



Qualitätsbericht

über die

Umsetzung der SAPV

in Berlin

für das Jahr 2014

Verantwortlich für den Inhalt

Home Care Berlin e.V.

Brabanter Str.21

10713 Berlin

Tel.: 030/ 453 43 48

E-Mail: info@homecareberlin.de

www.homecare.berlin

Berlin, Juni 2017 (Endversion - inkl. Einarbeitung von Kommentaren der Vertragspartner)

Inhaltsverzeichnis

1. Home Care Berlin e.V.	5
2. Maßnahmen der Qualitätssicherung durch Home Care Berlin e.V.	6
2.1 Fortbildungen	6
2.2 Qualitätszirkel	6
2.3 Supervision	6
2.4 Netzwerkarbeit.....	6
3. Palliativnetze in Berlin	7
4. Zugelassene Leistungserbringer für SAPV im Jahr 2014	8
4.1 Spezialisierte Palliativärztinnen und Palliativärzte	8
4.2 Spezialisierte Palliativpflegedienste	9
5. SAPV-Patientendokumentation Arzt	10
5.1 Methodik	10
5.2 Anzahl der SAPV-Begleitungen	11
5.3 Zugehörigkeit zu einzelnen Krankenkassen	13
5.4 Alter der Patienten	14
5.5 SAPV initiiert durch	15
5.6 Wer kümmert sich?	16
5.7 Allgemeinzustand.....	17
5.8 Hauptdiagnose, die der Grund der SAPV-Versorgung war	19
5.9 komplexes Symptomgeschehen	21
5.10 Symptome im weiteren Verlauf	22
5.11 Aufenthaltsort zu Beginn der SAPV	23
5.12 Versorgungsdauer	24
5.13 Grund für den Versorgungsabschluss	25
5.14 Sterbeort.....	26
5.15 Temporäre Krankenseinweisungen	26
5.16 Überleitung in ein Hospiz / Krankenhaus / Pflegeheim etc am Lebensende	26
5.17 Versorgungsziffern (Zahl der Hausbesuche durch Ärzte).....	29
5.18. Beteiligte zu koordinierende Leistungserbringer während der SAPV.....	30

6.	SAPV-Patientendokumentation Pflege	31
6.1	Methodik	31
6.2	Anzahl der SAPV-Begleitungen	32
6.3	Verteilung der Versorgung nach Stadtbezirken.....	33
6.4	Zugehörigkeit zu einzelnen Krankenkassen	34
6.5	Alter und Wohnsituation zu Beginn der Begleitungen	35
6.6	SAPV initiiert durch	36
6.7	SAPV-Verordnung von	36
6.8	Wer kümmert sich?	37
6.9	Allgemeinzustand und Angaben zur Pflegeversicherung	37
6.10	Hauptdiagnose und Verteilung der bösartigen Neubildungen.....	39
6.11	Hauptprobleme zu Beginn und im Verlauf der Versorgung	40
6.12	Palliativmaßnahmen im Verlauf	41
6.13	Versorgungsdauer	43
6.14	Grund für den Versorgungsabschluss	43
6.15	Überleitung am Lebensende	44
6.16	Sterbeort.....	45
6.17	Versorgungsziffern.....	46
6.18.	Kostenübernahme / Behandlungspflegen neben SAPV	47
7.	Fazit.....	48

Anlage 1: SAPV-Dokumentationsbogen Arzt

Anlage 2: SAPV-Dokumentationsbogen Pflege

Einleitung

Dieser Qualitätsbericht soll einen Einblick in die Berliner SAPV ermöglichen und allen, die daran interessiert sind, Auskunft über die Art und Weise der Versorgung und die Ergebnisse geben, die mit guter Palliativversorgung zu erreichen sind.

Home Care Berlin e.V. ist vertraglich verpflichtet, den Vertragspartnern des "Rahmenvertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 132d SGB V in Berlin" den jährlichen Qualitätsbericht über die Umsetzung der SAPV in Berlin zum 30.6. des Folgejahres zu übermitteln. Dieser Auflage entsprechen wir mit der Vorlage dieses Berichts über die Umsetzung der SAPV in Berlin im Jahr 2014.

Wir knüpfen dabei an die Ergebnisse der Qualitätsberichte für die Jahre 2011, 2012 und 2013 an. Kernstück des Qualitätsberichts für das Jahr 2014 ist, wie schon in den Vorjahren, die Auswertung der "SAPV-Patientendokumentation Arzt" und zudem in diesem Jahr erstmalig die „SAPV-Patientendokumentation Pflege“, die in den Kapiteln 5 und 6 in ihren zentralen Aussagen vorgestellt werden.

Wenn im vorliegenden Text ausschließlich die weibliche oder die männliche Form genannt wird, ist auch die jeweils andere Form gemeint. Aus Gründen der flüssigeren Schreibweise und der besseren Lesbarkeit wurde auf die durchgängige Verwendung beider Geschlechtsformen verzichtet.

1. Home Care Berlin e.V.

Der gemeinnützige Verein Home Care Berlin e.V. wurde im Jahr 1993 gegründet. Seine Aufgaben werden von § 2 der Vereinssatzung vorgegeben, in der es u.a. heißt:

"Zweck des Vereins ist der koordinierte Aufbau und die Gewährleistung der Arbeit eines funktionierenden Netzes der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Berlin. Durch die Gewährleistung einer umfassenden Versorgung soll es Palliativpatienten möglich sein, ihre letzte Lebenszeit ihrem Wunsch entsprechend in ihrem selbst gewählten Umfeld zu verbringen. Seinen Zweck erfüllt der Verein durch finanzielle, materielle und organisatorische Unterstützung folgender Aktivitäten:

- Aufbau von mobilen Diensten zur spezialisierten ambulanten Versorgung von Palliativpatienten;
- Koordination der Zusammenarbeit der Dienste zur ambulanten spezialisierten Palliativversorgung untereinander und in einem regionalen Versorgungsverbund;
- Koordination der Zusammenarbeit zwischen den Anbietern der spezialisierten und der allgemeinen Palliativversorgung;¹
- Beratung und Unterstützung von Palliativpatienten und ihren Angehörigen bei der Inanspruchnahme der spezialisierten und der allgemeinen Palliativversorgung;
- Organisation der Fortbildung von Mitarbeitern der spezialisierten Palliativversorgung und anderer an der Palliativversorgung interessierter und in der Palliativversorgung tätiger Personen oder Institutionen;
- Aufbau, Weiterentwicklung, Führung und Evaluation einer einheitlichen Dokumentation als qualitätssichernde Maßnahme sowie Öffentlichkeitsarbeit auf dem Gebiet der spezialisierten Palliativversorgung."

In diesem Sinne versteht sich Home Care Berlin e.V. auch als Vertragspartner in der Berliner SAPV und die Vorlage dieses Qualitätsberichts über die Umsetzung der SAPV in Berlin im Jahr 2014 ist ein Teil dieser Bemühungen.

¹ Die allgemeine Palliativversorgung erfolgt im Rahmen der Regelversorgung.

2. Maßnahmen der Qualitätssicherung durch Home Care Berlin e.V.

Home Care Berlin e.V. bemüht sich auf vielerlei Weise die Qualitätsentwicklung in der ambulanten Palliativversorgung zu fördern und insbesondere für den Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung Angebote für die Mitarbeiter in diesem Feld zu schaffen bzw. auf sie hinzuweisen, mit deren Hilfe die Arbeit reflektiert und der Umgang mit belastenden Situationen erträglicher gemacht werden kann.

2.1 Fortbildungen

Ein wesentliches Fortbildungsangebot ist die gemeinsam mit der Landesvertretung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) organisierte Ausrichtung eines 40-stündigen "Basiskurs Palliativmedizin", der zweimal jährlich stattfindet und v.a. interessierte Ärztinnen und Ärzte ansprechen und zur Vertiefung anregen soll.

2.2 Qualitätszirkel

Viermal im Jahr richtet Home Care Berlin e.V. einen Qualitätszirkel aus. Bei diesen Treffen kommen die Mitarbeiter der verschiedenen SAPV-Standorte in Berlin miteinander ins Gespräch und tauschen sich über aktuelle Themen oder interessante Fälle aus. Die Themenwahl erfolgt eher kurzfristig, um möglichst aktuelle Themen besprechen zu können.

2.3 Supervision

Mitarbeitern in der SAPV bietet Home Care Berlin e.V. die Kostenübernahme für Gruppensupervisionen durch eine erfahrene Psychologin an. Die Supervisionen finden zu festen Terminen statt, die Gruppe ist offen, so dass sich je nach Bedarf zwei bis sechs Teilnehmern über die Arbeit in der SAPV austauschen können.

2.4 Netzwerkarbeit

Eine zunehmend wichtiger werdende Aufgabe ist die Koordination der Palliativnetze, die sich in den letzten drei Jahren in Berlin gebildet haben. Home Care Berlin e.V. veranstaltet zweimal im Jahr ein Netzwerktreffen, auf dem sich Vertreter der Netze begegnen und sich über die Erfahrungen in der Netzwerkarbeit austauschen.

3. Palliativnetze in Berlin

Die Weiterentwicklung der Palliativnetze war auch ein Charakteristikum des Jahres 2014. Home Care Berlin e.V. hat sich bemüht, den Netzen mit Rat und Tat zur Verfügung zu stehen. Auch eine finanzielle Unterstützung der Netze (z.B. für Referentenhonorare) wird weiter angeboten. Die Berliner Palliativnetze sind weiterhin sehr unterschiedlich in ihrer Struktur und ihrem Organisationsgrad. Inzwischen sind es neun Netzwerke, die sich etabliert haben - zwei neue Netze kamen im Laufe des Jahres 2014 hinzu. Alle Netze arbeiten sektorenübergreifend und multiprofessionell - die meisten sind offen angelegt und für alle an der Palliativversorgung interessierten Mitarbeiter im Gesundheitswesen offen. Sie treffen sich zwischen vier- bis achtmal im Jahr. Es werden in der Regel themen- und/oder fallorientierte Inhalte besprochen, wobei es vor allem auf den Austausch der Mitglieder untereinander ankommt, auch um die Zusammenarbeit in der alltäglichen Praxis zu verbessern. Die im SAPV-Rahmenvertrag geforderten "multiprofessionellen Fortbildungen" und "multidisziplinären Fallbesprechungen" finden oft im Rahmen der Netzwerktreffen statt. Ansprechpartner in den Netzen sind in der Regel Pflegende und/oder Ärzte.

Tabelle 3: Übersicht über die Berliner Palliativnetze

Datenbasis: Recherche von Home Care Berlin e.V. 2014)

Palliativnetz	Mitglieder im Verteilerkreis	Treffen 2014	AnsprechpartnerInnen
<i>Mitte-Nord</i>	<i>ca. 20</i>	<i>5</i>	<i>Renée Puhmann: R.Puhmann@hauseins-berlin.de</i>
<i>Nordost</i>	<i>ca. 100</i>	<i>6</i>	<i>Julius Howorka: palliativnetz-berlin-nordost@web.de</i>
<i>Ost</i>	<i>ca. 20</i>	<i>4</i>	<i>Matthias Passon: matthias.passon@berlin.de</i>
<i>Süd</i>	<i>ca. 39</i>	<i>4</i>	<i>Johannes Schlachter: jschlachter@ricam-hospiz.de</i>
<i>Mitte-Südwest</i>	<i>ca. 100</i>	<i>8</i>	<i>Thomas Schindler: palliativteam.berlin@gmx.de</i>
<i>Südwest</i>	<i>ca. 30</i>	<i>4</i>	<i>Michael Friedmann: friedmann@snaflu.de</i>
<i>Spandau (= West)</i>	<i>ca. 65</i>	<i>5</i>	<i>Eveline Klemm: eveline.klemm@trias-sozial.com</i>
<i>Kinder & Jugendliche (= berlinweit)</i>	<i>ca. 30</i>	<i>2</i>	<i>Sabine Sebayang: sabine.sebayang@bss-services.de</i>
<i>Biesdorf</i>	<i>ca. 20</i>	<i>3</i>	<i>Gabriela Buerschaper: info@opz-biesdorf.de</i>

Home Care Berlin e.V. versteht sich als Bindeglied zwischen den Netzen, die in ihrer Arbeit auch dadurch unterstützt werden, dass sie über Home Care von den Treffen und inhaltlichen Diskussionen der anderen Netze Kenntnis erhalten und Informationen, die für alle Netze wichtig sein könnten, weitergeleitet werden.

