



Qualitätsbericht

über die

Umsetzung der SAPV

in Berlin

für das Jahr 2013

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 2014 (überarbeitete Fassung)

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	3
1	Home Care Berlin e.V.....	4
2	Maßnahmen der Qualitätssicherung	5
	2.1 Fortbildungen	
	2.2 Qualitätszirkel	
	2.3 Supervision	
	2.4 Netzwerkarbeit	
3	Palliativnetze in Berlin	6
4	Zugelassene Leistungserbringer für SAPV im Jahr 2013.....	7
	4.1 Spezialisierte Palliativärztinnen und -ärzte	7
	4.2 Spezialisierte Palliativpflegedienste	8
5	SAPV-Patientendokumentation Arzt.....	9
	5.1 Methodik	9
	5.2 Anzahl der SAPV-Begleitungen	10
	5.3 Zugehörigkeit zu einzelnen Krankenkassen	12
	5.4 Geschlecht, Alter und Wohnsituation zu Beginn der Begleitungen	13
	5.5 Wer verordnete SAPV?	15
	5.6 Ziel der Versorgung	16
	5.7 Umfang der SAPV zu Beginn der Begleitung	17
	5.8 Hauptdiagnose, die der Grund der SAPV-Versorgung war	18
	5.9 Symptomgeschehen beim ersten Besuch	20
	5.10 Ort des ersten und letzten Besuchs	21
	5.11 Versorgungsdauer	22
	5.12 Grund für den Versorgungsabschluss	23
	5.13 Sterbeort	24
	5.14 Temporäre Krankenhauseinweisungen	24
	5.15 Überleitung in ein Hospiz / Krankenhaus / Heim am Lebensende	25
	5.16 Versorgungsziffern (Zahl der Hausbesuche durch Ärzte)	26
	5.17 Einbezogene Leistungserbringer während der SAPV	27
6	Fazit.....	29

Anlage 1 (SAPV-Dokumentationsbogen für die Jahre 2011, 2012 und 2013)

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 2013.

Wir knüpfen dabei an die Ergebnisse der Qualitätsberichte für die Jahre 2011 und 2012 an. Kernstück des Qualitätsberichts für das Jahr 2013 ist, wie schon in den Vorjahren, die Auswertung des "SAPV-Dokumentationsbogen Arzt", die hier in ihren zentralen Aussagen vorgestellt wird.

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 2013 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 MitarbeiterInnen 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 MitarbeiterInnen 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

MitarbeiterInnen 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 TeilnehmerInnen 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 ein Charakteristikum des Jahres 2013. 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. Sieben Netze haben sich im Laufe des Jahres 2013 regional konsolidiert - ein weiteres Netz, das sich der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen verpflichtet fühlt, hat sich berlinweit etabliert. Alle Netze arbeiten sektorenübergreifend und multiprofessionell - die meisten sind offen angelegt und für alle an der Palliativversorgung interessierten MitarbeiterInnen 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 5: Übersicht über die Berliner Palliativnetze

(Datenbasis: Recherche von Home Care Berlin e.V. 2013)

Palliativnetz	Mitglieder im Verteilerkreis	Treffen 2013	AnsprechpartnerInnen
Mitte-Nord	ca. 20	5	Gabriele Wolf: g.wolf@rundumberlin.de
Nordost	ca. 100	6	Julius Howorka: palliativnetz-berlin-nordost@web.de
Ost	ca. 20	4	Matthias Passon: matthias.passon@berlin.de
Süd	ca. 39	4	Johannes Schlachter: jschlachter@ricam-hospiz.de
Mitte-Südwest	ca. 100	8	Thomas Schindler: palliativteam.berlin@gmx.de
Südwest	ca. 30	4	Michael Friedmann: friedmann@snafu.de
Spandau (= West)	ca. 65	5	Eveline Klemm: eveline.klemm@trias-sozial.com
Kinder & Jugendliche (= berlinweit)	ca. 20	bisher nur bilateral	Sabine Sebayang: sabine.sebayang@bss-services.de

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 2013

4.1 Spezialisierte Palliativärztinnen und Palliativärzte

Im Jahr 2013 stellten 63 SAPV-Ärzte und -Ärztinnen Dokumentationsbögen zur Verfügung. Die Zahl der insgesamt für SAPV zugelassenen ärztlichen Leistungserbringer in Berlin betrug 94 (Stand: 08.11.2013).

Fast alle zugelassenen ÄrztInnen 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, einerseits ... und andererseits 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 SAPV zugelassenen niedergelassenen Ärzten auch Ärzte für Anästhesiologie, Ärzte für Allgemeinmedizin sowie einzelne Ärzte und Ärztinnen für Urologie, Gynäkologie und Physikalische Medizin. Auch die für SAPV zugelassenen Nicht-Vertragsärzte (zwei von ihnen waren für zwei BSNR-Standorte tätig) entstammen 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 30 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 2013 nahmen 24 dieser Dienste in nennenswertem Umfang (mit mehr als 10 SAPV-Begleitungen im Jahr 2013) an der realen Versorgung teil. Über die Einbindung der spezialisierten Palliativpflegedienste in die Berliner SAPV gibt Kapitel 5.17 etwas genauer Auskunft.

Ein Problem in Bezug auf die Beurteilung der Arbeit der spezialisierten Palliativpflegedienste in Berlin ist die Tatsache, dass es auch im Jahr 2013 noch keine gemeinsame Datengrundlage gab, die über die Arbeit der Dienste Auskunft geben könnte.

