



Qualitätsbericht

über die

Umsetzung der SAPV

in Berlin

für das Jahr 2015

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	27
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

Der Qualitätsbericht für das Jahr 2015 soll wieder einen Einblick in die Berliner SAPV ermöglichen. Allen, die daran interessiert sind, soll damit Auskunft über die Art und Weise der Versorgung und die Ergebnisse gegeben werden, die mit guter ambulanter 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 zu übermitteln. Dieser Auflage entsprechen wir mit der Vorlage dieses Berichts über die Umsetzung der SAPV in Berlin im Jahr 2015.

Wir knüpfen dabei an die Ergebnisse der Qualitätsberichte für die Jahre 2011 bis 2014 an. Kernstück des Qualitätsberichts für das Jahr 2015 ist, wie schon in den Vorjahren, die Auswertung der "SAPV-Patientendokumentation Arzt" sowie die Auswertung der „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 2015 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 wichtige Aufgabe ist die Koordination der Palliativnetze, die sich in den letzten fünf 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 2015. 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 sehr unterschiedlich in ihrer Struktur und ihrem Organisationsgrad. Neun Netzwerke haben sich inzwischen etabliert. 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. 2015)

Palliativnetz	Teilnehmer	Treffen 2015	AnsprechpartnerInnen
<i>Mitte-Nord</i>	<i>ca.15-20</i>	<i>5</i>	<i>Gabriele Wolf: wolf@adiuto-med.de</i>
<i>Nordost</i>	<i>ca.40</i>	<i>6</i>	<i>Julius Howorka: palliativnetz-berlin-nordost@web.de</i>
<i>Ost</i>	<i>ca. 15</i>	<i>4</i>	<i>Beate Rothermel: bea.rothermel@gmx.de</i>
<i>Biesdorf</i>	<i>ca. 15</i>	<i>4</i>	<i>Gabriela Buerschaper: info@opz-biesdorf.de</i>
<i>Süd</i>	<i>ca.20</i>	<i>4</i>	<i>Johannes Schlachter: jschlachter@ricam-hospiz.de</i>
<i>Mitte-Südwest</i>	<i>ca.20-25</i>	<i>8</i>	<i>Thomas Schindler: palliativteam.berlin@gmx.de</i>
<i>Südwest</i>	<i>ca.20</i>	<i>5</i>	<i>Michael Friedmann: friedmann@snafo.de</i>
<i>Spandau (= West)</i>	<i>ca.25</i>	<i>5</i>	<i>Eveline Klemm: eveline.klemm@trias-sozial.com</i>
<i>Kinder & Jugendliche (= berlinweit)</i>	<i>ca. 15</i>	<i>4</i>	<i>Kerstin Lieber: kerstin.lieber@gmail.com</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 2015

4.1 Spezialisierte Palliativärztinnen und Palliativärzte

Im Jahr 2015 stellten 62 SAPV-Ärzte und -Ärztinnen Dokumentationsbögen zur Verfügung. Die Zahl der für SAPV zugelassenen ärztlichen Leistungserbringer in Berlin betrug Ende 2015 insgesamt 96 (Stand 1/2016).

Fast alle zugelassenen Ärzte sind an einem Standort mit einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vergebenen SAPV-Betriebsstättennummer (SAPV-BSNR) tätig. Dies waren im Jahr 2015 insgesamt 39 Standorte. 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 niedergelassenen Ärzten v.a. auch Ärzte für Anästhesiologie, Ärzte für Allgemeinmedizin sowie einzelne Ärzte und Ärztinnen für Urologie, Gynäkologie und Physikalische Medizin zu finden. Auch die für die SAPV zugelassenen Nicht-Vertragsärzte 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 waren von den Krankenkassen 33 spezialisierte Palliativpflegedienste (Stand 1.10.2015), die formal die Anforderungen des gültigen Rahmenvertrages erfüllen, um in der SAPV tätig sein zu können und ihre Leistungen in diesem Zusammenhang auch abzurechnen. 27 dieser Dienste haben für das Jahr 2015 SAPV-Dokumentationsbögen eingereicht, 23 dieser Dienste nahmen in nennenswertem Umfang (mit mehr als 10 SAPV-Begleitungen im Jahr 2015) 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 war. Da Vergleichswerte aus den Vorjahren fehlen, kann hier nur eine erweiterte Bestandsaufnahme mit den Daten aus den Jahren 2014 und 2015 erfolgen. 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 geworden ist.

5. Patientendokumentation SAPV - Ärzte

5.1 Methodik

Die in Kapitel 5 vorgestellten Daten, die - in Zusammenschau mit den in Kapitel 6 vorgestellten Daten - den Kern dieses Qualitätsberichts ausmachen, entstammen der "SAPV-Patientendokumentation Arzt". Für die Dokumentation seit dem 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 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, hatte auch die Auswertung für die Jahre 2012 und 2013 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 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, ist der Prozentsatz nicht eingereicherter Dokumentationsbögen im Jahr 2015 wieder angestiegen (18,9 %) - in den drei Jahren davor lag er 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"

	2011	2012	2013	2014	2015
Anzahl der Erstverordnungen SAPV	4.304	4.704	5.346	5.622	6.107
Eingereichte Dokumentationsbögen	3.167	4.053	4.562	4.842	4.950
Vollumfänglich verwertbare Bögen	3.124	3.998	4.460	4.839	4.950
Differenz Anzahl	1.137	651	784	780	1.157
Fehlende Bögen (in Prozent)	26,5 %	13,8 %	14,6 %	13,9 %	18,9 %

Berlin ist somit, was die Anzahl der betreuten SAPV-Patienten betrifft, im bundesweiten Ländervergleich - sowohl bei den absoluten Zahlen und erst recht in Bezug auf den Vergleichsmaßstab (pro 1 Mio. Einwohner) - seit fünf Jahren führend. Nach Berlin weisen Hessen und Niedersachsen die größte SAPV-Versorgungsdichte in Deutschland auf - gemessen an der Zahl der Erstverordnungen in den Jahren 2011 bis 2015 (Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung).