4. Zugelassene Leistungserbringer für SAPV im Jahr 2014

4.1 Spezialisierte Palliativärztinnen und Palliativärzte

Im Jahr 2014 stellten 65 SAPV-Ärzte Dokumentationsbögen zur Verfügung. Die Zahl der insgesamt für SAPV zugelassenen ärztlichen Leistungserbringer in Berlin betrug 88 (Stand: 27.01.2015).

Fast alle zugelassenen Ärzte sind an einem Standort mit einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vergebenen SAPV-Betriebsstättennummer (SAPV-BSNR) tätig. Es gibt nur wenige Ausnahmen.

Eine einzigartige Besonderheit der Berliner SAPV ist die Unterscheidung bei den Palliativärzten zwischen niedergelassenen Ärzten, die im KV-System als Vertragsärzte tätig sind und Ärzten, die an einem zugelassenen SAPV-Standort tätig werden und dort bei einem Vertragsarzt angestellt sind oder in dessen Auftrag handeln. Sowohl die niedergelassenen Ärzte als auch die Nicht-Vertragsärzte müssen die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erworben haben.

Alle Vertragsärzte, die für die SAPV in Berlin zugelassen sind und über eine SAPV-BSNR verfügen, haben eine Facharzt-Anerkennung. Die meisten sind Ärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie. Darüber hinaus sind unter den für die SAPV zugelassenen und niedergelassenen Ärzten auch Ärzte für Anästhesiologie, Ärzte für Allgemeinmedizin sowie einzelne Ärzte für Urologie, Gynäkologie und Physikalische Medizin. Auch die für die SAPV zugelassenen Nicht-Vertragsärzte entstammen aus unterschiedlichen Fachrichtungen und weisen ein breites Spektrum an ärztlicher Erfahrung auf. Dieser Gruppe gehören auch die meisten der ehemaligen "Home Care-Ärzte" an.

4.2 Spezialisierte Palliativpflegedienste

Zugelassen für die Arbeit in der Berliner SAPV sind von den Krankenkassen 32 spezialisierte Palliativpflegedienste, die formal die Anforderungen des gültigen Rahmenvertrages erfüllen, um in der SAPV tätig sein zu können und ihre Leistungen in diesem Zusammenhang auch abzurechnen. Im Jahr 2014 nahmen 21 dieser Dienste in nennenswertem Umfang (mit mehr als 10 SAPV-Begleitungen im Jahr 2014) an der realen Versorgung teil. Über die Einbindung der spezialisierten Palliativpflegedienste in die Berliner SAPV gibt Kapitel 6 genauer Auskunft.

Bemerkenswert in Bezug auf die Beurteilung der Arbeit der spezialisierten Palliativpflegedienste in Berlin ist die Tatsache, dass es - auf Initiative von Home Care Berlin e.V. und des BAAP e.V. und mit Zustimmung aller Vertragspartner - im Jahr 2014 erstmalig zu einer gemeinsamen Datenerhebung gekommen ist. Da Vergleichswerte aus den Vorjahren fehlen, kann hier nur der Status des Jahres 2014 wiedergegeben werden. Die Entwicklung im Verlauf zu analysieren wird zukünftigen Qualitätsberichten vorbehalten sein.

Die schon bestehende "SAPV-Patientendokumentation Arzt" erhält durch die "SAPV-Patientendokumentation Pflege" eine Ergänzung, so dass das Versorgungsgeschehen in der Berliner SAPV nun ganzheitlicher abbildbar ist.

5. Patientendokumentation SAPV - Ärzte

5.1 Methodik

Die im Folgenden vorgestellten Daten, die auch den Kern dieses Qualitätsberichts ausmachen, entstammen der "SAPV-Patientendokumentation Arzt". Für die Dokumentation im Jahr 2014 hatten sich die Vertragspartner auf einen geänderten Dokumentationsbogen verständigt, der zum Teil andere Items abfragt, so dass bestimmte Datenerhebungen aus den Vorjahren nicht fortgesetzt wurden, andere hingegen hinzukamen (vgl. Anlage 1). Die ärztlichen (und ab 2014 auch die pflegerischen) Teilnehmer am Berliner SAPV-Rahmenvertrag sind gemäß § 10 ("Aufgaben der Leistungserbringer / Vertragspartner") verpflichtet, "zum Zweck der Erstellung des Qualitätsberichts sämtliche Dokumentationsbögen" Home Care Berlin e.V. zur Verfügung zu stellen. Gemäß Vertragstext wird der jährliche Qualitätsbericht auf der Basis der Auswertung dieser Dokumentationsbögen bis zum 30.6. des Folgejahres von Home Care Berlin e.V. erstellt.

Schon bei der Auswertung für das Jahr 2011 hatte sich gezeigt, dass der "SAPV Dokumentationsbogen Arzt" methodische Schwächen hat, die dazu führten, dass mehrere der abgefragten Items keine verlässlichen Ergebnisse brachten. Trotz einer Legende, die das Ausfüllen des Dokumentationsbogens erleichtern sollte, und wiederholter Schulungen der teilnehmenden Ärzte, hat auch die Auswertung für das Jahr 2014 die inhaltlichen Schwächen des bisher genutzten Bogens bestätigt. Das war der Grund, weshalb im Jahr 2013 von den Vertragspartnern ein abgewandelter Bogen "SAPV-Patientendokumentation Arzt" verabschiedet wurde, der seit Beginn des Jahres 2014 im Einsatz ist.

Der überarbeitete neue Bogen zur "SAPV-Patientendokumentation Arzt" mit Gültigkeit ab 2014 vermeidet viele Schwächen seines Vorgängers. Dennoch wird seitens Home Care Berlin e.V. Verbesserungspotential für den Bogen gesehen (wie z.B. die fehlende Abfrage des Geschlechts und die fehlende Abfrage von zentralen Tätigkeitsfeldern wie etwa im Bogen für die SAPV-Pflege). Dementsprechend sollte der Bogen zur "SAPV-Patientendokumentation Arzt" bei zukünftigen Erhebungen in Absprache mit den Vertragspartnern weiter optimiert werden.

5.2 Anzahl der SAPV-Begleitungen

Die Anzahl der von den Teilnehmern am SAPV-Rahmenvertrag eingereichten Dokumentationsbögen ist nicht identisch mit der Zahl der in der realen SAPV-Versorgungspraxis betreuten Patienten. Weiterhin resultiert eine Differenz zwischen der Zahl der Erstverordnungen zur SAPV auf Muster 63 und der Zahl der eingereichten Dokumentationsbögen. Im Jahr 2011 betrug diese Differenz zu Lasten fehlender Dokumentationsbögen 1.137 Fälle (> 25 %), so dass bei den Ergebnissen für das Jahr 2011 nur schwerlich von einer vollständigen Dokumentation gesprochen werden konnte. Im Jahr 2012 hatte sich die Differenz auf 651 Fälle verringert, im Jahr 2013 stieg sie wieder auf 784 Fälle und im Jahr 2014 betrug die Differenz 780 Dokumentationsbögen (13,9 %). Trotz wiederholter Bemühungen von Home Care Berlin e.V. und der KV Berlin, die Dokumentationsdisziplin der teilnehmenden Ärzte zu steigern, liegt der Prozentsatz nicht eingereicherter Dokumentationsbögen seit drei Jahren relativ stabil um 14 Prozent.

Tabelle 5.2.1: Anzahl der Erstverordnungen zur SAPV auf Muster 63 in Berlin (Quelle: KV) sowie Anzahl der eingereichten "SAPV-Dokumentationsbögen Arzt"

	2014	2013	2012	2011
Anzahl der Erstverordnungen SAPV	5.622	5.346	4.704	4.304
Eingereichte Dokumentationsbögen	4.842	4.562	4.053	3.167
Vollumfänglich verwertbare Bögen	4.839	4.460	3.998	3.124
Differenz Anzahl	780	784	651	1.137
Fehlende Bögen (in Prozent)	13,9 %	14,6 %	13,8 %	26,5 %

Berlin ist somit, was die Anzahl der betreuten SAPV-Patienten betrifft, im bundesweiten Vergleich - sowohl bei den absoluten Zahlen und erst recht in Bezug auf den Vergleichsmaßstab (pro 1 Mio Einwohner) - weiterhin führend. Nach Berlin weisen Hessen und Hamburg die zweit- bzw drittgrößte SAPV-Versorgungsdichte in Deutschland auf - ebenfalls gemessen an der Zahl der Erstverordnungen in 2013 (Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung).

Alle Ärzte, die Dokumentationsbögen eingereicht haben, erhalten ab dem Versorgungsjahr 2013 die Gesamtauswertung sowie die Einzelauswertung des eigenen Standorts. Der individuelle Vergleich mit der Gesamtgruppe soll dazu beitragen, das eigene Handeln zu reflektieren und die Versorgungsqualität zu verbessern.

Die Anzahl von SAPV-Begleitungen pro SAPV-Standort unterscheidet sich erheblich und ist in erster Linie davon abhängig, ob an einem SAPV-BSNR-Standort ein oder mehrere zugelassene Ärzte in der SAPV aktiv sind - worunter wir eine regelmäßige Hausbesuchstätigkeit sowie die 24h-Erreichbarkeit verstehen. Für 2014 lassen sich vor diesem Hintergrund wieder drei große Gruppen unterscheiden, deren Zahl an SAPV-Begleitungen erheblich differiert.

Tabelle 5.2.2: SAPV-Standorte nach BSNR; unterschieden nach der Anzahl der SAPV-Begleitungen bzw. der eingereichten "SAPV-Dokumentationsbögen Arzt"

	2014	2013	2012	2011
SAPV-Standorte mit eigener SAPV-BSNR insgesamt	38	37	36	28
SAPV-Standorte mit mindestens 200 Begleitungen pro Jahr	8	7	7	7
SAPV-Standorte mit 51-199 Begleitungen pro Jahr	11	12	12	9
SAPV-Standorte mit höchstens 50 Begleitungen pro Jahr	19	18	17	12

Von den acht SAPV-Standorten, die im Jahr 2014 jeweils über 200 SAPV-Begleitungen im Jahr durchgeführt (bzw. dokumentiert) haben, wurden insgesamt 3.234 Patienten versorgt (MW: 404), was einem Anteil von gut zwei Dritteln (67 Prozent) der in Berlin versorgten (bzw. dokumentierten) SAPV-Patienten entspricht. Umgekehrt wurden von den 21 SAPV-Standorten, die im Jahr 2014 jeweils weniger als 51 Begleitungen durchführten (bzw. dokumentierten), insgesamt 235 SAPV-Patienten versorgt (MW: 12), knapp fünf Prozent aller Patienten. Ob und wenn ja, welche Auswirkungen diese erheblichen Differenzen auf die Qualität der Versorgung haben, kann (noch) nicht gesagt werden, sollte aber Anlass zu weiteren Untersuchungen sein.

5.3 Zugehörigkeit zu einzelnen Krankenkassen

Die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse ließ sich relativ leicht erheben, da es nur in wenigen Ausnahmefällen Zweifel darüber geben kann, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse ein SAPV-Patient versichert ist. Dennoch gab es auch für das Jahr 2014 methodisch bedingte kleinere Unsicherheiten, da nicht immer ermittelt werden konnte, ob z.B. ein bei der AOK versicherter Patient tatsächlich, wie es die Regel war, auch bei der AOK Nordost (die Vertragspartner ist) und nicht bei einer externen AOK (die separat gezählt werden sollte) versichert war. Das gleiche Problem stellte sich in wenigen Ausnahmefällen bei den Betriebskrankenkassen, von denen zwar viele bis zum Jahr 2014 dem Berliner SAPV-Rahmenvertrag beigetreten waren, gleichwohl nicht immer ermittelt werden konnte, welche BKK im Einzelnen Kostenträger war und es somit kleine Unschärfen bei der Frage gibt, ob die BKK eines SAPV-Patienten Teilnehmerin des Berliner Vertrages ist oder nicht (= externe BKK).