Auf Initiative von Home Care Berlin e.V. und des BAAP e.V. einigten sich die Vertragspartner im Jahr 2013 darauf, eine solche gemeinsame Datenbasis auch für die spezialisierten Palliativpflegedienste ab dem Jahr 2014 einzuführen. Die schon bestehende "SAPV-Patientendokumentation Arzt" erhält durch die "SAPV-Patientendokumentation Pflege" eine Ergänzung, so dass das Versorgungsgeschehen in der Berliner SAPV in Zukunft vollständiger abbildbar sein wird.

5. Patientendokumentation SAPV

5.1 Methodik

Die im Folgenden vorgestellten Daten, die auch den Kern dieses Qualitätsberichts ausmachen, entstammen der "SAPV-Patientendokumentation Arzt", die seit Inkrafttreten des Berliner SAPV-Rahmenvertrags (mit einer gewissen Verzögerung im 2.Halbjahr 2010) im Einsatz ist (vgl. Anlage 1). Erste Auswertungen dieses Dokumentationsbogens lagen für das Jahr 2011 vor, die dann auch in den Qualitätsbericht für das Jahr 2011 eingeflossen sind. Die ärztlichen (und ab 2014 auch die pflegerischen) TeilnehmerInnen 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 ÄrztInnen, hat auch die Auswertung für das Jahr 2013 die inhaltlichen Schwächen des bisher genutzten Bogens bestätigt. Es wurde deshalb im Jahr 2013 von den Vertragspartnern ein abgewandelter Bogen "SAPV-Patientendokumentation Arzt" verabschiedet, der seit Beginn des Jahres 2014 im Einsatz ist.

5.2 Anzahl der SAPV-Begleitungen

Die Anzahl der von den TeilnehmerInnen 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. Home Care Berlin e.V. und die KV Berlin bemühen sich, die Dokumentationsdisziplin der teilnehmenden ÄrztInnen weiter zu steigern.

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

	2013	2012	2011
Anzahl der Erstverordnungen SAPV	5.346	4.704	4.304
Eingereichte Dokumentationsbögen	4.562	4.053	3.167
Vollumfänglich verwertbare Bögen	4.460	3.998	3.124

Berlin ist damit im bundesweiten Vergleich sowohl bei den absoluten Zahlen als auch in Bezug auf den Vergleichsmaßstab (pro 1 Mio Einwohner) weiterhin führend. Nach Berlin weisen Hessen und Hamburg, ebenfalls ein Stadtstaat, die zweit- bzw drittgrößte SAPV-Versorgungsdichte in Deutschland auf - ebenfalls gemessen an der Zahl der Erstverordnungen in 2012 (Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung).

Alle ÄrztInnen, die Dokumentationsbögen eingereicht haben, erhalten ab 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 ... zwei ... drei ... oder noch mehr zugelassene ÄrztInnen in der SAPV aktiv sind - worunter wir eine regelmäßige Hausbesuchstätigkeit sowie die 24h-Erreichbarkeit verstehen. Für 2013 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"

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

Von den sieben SAPV-Standorten, die jeweils über 200 SAPV-Begleitungen im Jahr durchführen, wurden im Jahr 2013 insgesamt 3078 Patienten versorgt (MW: 440), was einem Anteil von 63 Prozent aller in Berlin versorgten SAPV-Patienten entspricht. Umgekehrt wurden von den 18 SAPV-Standorten, die im Jahr 2013 jeweils weniger als 51 Begleitungen durchführten, insgesamt 225 SAPV-Patienten versorgt (MW: 12,5), weniger als 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 für das Jahr 2013 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 gezahlt werden sollten) versichert war. Das gleiche Problem stellte sich in wenigen Ausnahmefällen bei den Betriebskrankenkassen, von denen zwar etwa 45 BKKen bis zum Jahr 2013 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: 4.562 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
4.050 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
2.993 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011)

Krankenkasse	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
AOK Nordost	41	41	42
Barmer GEK	15	16	15
Betriebskrankenkassen	12	12	14
TK	13	11	12
DAK	8	8	8
KKH-Allianz	4	5	5
IKK	4	4	3
Knappschaft	1	1	1
Sonstige	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 Prozentsatz von Patienten, die bei externen GKV-Kassen versichert waren (= Sonstige), ist gleich geblieben.

5.4 Geschlecht, Alter und Wohnsituation zu Beginn der Begleitungen

Die Angaben zu Geschlecht und Alter ergaben verlässliche Ergebnisse - diejenigen zur Wohnsituation sind hingegen nur eingeschränkt aussagekräftig.

Tabelle 5.4.1: Geschlecht der SAPV-Patienten

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

Geschlecht	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
Frauen	51	55	60
Männer	49	45	40

Tabelle 5.4.2: Alter der SAPV-Patienten

(Datenbasis: 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	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
Mittelwert	74	73	74
Mittelwert Frauen	75	74	nicht berechnet
Mittelwert Männer	72	71	nicht berechnet
Altersgruppe 1: jünger als 51 Jahre	5	5	4
Altersgruppe 2: 51 - 75 Jahre	47	51	51-80 Jahre: 67
Altersgruppe 3: älter als 75 Jahre	48	44	älter als 81: 29

Der Altersdurchschnitt der SAPV-Patienten ist im Vergleich zu den Vorjahren etwa gleich geblieben. Das mittlere Alter der Frauen zu Beginn der SAPV-Begleitung liegt um drei Jahre höher als dasjenige der Männer. Bei den Altersgruppen werden drei Gruppen unterschieden (die nicht ganz deckungsgleich mit der Auswertung für das Jahr 2011 sind), um zu untersuchen, welchen Einfluss das Alter auf die Versorgung hat. Die drei Altersgruppen wurden mangels fehlender einheitlicher und allgemein anerkannter Definitionen zu den einzelnen Altersabschnitten aus rein praktischen Erwägungen so ausgewählt und definiert.