Alle SAPV-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. Wir unterscheiden drei große Gruppen, 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"

	2011	2012	2013	2014	2015
SAPV-Standorte mit eigener SAPV-BSNR insgesamt	28	36	37	38	40
SAPV-Standorte mit mindestens 200 Begleitungen pro Jahr	7	7	7	8	8
SAPV-Standorte mit 51-199 Begleitungen pro Jahr	9	12	12	11	12
SAPV-Standorte mit höchstens 50 Begleitungen pro Jahr	12	17	18	19	20

Von den acht SAPV-Standorten, die in den Jahren 2014 und 2015 jeweils über 200 SAPV-Begleitungen im Jahr durchgeführt (bzw. dokumentiert) haben, wurden im Durchschnitt etwa 400 GKV-Patienten pro Jahr versorgt, was einem Anteil von gut zwei Dritteln (67 Prozent) der in Berlin versorgten (bzw. dokumentierten) SAPV-Patienten entspricht. Umgekehrt wurden von den SAPV-Standorten, die im Jahr 2014 und 2015 jeweils weniger als 51 Begleitungen durchführten (bzw. dokumentierten) im Mittel lediglich zwölf Patienten pro Jahr versorgt - 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 lässt sich relativ leicht erheben, da es nur in wenigen Ausnahmefällen Zweifel darüber geben kann, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse ein SAPV-Patient versichert ist. Dennoch gibt es weiterhin methodisch bedingte kleinere Unsicherheiten, da nicht immer ermittelt werden kann, ob z.B. ein bei der AOK versicherter Patient tatsächlich, wie es die Regel ist, auch bei der AOK Nordost (die Vertragspartner ist) versichert ist - oder nicht doch bei einer externen AOK. Das gleiche Problem stellt sich in wenigen Ausnahmefällen bei den Betriebskrankenkassen, von denen zwar viele bis zum Jahr 2015 dem Berliner SAPV-Rahmenvertrag beigetreten sind, gleichwohl nicht immer ermittelt werden konnte, ob die BKK eines SAPV-Patienten Teilnehmerin des Berliner Vertrages ist oder nicht.

Tabelle 5.3: Zugehörigkeit der SAPV-Patienten zu einer gesetzlichen Krankenkasse
(Datenbasis: 2.993 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011
4.050 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
4.562 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
4.842 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Krankenkasse	2011 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
AOK Nordost	42	41	41	42	39
Barmer GEK	15	16	15	16	15
Betriebskrankenkassen	14	12	12	12	13
TK	12	11	13	11	13
DAK	8	8	8	8	9
KKH-Allianz	5	5	4	5	5
IKK	3	4	4	3	3
Knappschaft	1	1	1	2	1
Sonstige	0	2	2	1	2

Im Vergleich zu den Auswertungen aus den Vorjahren fällt auf, dass die Zahlen im Wesentlichen gleichgeblieben sind. Es war auch nicht zu erwarten gewesen, dass es hier zu größeren Veränderungen kommen würde.

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 so ausgewählt und definiert. Etwa 50 Prozent der in der Berliner SAPV versorgten Patienten gehören der Altersgruppe 3 an (so weisen es zumindest die Daten aus den Jahren 2013 bis 2015 aus), haben somit zu SAPV-Beginn schon ein Alter von über 75 Jahren erreicht.

Tabelle 5.4.1: Alter der SAPV-Patienten

(Datenbasis: 3.124 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011
 4.053 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
 4.562 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
 4.842 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
 4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Alter	2011 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Mittelwert	74	73	74	74	74
Mittelwert Frauen		74	75		
Mittelwert Männer		71	72		
Altersgruppe 1: < 51 Jahre	4	5	5	4	4
Altersgruppe 2: 51 - 75 Jahre	67 (51-80 J.)	51	47	48	44
Altersgruppe 3: > 75 Jahre	29 (> 81 J.)	44	48	48	52

5.5 SAPV initiiert durch ...

Die Frage danach, wer SAPV initiierte, 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 dahin zielten, in Erfahrung zu bringen, wer die SAPV-Versorgung intendiert hat ... und dies können durchaus mehrere Beteiligte sein, z.B. Hausarzt, niedergelassener Facharzt oder Krankenhausarzt, der Patient selbst (und/oder seine Angehörigen) oder die MitarbeiterInnen in einem Pflegeheim. Die Antworten im aktuellen Dokumentationsbogen (seit dem Jahr 2014) machen deutlich, dass es in erster Linie die niedergelassenen Haus- und Fachärzte sind, die eine SAPV anregen bzw. vermitteln, gefolgt von den Krankenhäusern. Aber auch stationäre Hospize, Pflegeheime und nicht zuletzt die Patienten und ihre Angehörigen, die sich aus Eigeninitiative um eine SAPV-Versorgung bemühen, initiieren nicht selten den Beginn der SAPV.

Tabelle 5.5: SAPV initiiert durch ...

(Datenbasis: 3.124 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011
4.050 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
4.562 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
4.842 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015;
Mehrfachantworten waren möglich)

SAPV initiiert durch ... (2011-2013: Wer verordnete SAPV?)	2011 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Patient / Angehörige				11	12
SAPV-Arzt	50	49	51		
SAPV-Pflege				5	5
Hausarzt oder Facharzt	30	35	28	33	35
Heim				12	13
Stationäres Hospiz				19	18
Ambulanter Hospizdienst				1	
Palliativstation	3	2	1	2	3
Krankenhaus	7	10	11	16	21
Sonstige	0	1	1	3	3

5.6 Wer kümmert sich?

Die im Dokumentationsbogen für die Jahre 2012 und 2013 gestellten Fragen nach dem "Ziel der Versorgung" und dem "Umfang der SAPV zu Beginn der Begleitung" werden im neuen Dokumentationsbogen seit dem Jahr 2014 nicht mehr gestellt, da die Antworten wenig aussagekräftig waren. Stattdessen wird jetzt nach den Personen im sozialen Umfeld der Patienten gefragt, 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
4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015
Mehrfachantworten waren möglich)

Wer kümmert sich	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Keiner	12	11
Partner	43	43
Eltern(teil)	2	2
Sonstige(r) Verwandte(r)	16	12
Freunde/Bekannte/Nachbarn	10	9
Kind	41	43
private Pflege	4	5

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 74 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 (11 bis 12 Prozent) - ein für das moderne Großstadtleben aber wohl nicht untypischer Befund.