Tabelle 5.3: Zugehörigkeit der SAPV-Patienten zu einer gesetzlichen Krankenkasse
(Datenbasis: 4.842 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.562 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
4.050 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
2.993 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011)

Krankenkasse	2014 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
AOK Nordost	42	41	41	42
Barmer GEK	16	15	16	15
Betriebskrankenkassen	12	12	12	14
TK	11	13	11	12
DAK	8	8	8	8
KKH-Allianz	5	4	5	5
IKK	3	4	4	3
Knappschaft	2	1	1	1
Sonstige	1	2	2	0

Im Vergleich zu den Auswertungen aus den Vorjahren fällt auf, dass die Zahlen im Wesentlichen gleich geblieben sind. Es war auch nicht zu erwarten gewesen, dass es hier zu wesentlichen Veränderungen kommen würde. Auch der geringe Prozentsatz von Patienten, die bei externen GKV-Kassen versichert waren (in der Rubrik "Sonstige"), ist gleich geblieben.

5.4 Alter der Patienten

Das Geschlecht wird im seit 2014 gültigen Dokumentationsbogen nicht mehr erhoben. Beim Alter und den Altersgruppen der versorgten Patienten ergaben sich keine wesentlichen Veränderungen. Die drei Altersgruppen wurden mangels fehlender einheitlicher und allgemein anerkannter Definitionen zu den einzelnen Altersabschnitten aus rein praktischen Erwägungen ausgewählt und definiert.

Tabelle 5.4.1: Alter der SAPV-Patienten

(Datenbasis: 4.842 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.562 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
4.053 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
3.124 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011)

Alter	2014 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
Mittelwert	74	74	73	74
Mittelwert Frauen		75	74	
Mittelwert Männer		72	71	
Altersgruppe 1: < 51 Jahre	4	5	5	4
Altersgruppe 2: 51 - 75 Jahre	48	47	51	67 (51-80 J.)
Altersgruppe 3: > 75 Jahre	48	48	44	29 (> 81 J.)

5.5 SAPV initiiert durch ...

Die Frage danach, wer die SAPV verordnete, lässt sich mit dem neuen Dokumentationsbogen aussagekräftiger beantworten. Bei dem Item, wer die SAPV initiiert hat sind Mehrfachantworten ausdrücklich erlaubt. Tatsächlich spielten schon bei der Entwicklung des ursprünglichen Dokumentationsbogens Überlegungen eine Rolle, die darauf abzielten, in Erfahrung zu bringen, wer die SAPV-Versorgung intendiert hat. Dies können durchaus mehrere Beteiligte sein, z.B. Hausarzt, niedergelassener Facharzt oder Krankenhausarzt, der Patient selber (und/oder seine Angehörigen) oder die Mitarbeiter in einem Pflegeheim. Die Antworten im aktuellen Dokumentationsbogen für das Jahr 2014 machen deutlich, dass es in erster Linie die niedergelassenen Haus- und Fachärzte sind, die eine SAPV anregen bzw vermitteln, gefolgt von den stationären Hospizen, den Krankenhäusern und den Pflegeheimen. Nicht zuletzt sind es in nicht wenigen Fällen die Patienten und ihre Angehörigen selbst, die sich aus Eigeninitiative heraus um eine SAPV-Versorgung bemühen.

Tabelle 5.5: SAPV initiiert durch ...

(Datenbasis: 4.842 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.562 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
4.050 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
3.124 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011;
Mehrfachantworten waren möglich)

SAPV initiiert durch ... (2011-2013: Wer verordnete SAPV?)	2014 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
Patient / Angehörige	11			
SAPV-Arzt		51	49	50
SAPV-Pflege	5			
Hausarzt oder Facharzt	33	36	50	49
Heim	12			
Stationäres Hospiz	19			
Ambulanter Hospizdienst	1			
Palliativstation	2	1	2	3
Krankenhaus	16	11	10	7
Sonstige	3	1	1	0

5.6 Wer kümmert sich?

Die im alten Dokumentationsbogen gestellten Fragen nach dem "Ziel der Versorgung" und dem "Umfang der SAPV zu Beginn der Begleitung" werden im neuen Dokumentationsbogen seit 2014 nicht mehr gestellt, da die Antworten wenig aussagekräftig waren. Stattdessen wird jetzt gefragt nach den Personen im sozialen Umfeld der Patienten, die sich an der Versorgung und/oder bei der Pflege aktiv beteiligen. Deren Bedeutung für eine gelingende Begleitung am Lebensende auch am gewünschten Ort ist unstrittig.

Tabelle 5.6: Wer kümmert sich?

(Datenbasis: 4.842 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
Mehrfachantworten waren möglich)

Wer kümmert sich	2014 (in Prozent)
Keiner	12
Partner	43
Eltern(teil)	2
Sonstige(r) Verwandte(r)	16
Freunde/Bekannte/Nachbarn	10
Kind	41
private Pflege	4

Es überrascht nicht, dass Ehe- oder Lebenspartner sowie Kinder im sozialen Umfeld der betroffenen Patienten die wichtigste Rolle spielen. Sie sind häufig aktiv in der Versorgung und bei der Pflege beteiligt. Aber auch andere Verwandte sowie Freunde, Bekannte und Nachbarn spielen nicht selten eine wichtige Rolle, um auch in den letzten Lebenswochen vieles von dem möglich werden zu lassen, was sich die Patienten wünschen. Eher selten sind Eltern aktiv in die Begleitung einbezogen (was bei einem Durchschnittsalter der Patienten von 73 Jahren nicht überrascht). Der Anteil derjenigen, die zu Beginn der SAPV jedoch niemanden im privaten Raum haben, der ihnen beisteht und sich um sie kümmert ist erstaunlich hoch (12 Prozent).

5.7 Allgemeinzustand

Die Frage nach dem Allgemeinzustand zu Beginn der SAPV ist neu in den Dokumentationsbogen aufgenommen worden. In Anlehnung an den Performance Status nach der Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) und im Bemühen darum, eine möglichst einfache und klare Definition des Allgemeinzustands zu wählen, werden bei der Fragestellung vier Kategorien unterschieden. Knapp ein Viertel der Patienten wurde in 2014 schon zu Beginn der SAPV als moribund, also sterbend eingeschätzt, was einer prognostizierten Lebenserwartung von bis zu einer Woche entspricht. Etwas mehr als die Hälfte der Patienten war durch die schließlich zur SAPV führenden Erkrankung in ihrem Aktivitätsradius schon erheblich eingeschränkt (mit vorwiegender Bettlägerigkeit) und bei einem weiteren knappen Viertel der Patienten war der Allgemeinzustand zumindest eingeschränkt. Diese Verteilung entspricht in etwa dem, was zu erwarten war.

Tabelle 5.7: Allgemeinzustand

(Datenbasis: 4.842 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Allgemeinzustand	2014 (in Prozent)
Eingeschränkt	8
weniger als 50% bettlägrig	15
mehr als 50 % bettlägrig	55
Moribund	22

5.8 SAPV-Verordnung von ...

Das am ehesten vergleichbare Item im alten Dokumentationsbogen war die Frage nach dem Umfang der SAPV zu Beginn der Begleitung (weshalb die Ergebnisse aus den Jahren 2011-2013 hier noch einmal referiert werden). Die Antworten waren jedoch sehr missverständlich. Deshalb wird im neuen Dokumentationsbogen ausschließlich danach gefragt, welche Stufe der SAPV bei der Erstverordnung auf Muster 63 beantragt wurde. Hier gibt es keinen Interpretationsspielraum und die Ergebnisse für das Jahr 2014 sind somit eindeutig. In der Berliner SAPV werden im Grunde ausschließlich Teilversorgung oder Vollversorgung beantragt. Deutlich wird auch, im Vergleich zu den Vorjahren, dass der Anteil der Teilversorgung in dem Maße zunimmt, wie der Anteil der Vollversorgung prozentual kleiner wird - zumindest zu Beginn der SAPV. Über die Gründe dafür lässt sich nur spekulieren.

Tabelle 5.7: SAPV-Verordnung von ...

(Datenbasis: 4.842 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
 4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
 4.053 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
 3.167 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011)

SAPV-Verordnung von ... (2011-2013: Umfang der SAPV)	2014 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
Beratung von Betroffenen vor Ort		71	66	51
Telefonische Beratung von Betroffenen		60	55	40
Koordination der ambulanten Versorgung		39	40	32
Telefonische Beratung des primär versorgenden Arztes		27	22	12
Beratung des primär versorgenden Arztes vor Ort		3	4	2
Teilversorgung	40	33	27	16
Vollversorgung	60	71	73	84

5.9 Hauptdiagnose, die der Grund der SAPV ist

Die Aussagekraft der Antworten auf diese Frage ist sehr hoch. Im Dokumentationsbogen reicht die Angabe einer dreistelligen Ziffer der ICD-10, um die zugrunde liegende Diagnose mit ausreichender Trennschärfe zu codieren. Nur in wenigen Fällen war eine Identifizierung der Hauptdiagnose nicht möglich.

Tabelle 5.8.1: Diagnose, die die SAPV begründet

(Datenbasis: 4.842 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012;
in Klammern das jeweilige Kapitel in der ICD-10)

Diagnose, die die SAPV begründet	2014 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)
Bösartige Neubildungen (C)	89	89	91
Krankheiten des Kreislaufsystems (I)	3	3	2
Krankheiten von Psyche und Nervensystem (F, G)	3	2	2
Krankheiten des Atmungssystems (J)	2	2	1
Gutartige oder unklare Neubildungen (D)	1	1	1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N)	1	1	1
Alle anderen Diagnosen	1	2	2

Wie in den letzten Jahren repräsentieren bösartige Neubildungen den mit Abstand größten Anteil bei den Diagnosen (Kapitel C in der ICD-10). Gleichwohl wird in über zehn Prozent aller Fälle eine SAPV auch für Patienten beantragt und durchgeführt, die an keiner Krebserkrankung leiden, sondern an einer anderen unheilbaren fortgeschrittenen Erkrankung mit absehbar begrenzter Lebenszeit und bei denen Erschwernisse in der Behandlung vorliegen. Hier dominieren weiterhin die Krankheiten des Kreislaufsystems (Kapitel I in der ICD-10), an erster Stelle Hirninfarkt (I63) und Schlaganfall (I64) bzw. Herzinsuffizienz (I50) sowie organische psychische Störungen (Kapitel F) und Krankheiten des Nervensystem (Kapitel G), vor allem Demenz (F00-F03) und Amyotrophe Lateralsklerose (G12).

Die Häufigkeit von bösartigen Neubildungen in der Berliner SAPV in absoluten und relativen Zahlen zeigt Tabelle 5.8.2. - wobei die Häufigkeitsverteilung der Krebsarten im Wesentlichen der Verteilung entspricht, die laut Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes zu erwarten ist.

Tabelle 5.8.2: Häufigkeitsverteilung von bösartigen Neubildungen in der Berliner SAPV
(Datenbasis: 4.287 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
3.986 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
3.686 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012)

Bösartige Neubildung (BN)	2014		2013		2012	
	(Gesamt / n = 4.287) absolut / in Prozent		(Gesamt / n = 3.986) absolut / in Prozent		(Gesamt / n = 3.686) absolut / in Prozent	
BN der Bronchien und der Lunge (C34)	944	22	859	22	764	21
BN von Kolon und Rektum (C18-20)	427	10	420	11	402	11
BN des Pankreas (C25)	380	9	316	8	303	8
BN der Brustdrüse (C50)	330	8	328	8	334	9
BN von Ösophagus & Magen (C15-16)	243	6	233	6	222	6
BN der Harnorgane (C64-68)	281	7	276	7	217	6
BN des weiblichen Genitales (C51-58)	231	6	226	6	241	7
BN der Prostata (C61)	210	5	221	6	179	5
BN von Leber, Gallenblase/-wege (C22-24)	218	5	210	5	198	5
BN des lymphatischen und blutbildenden Gewebes (C81-96)	218	5	202	5	181	5
BN sekundärer Lokalisation=CUP (C76-80)	204	5	162	4	196	5
BN des Gehirns (C71)	147	3	161	4	145	4
BN im HNO-Bereich (C00-14 + C32)	133	3	133	3	127	3

In der Häufigkeitsverteilung der einzelnen Krebssterbefälle gibt es im Wesentlichen keine großen Unterschiede zwischen den Jahren 2012, 2013 und 2014.