Die Wohnsituation zu Beginn der Begleitungen wurde im bisherigen Dokumentationsbogen mit "Wohnverhältnis beim Erstbesuch" abgefragt. Trotz intensiver und mehrfacher Bemühungen um eine einheitliche Interpretation dieser Fragestellung gelang es - wie schon in den Vorjahren - nicht, verlässliche Daten zu diesem Punkt zu erheben. Als größter systematischer Fehler erwies sich abermals die Einschätzung des Versorgungsortes "Stationäres Hospiz" (wenn dies schon zu Beginn der Begleitung der Fall war), der von einer nicht kleinen Gruppe so interpretiert wurde, dass er unter "Sonstiges" fällt ... während andere sich auf die Interpretation beriefen, dass ein Hospiz kein reguläres "Wohnverhältnis" sein kann und hier angekreuzt haben, wie der Patient vor Aufnahme in das Hospiz gelebt hat. Ein anderer Schwachpunkt der Fragestellung ist das Fehlen von Pflege-Wohngemeinschaften als Antwortmöglichkeit und die nicht ausreichende Differenzierung dieser sich immer mehr ausbreitenden Wohnform (auch in der SAPV) zum stationären Heimbereich. Trotz dieser Einschränkungen soll das Ergebnis der Befragung auch für dieses Item hier wiedergegeben werden, zumal deutlich ersichtlich ist, dass die Bögen einheitlicher ausgefüllt wurden - erkennbar daran, dass der Anteil "Sonstiges" (womit in den Vorjahren meist das stationäre Hospiz gemeint war) erheblich abgenommen hat.

Tabelle 5.4.3: Wohnverhältnis beim Erstbesuch

(Datenbasis: 4.562 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
4.053 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012)

Wohnverhältnis beim Erstbesuch	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
Wohnung, mit Angehörigen	54	47	nicht berechnet
Wohnung, allein	27	22	nicht berechnet
Sonstiges	4	16	nicht berechnet
Senioren-/Pflegeheim	14	14	nicht berechnet
Keine Angabe	1	1	nicht berechnet

5.5 Wer verordnete SAPV?

Die Frage danach, wer SAPV verordnete, lässt sich mit dem bisherigen Dokumentationsbogen nicht verlässlich beantworten. Da sich die Frage auf den Zeitpunkt "bei Aufnahme in die SAPV" bezieht, kann es hier nur um Erstverordnungen mittels des Musters 63 gehen. Diese aber können nur von einem einzigen Arzt verordnet werden und nicht von mehreren - gleichwohl sind an dieser Stelle im Dokumentationsbogen ausdrücklich Mehrfachantworten erlaubt. Tatsächlich spielten bei der Entwicklung des Bogens auch Überlegungen eine Rolle, die dahin zielten, in Erfahrung zu bringen, wer die SAPV-Versorgung intendiert hat ... und dies können tatsächlich z.B. Hausarzt oder Krankenhausarzt und SAPV-Arzt sein. Die SAPV-Ärzte interpretieren diese Fragestellung jedenfalls sehr unterschiedlich. Ein anderes Problem bei der Auswertung ist auch, dass nicht eindeutig vorgegeben ist, ob SAPV-Arzt oder Facharzt ... SAPV-Arzt oder Hausarzt ... oder gar SAPV-Arzt und Facharzt bzw. Hausarzt angekreuzt werden soll, denn in der Regel ist der SAPV-Arzt ja auch Facharzt oder Hausarzt. Die Antworten sind deshalb, wenn überhaupt, nur als Trend und nicht als über jeden Zweifel erhabene Auswertung zu verstehen - was für alle Jahre gleichermaßen gilt.

Tabelle 5.5: SAPV wurde verordnet durch ...

(Datenbasis: 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 verordnet durch ...	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
SAPV-Arzt	51	49	50
Facharzt	28	35	30
Hausarzt	8	15	19
Andere Kh.-Abteilung	11	10	7
Palliativstation	1	2	3
Heimarzt	0	1	1
Sonstige	1	1	0

5.6 Ziel der Versorgung

Ähnliche Bedenken gelten auch in Bezug auf die Antworten zum Ziel der Versorgung und zum Umfang der SAPV zu Beginn der Begleitung. In beiden Fällen sind Mehrfachantworten möglich und in beiden Fällen interpretieren die SAPV-Ärztinnen und -Ärzte die Fragestellung immer schon und weiterhin sehr unterschiedlich. Deswegen sind auch die Antworten zu diesen beiden Fragen nur als Annäherung an die Versorgungsrealität, nicht aber als Abbildung des realen Versorgungsgeschehens zu werten. Beispiel: es gibt Ärzte, die bei "Ziel der Versorgung" grundsätzlich alle Items ankreuzen, weil sie sagen, dass dies selbstverständlich immer der Anspruch bzw. das Ziel in der SAPV-Versorgung sein muss. Andere beschränken sich bei ihren Antworten tatsächlich auf den Moment der Aufnahmesituation und kreuzen nur das an, was beim ersten Kontakt Thema war - wohl wissend, dass sich im weiteren Verlauf die Dinge fast immer ändern werden.