5.7 Allgemeinzustand

Die Frage nach dem Allgemeinzustand zu Beginn der SAPV ist im seit 2014 genutzten Dokumentationsbogen neu 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 den Jahren 2014 und 2015 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 führende 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
4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Allgemeinzustand	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
eingeschränkt	8	5
weniger als 50% bettlägrig	15	16
mehr als 50 % bettlägrig	55	55
moribund	22	24

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 bis 2013 hier noch einmal referiert werden). Die Antworten blieben damals jedoch sehr missverständlich. Deshalb wird im neuen Dokumentationsbogen seit 2014 lediglich danach gefragt, welche Stufe der SAPV bei der Erstverordnung auf Muster 63 beantragt wurde. Hier gibt es keinen Interpretationsspielraum und die Ergebnisse sind somit eindeutig. Laut eingereichten Dokumentationsbögen werden in der Berliner SAPV im Grunde ausschließlich Teilversorgung oder Vollversorgung beantragt. Deutlich wird, 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 5.8: SAPV-Verordnung von ...

(Datenbasis: 3.167 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011
 4.053 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
 4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
 4.842 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
 4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

SAPV-Verordnung von ... (2011-2013: Umfang der SAPV)	2011 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Beratung von Betroffenen vor Ort	51	66	71		
Tel. Beratung von Betroffenen	40	55	60		
Koordination der amb.Versorgung	32	40	39		
Telefonische Beratung des primär versorgenden Arztes	12	22	27		
Beratung des primär versorgenden Arztes vor Ort	2	4	3		
Teilversorgung	16	27	33	40	48
Vollversorgung	84	73	71	60	52

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 zugrundeliegende 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 5.9.1: Diagnose, die die SAPV begründet

(Datenbasis: 3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
4.842 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015;
in Klammern das jeweilige Kapitel in der ICD-10)

Diagnose, die die SAPV begründet	2012 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Bösartige Neubildungen (C)	91	89	89	86
Krankheiten des Kreislaufsystems (I)	2	3	3	4
Krankheiten von Psyche & Nerven (F, G)	2	2	3	4
Krankheiten des Atmungssystems (J)	1	2	2	2
Gutartige oder unklare Neubildungen (D)	1	1	1	1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N)	1	1	1	1
Alle anderen Diagnosen	2	2	1	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 wachsendem Umfang 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 Nervensystems (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 5.9.2: Häufigkeitsverteilung von bösartigen Neubildungen in der Berliner SAPV

(Datenbasis: 3.686 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
3.986 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
4.287 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.272 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Bösartige Neubildung (BN)	2015		2014		2013		2012	
	(Gesamt / n = 4.272) absolut / in Prozent		(Gesamt / n = 4.287) absolut / in Prozent		(Gesamt / n = 3.986) absolut / in Prozent		(Gesamt / n = 3.686) absolut / in Prozent	
BN von Bronchien und Lunge (C34)	909	21	944	22	859	22	764	21
BN von Kolon und Rektum (C18-20)	427	10	427	10	420	11	402	11
BN des Pankreas (C25)	398	9	380	9	316	8	303	8
BN der Brustdrüse (C50)	338	8	330	8	328	8	334	9
BN von Ösophagus/Magen (C15-16)	266	6	243	6	233	6	222	6
BN der Harnorgane (C64-68)	289	7	281	7	276	7	217	6
BN des weibl. Genitales (C51-58)	243	6	231	6	226	6	241	7
BN der Prostata (C61)	201	5	210	5	221	6	179	5
BN von Leber & Galle (C22-24)	226	5	218	5	210	5	198	5
BN des lymphatischen und blutbildenden Gewebes (C81-96)	226	5	218	5	202	5	181	5
BN sekundärer Lokalisation =CUP (C76-80)	189	4	204	5	162	4	196	5
BN des Gehirns (C71)	170	4	147	3	161	4	145	4
BN HNO-Bereich (C00-14 + C32)	133	3	133	3	133	3	127	3

In der Häufigkeitsverteilung der einzelnen Krebssterbefälle gibt es im Wesentlichen keine großen Unterschiede in den Jahren 2012 bis 2015.

Im Jahr 2014 starben in Berlin insgesamt 32.314 Menschen, davon 8.472 Menschen (= 26 Prozent) an einer bösartigen Neubildung (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes). In der Berliner SAPV wurden davon im Jahr 2014 nachweislich 4.287 Menschen versorgt, also 51 Prozent aller Krebssterbefälle in Berlin. (In Wirklichkeit sind es sogar noch mehr, allerdings fehlten die Dokumentationsbögen über alle Verläufe. Orientiert man sich an der Zahl aller SAPV-Erstverordnungen und rechnet dann die Zahlen hoch, werden vermutlich etwa 59 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 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 SAPV ansetzen und Hilfestellung leisten. Insbesondere der relativ hohe Anteil eines "sonstigen komplexen Symptomgeschehens" macht deutlich, dass über die genannten Problemlagen hinaus viele Faktoren dazu beitragen, das Versorgungsgeschehen in der letzten Lebenszeit zu erschweren, wobei hier nicht zuletzt die Hilfe beim Umgang mit ethischen Fragestellungen am Lebensende erwähnt werden soll. Das gemeinsame Abwägen schwieriger Fragen zu Therapiezieländerungen bzw. zur Therapiebegrenzung ist ein wesentliches Merkmal von SAPV.