Im Jahr 2013 starben in Berlin 8.794 Menschen an einer bösartigen Neubildung (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes; die Daten für 2014 liegen zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts noch nicht vor). Für das Jahr 2014 dürften Zahlen in ähnlicher Größenordnung gelten. In der Berliner SAPV wurden im Jahr 2014 nachweislich 4.287 Menschen versorgt, also knapp 50 Prozent aller Krebssterbefälle in Berlin. (In Wirklichkeit waren es auch im Jahr 2014 noch mehr, nur fehlten die Dokumentationsbögen über alle Verläufe. Orientiert man sich an der Zahl aller SAPV-Erstverordnungen und rechnet dann die Zahlen hoch, wurden vermutlich deutlich mehr als 50 Prozent aller Krebssterbefälle in Berlin im Rahmen der SAPV versorgt.)

5.10 Komplexes Symptomgeschehen zu Beginn der SAPV und Symptome im weiteren Verlauf

Die Frage nach dem komplexen Symptomgeschehen zu Beginn der SAPV ist relativ verlässlich beantwortbar, da sie ausdrücklich und plausibel eine Momentaufnahme erfragt. Dass die Frage dennoch subjektiv unterschiedliche Antworten ermöglicht, liegt in der Natur der Sache, da eine nachvollziehbare, gültige und für jeden verbindliche Definition der Adjektive "ausgeprägt" und "komplex" nicht existiert. Deutlich wird aus der Beantwortung der Frage dennoch, dass SAPV-Patienten oft mit vielen Problemen gleichzeitig zu kämpfen haben und dass ihre Situation in der Regel durchaus als "ausgeprägt komplex" beschrieben werden kann, so dass eine Überforderung sowohl des sozialen Umfelds als auch der primär versorgenden Ärzte und Pflegenden nahe liegt. Genau hier soll ja auch die SAPV einsetzen und Hilfestellung leisten. Insbesondere der relativ hohe Anteil eines "sonstigen komplexen Symptomgeschehens" macht deutlich, dass über die genannten Problemlagen hinaus viele Faktoren dazu beitragen können, das Versorgungsgeschehen in der letzten Lebenszeit zu erschweren, wobei hier nicht zuletzt die Hilfe beim Umgang mit ethischen Fragestellungen am Lebensende besonders erwähnt werden soll. Das gemeinsame Abwägen schwieriger Fragen zu Therapiezieländerungen bzw. zur Therapiebegrenzung ist ein wesentliches Merkmal von der SAPV.

Tabelle 5.10.1: Symptomgeschehen zu Beginn der SAPV

(Datenbasis: 4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013;
3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012;
Mehrfachantworten waren möglich)

Symptomgeschehen zu Beginn der SAPV	2014 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)
ausgeprägte Schmerzsymptomatik	57	83	81
ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	45	62	59
ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	66	60	55
ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik	36	54	49
ausgeprägte urogenitale Symptomatik	11	13	13
ausgeprägte (ex)ulcerierende Wunden oder Tumore	7	11	11
sonstiges komplexes Symptomgeschehen	30	62	56

Das erste Mal werden im neuen Dokumentationsbogen Symptome im Verlauf abgefragt, um einen Eindruck davon zu bekommen, wie häufig spezifische Problemsituationen in der SAPV auftreten. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass nicht alle potentiellen Symptome abgefragt wurden. So wurde z.B. nicht nach typischen Symptomen wie Körperschwäche gefragt, da davon ausgegangen werden muss, dass die große Mehrheit, wenn nicht fast alle der SAPV-Patienten davon betroffen sind. Andererseits wurde auch nicht nach eher seltenen Symptomen (wie.z.B. Singultus) gefragt. Es überrascht nicht, dass Schmerzen, Atemnot und Angst von den abgefragten Symptomen diejenigen sind, die am häufigsten im Verlauf der SAPV auftreten.

Tabelle 5.10.2: Symptome im weiteren Verlauf
(Datenbasis: 4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
Mehrfachantworten waren möglich)

Symptome im Verlauf	Anzahl	Prozent
Schmerzen	3.850	80
Atemnot	2.727	56
Angst	2.456	51
Unruhe	2.243	46
Übelkeit/ Erbrechen	2.230	46
Appetitlosigkeit	2.218	46
Müdigkeit	1.957	41
Depression	1.720	36
(Lymph-)Ödem	1.626	34
Verwirrtheit	1.594	33
Dysphagie	1.386	29
Obstipation	948	20
Husten	823	17
Aszites	732	15
Urologisches Symptom	672	14
Haut (z.B. Juckreiz)	494	10
Exulceration	447	9
Lähmung	392	8
Blutung	379	8
Krampfanfall	266	6

5.11 Aufenthaltsort zu Beginn der SAPV

Der Aufenthaltsort zu Beginn der SAPV variierte im Vergleich der Jahre 2011 bis 2014 nur leicht. Ein eindeutiger Trend ist (noch) nicht absehbar.

Abbildung 5.11.1: Ort des ersten Besuches in der SAPV in Prozent

(Datenbasis: 4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014, 4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013; 3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012; 3.124 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011)

Ort des ersten Besuchs	2014 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
(eigene) Wohnung	54	55	59	56
Stationäres Hospiz	25	25	21	24
Senioren-/Pflegeheim	15	14	14	14
Kurzzeitpflege	5	4	4	5
Pflege-WG	2			
keine Angabe		2	2	1

"Keine Angabe" wurde beim ersten und letzten Besuch in den Jahren 2011 bis 2013 dann gemacht, wenn es sich z.B. beim Wohnsetting der Betroffenen um eine Pflege-WG handelte, die im Dokumentationsbogen nicht aufgeführt war und deshalb auch nicht angekreuzt werden konnte. Im neuen Dokumentationsbogen fand auch diese Wohnform Berücksichtigung.

5.12 Versorgungsdauer

Die durchschnittliche Versorgungsdauer in der Berliner SAPV betrug im Jahr 2014 genau 53 Tage - gemessen vom Tag des Erstbesuchs bis zum Abschluss der SAPV. Die Versorgungsdauer war damit um 5 Tage länger als im Jahr 2011 (48 Tage) und um einen Tag geringer als im Jahr 2012 (54 Tage). Geringe Unterschiede ergaben sich mit Blick auf die drei verschiedenen Altersgruppen, beim Geschlecht (das Geschlecht wurde 2014 nicht erhoben) sowie beim Vergleich der Patienten mit einer bösartigen Neubildung bzw. einer anderen SAPV-pflichtigen Erkrankung.

Tabelle 5.12: Versorgungsdauer in der SAPV,
abhängig von Alter, Geschlecht und Diagnose
(Datenbasis: 4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013;
3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012)
2011 keine differenzierten Daten vorhanden)

Versorgungsdauer in der SAPV	2014 (in Tagen)	2013 (in Tagen)	2012 (in Tagen)	2011 (in Tagen)
Alle	53	52	54	48
Frauen		54	57	
Männer		50	50	
Altersgruppe 1: jünger als 51 Jahre	64	55	79	
Altersgruppe 2: 51 - 75 Jahre	53	52	52	
Altersgruppe 3: älter als 75 Jahre	53	53	54	
Patienten mit bösartigen Neubildungen	54	53	54	
Patienten mit anderen Erkrankungen	47	49	54	

Auffällig ist in allen Jahren die etwas längere Versorgungsdauer bei jungen SAPV-Patienten. Über die Gründe können wir nur spekulieren. Möglich ist, dass einige wenige sehr lange betreute Patienten bei insgesamt eher wenigen Patienten in dieser Altersgruppe den Mittelwert deutlich anheben können. Es ist auch vorstellbar, dass vor allem jüngere Patienten gut informiert sind und sich schon frühzeitig und eigeninitiativ aktiv um eine SAPV-Versorgung kümmern.

5.13 Grund für den Versorgungsabschluss

Der Abschluss der Versorgung in der SAPV ist meistens identisch mit dem Eintritt des Todes. Dies ist bei ca. 90 Prozent aller SAPV-Patienten in Berlin der Fall. Weitere Gründe für die Beendigung der SAPV-Versorgung durch eine(n) bestimmte(n) SAPV-Arzt/Ärztin können sein: eine "letzte" Krankenhaus-Einweisung, die unerwartete Stabilisierung des Gesundheitszustands, die Änderung des Wohnorts des Patienten oder auch der Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer in der SAPV.

Tabelle 5.13: Begründung des Abschlusses der SAPV

(Datenbasis: 4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013;
3.928 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012)

Begründung des Abschlusses der SAPV	2014 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)
Tod des Patienten	88	88	90
"Letzte" Krankenhaus-Einweisung	8	3	5
Besserung der Situation	3	4	2
Umzug	1	2	2
Neue kausale Therapieoptionen	0	0	0
Kontakt nicht mehr erwünscht	0,3	0	0
Ablehnung der Krankenkasse	0,3	0	0
Sonstiges	0	0	0

Es überrascht nicht, dass eine Begleitung in der SAPV mit dem Tod des Patienten endet. Interessanter ist die Analyse der Fälle, in denen dies nicht der Fall war. Die ca. acht Prozent der Patienten, bei denen die SAPV mit der "letzten" Krankenhaus-Einweisung endet, bei denen also retrospektiv klar wurde, dass die Begleitung deshalb endet, weil die Patienten im Krankenhaus verstorben sind, gehören im Grunde auch noch in die erste Gruppe, da schließlich doch der Tod die Begleitung beendete. Über den weiteren Verlauf bei den Patienten, die den Wohnort wechselten, können wir naturgemäß nichts sagen. Falls der Umzug innerhalb Berlins erfolgte und ein anderer SAPV-Arzt die Begleitung fortsetzte wurde in der Regel ein "neuer Fall" dokumentiert. Es verbleiben etwa drei Prozent der Patienten, deren Gesundheitszustand sich im Verlauf der SAPV-Begleitung entgegen der Erwartung so weit stabilisierte, dass sie aus der SAPV wieder herausgenommen werden konnten.

5.14 Sterbeort

Es ergab sich in den Jahren 2013 und 2014 eine etwas andere Verteilung der Sterbeorte im Vergleich mit den Jahren 2011 und 2012. Der Anteil der Patienten, die Zuhause versterben konnten, fiel von 41 auf 35 bzw 33 Prozent. (Allerdings ist zu berücksichtigen, dass Patienten im Pflegeheim bzw. in den WG ihren Haushalt in diese Einrichtungen verlagerten. Damit konnten rund 50 % der Patienten in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld versterben.) Angestiegen ist hingegen die Zahl der Patienten, die in einem stationären Hospiz gestorben sind. Ein Grund dafür ist, dass schon der SAPV-Versorgungsbeginn in den Jahren 2013 und 2014 deutlich häufiger in einem stationären Hospiz stattfand als im Jahr 2012 - also auch mehr Menschen dort starben. Parallel dazu kommt es immer häufiger von Beginn an zu einer SAPV in stationären Pflegeeinrichtungen, so dass ein Pflegeheim (oder auch eine Pflege-WB) immer häufiger als Sterbeort in resultiert. Weiterhin erfreulich niedrig bleibt der Anteil der Patienten, die in einem Krankenhaus sterben (2011 und 2012: 8 Prozent; 2013: 7 Prozent; 2014: 8 Prozent).

Tabelle 5.14: Sterbeort

(Datenbasis: 4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013;
3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012;
3.124 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011)

Sterbeort	2014 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
zu Hause	33	35	41	41
Stationäres Hospiz	40	40	34	35
Pflegeheim	14	14	13	12
andere Krankenhaus-Station	6	6	7	6
Kurzzeitpflege	3	3	3	4
Palliativstation	2	1	1	2
Pflege WG	2			
Sonstiger Ort	0			
Unbekannt	0	1	1	0

5.15 Temporäre Krankenhauseinweisungen

583 Patienten wurden während der SAPV-Versorgung temporär in ein Krankenhaus eingewiesen - dies entspricht 12 Prozent aller Patienten (2011: 8 Prozent, 2012: 12 Prozent, 2013: 11 Prozent). Insgesamt kam es zu 854 Einweisungen, was durchschnittlich 1,5 Einweisungen pro Patient bedeutet (bezogen nur auf die Patienten, die eingewiesen wurden). Bei insgesamt 7.425 im Krankenhaus verbrachten Tagen (2011: 1.796; 2012: 5.475, 2013: 5.740) entspricht dies einer durchschnittlichen Krankenhausverweildauer von 13 Tagen (2013: 12 Tage). Diese Zahlen gelten nur für die temporären Krankenhaus-Aufenthalte. Über Einweisungen und Verlegungen, die sich retrospektiv als "Letzte Einweisung" erwiesen und mit dem Tod des Betroffenen in der Regel endeten, informiert Kapitel 5.16.