Tabelle 5.6: Ziel der Versorgung

(Datenbasis: 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)

Ziel der Versorgung	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
Optimierung der Schmerztherapie	92	90	87
Therapie anderer Symptome	88	86	77
Psychische Stabilisierung des Patienten	77	70	53
Stabilisierung der Angehörigen	75	64	44
Organisation des SAPV-Netzes	68	60	43
Behandlung von Begleiterkrankungen	71	60	50

Die erhobenen Zahlen belegen nicht, dass sich das Versorgungsziel in dem hier gezeigten Ausmaß tatsächlich verändert hat, sondern dass sich viel eher die Interpretation der Frage durch die SAPV-Ärztinnen und -Ärzte geändert hat und der Focus in den Jahren 2012 und 2013 immer mehr auf den Verlauf als auf den Moment ausgerichtet war. Hier lässt sich also eine zunehmend einheitlichere und damit verlässlichere Praxis beim Ausfüllen der Bögen erkennen - am ehesten Folge des intensiven Austauschs der SAPV-Ärztinnen und -Ärzte in den gemeinsamen Qualitätszirkeln.

5.7 Umfang der SAPV zu Beginn der Begleitung

Auch die Frage nach dem Umfang der SAPV wird von den SAPV-Ärztinnen und -Ärzten weiterhin unterschiedlich beantwortet - in dem einen Fall als Momentaufnahme, in anderen Fällen perspektivisch auf den weiteren Verlauf bezogen. Die Anstiege bei den ersten vier Items in Tabelle 5.7 sind auch hier eher Ausdruck eines veränderten Ankreuzverhaltens als einer veränderten Versorgungsrealität. Einzig die Frage nach Teil- oder Vollversorgung zu Beginn der Begleitung kann so gewertet werden, dass die Antworten verlässlich sind. Deren prozentuale Summe beträgt jeweils 100 Prozent ... und in Berlin wird unseres Wissens tatsächlich ausschließlich Teil- oder Vollversorgung in der SAPV beantragt und genehmigt. (Beratung und Koordination sind darin in der Regel enthalten. Beratung oder Koordination als eigenständige SAPV-Leistung, also ohne Teil- oder Vollversorgung, werden in Berlin hingegen so gut wie nie verordnet ... zumindest in keinem einzigen Fall der uns vorliegenden Dokumentationsbögen.)

Tabelle 5.7: Umfang der SAPV

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

Umfang der SAPV	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	29	27	16
Vollversorgung	71	73	84

5.8 Hauptdiagnose, die der Grund der SAPV-Versorgung war

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. (Im Jahr 2011 wurden die Diagnosen noch nicht differenziert.)

Tabelle 5.8.1: Diagnose, die die SAPV begründet

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

Wie zu erwarten, repräsentieren bösartige Neubildungen den mit Abstand größten Anteil bei den Diagnosen (Kapitel C in der ICD-10). Gleichwohl wird immer häufiger 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 vorlagen. Hier dominierten die Krankheiten des Kreislaufsystems (Kapitel I in der ICD-10), an erster Stelle Hirninfarkt (I63) und Schlaganfall (I64) sowie 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: 3.986 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013)

Bösartige Neubildung (BN)	2013 (Frauen / n = 2014)		2013 (Männer / n = 1972)		2013 (Gesamt / n = 3986)	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
BN der Bronchien und der Lunge (C34)	382	19	477	24	859	22
BN von Kolon und Rektum (C18-20)	196	10	224	11	420	11
BN der Brustdrüse (C50)	320	16	8		328	8
BN des Pankreas (C25)	185	9	131	7	316	8
BN der Harnorgane (C64-68)	113	6	163	8	276	7
BN von Ösophagus & Magen (C15-16)	109	5	124	6	233	6
BN des weiblichen Genitales (C51-58)	226	10	1		226	6
BN der Prostata (C61)			221	11	221	6
BN von Leber, Gallenblase/-wege (C22-24)	97	5	111	6	210	5
BN des lymphatischen und blutbildenden Gewebes (C81-96)	101	5	101	5	202	5
BN sekundärer Lokalisation=CUP (C76-80)	86	4	76	4	162	4
BN des Gehirns (C71)	59	3	102	5	161	4
BN im HNO-Bereich (C00-14 + C32)	35	2	98	5	133	3

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

Im Jahr 2012 starben in Berlin 8.895 Menschen an einer bösartigen Neubildung (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes; die Daten für 2013 liegen zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts noch nicht vor). Für das Jahr 2013 dürften Zahlen in ähnlicher Größenordnung gelten. In der Berliner SAPV wurden davon im Jahr 2013 nachweislich 4.257 Menschen versorgt (inkl. der Privatpatienten, die an einer bösartigen Erkrankung starben) also etwa 48 Prozent aller Krebssterbefälle in Berlin. (In Wirklichkeit sind es auch im Jahr 2013 wieder etwas mehr, nur fehlten auch in diesem Jahr die Dokumentationsbögen über alle Verläufe. Orientiert man sich an der Zahl aller SAPV-Erstverordnungen und rechnet dann die Zahlen hoch, wurden in der SAPV ca. 4700 Krebspatienten versorgt - das entspricht einem Anteil von etwas mehr als 50 Prozent aller Krebssterbefälle in Berlin.)