Tabelle 5.10.1: ausgeprägtes Symptomgeschehen zu Beginn der SAPV

(Datenbasis: 3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013;
4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015;
Mehrfachantworten waren möglich)

Ausgeprägtes Symptomgeschehen zu Beginn der SAPV	2012 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Schmerzsymptomatik	81	83	57	80
neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	59	62	45	66
gastrointestinale Symptomatik	55	60	66	70
respiratorische/kardiale Symptomatik	49	54	36	55
urogenitale Symptomatik	13	13	11	18
(ex)ulcerierende Wunden oder Tumore	11	11	7	12
Sonst.komplexes Symptomgeschehen	56	62	30	50

In dem seit 2014 neuen Dokumentationsbogen werden Symptome im Verlauf abgefragt, um einen Eindruck davon zu bekommen, wie häufig spezifische Problemsituationen in der SAPV auftreten. Es sei darauf hingewiesen, dass nicht alle potentiellen Symptome abgefragt werden. So wird 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 wird auch nicht nach eher seltenen Symptomen (wie z.B. Singultus) gefragt. Es überrascht nicht, dass Schmerzen, Atemnot, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Müdigkeit und Angst diejenigen Symptome sind, die im Verlauf der SAPV am häufigsten auftreten.

Tabelle 5.10.2: Symptome im weiteren Verlauf

(Datenbasis: 4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014

4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015

Mehrfachantworten waren möglich)

Symptome im Verlauf (in Prozent)	2014	2015
Schmerzen	80	86
Atemnot	56	58
Angst	51	53
Unruhe	46	50
Übelkeit/ Erbrechen	46	54
Appetitlosigkeit	46	58
Müdigkeit	41	54
Depression	36	43
(Lymph-)Ödem	34	41
Verwirrtheit	33	34
Dysphagie	29	32
Obstipation	20	29
Husten	17	22
Aszites	15	15
Urologisches Symptom	14	17
Haut (z.B. Juckreiz)	10	16
Exulceration	9	11
Lähmung	8	11
Blutung	8	9
Krampfanfall	6	6

5.11 Aufenthaltsort zu Beginn der SAPV

Der Aufenthaltsort zu Beginn der SAPV variierte im Vergleich der Jahre 2011 bis 2015 nur leicht. Ein eindeutiger Trend ist (noch) nicht absehbar.

Tabelle 5.11: Ort des ersten Besuches in der SAPV in Prozent

(Datenbasis: 3.124 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011
 3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
 4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
 4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
 4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Ort des ersten Besuchs	2011 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
(eigene) Wohnung	56	59	55	54	56
Stationäres Hospiz	24	21	25	25	23
Senioren-/Pflegeheim	14	14	14	15	16
Kurzzeitpflege	5	4	4	5	3
Pflege-WG				2	2
keine Angabe	1	2	2		

"Keine Angabe" wurde beim ersten und letzten Besuch in den Jahren 2011 bis 2013 dann gemacht, wenn das Wohnsetting der Betroffenen, nämlich z.B. eine Pflege-WG, im Dokumentationsbogen nicht aufgeführt war und deshalb auch nicht angekreuzt werden konnte. Im neuen Dokumentationsbogen (seit 2014) fand auch diese Wohnform Berücksichtigung.

5.12 Versorgungsdauer

Die durchschnittliche Versorgungsdauer in der Berliner SAPV betrug im Jahr 2015 genau 57 Tage - gemessen vom Tag des Erstbesuchs bis zum Abschluss der SAPV. Die Versorgungsdauer war damit um 9 Tage länger als im Jahr 2011 (48 Tage) und um vier Tage länger als im Jahr 2014 (53 Tage). Geringe Unterschiede ergaben sich mit Blick auf die drei verschiedenen Altersgruppen, beim Geschlecht (das Geschlecht wird seit 2014 nicht mehr erhoben) sowie beim Vergleich der Patienten mit einer bösartigen Neubildung bzw. einer anderen SAPV-pflichtigen Erkrankung.

Tabelle 5.12: Versorgungsdauer in der SAPV in Tagen,
abhängig von Alter, Geschlecht und Diagnose

(Datenbasis: 2011 keine differenzierten Daten vorhanden

3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012

4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013

4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014

4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Versorgungsdauer in der SAPV in Tagen	2011	2012	2013	2014	2015
Alle	48	54	52	53	57
Frauen		57	54		
Männer		50	50		
Altersgruppe 1: jünger als 51 Jahre		79	55	64	68
Altersgruppe 2: 51 - 75 Jahre		52	52	53	57
Altersgruppe 3: älter als 75 Jahre		54	53	53	56
Patienten mit bösartigen Neubildungen		54	53	54	57
Patienten mit anderen Erkrankungen		54	49	47	58

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. Es ist auch vorstellbar, dass vor allem jüngere Patienten gut informiert sind und sich schon frühzeitig und eigeninitiativ aktiv um eine SAPV-Versorgung kümmern. Größere Unterschiede in der Versorgungsdauer von Patienten mit bösartigen Neubildungen im Vergleich zu Patienten mit anderen Erkrankungen konnten bisher nicht festgestellt werden.

5.13 Grund für den Versorgungsabschluss

Der Abschluss der Versorgung in der SAPV ist meist der Eintritt des Todes. Dies ist bei ca. 90 bis 95 Prozent aller SAPV-Patienten in Berlin der Fall. Mit einbezogen in diese Zahlen ist der Abschlussgrund "Letzte Krankenhaus-Einweisung", da im Rahmen dieses letzten Krankenhaus-Aufenthalts auch der Tod eingetreten ist. Weitere Gründe für die Beendigung der SAPV können sein: die unerwartete Stabilisierung des Gesundheitszustands, die Änderung des Wohnorts des Patienten oder auch der Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer in der SAPV. Eher selten führt die Ablehnung durch die Krankenkassen zu einer frühzeitigen Beendigung der SAPV.