5.16 Überleitung in ein Hospiz / Krankenhaus / Pflegeheim etc. am Lebensende und deren Hintergründe

Am häufigsten erfolgte eine Überleitung am Lebensende in ein stationäres Hospiz, selten als Einweisung in ein Krankenhaus und sehr selten als Aufnahme in ein Pflegeheim oder eine anderen Pflegeeinrichtung. Die Ursachen für die Überleitung an einen anderen Ort, wo die Patienten dann auch in der Regel starben, zeigt Tabelle 5.16.

Tabelle 5.16: Ursache(n) der "Letzten Einweisung"

(Datenbasis: 4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013;
3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012;
Mehrfachantworten waren möglich)

Ursachen der "letzten Einweisung"	2014 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)
Dekompensation Patient / Angehörige	41	55	48
Medizinische Notfallsituation	20	25	30
(häusliche) Pflege nicht gesichert	28	31	29
Sonstige Medizinische Indikation	6	13	17
Diagnostische Abklärung	4	3	4
Unbekannt	1	2	2

Harte Indikationen für eine Einweisung oder Überleitung am Lebensende, wie z.B. medizinische Notfälle kommen zwar vor, sind aber im Vergleich zu den eher weichen sozialen Indikationen wie der psychischen Dekompensation des Patienten und/oder seiner Angehörigen oder einer ungesicherten häuslichen Pflege nicht ganz so häufig. Insgesamt hat die Häufigkeit medizinischer Notfallsituationen, die eine terminale Einweisung zur Folge hatten, erfreulicherweise abgenommen. Ebenso abgenommen hat die Häufigkeit der Überforderung von Patient und Angehörigen, die dann in eine Überleitung an einen anderen Ort mündet. Die häusliche Pflege ließ sich durch diese Veränderungen gleichwohl weiterhin oft nicht gewährleisten. Diese Daten sprechen dafür, wie wichtig eine noch bessere und engmaschigere palliativpflegerische Versorgung im ambulanten Sektor ist, denn ohne kompetente palliativpflegerische Unterstützung lassen sich eskalierende Situationen, insbesondere im Kontext der psychischen Überlastung der Betroffenen oder wenn es pflegerische Defizite gibt, kaum befriedigend lösen.

5.17 Versorgungsziffern (Zahl der Hausbesuche durch Ärzte)

Im "SAPV-Dokumentationsbogen Arzt" wird die Zahl der Hausbesuche durch den Arzt im Rahmen der Teil- bzw. Vollversorgung erfragt und ausgewertet.

Tabelle 5.17.1: Zahl der Hausbesuche durch SAPV-Ärztinnen und -ärzte

(Datenbasis: 4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013;
3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012;
3.124 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011)

Versorgungsziffern	2014	2013	2012	2011
Zahl der Besuche im Rahmen einer Teilversorgung	12.826	10.117	7.138	3.093
Zahl der Besuche im Rahmen einer Vollversorgung	36.821	37.643	35.590	28.586
Gesamtzahl der Besuche	49.647	47.760	42.728	31.679

Die Häufigkeit von Hausbesuchen im Rahmen der SAPV nimmt von Jahr zu Jahr zu. Dies liegt vor allem an der steigenden Zahl der versorgten Patienten bzw. der abgegebenen Dokumentationsbögen. Die durchschnittliche Häufigkeit von Hausbesuchen durch den SAPV-Arzt, bezogen auf den einzelnen Patienten, hat sich hingegen nicht verändert. Es resultiert eine durchschnittliche Zahl von 10 Hausbesuchen pro SAPV-Patient in den Jahren 2011 und 2014 sowie von 11 Hausbesuchen pro SAPV-Patient in den Jahren 2012 und 2013, bei einer mittleren Versorgungsdauer von 48 Tagen im Jahr 2011 über 54 Tage im Jahr 2012 bzw. 52 Tage im Jahr 2013 bis hin zu 53 Tagen im Jahr 2014. Das entspricht im Durchschnitt einem palliativärztlicher Hausbesuch etwa alle 5 Tage - ein Wert, der für alle vier Jahrgänge, die wir bisher überblicken, Gültigkeit hat.

Tabelle 5.17.2: Durchschnittliche Häufigkeit von Hausbesuchen pro Patient durch Ärzte

(Datenbasis: 4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013;
3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012;
3.124 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011)

Versorgungsziffern	2014	2013	2012	2011
Hausbesuche pro Patient	$49.647 : 4.839 = 10$	$47.760 : 4.460 = 11$	$42.728 : 3.998 = 11$	$31.679 : 3.124 = 10$

5.18. Beteiligte zu koordinierende Leistungserbringer während der SAPV

Da die SAPV in Berlin strukturell so angelegt ist, dass keine Palliative Care-Teams gebildet wurden, sondern ambulant tätige Palliativärzte andere Leistungserbringer mit einbeziehen, wenn dies erforderlich ist, muss natürlich auch die Frage nach dieser Einbindung gestellt werden. Bei den einbezogenen Leistungserbringern in der SAPV variieren die Zahlen von SAPV-Standort zu SAPV-Standort erheblich. Für die Gesamtauswertung in diesem Bericht bleibt festzuhalten, dass der wichtigste Kooperationspartner für die Palliativärzte ein spezialisierter Palliativpflegedienst ist (der auch immer häufiger zur Verfügung steht). Fast ebenso häufig wie dieser werden erfahrene Physiotherapeuten in die SAPV mit einbezogen, die einen erheblichen Anteil an einer guten und bedarfsgerechten Palliativversorgung haben. Sozialarbeiter kommen fast ausschließlich über die stationären Hospize ins Spiel, in denen ein großer Anteil der SAPV-Patienten versorgt wird. Auch normale Pflegedienste und ambulante Hospizdienste sind ständige Kooperationspartner in der SAPV und deren Mitarbeiter nehmen auch regelmäßig an den Treffen der Palliativnetze teil. Eher selten sind Seelsorger aktiv beteiligt, was in konfessioneller geprägten Regionen Deutschlands zweifellos anders ist. Eine Ausnahme stellt weiterhin die Einbeziehung ambulant tätiger Psychologen oder Psychotherapeuten dar.

Tabelle 5.18: Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer

(Datenbasis: 4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013;
3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012;
3.124 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011;
Mehrfachantworten sind möglich)

Einbezogene Leistungserbringer	2014	2013	2012	2011
SAPV-Pflegedienst	45	39	36	nicht abgefragt
Physiotherapie	37	38	39	35
Sozialarbeiter	35	34	28	25
Pflegedienst (konventionell)	13	15	17	nicht abgefragt
Ambulanter Hospizdienst	16	17	15	15
Seelsorge	9	9	10	11
Psychologe / Psychotherapeut	1	1	1	2
Sonstige	7	nicht abgefragt	nicht abgefragt	nicht abgefragt

6. Patientendokumentation SAPV – Pflegedienste

6.1 Methodik

Die im Folgenden vorgestellten Daten entstammen der "SAPV-Patientendokumentation Pflege", die seit 1. Januar 2014 im Einsatz ist (vgl. Anlage 2). Die Vertragspartner haben sich auf die Inhalte des Dokumentationsbogens geeinigt, mit der Option, nach der ersten Auswertung Anpassungen vorzunehmen.

Von Home Care Berlin e. V. wurde eine Datenbank eingerichtet und mit Unterstützung des Berliner Aktionsbündnis Ambulante Palliativpflege (BAAP) finanziert. Das Onlineformular wurde von Home Care Berlin so konzipiert, dass möglichst viele Items vorgegeben sind, um die höchstmögliche Zahl verlässlicher Ergebnisse zu erzielen. Die SAPV-Pflegedienste haben die Daten über ein Online-Portal selbst eingegeben. Von Home Care Berlin wurden Schulungen angeboten und eine Legende erstellt.

Eine erste Auswertung dieses Dokumentationsbogens liegt nun vor und die wesentlichen Ergebnisse sind in diesen Qualitätsbericht eingeflossen. Die pflegerischen Teilnehmer am Berliner SAPV-Rahmenvertrag sind (genau wie die ärztlichen) gemäß § 10 ("Aufgaben der Leistungserbringer / Vertragspartner") verpflichtet, "zum Zweck der Erstellung des Qualitätsberichts sämtliche Dokumentationsbögen" Home Care Berlin e.V. zur Verfügung zu stellen. Gemäß Vertragstext wird der jährliche Qualitätsbericht auf der Basis der Auswertung dieser Dokumentationsbögen bis zum 30.6. des Folgejahres von Home Care Berlin e.V. erstellt.

Bei der Auswertung des neuen Bogens zur "SAPV-Patientendokumentation Pflege" haben sich vereinzelte Schwierigkeiten ergeben, was bei einer künftigen Neufassung des Bogens berücksichtigt werden sollte. Hilfreich scheint insbesondere die Angabe des Stadtbezirks, in denen die Patienten versorgt worden sind - andere Items hingegen könnte man in zukünftigen Fassungen evtl. vernachlässigen.

6.2 Anzahl der SAPV-Begleitungen

Im Laufe des Jahres 2014 hat sich gezeigt, dass einige SAPV-Pflegedienste den neuen Dokumentationsprozess schneller, andere hingegen nur mit Schwierigkeiten in die pflegeorganisatorischen Abläufe integrieren konnten. Nachfragen haben ergeben, dass viele Patienten noch nicht erfasst wurden bzw. nicht erfasst werden konnten. Nimmt man das Ergebnis der Angaben in der "SAPV-Patientendokumentation Arzt" für das Jahr 2014, dann wurde bei 45 Prozent der ärztlich versorgten SAPV-Patienten auch ein SAPV-Pflegedienst mit einbezogen. Dies würde bedeuten, dass mindestens 2.178 Bögen der "SAPV-Patientendokumentation Pflege" zur Auswertung vorliegen müssten. Dies ist nicht der Fall. Für das Jahr 2014 wurden von den SAPV-Pflegediensten insgesamt 1.506 Dokumentationsbögen für in der SAPV versorgte GKV-Patienten abgegeben - davon waren lediglich zwei nicht auswertbar, so dass eine Gesamtzahl von 1.504 Bögen "SAPV-Patientendokumentation Pflege" resultiert, die auch ausgewertet wurden. Das entspricht einem Anteil von 69 Prozent der vermutlich durch einen SAPV-Pflegedienst mitversorgten SAPV-Patienten bzw. einer Fehl-Quote von 31 Prozent. Im ersten Jahr der "SAPV-Patientendokumentation Arzt" (2011) war die Quote der fehlenden Bögen ähnlich hoch (27 Prozent).

Ähnlich wie bei den Ärzten können Pflegedienste mit vielen und mit wenigen SAPV-Begleitungen unterschieden werden. Die entsprechenden Zahlen aus den Vorjahren haben wir der diesbezüglichen Befragung der Ärzte entnommen, die in den Jahren 2012 und 2013 auch gezielt nach dem jeweils eingebundenen SAPV-Pflegedienst befragt worden waren.

Tabelle 6.2.1: SAPV-Standorte insgesamt und unterschieden nach der Anzahl der SAPV-Begleitungen bzw. eingereichten „SAPV-Dokumentationsbögen Pflege“ (Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

SAPV-Pflegedienste	2014	2013	2012
SAPV-Pflegedienste insgesamt	32	30	30
keine SAPV -Begleitungen	7	2	4
SAPV-Standorte mit mindestens 200 Begleitungen pro Jahr	1	0	0
SAPV-Standorte mit 51-199 Begleitungen pro Jahr	9	13	11
SAPV-Standorte mit höchstens 50 Begleitungen pro Jahr	15	15	15

6.3 Verteilung der Versorgung nach Stadtbezirken

Die Verteilung der pflegerisch versorgten SAPV-Patienten nach Stadtbezirken zeigt deutliche Unterschiede, wie Tabelle 6.3 zeigt. Die Zahlen können allerdings nur sehr zurückhaltend interpretiert werden, da zu viele unwägbar Variablen zu berücksichtigen sind. Gleichwohl werfen sie aber ein interessantes Schlaglicht auf das Versorgungsgeschehen in der Stadt.

