

# Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



|  |   |
|--|---|
| <b>Konsortialführung:</b>              | Medizinische Hochschule Hannover  |
| <b>Förderkennzeichen:</b>              | 01VSF20028  |
| <b>Akronym:</b>                        | Polite  |
| <b>Projekttitel:</b>                   | Analyse der Implementierung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV) in der Versorgungsrealität und Empfehlungen zur Weiterentwicklung im Bundesland Niedersachsen |
| <b>Autor*innen:</b>                    | Stephanie Stiel, Katharina van Baal, Hannah Frerichs  |
| <b>Fachliche Ansprechpartnerinnen:</b> | Stephanie Stiel, Katharina van Baal   |
| <b>Förderzeitraum:</b>                 | 1. Mai 2021 – 31. Oktober 2022  |

## Inhaltsverzeichnis

|      |  |    |
|------|--|----|
| I.   | Abkürzungsverzeichnis.....                             | 2  |
| II.  | Abbildungsverzeichnis.....                             | 2  |
| III. | Tabellenverzeichnis.....                               | 2  |
| 1.   | Zusammenfassung.....                                   | 3  |
| 2.   | Beteiligte Projektpartner.....                         | 4  |
| 3.   | Projektziele.....                                      | 4  |
| 4.   | Projektdurchführung.....                               | 5  |
| 5.   | Methodik.....  | 6  |
| 6.   | Projektergebnisse.....                                 | 11 |
| 7.   | Diskussion der Projektergebnisse.....                  | 16 |
| 8.   | Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung..... | 19 |
| 9.   | Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....         | 20 |
| 10.  | Literaturverzeichnis.....                              | 22 |
| 11.  | Anhang.....  | 23 |
| 12.  | Anlagen.....   | 24 |

## I. Abkürzungsverzeichnis

|         |   |
|---------|---|
| AAPV    | allgemeine ambulante Palliativversorgung                                    |
| AOK-N   | AOK Niedersachsen   |
| BQKPMV  | besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung   |
| DRKS    | Deutsches Register Klinischer Studien                                       |
| EBM     | Einheitlicher Bewertungsmaßstab   |
| FV-SAPV | Fachverband spezialisierte ambulante Palliativversorgung Niedersachsen e.V. |
| GBA     | Gemeinsamer Bundesausschuss   |
| GKV     | Gesetzliche Krankenversicherung   |
| IQR     | Interquartilsabstand  |
| KBV     | Kassenärztliche Bundesvereinigung   |
| LSHPN   | Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung e.V.                  |
| MHH     | Medizinische Hochschule Hannover  |
| OV      | Onkologie Vereinbarung  |
| SAPV    | spezialisierte ambulante Palliativversorgung                                |
| SPSS    | Statistical Package for Social Sciences                                     |

## II. Abbildungsverzeichnis

Nicht zutreffend.

## III. Tabellenverzeichnis

|   |   |
|---|---|
| <b>Tabelle 1:</b> Übersicht der Projektpartner*innen..... | 4 |
|---|---|

## 1. Zusammenfassung

**Hintergrund:** Im Zuge der Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Deutschland entstand im Jahr 2017 eine Vereinbarung zur „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV). Bei der Anwendung der BQKPMV im Versorgungsalltag haben Hausärzt\*innen eine zentrale Rolle inne. Insgesamt war jedoch wenig darüber bekannt, welche Rolle die BQKPMV in der Versorgungspraxis spielt und welche Erfahrungen die beteiligten Akteur\*innen mit dieser Versorgungsform machen. Es gab erste Hinweise darauf, dass Hürden in der praktischen Umsetzung der BQKPMV bestehen und eine Anpassung erforderlich sein könnte.

**Methodik:** Im Projekt Polite wurde zunächst der aktuelle Stand der Implementierung der BQKPMV in Niedersachsen beschrieben und quantifiziert. Dazu wurden Routinedaten einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der AOK Niedersachsen, herangezogen, um die Abrechnung bzw. Verordnung ambulanter palliativmedizinischer Leistungen sowie die Morbidität im letzten Lebensjahr von verstorbenen Versicherten in den Jahren 2017 und 2019 vergleichend zu analysieren. Zusätzlich wurden Befragungsdaten von Hausärzt\*innen und SAPV-Teams mit Tätigkeit in Niedersachsen erhoben und deskriptiv hinsichtlich der Erfahrungen mit der BQKPMV im Versorgungsalltag analysiert (Phase 1). Daraufhin wurden die Ergebnisse zusammengeführt, in einem Workshop mit Akteur\*innen aus dem Kontext der ambulanten Palliativversorgung diskutiert und in Empfehlungen für die Weiterentwicklung der BQKPMV überführt. In einer anschließenden Delphi-Befragung mit Expert\*innen für ambulante Palliativversorgung aus ganz Deutschland wurden diese Empfehlungen hinsichtlich Deutlichkeit und Relevanz beurteilt und konsentiert (Phase 2).