Tabelle 5.13: Begründung des Abschlusses der SAPV

(Datenbasis: 3.928 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Begründung des Abschlusses der SAPV	2012 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Tod des Patienten	90	88	88	82
"Letzte" Krankenhaus-Einweisung	5	3	8	8
Besserung der Situation	2	4	3	3
Umzug	2	2	1	3
Neue kausale Therapieoptionen	0	0	0	0
Kontakt nicht mehr erwünscht	0	0	0,3	1
Ablehnung der Krankenkasse	0	0	0,3	1
Sonstiges	0	0	0	2

Es überrascht nicht, dass eine Begleitung in der SAPV mit dem Tod des Patienten endet - egal, ob am Wohnort der Patienten, im Hospiz oder im Krankenhaus. Interessanter ist die Analyse der Fälle, in denen dies nicht der Fall ist. Über den weiteren Verlauf bei den Patienten, die den Wohnort wechseln, können wir naturgemäß nichts sagen. Falls der Umzug innerhalb Berlins erfolgt und ein anderer SAPV-Arzt die Begleitung fortsetzt wird 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 stabilisiert, dass sie aus der SAPV wieder herausgenommen werden können.

5.14 Sterbeort

Es ergibt sich seit 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 33 bis 35 Prozent. (Allerdings ist zu berücksichtigen, dass Patienten im Pflegeheim bzw. in einer WG ihren Haushalt in diese Einrichtungen verlagerten. Damit konnten rund 50 % der Patienten in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld versterben.) Angestiegen ist die Zahl der Patienten, die in einem Hospiz gestorben sind. Ein Grund dafür ist, dass schon der SAPV-Versorgungsbeginn seit 2013 deutlich häufiger in einem 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-WG) immer häufiger als Sterbeort resultiert. Weiterhin erfreulich niedrig bleibt mit unter 10 Prozent der Anteil der Patienten, die in einem Krankenhaus sterben (2011 + 2012: 8 Prozent; 2013: 7 Prozent; 2014: 8 Prozent, 2015: 9 Prozent). Der Anteil der im Krankenhaus versterbenden Menschen ist in Berlin zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2014 um vier Prozent von 52 auf 48 Prozent gefallen und der der Krebspatienten innerhalb der Krankenhaussterbefälle von 24 Prozent (2000) auf 18 Prozent (2014), somit sogar um sechs Prozent. Dies ist in erster Linie den sich immer besser entwickelnden spezialisierten ambulanten Palliativstrukturen in Berlin zu verdanken.

Tabelle 5.14: Sterbeort

(Datenbasis: 3.124 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011
 3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
 4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
 4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
 4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Sterbeort	2011 (in Prozent)	2012 (in Prozent)	2013 (in Prozent)	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
zu Hause	41	41	35	33	34
Pflegeheim	12	13	14	14	16
Pflege WG				2	1
Stationäres Hospiz	35	34	40	40	38
Palliativstation	2	1	1	2	2
andere Krkh-Station	6	7	6	6	7
Kurzzeitpflege	4	3	3	3	2

5.15 Temporäre Krankenhauseinweisungen

663 Patienten wurden während der SAPV-Versorgung temporär in ein Krankenhaus eingewiesen - dies entspricht 13 Prozent aller Patienten (2011: 8 Prozent, 2012: 12 Prozent, 2013: 11 Prozent, 2014: 12 Prozent). Insgesamt kam es zu 963 temporären Krankenhaus-Einweisungen, was durchschnittlich 1,5 Einweisungen pro Patient bedeutet (bezogen nur auf die Patienten, die eingewiesen wurden). Bei insgesamt 8.384 im Krankenhaus verbrachten Tagen (2011: 1.796; 2012: 5.475, 2013: 5.740, 2014: 7.425) entspricht dies einer durchschnittlichen Krankenhausverweildauer von 13 Tagen (2013: 12 Tage, 2014: 13 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 einem Pflegeheim oder einer 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" (in Prozent)

(Datenbasis: 3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015;
Mehrfachantworten waren möglich)

Ursachen der "letzten Einweisung"	2012	2013	2014	2015
Dekompensation Patient / Angehörige	48	55	41	40
Medizinische Notfallsituation	30	25	20	17
(häusliche) Pflege nicht gesichert	29	31	28	31
Sonstige Medizinische Indikation	17	13	6	9
Diagnostische Abklärung	4	3	4	0
Unbekannt	2	2	1	3

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 bei weitem nicht so häufig. Insgesamt hat die Häufigkeit medizinischer Notfallsituationen, die eine terminale Einweisung zur Folge hatten, erfreulicherweise abgenommen - ebenso 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: 3.124 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011
3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012;
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Versorgungsziffern	2011	2012	2013	2014	2015
Hausbesuche im Rahmen einer Teilversorgung	3.093	7.138	10.117	12.826	15.417
Hausbesuche im Rahmen einer Vollversorgung	28.586	35.590	37.643	36.821	33.810
Gesamtzahl der Besuche	31.679	42.728	47.760	49.647	49.227

Die Häufigkeit der Hausbesuche im Rahmen von SAPV nahm bisher von Jahr zu Jahr zu - 2015 ging sie erstmals zurück. Die Zunahme 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, 2014 und 2015 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 2013 bzw. 53 Tage 2014 bis hin zu 57 Tagen 2015. Das entspricht im Durchschnitt einem palliativärztlichen Hausbesuch etwa alle 5 Tage - ein Wert, der für alle fünf Jahrgänge, die wir bisher überblicken, Gültigkeit hat.

Tabelle 5.17.2: Durchschnittliche Häufigkeit von Hausbesuchen pro Patient durch Ärzte

(Datenbasis: 3.124 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011
3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Versorgungsziffern	2011	2012	2013	2014	2015
Hausbesuche pro Patient	31.679 : 3.124 = 10	42.728 : 3.998 = 11	47.760 : 4.460 = 11	49.647 : 4.839 = 10	49.227 : 4.950 = 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, ist die Frage von Interesse, in welchem Umfang diese eingebunden 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 immer häufiger ein spezialisierter Palliativpflegedienst ist. Fast ebenso häufig wie dieser 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. Eher selten sind Seelsorgerinnen aktiv beteiligt. Eine Ausnahme stellt weiterhin die Einbeziehung ambulant tätiger Psychologinnen oder Psychotherapeutinnen dar.