5.9 Symptomgeschehen beim ersten Besuch

Die Frage nach dem Symptomgeschehen beim ersten Besuch 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 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 SAPV. Wesentliche Unterschiede in den Jahren 2012 und 2013 ergaben sich nicht. (Im Jahr 2011 war eine Auswertung dieses Items nicht erfolgt.)

Tabelle 5.9: Symptomgeschehen beim ersten Besuch

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

Symptomgeschehen beim ersten Besuch	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)
ausgeprägte Schmerzsymptomatik	83	81
ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	62	59
ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	60	55
ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik	54	49
ausgeprägte Überforderung des sozialen Umfelds	34	32
ausgeprägte urogenitale Symptomatik	13	13
ausgeprägte (ex)ulcerierende Wunden oder Tumore	11	11
sonstiges komplexes Symptomgeschehen	62	56

5.10 Ort des ersten und letzten Besuchs

Der Ort des ersten und letzten Besuchs variierte im Vergleich der Jahre 2011 bis 2013 nur leicht. Trends sind (noch) nicht absehbar.

Abbildung 5.10.1: Ort des ersten Besuches in der SAPV in Prozent

(Datenbasis: 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	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
(eigene) Wohnung	55	59	56
Stationäres Hospiz	25	21	24
Senioren-/Pflegeheim	14	14	14
Kurzzeitpflege	4	4	5
keine Angabe	2	2	1

"Keine Angabe" wurde beim ersten und letzten Besuch dann gemacht, wenn das Wohnsetting der Betroffenen, nämlich z.B. eine Pflege-WG, im Dokumentationsbogen nicht aufgeführt wird und deshalb auch nicht angekreuzt werden kann.

Abbildung 5.10.2: Ort des letzten Besuches in der SAPV in Prozent

(Datenbasis: 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 letzten Besuchs	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
(eigene) Wohnung	45	46	44
Stationäres Hospiz	36	34	36
Senioren-/Pflegeheim	15	15	14
Kurzzeitpflege	3	3	4
keine Angabe	1	2	2

5.11 Versorgungsdauer

Die durchschnittliche Versorgungsdauer in der Berliner SAPV betrug im Jahr 2013 genau 52 Tage - gemessen vom Tag des Erstbesuchs bis zum Abschluss der SAPV. Die Versorgungsdauer war damit um 4 Tage länger als im Jahr 2011 (48 Tage) und um 2 Tage geringer als im Jahr 2012 (54 Tage). Unterschiede ergaben sich mit Blick auf die drei verschiedenen Altersgruppen und beim Geschlecht. Es machte hingegen keinen bzw nur einen geringen Unterschied, ob ein Patient eine bösartige Neubildung hatte oder an einer anderen Erkrankung litt, die Grund für die SAPV war.

Tabelle 5.11: Versorgungsdauer in der SAPV,
abhängig von Alter, Geschlecht und Diagnose
(Datenbasis: 4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013;
3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012)

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

Auffällig ist in beiden 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.

5.12 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 5.12: Begründung des Abschlusses der SAPV

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

Begründung des Abschlusses der SAPV	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
Tod des Patienten	88	90	nicht ausgewertet
"Letzte" Krankenhaus-Einweisung	3	5	nicht ausgewertet
Stabilisierung des Gesundheitszustandes	4	2	nicht ausgewertet
Änderung des Wohnorts des Patienten	2	2	nicht ausgewertet
Wechsel des SAPV-Arztes	3	1	nicht ausgewertet
Neue kausale Therapieoptionen	0	0	nicht ausgewertet

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. vier 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, weil sie z.B. zum Lebensende hin zu ihren Kindern in ein anderes Bundesland gezogen sind, 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. 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 herausgenommen werden konnten.

5.13 Sterbeort

Es ergab sich im Jahr 2013 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 Prozent. Deutlich angestiegen ist hingegen die Zahl der Patienten, die in einem stationären Hospiz gestorben sind. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass schon der SAPV-Versorgungsbeginn deutlich häufiger in einem stationären Hospiz stattfand als im Vorjahr - also auch mehr Menschen dort starben. Weiterhin erfreulich niedrig bleibt der Anteil der Patienten, die in einem Krankenhaus sterben (2011 + 2012: 8 Prozent; 2013: 7 Prozent).

Tabelle 5.13: Sterbeort

(Datenbasis: 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	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
(eigene) Wohnung	35	41	41
Stationäres Hospiz	40	34	35
Pflegeheim	14	13	12
andere Krankenhaus-Station	6	7	6
Kurzzeitpflege	3	3	4
Palliativstation	1	1	2
Unbekannt	1	1	0

5.14 Temporäre Krankenhauseinweisungen

482 Patienten wurden während der SAPV-Versorgung temporär in ein Krankenhaus eingewiesen - dies entspricht 11 Prozent aller Patienten (2011: 8 Prozent, 2012: 12 Prozent). Insgesamt kam es zu 735 Einweisungen, was durchschnittlich 1,5 Einweisungen pro Patient bedeutet (bezogen nur auf die Patienten, die eingewiesen wurden). Bei insgesamt 5.740 im Krankenhaus verbrachten Tagen (2011: 1.796; 2012: 5.475) entspricht dies einer durchschnittlichen Krankenhausverweildauer von 12 Tagen. 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 5.15.