Die in der dritten Spalte durchgeführte Schätzung der zu erwartenden SAPV-Patienten pro Bezirk bezieht sich auf die Einwohnerzahlen (nach der schon im SAPV-Gesetzentwurf verwendeten Formel, dass davon auszugehen ist, dass etwa ein Prozent einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in Deutschland pro Jahr stirbt und dass vermutlich mindestens 10 Prozent dieses einen Prozents eine SAPV am Lebensende brauchen). Die Prozentzahlen in der fünften Spalte zeigen dann den realen Anteil von SAPV-Pflege bei den in den Bezirken zu erwartenden Patienten.

Tabelle 6.3 Anzahl der versorgten SAPV-Patienten pro Stadtbezirk
(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Stadtbezirk (Quelle Einwohnerzahlen: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg)	Einwohner (absolut)	Einwohner (in % von B)	SAPV-Pat. (Schätzung)	SAPV-Pat. Pflege (absolut)	SAPV-Pat. Pflege (in %)
Treptow-Köpenick	245.000	7	245	183	75 %
Neukölln	320.000	9	320	201	63 %
Pankow	378.000	11	378	215	57 %
Spandau	229.000	7	229	141	62 %
Steglitz-Zehlendorf	298.000	8	298	135	45 %
Tempelhof-Schöneberg	335.000	10	335	146	44 %
Charlottenburg-Wilmersdorf	325.000	9	325	116	36 %
Lichtenberg	266.000	8	266	91	34 %
Friedrichshain-Kreuzberg	276.000	8	276	83	30 %
Reinickendorf	245.000	7	245	69	28 %
Mitte	342.000	10	342	87	25 %
Marzahn-Hellersdorf	254.000	7	254	37	15 %
Summe: Gesamt-Berlin	3.513.000	100	3.513	1504	43 %

6.4 Zugehörigkeit zu einzelnen Krankenkassen

Die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse ließ sich relativ leicht erheben, da es nur in wenigen Ausnahmefällen Zweifel darüber geben kann, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse ein SAPV-Patient versichert ist. Die Zahlen decken sich im Wesentlichen mit der bei den Ärzten erhobenen Verteilung der SAPV-Patienten bei gesetzlichen Krankenkassen. Bei der AOK Nordost ist der Anteil ein wenig kleiner, dafür bei Versicherten der TK etwas größer.

Tabelle 6.4: Zugehörigkeit der SAPV-Patienten zu einer gesetzlichen Krankenkasse
(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Krankenkasse	2014 (in Prozent)
AOK Nordost	38
Barmer GEK	16
TK	14
Betriebskrankenkassen	11
DAK	8
KKH-Allianz	5
IKK	4
Knappschaft	2
Sonstige	2

6.5 Alter und Wohnsituation zu Beginn der Begleitung

Die Angaben zum Alter der Patienten und zu deren Verteilung in den drei Altersgruppen gleichen im Wesentlichen denen der Ärztebefragung - was nicht überrascht.

Tabelle 6.5.1: Alter der SAPV-Patienten

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Alter	2014 (in Prozent)
Mittelwert	72
Altersgruppe 1: jünger als 51 Jahre	6
Altersgruppe 2: 51 - 75 Jahre	52
Altersgruppe 3: älter als 75 Jahre	42

Die Angaben zur Wohnsituation zu Beginn der SAPV-Betreuung weichen hingegen wesentlich von den Ergebnissen der Ärztebefragung ab. Aber auch das überrascht nicht. Patienten, die sich schon zu Beginn der Versorgung in einem stationären Hospiz aufhalten, erhalten ausschließlich palliativärztliche Leistungen im Rahmen der SAPV. Eine pflegerische SAPV in Pflegeheimen ist hingegen möglich, wird bisher aber eher selten angefordert. Vor diesem Hintergrund sind die Zahlen verständlich.

Tabelle 6.5.2: Wohnsituation zu Beginn der Versorgung

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Wohnsituation zu Beginn	2014 (in Prozent)
allein	25
mit Angehörigen	69
Pflegeheim	3
Sonstige	3

6.6 SAPV initiiert durch ...

Auch bei der Frage danach, wer die pflegerische SAPV initiierte, fällt das Ergebnis erwartungsgemäß anders aus als bei den Ärzten. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle ist es der SAPV-Arzt bzw. die SAPV-Ärztin, die den SAPV-Pflegedienst hinzu ziehen. (Genau genommen in 45 Prozent aller SAPV-Fälle, wie wir aus der Ärztebefragung wissen.) Aber auch Krankenhäuser und Haus- bzw. Fachärzte initiieren nicht selten die Einbindung eines SAPV-Pflegedienstes in die Versorgung.

Tabelle 6.6.1: SAPV wurde initiiert durch

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

SAPV initiiert durch ...	2014 (in Prozent)
SAPV-Arzt	62
Krankenhaus	17
Haus- oder Facharzt	15
Patient / Angehörige	5
Palliativstation	3
Pflegeheim	2
Pflege-WG	1
Ambulanter Hospizdienst (AHD)	1
Sonstige	4

6.7 SAPV-Verordnung von ...

Wie bei den Ärzten stehen in der Berliner SAPV auch bei den spezialisierten Pflegediensten Voll- und Teilversorgung im Vordergrund - andere Unterstützungsformen spielen kaum eine Rolle.

Tabelle 6.7.1. SAPV-Verordnung von

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentation für das Jahr 2014)

SAPV-Verordnung von	2014 (in Prozent)
Beratung	2,2
Koordination	0,3
Teilversorgung	30,7
Vollversorgung	66,8

6.8 Wer kümmert sich?

Auch bei dieser Fragestellung ergeben sich kaum Unterschiede zu den Ergebnissen der Ärztebefragung. Lebenspartner und Kinder sind die tragenden Säulen im privaten Leben auch in der Versorgung am Lebensende. Kleiner als bei den Ärzten ist die Gruppe derer, die keinen "Kümmerer" haben. Diese Patienten finden sich schon zu Beginn der SAPV häufig in einem stationären Hospiz bzw. einer Pflegeeinrichtung.

Tabelle 6.8: Wer kümmert sich?

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Wer kümmert sich	2014 (in Prozent)
Partner	62
Kind	36
Sonstige(r) Verwandte(r)	12
Freunde/Bekannte/Nachbarn	10
Eltern(teil)	2
Private Pflegepersonen	2
Keiner	5

6.9 Allgemeinzustand und Angaben zur Pflegeversicherung

Auffällig und nur teilweise auf den ersten Blick rational erklärbar ist die erhebliche Abweichung der pflegerischen Angaben in diesem Punkt von den ärztlichen (deren SAPV-Patienten sich offenbar schon zu Beginn der SAPV in einem viel schlechteren Allgemeinzustand befinden). Eine mögliche (Teil-)Erklärung ist auch hier, dass Patienten in stationären Hospizen und Pflegeeinrichtungen bei ambulanten SAPV-Pflegediensten keine Rolle spielen.

Tabelle 6.9.1: Allgemeinzustand zu Beginn der SAPV

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Allgemeinzustand zu Beginn der SAPV	2014 (in Prozent)
Eingeschränkt	25
weniger als 50%	69
mehr als 50 %	3
Moribund	3

Durchaus passend zu den pflegerischen Angaben bei der Frage nach dem Allgemeinzustand fällt die Antwort nach der Pflegestufe zu Beginn der SAPV aus. Bei über 50 Prozent der SAPV-Patienten wurde zum Zeitpunkt des Beginns der SAPV noch keine Pflegestufe beantragt bzw. bewilligt. Diese Angaben decken sich mit vergleichbaren Zahlen aus den Untersuchungen von Home Care Berlin e.V. schon vor 15 Jahren und belegen eindrucksvoll, dass SAPV und Pflegebedürftigkeit keineswegs deckungsgleich sind.

Tabelle 6.9.2: Angaben zur Pflegeversicherung

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentation für das Jahr 2014)

Pflegeversicherung	2014 (in Prozent)
Keine	20
Beantragt	33
Stufe 0	1
Stufe 1	23
Stufe 2	18
Stufe 3 (incl HF)	5

Bei 81 Patienten (5,4 Prozent aller Patienten) spielte die Frage nach einer beantragten bzw bewilligten "Hilfe zur Pflege (HzP)" eine Rolle. Die Antworten zu der Frage nach der HzP finden keine Entsprechung bei der Ärztebefragung. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Zahlen im Lauf der Zeit entwickeln werden.

Tabelle 6.9.3. Hilfe zur Pflege (HzP)

(Datenbasis: 81 SAPV-Dokumentation für das Jahr 2014)

Hilfe zur Pflege (HzP) (wurde bei 81 Patienten beantragt)	2014 (in Prozent)
beantragt	59
bewilligt	41

6.10 Hauptdiagnose und Verteilung der bösartigen Neubildungen

Sowohl bei der Frage nach der die SAPV begründenden Diagnose als auch bei der prozentualen Verteilung der bösartigen Neubildungen gibt es keine wesentlichen Differenzen zu den Ergebnissen der Ärztebefragung - was auch nicht zu erwarten war.

Tabelle 6.10.1: Diagnose, die die SAPV begründet

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Diagnose, die die SAPV begründet	2014 (in Prozent)
Bösartige Neubildungen (C)	93
Krankheiten des Kreislaufsystems (I)	2
Krankheiten von Psyche und Nervensystem (F, G)	2
Krankheiten des Atmungssystems (J)	2
Gutartige oder unklare Neubildungen (D)	1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N)	1
Alle anderen Diagnosen	1

Wie zu erwarten, repräsentieren bösartige Neubildungen den mit Abstand größten Anteil bei den Diagnosen (Kapitel C in der ICD-10).

Tabelle 6.10.2: Häufigkeitsverteilung von bösartigen Neubildungen in der Berliner SAPV

(Datenbasis: 1.394 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Bösartige Neubildung (BN)	2014	
	(Gesamt / n = 1.394) absolut / in Prozent	
BN der Bronchien und der Lunge (C34)	284	21
BN des Pankreas (C25)	146	11
BN von Kolon und Rektum (C18-20)	140	10
BN der Brustdrüse (C50)	111	8
BN der Harnorgane (C64-68)	92	7
BN von Ösophagus & Magen (C15-16)	94	7
BN von Leber, Gallenblase/-wege (C22-24)	83	6
BN des weiblichen Genitales (C51-58)	77	5
BN der Prostata (C61)	60	4
BN sekundärer Lokalisation=CUP (C76-80)	70	5
BN des lymphatischen und blutbildenden Gewebes (C81-96)	66	5
BN im HNO-Bereich (C00-14 + C32)	51	4
BN des Gehirns (C71)	27	2

6.11 Hauptprobleme zu Beginn und im Verlauf der Versorgung

Über die Hauptprobleme zu Beginn und im Verlauf der Versorgung aus Patienten- und aus pflegerischer Sicht lassen sich aufgrund fehlender Standardisierung bei den Antwortmöglichkeiten zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts noch keine Aussagen machen. Wir bemühen uns um eine zeitnahe Sichtung und eine baldige Darstellung an dieser Stelle.

6.12 Palliativmaßnahmen im Verlauf

Bei den dokumentierten Palliativmaßnahmen im Verlauf wurden für die aktuelle "SAPV-Patientendokumentation Pflege" drei Bereiche identifiziert und abgefragt, deren Ergebnisse in den folgenden drei Tabellen wiedergegeben werden.

Tabelle 6.12.1: Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer während der SAPV
(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
Mehrfachantworten waren möglich)

Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer	Anzahl	in Prozent
Apotheke	1.384	92
SAPV-Arzt/ -Ärztin	1.300	86
Hilfsmittelfirma	810	54
Pflegedienst (SGB V, SGB XI)	483	32
SozialarbeiterIn	374	25
PhysiotherapeutIn	336	22
Ambulanter Hospizdienst	280	19
Facharzt / Fachärztin	223	15
Sonstige	204	14
Hausarzt / Hausärztin	195	13
Hospiz (stationär)	181	12
ErnährungsberaterIn	159	11
Krankenhaus (nicht Palliativstation)	146	10
Pflegeheim	55	4
Palliativstation	42	3
StomatherapeutIn	40	3
Betreuer (amtlich eingesetzte)	33	2
Kurzzeitpflege	30	2
Pflege-WG	21	1
SeelsorgerIn	20	1
Psychologe/in oder PsychotherapeutIn	15	1
Logopäde/in	10	1

Der Austausch und die Koordination mit und von anderen Leistungserbringern gehört zur Kernaufgabe in der SAPV, was durch Tabelle 6.12.1 sehr deutlich gemacht wird.