Tabelle 5.18: Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer

(Datenbasis: 3.124 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2011
3.998 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012
4.460 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2013
4.839 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
4.950 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015;
Mehrfachantworten sind möglich)

Einbezogene Leistungserbringer	2011	2012	2013	2014	2015
SAPV-Pflegedienst	nicht abgefragt	36	39	45	48
Physiotherapie	35	39	38	37	36
Sozialarbeiter	25	28	34	35	32
Pflegedienst (konventionell)	nicht abgefragt	17	15	13	14
Ambulanter Hospizdienst	15	15	17	16	15
Seelsorge	11	10	9	9	9
Psychologe / Psychotherapeut	2	1	1	1	1
Sonstige	nicht abgefragt	nicht abgefragt	nicht abgefragt	7	6

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 den ersten Auswertungsjahren 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 lag für das Jahr 2014 vor und nun wird sie ergänzt von den Daten des Jahres 2015. 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 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 wird. 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 der Jahre 2014 und 2015 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 die Jahre 2014 und 2015, dann wurde bei 45 bis 48 Prozent der ärztlich versorgten SAPV-Patienten auch ein SAPV-Pflegedienst mit einbezogen. Dies würde bedeuten, dass 2.178 Bögen (2014) bzw. 2376 Bögen (2015) der "SAPV-Patientendokumentation Pflege" zur Auswertung vorliegen müssten. Dies ist nicht der Fall. Im Jahr 2014 (bzw. 2015) wurden von den SAPV-Pflegediensten insgesamt 1.504 (bzw. 1.909) auswertbare Dokumentationsbögen für in der SAPV versorgte GKV-Patienten abgegeben. Das entspricht einem Anteil von 69 Prozent (bzw. 80 Prozent) der vermutlich durch einen SAPV-Pflegedienst mitversorgten SAPV-Patienten bzw. einer Fehl-Quote von 31 (bzw. 20) 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
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

SAPV-Pflegedienste	2012	2013	2014	2015
SAPV-Pflegedienste insgesamt	30	30	32	34
keine SAPV -Begleitungen	4	2	7	7
SAPV-Standorte mit mindestens 200 Begleitungen pro Jahr	0	0	1	1
SAPV-Standorte mit 51-199 Begleitungen pro Jahr	11	13	9	12
SAPV-Standorte mit höchstens 50 Begleitungen pro Jahr	15	15	15	14

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 (weshalb wir diese Analyse in 2015 nicht wiederholten). 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 das 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
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Krankenkasse	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
AOK Nordost	38	37
Barmer GEK	16	15
TK	14	15
Betriebskrankenkassen	11	13
DAK	8	8
KKH-Allianz	5	6
IKK	4	4
Knappschaft	2	1
Sonstige	2	1

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
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Alter	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Mittelwert	72	73
Altersgruppe 1: jünger als 51 Jahre	6	5
Altersgruppe 2: 51 - 75 Jahre	52	50
Altersgruppe 3: älter als 75 Jahre	42	45

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
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Wohnsituation zu Beginn	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Allein	25	25
mit Angehörigen	69	67
Pflegeheim	3	5
Sonstige	3	2

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 sind es die SAPV-Ärzte, die den SAPV-Pflegedienst hinzuziehen. 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 (Mehrfachantworten möglich)

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

SAPV initiiert durch ...	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
SAPV-Arzt	62	61
Krankenhaus	17	19
Haus- oder Facharzt	15	18
Patient / Angehörige	5	5
Palliativstation	3	3
Pflegeheim	2	2
Pflege-WG	1	1
Ambulanter Hospizdienst (AHD)	1	1
Sonstige	4	3

6.7 SAPV-Verordnung von ...

Wie bei den Ärzten stehen auch bei den spezialisierten Pflegediensten Voll- und Teilversorgung im Vordergrund - andere Unterstützungsformen spielen keine Rolle.

Tabelle 6.7.1. SAPV-Verordnung von

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentation für das Jahr 2014
1.909 SAPV-Dokumentation für das Jahr 2015)

SAPV-Verordnung von	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Beratung	2,2	1,3
Koordination	0,3	0,3
Teilversorgung	30,7	34,2
Vollversorgung	66,8	64,3

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
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Wer kümmert sich	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Partner	62	60
Kind	36	36
Sonstige(r) Verwandte(r)	12	11
Freunde/Bekannte/Nachbarn	10	9
Keiner	5	7

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 schon zu Beginn der SAPV offenbar viel schlechter dran sind). 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

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Umfang der SAPV	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
eingeschränkt	25	25
weniger als 50%	69	67
mehr als 50 %	3	5
moribund	3	2

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 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 (zumindest zu Beginn) keineswegs deckungsgleich sind.

Tabelle 6.9.2: Angaben zur Pflegeversicherung

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Pflegeversicherung	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Keine	20	20
Beantragt	33	30
Stufe 0	1	1
Stufe 1	23	23
Stufe 2	18	20
Stufe 3 (incl HF)	5	6

Bei ca.5 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, welche Bedeutung diesen Zahlen im Lauf der Zeit zukommen wird.

Tabelle 6.9.3. Hilfe zur Pflege (HzP)

(Datenbasis: 81 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
97 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Hilfe zur Pflege (HzP)	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
beantragt	59	46
bewilligt	41	54

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. Auf die Detail-Auswertung der Verteilung der bösartigen Neubildungen wurde deshalb 2015 verzichtet.

Tabelle 6.10.1: Diagnose, die die SAPV begründet

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Diagnose, die die SAPV begründet	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Bösartige Neubildungen (C)	93	92
Krankheiten des Kreislaufsystems (I)	2	1
Krankheiten von Psyche und Nervensystem (F, G)	2	2
Krankheiten des Atmungssystems (J)	2	2
Gutartige oder unklare Neubildungen (D)	1	1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N)	1	1
Alle anderen Diagnosen	1	2

Tabelle 6.10.2: Häufigkeitsverteilung von bösartigen Neubildungen in der Berliner SAPV

(Datenbasis: 1.394 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
1.745 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

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 der SAPV-Patienten aus pflegerischer Sicht lassen sich aufgrund fehlender Standardisierung bei den Antwortmöglichkeiten keine Aussagen machen. Diese offene Fragestellung wird in zukünftigen Bögen nicht weiter zur Anwendung kommen.