5.15 Überleitung in ein Hospiz / Krankenhaus / Heim am Lebensende

Am häufigsten erfolgte eine Überleitung am Lebensende in ein stationäres Hospiz, selten als Einweisung in ein Krankenhaus und sehr selten als Aufnahme in einem Pflegeheim oder einer anderen Pflegeeinrichtung. Während von den Patienten mit einer bösartigen Neubildung immerhin 25 Prozent zum Lebensende in einem Hospiz oder einem Krankenhaus aufgenommen werden mussten (über die Gründe informiert Tabelle 5.15), waren es von den Patienten, die nicht an einer Krebserkrankung litten, nur elf Prozent. Von diesen lebten zu Beginn (und beim Abschluss) der SAPV überdurchschnittlich viele in einem Pflegeheim.

Tabelle 5.15: Ursache(n) der "Letzten Einweisung"

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

Ursachen der "letzten Einweisung"	2013 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2011 (in Prozent)
Dekompensation Patient / Angehörige	55	48	nicht ausgewertet
Medizinische Notfallsituation	25	30	nicht ausgewertet
(häusliche) Pflege nicht gesichert	31	29	nicht ausgewertet
Sonstige Medizinische Indikation	13	17	nicht ausgewertet
Diagnostische Abklärung	3	4	nicht ausgewertet
Unbekannt	2	2	nicht ausgewertet

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. Diese Daten könnten auch ein Indiz dafür sein, 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.

5.16 Versorgungsziffern (Zahl der Hausbesuche durch Ärzte)

Im derzeit gültigen "SAPV-Dokumentationsbogen Arzt" wird u.a. die Zahl der Hausbesuche im Rahmen der Teil- bzw. Vollversorgung erfragt und ausgewertet.

Tabelle 5.16.1: Zahl der Hausbesuche durch SAPV-Ärztinnen und -ärzte

(Datenbasis: 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	2013	2012	2011
Zahl der Hausbesuche im Rahmen einer Teilversorgung	10.117	7.138	3.093
Zahl der Hausbesuche im Rahmen einer Vollversorgung	37.643	35.590	28.586
Gesamtzahl der Hausbesuche	47.760	42.728	31.679

Die Häufigkeit der Hausbesuche im Rahmen von SAPV hat in den Jahren 2012 und 2013, verglichen mit 2011, leicht zugenommen - bezogen auf die Begleitung eines einzelnen Patienten. Was sich noch deutlicher geändert hat, ist die Zahl der Patienten bzw. der abgegebenen Dokumentationsbögen, so dass unter dem Strich auch eine deutlich größere Gesamtzahl an Hausbesuchen resultiert. Diese, geteilt durch die Zahl der insgesamt versorgten bzw. dokumentierten Patienten, ergibt eine durchschnittliche Zahl von 10 Hausbesuchen pro SAPV-Patient im Jahr 2011 sowie 11 Hausbesuchen pro SAPV-Patient in den Jahren 2012 und 2013 ... bei einer mittleren Versorgungsdauer von 48 (2011) über 52 (2013) bis 54 (2012) Tagen, also im Durchschnitt einen palliativärztlichen Hausbesuch alle 5 Tage - ein Wert, der für alle drei Jahrgänge gilt.

Tabelle 5.16.2: Durchschnittliche Häufigkeit von Hausbesuchen pro Patient durch Ärzte

(Datenbasis: 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	2013	2012	2011
Hausbesuche pro Patient	$47.760 : 4.460 = 11$	$42.728 : 3.998 = 11$	$31.679 : 3.124 = 10$

5.17 Einbezogene Leistungserbringer während der SAPV

Da die SAPV in Berlin strukturell so angelegt ist, dass keine Palliative Care-Teams gebildet wurden, sondern ambulant tätige PalliativärztInnen 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 PalliativärztInnen ein spezialisierter Palliativpflegedienst ist (der leider nicht immer zur Verfügung steht). Fast ebenso häufig wie diese werden erfahrene PhysiotherapeutInnen in der SAPV mit einbezogen, die einen erheblichen Anteil an einer guten und bedarfsgerechten Palliativversorgung haben. SozialarbeiterInnen 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 MitarbeiterInnen nehmen auch regelmäßig an den Treffen der Palliativnetze teil. Eher selten sind SeelsorgerInnen aktiv beteiligt, was in konfessionell anders geprägten Regionen Deutschlands zweifellos anders ist. Eine absolute Ausnahme stellt die Einbeziehung ambulant tätiger PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen dar.

Tabelle 5.17.1: Einbezogene Leistungserbringer während der SAPV

(Datenbasis: 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	2013	2012	2011
Physiotherapie	38	39	35
Spezialisierter Palliativpflegedienst	39	36	nicht ausgew.
Sozialarbeit	34	28	25
Normaler Pflegedienst	15	17	nicht ausgew.
Ambulanter Hospizdienst	17	15	15
Seelsorge	9	10	11
Psychologie	1	1	2

Die Bedeutung der spezialisierten Palliativpflegedienste kann nicht genug betont werden. Sie sind oft ein Segen für die Betroffenen und auch in der Lage die PalliativärztInnen zu entlasten. Viele PalliativärztInnen würden gerne noch intensiver mit den MitarbeiterInnen der spezialisierten Palliativpflegedienste zusammen arbeiten, was allerdings aufgrund der zweigleisigen Versorgungsstruktur in der Berliner SAPV nicht immer einfach zu realisieren ist. Von den etwa 30 zugelassenen spezialisierten Palliativpflegediensten in Berlin nahm, wie die folgende Tabelle zeigt, nur ein Teil in nennenswertem Umfang an der realen Versorgungspraxis teil. Über deren Tätigkeit im Einzelnen können wir aufgrund fehlender Daten nichts Näheres sagen. Selbst die Daten in Tabelle 5.17.2 sind zurückhaltend zu interpretieren, da sie allein auf der Angabe der PalliativärztInnen beruhen und diese Angaben nicht immer eindeutig waren.