Tabelle 6.12.2: Pflegerische Leistungen in der SAPV

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Pflegerische Leistungen in der SAPV: Beratung und/oder Durchführung bzw Entwicklung symptombezogener Coping-Strategien in Bezug auf ...	2014 (in Prozent)
Ärztlich verordnete Maßnahmen	97
Umsetzung ärztlich delegierter Leistungen	64
Verlust von Mobilität	57
Verlust von Appetit und Durst	44
Verlust von Autonomie	37
Unrealistische Hoffnungen	23
Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht	11
Zunehmende soziale Isolierung	10
Sonstige	2

Auch bei den pflegerischen Leistungen sowie den erfragten Problemen in der SAPV wird anschaulich, was im Alltag von SAPV-Pflegediensten eine Rolle spielt und mehr oder weniger typisch für die Charakterisierung palliativpflegerischer Arbeit ist.

Tabelle 6.12.3: Probleme in der SAPV

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Probleme in der SAPV	2014 (in Prozent)
Belastung der Angehörigen	56
Umgang mit der Erkrankung	25
Psychische Belastung des Pflegepersonals	19
Soziales Umfeld des Patienten	19
Fragen zum Therapieverzicht	11
Bereitstellung von Hilfsmitteln	6
Bewilligungspraxis der Krankenkasse	4
Schnittstellenprobleme	4
Konfrontation mit dem Wunsch nach Sterbehilfe	4
Sonstige	2

6.13 Versorgungsdauer

Die durchschnittliche Versorgungsdauer in der pflegerischen SAPV in Berlin betrug im Jahr 2014 45 Tage - gemessen vom Tag des Erstbesuchs bis zum Abschluss der SAPV. Die Versorgungsdauer in der SAPV-Pflege war damit um 8 Tage kürzer als die durchschnittliche Versorgungsdauer durch SAPV-Ärzte und -Ärztinnen. Bei der durchschnittlichen Versorgungsdauer der verschiedenen Altersgruppen und der Diagnosegruppen war der gleich Trend wahrnehmbar wie bei den SAPV-Ärzten.

Tabelle 6.13: Versorgungsdauer in der SAPV, abhängig von Alter und Diagnose
(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Durchschnittliche Versorgungsdauer in der pflegerischen SAPV	2014 (in Tagen)
Alle	45
Altersgruppe 1: jünger als 51 Jahre	58
Altersgruppe 2: 51 - 75 Jahre	45
Altersgruppe 3: älter als 75 Jahre	42
Patienten mit bösartigen Neubildungen	45
Patienten mit anderen Erkrankungen	44

6.14 Grund für den Versorgungsabschluss

Der mit Abstand häufigste Grund für die Beendigung der pflegerischen SAPV ist der Zuhause eintretende Tod des Patienten. Eine Überleitung am Lebensende in ein stationäres Hospiz oder ein Krankenhaus ist im Vergleich dazu eher selten notwendig.

Tabelle 6.14: Begründung des Abschlusses der SAPV
(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Begründung des Abschlusses der SAPV	2014 (in Prozent)
Tod des Patienten Zuhause	68
Überleitung in Hospiz oder Krankenhaus	17
Besserung der Situation	2
Umzug	1
Kontakt nicht mehr erwünscht	1
Ablehnung der Krankenkasse	0,1
Sonstiges	11

6.15 Überleitung am Lebensende

Wenn eine Versorgung zu Hause bis zum Lebensende nicht möglich wird, dann sind es auch bei Einbindung eines SAPV-Pflegedienstes die eher "weichen" Indikatoren wie z.B. Dekompensation des Patienten und/oder der Angehörigen oder die nicht gesicherte Pflege, die eine Überleitung in ein stationäres Hospiz, ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung begründen. Klare medizinische Indikationen finden sich eher selten - auch hier weisen die Ergebnisse der Befragung der Ärzte und der Pflegenden in die gleiche Richtung.

Tabelle 6.15.1: Überleitungsgrund

(Datenbasis: 362 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Ursachen der Überleitung	2014 (in Prozent)
Dekompensation Patient / Angehörige	40
(häusliche) Pflege nicht gesichert	26
Medizinische Notfallsituation	12
Sonstige Medizinische Indikation	13
Diagnostische Abklärung	
Unbekannt	

Stationäre Hospize sind mit Abstand der Ort, an den SAPV-Patienten, die auch von SAPV-Pflegediensten mitversorgt werden, am häufigsten übergeleitet werden. Überleitungen in andere Einrichtungen (Krankenhäuser, Heime) sind seltener.

Tabelle 6.15.2: am Lebensende übergeleitet nach ...

(Datenbasis: 362 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Am Lebensende übergeleitet nach ...	Anzahl	Prozent
Stationäres Hospiz	179	49
andere Krankenhaus-Abteilung	93	26
sonstige Einrichtung	30	8
Palliativstation	25	7
Pflegeheim	18	5
Kurzzeitpflege	17	5
Pflege-WG	0	0

6.16 Sterbeort

Wenn der Eintritt des Todes bei einem SAPV- Patienten am Ende der Versorgung stand und ein SAPV-Pflegedienst involviert war, dann geschah dies am häufigsten Zuhause und zwar in über zwei Drittel der Fälle. Der zweithäufigste Sterbeort am Ende der Versorgung war ein stationäres Hospiz und in acht Prozent der Verläufe wurde eine Krankenhaus-Einweisung notwendig.

Tabelle 6.16: Sterbeort

(Datenbasis: 1.247 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Sterbeort	2014 (in Prozent)
zu Hause	68
Pflegeheim	3
Pflege WG	1
Stationäres Hospiz	14
Palliativstation	2
andere Krankenhaus-Abteilung	6
Kurzzeitpflege	1
unbekannt	5

6.17 Versorgungsziffern

Die Gesamtzahl der Hausbesuche durch Mitarbeiterinnen der SAPV-Pflegedienste summierte sich im Jahr 2014 in Berlin auf 73.562, davon die meisten im Rahmen einer Vollversorgung.

Tabelle 6.17.1: Zahl der Hausbesuche durch SAPV-Pflegedienste

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Versorgungsziffern	2014
Zahl der Besuche im Rahmen einer Teilversorgung	19.078
Zahl der Besuche im Rahmen einer Vollversorgung	53.015
Zahl der Besuche im Rahmen von Kriseneinsätzen	1.469
Gesamtzahl der Hausbesuche	73.562

Auch wenn die Versorgungsdauer der Patienten bei den SAPV-Pflegediensten etwas kürzer und die Zahl der betreuten SAPV-Patienten deutlich geringer ist als bei den SAPV-Ärztinnen und -Ärzten, so wurden von den pflegerischen Mitarbeiterinnen doch deutlich mehr Hausbesuche durchgeführt als von den Ärzten. Das überrascht nicht und liegt in der Natur der Sache, wird die palliativpflegerische Kompetenz der SAPV-Pflegedienste doch vor allem dann regelmäßig abgerufen, wenn das soziale Umfeld des Patienten sich entweder als nicht tragfähig erweist oder Patient und Angehörige sehr verunsichert und auf engmaschige Hilfestellungen angewiesen sind. Auch die Besuchshäufigkeit, bezogen auf den einzelnen Patienten, ist deshalb bei den SAPV-Pflegediensten sehr viel höher als bei den SAPV-Ärzten.

Tabelle 6.17.2: Durchschnittliche Häufigkeit von Hausbesuchen pro Patient durch PD

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Versorgungsziffern	2014
Besuche pro Patient	49

6.18 Kostenübernahme / Behandlungspflegen neben SAPV

Ein Problem der SAPV-Pflegedienste sind die fehlenden Kostenübernahme-Erklärungen durch die Kostenträger in der SAPV, aber auch in der Pflegeversicherung und bei der Hilfe zur Pflege. Bei den eher kurzen Versorgungszeiten und der in der Regel fehlenden Möglichkeit, die Kostenübernahme-Erklärung bzw. die Einstufung in eine Pflegestufe abzuwarten, bevor der Pflegedienst am Patienten tätig wird, ist diese Ungewissheit eine erhebliche Belastung und ein unzumutbares Risiko, mit dem sich die Träger der SAPV-Pflegedienste in der Versorgungs-Realität konfrontiert sehen. Bei immerhin knapp einem Drittel der Patienten fehlte bis zum Versorgungsabschluss die Kostenübernahme für die SAPV und bei der sozialen Pflegeversicherung war das Verhältnis der zugesicherten Kostenübernahme im Rahmen einer erfolgten Pflegeeinstufung im Vergleich zur offenen Frage bei Versorgungsabschluss noch schlechter. Da in Berlin in dem Leistungsbereich "Hilfe zur Pflege (HzP)" der von Amts wegen ermittelte Hilfebedarf erst durch einen rechtskräftigen Bescheid zu einer abrechnungsfähigen Leistung wird, sind in sieben Fällen grundpflegerische Hilfen geleistet worden, ohne dass es dafür eine Abrechnungsgrundlage gab.

Tabelle 6.18.1: Kostenübernahme bis Versorgungsabschluss

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Kostenübernahme bis Versorgungsabschluss	Kostenübernahmeerklärung / Bescheid lag vor	Kostenübernahmeerklärung / Bescheid lag nicht vor
SAPV	940	436
Pflegeversicherung	308	254
Hilfe zur Pflege	17	7

Bei knapp sieben Prozent aller Patienten wurden neben der SAPV auch Behandlungspflegen durchgeführt. In 90 Prozent dieser Fälle übernahm der pflegerische SAPV-Leistungserbringer auch diesen Part in der Patientenversorgung.

Tabelle 6.18.2: Behandlungspflegen (§ 37.2 SGB V) neben SAPV durch ...

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014)

Behandlungspflegen durch	Anzahl	Prozent	in Prozent aller Patienten
SAPV-Leistungserbringer	94	90,4	6,2
andere	10	9,6	0,7
Summe	104	100,0	6,9

7. Fazit

Zwei Besonderheiten prägen das Fazit über die Umsetzung der SAPV in Berlin im Qualitätsbericht für das Jahr 2014. Zum einen die weiter anwachsende Zahl der jährlich versorgten SAPV-Patienten und zum anderen die erstmalige Auswertung der "SAPV-Patientendokumentation Pflege", die im Jahr 2014 in Berlin neu eingeführt worden ist.

Erfreulich ist zweifellos, dass das Angebot der Berliner SAPV immer mehr Menschen am Lebensende erreicht und dass weiterhin der Großteil der in der SAPV versorgten Menschen gut versorgt dort sterben kann, wo sie gelebt haben (Zuhause oder im Pflegeheim) bzw., wenn das nicht mehr möglich ist, in einem der Berliner Hospize die letzte Lebenszeit verbringen, wo die Versorgungsqualität auf hohem Niveau und im Rahmen der SAPV gewährleistet ist. Weniger als 10 Prozent der SAPV-Patienten müssen am Lebensende in ein Krankenhaus eingewiesen werden, weil die Situation im ambulanten Setting entweder, trotz SAPV, nicht beherrschbar ist oder die Patienten eine Versorgung im Krankenhaus wünschen - eine Zahl, die erfreulich klein ist und seit Jahren stabil bleibt. Zwei Dinge stimmen allerdings bedenklich. Erstens: Während die Zahl der in der SAPV betreuten Patienten in den Jahren 2011 bis 2014 von 4.304 auf 5.622 gestiegen ist, blieb die Zahl der SAPV-Leistungserbringer im Wesentlichen stabil. Die Belastung derer, die in der SAPV ärztlich oder pflegerisch aktiv sind, ist also erheblich gestiegen. Zweitens: Weiterhin ist es nicht gelungen, die Rücklaufquote der "SAPV-Patientendokumentation" für Ärzte zu erhöhen. Über knapp 800 Patientenverläufe konnte deshalb im Jahr 2014 keine Auskunft gegeben werden - die Fehlquote betrug wie in den Vorjahren etwa 14 Prozent.

