangezogen wird.

4.5. Fazit zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Die Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist seit dem 01.01.2018 in Kraft. Aufgrund des vereinbarten pauschalen Vergütungssystems, das nicht an dem konkreten Leistungsgeschehen in den Einrichtungen, sondern an der Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner anknüpft, besteht für die Krankenkassen keine vollständige Transparenz über die erbrachten Beratungen. Lediglich je abgeschlossenem Beratungsprozess sind die Einrichtungen verpflichtet, der zuständigen Krankenkasse einen Leistungsnachweis zu übermitteln. Es ist jedoch zu beachten, dass der Leistungsnachweis erst nach dem Ende des Beratungsprozesses den Krankenkassen zu übersenden ist. Ein Beratungsprozess kann aus mehreren Gesprächen und Fallbesprechungen bestehen und je nach Intensität einen längeren Beratungszeitraum beanspruchen. Zudem sind Umsetzungsschwierigkeiten aufgrund der im Berichtszeitraum herrschenden COVID19-Pandemie wahrscheinlich. Dies können die Gründe dafür sein, dass zum Stichtag 31.12.2022 nur relativ wenige Leistungsnachweise vorlagen. Es wird weiterhin zu beobachten sein, wie sich dies weiter entwickelt und ob Hinweise darauf entstehen, dass das pauschale Vergütungssystem und die dabei zugrunde liegenden Annahmen über das Inanspruchnahmeverhalten der Beratung einer Anpassung bedarf. Hier werden insbesondere durch die vom Innovationsfonds geförderten Projekte zur gesundheitlichen Versorgungsplanung neue Erkenntnisse

erwartet und in die diesbezüglichen Bewertungen einbezogen³.

Wie unter Kapitel 4.1 beschrieben, befindet sich das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase im Berichtszeitraum weiterhin im Aufbau. Die Anzahl der Einrichtungen, die die gesundheitliche Versorgungsplanung anbieten, konnte im Vergleich zu den Berichtsjahren 2017 bis 2019 deutlich gesteigert werden. Dennoch bieten nur rund 15 % der stationären Pflegeeinrichtungen die Leistung an. Stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen können sich freiwillig dazu entscheiden, die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anzubieten. Dies war eine bewusste Entscheidung des Gesetzgebers. Die Krankenkassen können auf die Menge des Angebots keinen Einfluss nehmen.

³ <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsfor-schung/bevor-patienten-relevante-auswirkungen-von-be-handlung-im-voraus-planen-cluster-randomisierte-inter-ventionsstudie-in-seniorenpflegeeinrichtungen.204>;

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsfor-schung/gut-leben-gesundheitliche-versorgungsplanung-fuer-die-letzte-lebensphase-nach-132g-sgb-v-im-pflege-heim-bisherige-implementierung-barrieren-und-empfeh-lungen-zur-weiterentwicklung.458>

5. Gesamtfazit 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.

Vor der Neufassung des § 132d SGB V im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) hatten die Krankenkassen mit geeigneten Einrichtungen oder Personen Verträge für eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV geschlossen. Das OLG Düsseldorf kam mit dem Beschluss vom 15.06.2016 zu dem Ergebnis, dass es sich bei diesen Einzelverträgen zur Versorgung mit SAPV um ausschreibungspflichtige öffentliche Aufträge handelt, denen ein transparentes Verfahren zum Abschluss von Verträgen zugrunde liegen muss. Mit der Änderung des § 132d Abs. 1 SGB V im Rahmen des PpSG wurde der GKV-Spitzenverband beauftragt, mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinie nach § 37b Abs. 3 SGB V einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der SAPV zu schließen. Die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen sind dabei in einem gesonderten Rahmenvertrag zu vereinbaren. Die Rahmenverträge sind zum 01.01.2023 in Kraft getreten. Welche Auswirkungen die Abschlüsse der Rahmenverträge auf die Strukturen der SAPV haben wird, wird sich in den kommenden Jahren zeigen.

Die Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V wurden in den Ländern überwiegend um die Anforderungen und Vergütung der Symptomkontrolle für Palliativpatienten angepasst. Eine Herausforderung für die Anpassung der Verträge stellt die Vereinbarung der erforderlichen Qualifikationsanforderungen an die Pflegefachkräfte dar, die diese komplexe Leistung erbringen – entsprechende Vereinbarungen mit den Leistungserbringern gestalten sich auch mit Blick auf die ggf. geringe Attraktivität einer Spezialisierung auf die Palliativversorgung als schwierig. Die Krankenkassen sind weiterhin bestrebt, entsprechende Vertragsanpassungen zu vereinbaren. Ein Grund für die aus Leistungserbringersicht ggf. wahrgenommene geringe Attraktivität einer Spezialisierung auf die palliativpflegerische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zur Erbringung der Symptomkontrolle nach Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie kann darin liegen, dass im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung vorrangig Leistungen der SAPV verordnet werden. Das Vorliegen eines besonders hohen Versorgungsbedarfs, welcher nach § 4 der SAPV-Richtlinie des G-BA anhand des Vorliegens eines komplexen Symptomgeschehens operationalisiert wird, ist in Abgrenzung zur häuslichen Krankenpflege – zumal in Bezug auf die hier in Rede stehende Komplexleistung – im Einzelfall ggf. nicht trennscharf begründbar. Bereits in der Vergangenheit hat der GKV-Spitzenverband da-

rauf hingewiesen, dass die zunehmende Ausdifferenzierung des Leistungskataloges der GKV im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung zu Schwierigkeiten mit Blick auf die leistungsrechtliche Abgrenzung der einzelnen Leistungsansprüche zueinander führen kann.

Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V befand sich im Berichtszeitraum weiter im Aufbau. Die Etablierung der Leistung wird weiterhin einen Organisationsentwicklungsprozess in den Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe voraussetzen. Da es im Ermessen der Einrichtungen liegt, die gesundheitliche Versorgungsplanung anzubieten, wird sich künftig zeigen, wie viele Einrichtungen dieses Angebot tatsächlich implementieren. Zudem werden die Krankenkassen weiterhin beobachten, wie sich das Leistungsgeschehen in den teilnehmenden Einrichtungen entwickelt.