Tabelle 5.17.2: Spezialisierte PalliativPflegedienste (SPP),
Anzahl der versorgten SAPV-Patienten pro Standort SPP
(Datenbasis: 4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013)
3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012)

Standort	2013	2012	Standort	2013	2012	Standort	2013	2012
01	10	17	11	191	144	21	194	162
02	105	90	12	42	44	22	13	24
03	30	17	13	44	27	23	125	124
04	3	1	14	24	0	24	13	6
05	13	6	15	53	2	25	2	4
06	6	0	16	69	99	26	154	48
07	125	84	17	0	0	27	66	66
08	2	8	18	36	30	28	136	81
09	33	18	19	58	34	29	32	0
10	159	133	20	130	109	30	0	65

Tabelle 5.17.2 verdeutlicht die großen Unterschiede auch bei den spezialisierten Palliativpflegediensten - hier am Beispiel der Anzahl der betreuten Patienten. Ähnlich wie bei den ärztlichen SAPV-BSNR-Standorten lassen sich Leistungserbringer mit sehr geringen Patientenzahlen und andere mit hohen Patientenzahlen unterscheiden. 9 Dienste betreuten im Jahr 2013 mehr als 90 SAPV-Patienten, 15 Dienste bilden das Mittelfeld mit 10 bis 69 betreuten Patienten im Jahr 2013 und 6 Dienste betreuten weniger als 10 SAPV-Patienten. Ob und wenn ja, welche Auswirkungen diese erheblichen Differenzen auf die Qualität der Versorgung haben, ist unklar.

6. Fazit

"Unser Fazit in Kürze: Die Berliner SAPV ist gut - sie kann aber noch besser werden!" Mit diesen Worten endete der "Qualitätsbericht über die Umsetzung der SAPV in Berlin für das Jahr 2012". Und das gleiche Fazit lässt sich auch nach der Auswertung der vorliegenden Daten für das Jahr 2013 ziehen. Für fast alle erhobenen und ausgewerteten Items gilt in etwa das Gleiche, was auch schon im Vorjahr festgestellt werden konnte - weshalb wir uns in diesem Jahr an dieser Stelle kurz fassen können und auf die weiterhin gültigen Aussagen im Fazit des Vorjahres verweisen. Fast alle Ergebnisse sind erklärlich und im Wesentlichen stabil. Eindeutige Trends, in welche Richtungen auch immer, sind nicht erkennbar - mit zwei Ausnahmen. Die Daten schwanken in der Zusammenschau von drei Jahren um stabile Mittelwerte - mit diskreten Abweichungen nach oben oder nach unten. (Das 2013 die Lücke zwischen der Zahl der real versorgten SAPV-Patienten und der für diese Begleitungen abgegebenen Dokumentationsbögen wieder größer geworden ist, ist bedauerlich.)

Während sich also Daten zu Geschlecht und Alter der SAPV-Patienten, zu Diagnosen, SAPV-Versorgungsdauer oder Gründen für den Versorgungsabschluss bzw die Einbeziehung weiterer Leistungserbringer in allen drei Jahren ähneln, resultieren die erwähnten Ausnahmen zum einen aus der kontinuierlichen und weiter ansteigenden Zahl derjenigen Patienten, die am Lebensende eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung erhalten. Gemessen an der Zahl der SAPV-Erstverordnungen ist der Anstieg über die drei Jahre von 4.304 betreuten Patienten im Jahr 2011 über 4.704 betreute Patienten im Jahr 2012 bis hin zu 5.346 betreuten Patienten im Jahr 2013 bemerkenswert. Da sich ansonsten die Ergebnisse ähneln, kann davon ausgegangen werden, dass ein gutes und immer mehr nachgefragtes Versorgungsangebot tatsächlich immer mehr betroffene Patienten erreicht, denen es dadurch mehrheitlich ermöglicht wird, so gut wie möglich versorgt und in behüteter Atmosphäre ihre letzte Lebenszeit zu verbringen - die meisten im Jahr 2013 erstmals in stationären Hospizen (die zweite auffällige Veränderung) und viele zu Hause. Krankenhaus-Einweisungen am Lebensende bleiben in der SAPV eher eine Seltenheit (< 10 Prozent).

Im Jahr 2014 wird insbesondere durch die neu eingeführte "SAPV-Patientendokumentation Pflege" der Blick auf die SAPV-Tätigkeit in Berlin umfassender und vollständiger sein als es bisher möglich war. Inwieweit die neue "SAPV-Patientendokumentation Arzt" neue Erkenntnisse ermöglichen wird, bleibt hingegen abzuwarten. Es gilt weiterhin: Die Berliner SAPV ist gut - sie kann aber noch besser werden!