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
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015;
Mehrfachantworten sind möglich)

Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer (in Prozent)	2014	2015
Apotheke	92	91
SAPV-Arzt/ -Ärztin	86	89
Hilfsmittelfirma	54	48
Pflegedienst (SGB V, SGB XI)	32	22
SozialarbeiterIn	25	19
PhysiotherapeutIn	22	20
Ambulanter Hospizdienst	19	16
Facharzt / Fachärztin	15	18
Sonstige	14	5
Hausarzt / Hausärztin	13	16
Hospiz (stationär)	12	11
ErnährungsberaterIn	11	9
Krankenhaus (nicht Palliativstation)	10	10
Pflegeheim	4	5
Palliativstation	3	4
StomatherapeutIn	3	2
Betreuer (amtlich eingesetzt)	2	3
Kurzzeitpflege	2	2
Pflege-WG	1	2
SeelsorgerIn	1	1
Psychologe/in oder PsychotherapeutIn	1	1
Logopäde/in	1	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 (Mehrfachantworten sind möglich)

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014

1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Pflegerische Leistungen in der SAPV: Beratung und/oder Durchführung bzw. Entwicklung symp- tombezogener Coping-Strategien in Bezug auf ...	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Ärztlich verordnete Maßnahmen	97	98
Umsetzung ärztlich delegierter Leistungen	64	57
Verlust von Mobilität	57	57
Verlust von Appetit und Durst	44	47
Verlust von Autonomie	37	39
Unrealistische Hoffnungen	23	27
Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht	11	14
Zunehmende soziale Isolierung	10	14
Sonstige	2	1

Auch bei den pflegerischen Leistungen sowie den erfragten Problemen in der SAPV wird anschaulich, was im Alltag von SAPV-Pflegediensten eine Rolle spielt.

Tabelle 6.12.3: Probleme in der SAPV (Mehrfachantworten sind möglich)

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014

1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Probleme in der SAPV	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Belastung der Angehörigen	56	62
Umgang mit der Erkrankung	25	30
Psychische Belastung des Pflegepersonals	19	17
Soziales Umfeld des Patienten	19	17
Fragen zum Therapieverzicht	11	8
Bereitstellung von Hilfsmitteln	6	5
Bewilligungspraxis der Krankenkasse	4	2
Schnittstellenprobleme	4	4
Konfrontation mit dem Wunsch nach Sterbehilfe	4	3
Sonstige	2	3

6.13 Versorgungsdauer

Die durchschnittliche Versorgungsdauer in der pflegerischen SAPV in Berlin beträgt ca. 50 Tage. Die Versorgungsdauer in der SAPV-Pflege ist damit kürzer als die durchschnittliche Versorgungsdauer durch SAPV-Ärzte und -Ärztinnen. Bei der durchschnittlichen Versorgungsdauer der verschiedenen Altersgruppen und der Diagnosengruppen 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
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Durchschnittliche Versorgungsdauer in der pflegerischen SAPV	2014 (in Tagen)	2015 (in Tagen)
Alle	45	53
Altersgruppe 1: jünger als 51 Jahre	58	56
Altersgruppe 2: 51 - 75 Jahre	45	51
Altersgruppe 3: älter als 75 Jahre	42	54
Patienten mit bösartigen Neubildungen	45	51
Patienten mit anderen Erkrankungen	44	67

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
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Begründung des Abschlusses der SAPV	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Tod des Patienten Zuhause	68	67
Überleitung in Hospiz oder Krankenhaus	17	21
Besserung der Situation	2	2
Umzug	1	1
Kontakt nicht mehr erwünscht	1	1
Ablehnung der Krankenkasse	0,1	0,3
Sonstiges	11	10

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 - die Ergebnisse gleichen somit denen der Ärzte-Befragung.

Tabelle 6.15.1: Überleitungsgrund

(Datenbasis: 362 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
464 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Ursachen der Überleitung	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
Dekompensation Patient / Angehörige	40	45
(häusliche) Pflege nicht gesichert	26	35
Medizinische Notfallsituation	12	17
Sonstige Medizinische Indikation	13	12
Sonstiges		6
Unbekannt		3

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
464 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Am Lebensende übergeleitet nach ... (in Prozent)	2014	2015
Stationäres Hospiz	49	54
andere Krankenhaus-Abteilung	26	26
sonstige Einrichtung	8	4
Palliativstation	7	10
Pflegeheim	5	2
Kurzzeitpflege	5	4
Pflege-WG	0	1

6.16 Sterbeort

Wenn der Eintritt des Todes bei einem SAPV- Patienten am Ende der Versorgung steht und ein SAPV-Pflegedienst involviert ist, dann geschieht 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 sechs bis acht Prozent der Verläufe wurde eine Krankenhaus-Einweisung notwendig.

Tabelle 6.16: Sterbeort

(Datenbasis: 1.247 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
1.562 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Sterbeort	2014 (in Prozent)	2015 (in Prozent)
zu Hause	68	67
Pflegeheim	3	4
Pflege WG	1	2
Stationäres Hospiz	14	12
Palliativstation	2	2
andere Krankenhaus-Abteilung	6	4
Kurzzeitpflege	1	1
Unbekannt	5	6

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. Im Jahr 2015 stieg diese Zahl entsprechend der deutlich höheren Patientenzahl an.

Tabelle 6.17.1: Zahl der Hausbesuche durch SAPV-Pflegedienste

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Versorgungsziffern	2014	2015
Zahl der Besuche im Rahmen einer Teilversorgung	19.078	29.079
Zahl der Besuche im Rahmen einer Vollversorgung	53.015	65.960
Zahl der Besuche im Rahmen von Kriseneinsätzen	1.469	1.634
Gesamtzahl der Hausbesuche	73.562	96.673

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, spielt sich in den Jahren 2014 und 2015 aber im Wesentlichen auf gleichem Niveau ab.