Erfreulich ist andererseits, dass mit der "SAPV-Patientendokumentation Pflege" nun auch ein Instrument existiert, mit dem die Arbeit der Pflege in der SAPV transparenter gemacht werden kann. Der Qualitätsbericht für das Jahr 2014 macht hier einen ersten Anfang. Mehr als eine Annäherung an den pflegerischen Alltag in der Berliner SAPV kann es allerdings nicht sein, da der Rücklauf der pflegerischen Dokumentationsbögen ähnlich schleppend verlief wie im ersten Jahr des Einsatzes der ärztlichen Dokumentationsbögen (2011) - die Fehlquote im Bereich der Pflege lag bei ca. 31 Prozent. Deutlich wird allerdings jetzt schon, dass gerade die Kombination aus ärztlicher und pflegerischer Kompetenz in der Berliner SAPV die für die Patienten hilfreichsten Ergebnisse erzielen kann. Es bleibt somit gültig, was schon in den letzten Jahren galt: Die Berliner SAPV ist gut - sie kann aber noch besser werden!

Anlage 1 Dokumentationsbogen Arzt

SAPV-Patientendokumentation Arzt (Anlage 3a zum SAPV-Rahmenvertrag Berlin)

Statistik 201_

A. Basisdaten / Situation zu Beginn der Versorgung

SAPV-BSNR <input type="text"/> <input type="text"/>	Verantwortliche(r) Arzt / Ärztin: _____	Krankenkasse _____
Praxisstempel _____		Datum des SAPV-Beginns (TTMMJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Geburtsjahr Patient (JJJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

SAPV initiiert durch: Pat/Ang SAPV-Pflege Haus-/Facharzt Heim Stat.Hospiz AHD Palliativstation Krkh sonstige

SAPV-Verordnung von <i>(nur eine Möglichkeit)</i> <input type="radio"/> Beratung <input type="radio"/> Koordination <input type="radio"/> Teilversorgung <input type="radio"/> Vollversorgung	Aufenthaltsort zu Beginn <i>(nur eine Möglichkeit)</i> <input type="radio"/> Zuhause (bzw. privates Umfeld) <input type="radio"/> Stat.Hospiz <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> sonstige: _____	Wer kümmert sich? <input type="radio"/> Keiner <i>(mehrere Antworten sind möglich)</i> <input type="radio"/> Partner(in) <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Eltern(teil) <input type="radio"/> private Pflege <input type="radio"/> sonstige(r) Verwandte(r) <input type="radio"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn	Allgemeinzustand <i>(nur eine Möglichkeit)</i> <input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> weniger als 50 % bettlägrig <input type="radio"/> mehr als 50 % bettlägrig <input type="radio"/> moribund
---	---	--	--

B. Grunderkrankung / Komplexes Symptomgeschehen zu Beginn der SAPV und Symptome im weiteren Verlauf

Hauptdiagnose ICD-10

Komplexes Symptomgeschehen <input type="radio"/> gastrointestinal <input type="radio"/> resp./kardial <input type="radio"/> neurol./psych. <input type="radio"/> Ulcerationen <input type="radio"/> Schmerz <input type="radio"/> urogenital <input type="radio"/> Sonstiges	<input type="radio"/> Angst <input type="radio"/> Appetitlosigkeit <input type="radio"/> Aszites <input type="radio"/> Atemnot	<input type="radio"/> Blutung <input type="radio"/> Depression <input type="radio"/> Dysphagie <input type="radio"/> Exulceration	<input type="radio"/> Haut (z.B.Juckreiz) <input type="radio"/> Husten <input type="radio"/> Krampfanfall <input type="radio"/> Lähmung	<input type="radio"/> (Lymph-)Ödem <input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Übelkeit / Erbrechen <input type="radio"/> Urol.Symptom	<input type="radio"/> Müdigkeit <input type="radio"/> Obstipation <input type="radio"/> Unruhe <input type="radio"/> Verwirrtheit
--	---	--	--	---	--

Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer

<input type="radio"/> Physiotherapie	<input type="radio"/> ambulanter Hospizdienst	<input type="radio"/> Seelsorger
<input type="radio"/> Psychologe/ Psychotherapeut	<input type="radio"/> Sozialarbeiter	<input type="radio"/> Sonstige Wer? _____
<input type="radio"/> SAPV-Pflegedienst	<input type="radio"/> Pflegedienst (konventionell)	

C. Abschluss der Versorgung

SAPV abgeschlossen am (TTMMJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	am Lebensende übergeleitet in <input type="radio"/> Stationäres Hospiz <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and. Kh.-Abt. <input type="radio"/> Sonstige Einrichtung	Sterbeort <input type="radio"/> zu Hause <input type="radio"/> Stat.Hospiz <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and.Kh.Abt. <input type="radio"/> Sonstiger Ort <input type="radio"/> Unbekannt
Zahl der Besuche im Rahmen einer Teilversorgung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Zahl der Besuche im Rahmen einer Vollversorgung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Gesamtzahl der temporären Krankenhauseinweisungen <input type="text"/> <input type="text"/>		
Summe der temporär im Krankenhaus verbrachten Tage <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Überleitung veranlasst durch ... <input type="radio"/> Facharzt <input type="radio"/> Hausarzt <input type="radio"/> Not-/Bereitschaftsarzt <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Pflegedienst <input type="radio"/> SAPV-Pflege <input type="radio"/> SAPV-Arzt/Ärztin <input type="radio"/> selbst / Angehörige	... bzw.Abschlussgrund <input type="radio"/> Besserung der Situation <input type="radio"/> Umzug <input type="radio"/> Kontakt nicht mehr erwünscht <input type="radio"/> Ablehnung der Krankenkasse <input type="radio"/> Sonstiges _____
Datum Überleitung am Lebensende (TTMMJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Überleitungsgrund <input type="radio"/> Medizinische Notfallindikation <input type="radio"/> Sonstige medizinische Indikation <input type="radio"/> Dekompensation Patient/Angehörige <input type="radio"/> (Häusliche) Pflege nicht gesichert <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> Sonstiges / Was? _____		

Besonderheiten während der Versorgung:

Anlage 2 Dokumentationsbogen Pflege

SAPV-Patientendokumentation Pflege (Anlage 3b zum SAPV-Rahmenvertrag Berlin)		Statistik 201_
A. Basisdaten / Situation zu Beginn der Versorgung		
SAPV-Pflegedienst _____		Krankenkasse _____
Stadtbezirk Patient _____	Geburtsjahr (JJJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Datum des SAPV-Beginns (TTMMJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
SAPV initiiert durch: <input type="radio"/> Pat/Ang <input type="radio"/> SAPV-Arzt <input type="radio"/> Haus-/Facharzt <input type="radio"/> Heim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> AHD <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> Krkh <input type="radio"/> sonstige		
SAPV-Verordnung von <i>(nur eine Möglichkeit)</i>	Wohnsituation <i>(nur eine Möglichkeit)</i>	Wer kümmert sich? <i>(mehrere Antworten sind möglich)</i>
<input type="radio"/> Beratung <input type="radio"/> Koordination <input type="radio"/> Teilversorgung <input type="radio"/> Vollversorgung	<input type="radio"/> allein <input type="radio"/> mit Angehörigen <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> sonstige	<input type="radio"/> Keiner <input type="radio"/> Partner(in) <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Eltern(teil) <input type="radio"/> private Pflege <input type="radio"/> sonstige(r) Verwandte(r) <input type="radio"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn
		Allgemeinzustand <i>(nur eine Möglichkeit ankreuzen)</i>
		<input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> weniger als 50 % bettlägrig <input type="radio"/> mehr als 50 % bettlägrig <input type="radio"/> moribund
		Pflegeversicherung
		<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/> Stufe 0 <input type="radio"/> Stufe 1 <input type="radio"/> Stufe 2 <input type="radio"/> Stufe 3 (incl HF)
		Hilfe zur Pflege (HzP)
		<input type="radio"/> bewilligt <input type="radio"/> beantragt
B. Grunderkrankung / Hauptprobleme zu Beginn ... und im weiteren Verlauf		
Hauptdiagnose gemäß ärztlicher Verordnung _____		
Was benennt der Patient als Hauptproblem zu Beginn _____		
Was war das pflegerische Hauptproblem im Verlauf _____		
C. Palliativmaßnahmen im Verlauf (bei Erstberatung ohne folgende SAPV-Pflegeversorgung = Beratungsinhalte der Erstberatung)		
Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer	Pflegerische Leistungen in der SAPV	Probleme in der SAPV
<input type="radio"/> Ambulanter Hospizdienst <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Apotheke <input type="radio"/> Logopäde/in <input type="radio"/> Betreuer (amtlich eingesetzt) <input type="radio"/> Pflegedienst (SGB V, SGB XI) <input type="radio"/> ErnährungsberaterIn <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Facharzt / Fachärztin <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Hausarzt / Hausärztin <input type="radio"/> PhysiotherapeutIn <input type="radio"/> Hilfsmittelfirma <input type="radio"/> Psychologe/ Psychotherapeut <input type="radio"/> Hospiz (stationär) <input type="radio"/> SeelsorgerIn <input type="radio"/> Krankenhaus (nicht Palliativstation) <input type="radio"/> SozialarbeiterIn <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> StomatherapeutIn <input type="radio"/> SAPV-Arzt/Ärztin <input type="radio"/> Sonstige Wer? _____	Beratung und/oder Durchführung bzw Entwicklung symptombezogener Copingstrategien in Bezug auf ... <input type="radio"/> ärztlich verordnete Maßnahmen <input type="radio"/> Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht <input type="radio"/> Umsetzung ärztlich delegierter Leistungen <input type="radio"/> unrealistische Hoffnungen <input type="radio"/> Verlust von Appetit und Durst <input type="radio"/> Verlust von Autonomie <input type="radio"/> Verlust von Mobilität <input type="radio"/> zunehmende soziale Isolierung <input type="radio"/> Sonstige: _____	<input type="radio"/> Belastung der Angehörigen <input type="radio"/> Bereitstellung von Hilfsmitteln <input type="radio"/> Bewilligungspraxis der KK <input type="radio"/> Fragen des Therapieverzichts <input type="radio"/> Psychische Belastung PP <input type="radio"/> Schnittstellenprobleme <input type="radio"/> Soziales Umfeld des Patienten <input type="radio"/> Umgang mit der Erkrankung <input type="radio"/> Konfrontation mit Wunsch nach Sterbehilfe <input type="radio"/> Sonstige: _____
D. Abschluss der Versorgung		
SAPV abgeschlossen am (TTMMJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	am Lebensende übergeleitet in	Sterbeort
Erstberatung ohne folgende-SAPV-Pflegeversorgung Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Stationäres Hospiz <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and. Kh.-Abt. <input type="radio"/> Sonstige Einrichtung	<input type="radio"/> zu Hause <input type="radio"/> Stat.Hospiz <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and.Kh.-Abt <input type="radio"/> Sonstiger Ort <input type="radio"/> Unbekannt
Zahl der Besuche im Rahmen von TV <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> vv <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> and. Kh.-Abt.	... bzw.Abschlussgrund
Zahl der Besuche im Rahmen von Kriseneinsätzen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Sonstige Einrichtung	<input type="radio"/> Besserung der Situation <input type="radio"/> Umzug <input type="radio"/> Kontakt nicht mehr erwünscht <input type="radio"/> Ablehnung der Krankenkasse <input type="radio"/> Sonstiges _____
Datum Überleitung am Lebensende (TTMMJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Überleitung veranlasst durch ...	
Überleitungsgrund	<input type="radio"/> Facharzt <input type="radio"/> Hausarzt <input type="radio"/> Not-/Bereitschaftsarzt <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Pflegedienst <input type="radio"/> SAPV-Pflege <input type="radio"/> SAPV-Arzt/Ärztin <input type="radio"/> selbst / Angehörige	
KÜ bis Versorgungsabschluss: SAPV <input type="radio"/> PV <input type="radio"/> HzP <input type="radio"/>		
Keine KÜ bis Versorgungsabschluss: SAPV <input type="radio"/> PV <input type="radio"/> HzP <input type="radio"/>		
Behandlungspflegen (§ 37.2 SGB V) neben SAPV durch: SAPV-LE <input type="radio"/> andere <input type="radio"/>		