Anlage 1 - SAPV-Dokumentationsbogen Arzt 2011 - 2013

Patientendokumentation SAPV		Home Care Berlin e.V.	201 <input style="width: 20px;" type="text"/>
Praxisrelevante Angaben			
Praxis-Stempel		verantwortliche(r) Arzt / Ärzte SAPV 1. _____ 2. _____	
Situation bei Aufnahme in die SAPV			
Geburtsjahr Patient <input style="width: 40px;" type="text"/>	Wohnverhältnis beim Erstbesuch <input type="radio"/> Wohnung, allein <input type="radio"/> Wohnung, mit Angehörigen <input type="radio"/> Senioren-/Pflegeheim <input type="radio"/> sonstiges	Krankenkasse oder KK-Betriebsnummer <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich			
SAPV verordnet durch ★ <input type="radio"/> Facharzt <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> Hausarzt <input type="radio"/> andere Khs.-abteilung <input type="radio"/> Heimarzt <input type="radio"/> selbst (SAPV-Arzt) sonstiger Zugang: _____	Ziel der Versorgung ★ <input type="radio"/> Optimierung der Schmerztherapie <input type="radio"/> Therapie anderer Symptome <input type="radio"/> Behandlung von Begleiterkrankungen <input type="radio"/> psychische Stabilisierung des Patienten <input type="radio"/> Stabilisierung der Angehörigen <input type="radio"/> Organisation des SAPV-Netztes	Umfang der SAPV ★ <input type="radio"/> telefonische Beratung von Betroffenen <input type="radio"/> Beratung von Betroffenen vor Ort <input type="radio"/> telefonische Beratung des primärvers. Arztes <input type="radio"/> Beratung primärvers. Arzt vor Ort (Konsil) <input type="radio"/> Teilverversorgung mit dem primärvers. Arzt <input type="radio"/> Vollversorgung <input type="radio"/> Koordination der ambulanten Versorgung	
Diagnose(n), die die SAPV begründen			
Hauptdiagnose ICD <input style="width: 40px;" type="text"/>			
Symptomgeschehen beim ersten Besuch			
<input type="radio"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik <input type="radio"/> ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik <input type="radio"/> ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik <input type="radio"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik		<input type="radio"/> ausgeprägte ulcerierende/ exulcerierende Wunden oder Tumore <input type="radio"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik <input type="radio"/> ausgeprägte Überforderung des sozialen Umfelds <input type="radio"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen	
Behandlungsverlauf			
Datum des ersten Kontakts <input style="width: 40px;" type="text"/>	Datum des letzten Kontakts <input style="width: 40px;" type="text"/>	SAPV abgeschlossen am: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Sterbedatum <input style="width: 40px;" type="text"/>
Datum des ersten Besuchs <input style="width: 40px;" type="text"/>	Datum des letzten Besuchs <input style="width: 40px;" type="text"/>	Begründung des Abschlusses ★ <input type="radio"/> Tod des Patienten <input type="radio"/> Änderung des Wohnorts des Patienten <input type="radio"/> Stabilisierung des Gesundheitszustandes <input type="radio"/> neue kausale Therapieoptionen <input type="radio"/> Krankenhauseinweisung <input type="radio"/> Wechsel des SAPV-Arzt / Teams	
Ort des ersten Besuchs <input type="radio"/> (eigene) Wohnung <input type="radio"/> Senioren-/Pflegeheim <input type="radio"/> stationäres Hospiz <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Krankenhaus	Ort des letzten Besuchs <input type="radio"/> (eigene) Wohnung <input type="radio"/> Senioren-/Pflegeheim <input type="radio"/> stationäres Hospiz <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Krankenhaus		
Temporäre Krankenhauseinweisungen während der gesamten SAPV - Zeit			
Gesamtzahl der Krankenhauseinweisungen zwischen erstem und letztem Besuch <input style="width: 40px;" type="text"/>		Summe der im Krankenhaus verbrachten Tage zwischen erstem und letztem Besuch <input style="width: 40px;" type="text"/>	
Letzte Einweisung / Verlegung, die mit dem Tod des Patienten endet (ausfüllen, wenn der Sterbeort nicht der Versorgungsort zu Beginn ist)			
Datum der Einweisung / Verlegung ins Krankenhaus / Heim / stationäre Hospiz: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Wer hat die Einweisung veranlasst? <input type="radio"/> Patient / Angehörige <input type="radio"/> SAPV Arzt <input type="radio"/> Hausarzt <input type="radio"/> Notarzt <input type="radio"/> Pflegedienst / Pflegepersonal <input type="radio"/> unbekannt	Was war(en) die Ursache(n)? ★ <input type="radio"/> medizinische Notfallsituation <input type="radio"/> sonstige medizinische Indikation <input type="radio"/> Dekompensation Patient/Angehörige <input type="radio"/> (häusliche) Pflege nicht gesichert <input type="radio"/> SAPV-Arzt nicht verfügbar <input type="radio"/> diagnostische Abklärung <input type="radio"/> unbekannt	
Tageszeit <input type="radio"/> zwischen 6 und 18 Uhr <input type="radio"/> übrige Zeit			
Versorgungsziffern			
Zahl der konsiliarischen Telefonate <input style="width: 40px;" type="text"/>	Zahl der Hausbesuche im Rahmen einer Teilverversorgung <input style="width: 40px;" type="text"/>	Zahl der Hausbesuche im Rahmen einer Vollversorgung <input style="width: 40px;" type="text"/>	
Zahl der Konsiliarbesuche <input style="width: 40px;" type="text"/>			
Einbezogene Leistungserbringer während der SAPV-Zeit ★			
<input type="radio"/> Physiotherapie <input type="radio"/> Psychologen / -therapeuten <input type="radio"/> ambulanter Hospizdienst <input type="radio"/> Sozialarbeiter <input type="radio"/> Seelsorger <input type="radio"/> nichtspez. Pflegedienst		<input type="radio"/> SAPV-Pflegedienst (welcher) _____	

Datum

Unterschrift

★ = (alles Zutreffende ankreuzen)

Copyright by Home Care Berlin e.V.