Tabelle 6.17.2: Durchschnittliche Häufigkeit von Hausbesuchen pro Patient durch PD

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Versorgungsziffern	2014	2015
Besuche pro Patient	49	51

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 erst 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 2014 bis zum Versorgungsabschluss die Kostenübernahme für die SAPV (was sich 2015 besserte) 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.

Tabelle 6.18.1: Kostenübernahme bis Versorgungsabschluss

(Datenbasis: 1.504 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2014
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Kostenübernahme bis Versorgungsabschluss	zugesichert		nicht zugesichert	
	2014	2015	2014	2015
SAPV	940	1243	436 (32%)	399 (25%)
Pflegeversicherung	308	426	254 (45%)	261 (38%)
Hilfe zur Pflege	17	10	7	12

Bei sieben (2014) bzw. neun Prozent (2015) aller Patienten wurden neben der SAPV auch Behandlungspflegen durchgeführt. In ca. 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
1.909 SAPV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2015)

Behandlungspflegen durch	Anzahl 2014	Anzahl 2015	Prozent 2014	Prozent 2015	in % aller Patienten (2014 - 2015)	
SAPV-Leistungserbringer	94	150	90	92	6	8
Andere	10	14	10	8	1	1
Summe	104	164	100	100	7	9

7. Fazit

Die Auswertung der diesjährigen SAPV-Patientendokumentation hat im Wesentlichen die Ergebnisse der Vorjahre bestätigt. Sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Versorgungsumfeld der Berliner SAPV haben sich die abgefragten Indikatoren als stabil erwiesen, so dass nur in wenigen Bereichen auf neue bzw. bekannte Trends aufmerksam gemacht werden soll.

Vor allem soll auch an dieser Stelle noch einmal auf die in den Kapiteln 5.9 (zum zahlenmäßigen Umfang der Versorgung von SAPV- und hier insbesondere von Krebspatienten) und 5.14 (zum immer geringer werdenden Prozentsatz der im stationären Setting versterbenden Krebspatienten) vorgestellten Zahlen hingewiesen werden. Das Bundesland Berlin ist und bleibt in diesem Kontext bundesweit führend. In keinem anderen Bundesland können so viele SAPV-Patienten pro 1 Mio. Einwohner versorgt werden wie in Berlin (1.595; bundesweiter Durchschnitt: 504) und in keinem anderen Bundesland ist der daraus resultierende Effekt (vermiedene Krankenhaus-Einweisungen am Lebensende) in den letzten Jahren so deutlich wahrnehmbar. Sowohl die Reduktion der Sterbefälle in Krankenhäusern zwischen den Jahren 2000 und 2014 von 52 auf 48 Prozent ist erheblich (bundesweiter Durchschnitt im gleichen Zeitraum: Reduktion von 47 auf 46 Prozent) und deutlicher noch bezeugt die Verringerung der Krebssterbefälle in Berliner Krankenhäusern zwischen den Jahren 2000 und 2014 von 24 auf 18 Prozent (bundesweiter Durchschnitt: Verringerung von 22 auf 20 Prozent) die maßgebliche Rolle der Berliner SAPV. (Die an dieser Stelle referierten Daten entstammen zum Teil nicht primär der Patientendokumentation der Berliner SAPV, sondern können den öffentlich einsehbaren Quellen der "Gesundheitsberichterstattung des Bundes" sowie den jährlichen Berichten des G-BA über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie in Deutschland entnommen werden - beides jederzeit im Internet verfügbar: www.gbe-bund.de bzw. www.g-ba.de)

Erfreulich bleibt, dass das Angebot der Berliner SAPV immer mehr Menschen am Lebensende erreicht und das 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 die seit Jahren auf diesem niedrigen Niveau stabil bleibt. Zwei Dinge stimmen allerdings bedenklich. Erstens: Während die Zahl der in der SAPV betreuten Patienten in den Jahren 2011 bis 2015 von 4.304 auf 6.107 angestiegen ist, blieb die Zahl der SAPV-Leistungserbringer (die als solche auch tätig sind) 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 1.000 Patientenverläufe konnte deshalb im Jahr 2015 keine Auskunft gegeben werden - die Fehlquote ist leider wieder deutlich auf 18,9 Prozent angestiegen.

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 2015 setzt in diesem Sinne den im Vorjahr gemachten Anfang fort. Mehr als eine Annäherung an den pflegerischen Alltag in der Berliner SAPV kann es allerdings nicht sein, da der Rücklauf der pflegerischen Dokumentationsbögen weiterhin unbefriedigend ist (Fehlquote: 20 Prozent), sich somit jetzt auf ähnlicher Höhe befindet wie im ärztlichen Bereich. Deutlich bleibt dennoch, 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: _____ Praxisstempel _____	Krankenkasse _____ 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 (nur eine Möglichkeit) <input type="radio"/> Beratung <input type="radio"/> Koordination <input type="radio"/> Teilversorgung <input type="radio"/> Vollversorgung	Aufenthaltsort zu Beginn (nur eine Möglichkeit) <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? (mehrere Antworten sind möglich) <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 (nur eine Möglichkeit) <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 Symptomeschehen zu Beginn der SAPV und Symptome im weiteren Verlauf

Hauptdiagnose ICD-10 _____

Komplexes Symptomeschehen <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"/> 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"/> 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? _____	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 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	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 ... 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 _____
---	---	---

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> <input type="radio"/> Beratung <input type="radio"/> Koordination <input type="radio"/> Teilversorgung <input type="radio"/> Vollversorgung	Wohnsituation <i>(nur eine Möglichkeit)</i> <input type="radio"/> allein <input type="radio"/> mit Angehörigen <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> sonstige	Wer kümmert sich? <i>(mehrere Antworten sind möglich)</i> <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 <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? _____	Pflegerische Leistungen in der SAPV 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: _____	Probleme in der SAPV <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"/>	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		
Erstberatung ohne folgende-SAPV-Pflegeversorgung Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Zahl der Besuche im Rahmen von TV <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VV <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	... 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 _____		
Zahl der Besuche im Rahmen von Kriseneinsätzen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Datum Überleitung am Lebensende (TTMMJJ) <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? _____				
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"/>				