**Ergebnisse:** Insgesamt hat sich zum aktuellen Stand der Implementierung der BQKPMV gezeigt, dass seit Einführung dieser Versorgungsform insgesamt nicht mehr Patient\*innen Leistungen der ambulanten Palliativversorgung erhalten haben. Eher wenige Hausärzt\*innen kennen die BQKPMV und nehmen an der Vereinbarung teil. Es ist eher wenig Kooperation an der Schnittstelle zwischen BQKPMV und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) entstanden. Hausärzt\*innen empfinden die bestehenden Versorgungsformen der ambulanten Palliativversorgung mehrheitlich als ausreichend (n = 38). Ein Großteil der SAPV-Teams gibt an, dass die BQKPMV in ihrem Versorgungsalltag (eher) keine Rolle spielt (n = 15). Auf Basis der zentralen Kernergebnisse aus Phase 1 und eines Workshops mit 20 Teilnehmenden wurden insgesamt 18 Empfehlungen für die Weiterentwicklung der BQKPMV formuliert. An allen drei Delphi-Befragungsrunden haben 30 Expert\*innen teilgenommen (43% weiblich, im Mittel 55 Jahre alt). In Runde 1 wurden sieben, in Runde 2 sechs und in Runde 3 drei Empfehlungen konsentiert. Diese insgesamt 16 Empfehlungen beziehen sich inhaltlich auf vier Themenkomplexe: Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV (6 Empfehlungen), Rahmenbedingungen der BQKPMV (3), Abgrenzung der Versorgungsformen (5) und Zusammenarbeit an den Schnittstellen (2).

**Diskussion:** Die BQKPMV hat eher selten Einzug in die Versorgungspraxis gefunden und kommt wenig zur Anwendung. Nach Einführung der BQKPMV werden in Summe nicht mehr Versicherte ambulant palliativmedizinisch versorgt als zuvor, sondern eine stufenweise Versorgung gestärkt. Es zeichnet sich eine klare Trennung zwischen hausärztlich erbrachter BQKPMV und SAPV ab. Mit Hilfe der Delphi-Methode konnten konkrete und für die Versorgungspraxis relevante Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV identifiziert werden. Im finalen Set von Empfehlungen liegt ein besonderer Fokus auf einer Steigerung der Bekanntheit und der Vermittlung von Informationen zu Leistungsumfang, Mehrwert und Rahmenbedingungen der BQKPMV. Die Ergebnisse liefern eine empirisch fundierte Grundlage für die Weiterentwicklung der BQKPMV. Sie

zeigen konkreten Veränderungsbedarf auf und unterstreichen, dass eine Optimierung der BQKPMV erforderlich ist.

## 2. Beteiligte Projektpartner

**Tabelle 1:** Übersicht der Projektpartner\*innen

| Kooperations-partner   | Bereich                           | Verantwortlichkeiten  | Fachliche Ansprechpartner*innen   |
|--|-----------------------------------|---|---|
| AOK Niedersachsen  | Stabsbereich Versorgungsforschung | Umsetzung von Arbeitspaket 1a, Unterstützung bei Arbeitspaket 2 | Dr. Jona T. Stahmeyer<br>jona.stahmeyer@nds.aok.de<br>Melissa Hemmerling<br>melissa.hemmerling@nds.aok.de<br>Sabrina Schütte<br>sabrina.schuette@nds.aok.de |
| Fachverband spezialisierte ambulante Palliativversorgung e.V.            | Geschäftsstelle                   | Unterstützung bei der Umsetzung von Arbeitspaket 1c und 2       | Cora Schulze<br>c.schulze@sapv-niedersachsen.de   |
| Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. | Geschäftsstelle                   | Unterstützung bei der Umsetzung von Arbeitspaket 1b, 1c und 2   | Marlies Wegner<br>wegner@hospiz-palliativ-nds.de<br>Dr. Sven Schwabe<br>schwabe@hospiz-palliativ-nds.de   |

## 3. Projektziele

Das Projekt Polite verfolgte das übergeordnete Ziel, den aktuellen Stand der Implementierung der „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV) im Flächenland Niedersachsen einschließlich der Erfahrungen und Einschätzungen von Versorger\*innen und Akteur\*innen zu erfassen und analysieren. Zusätzlich sollten Ideen zur Anpassung und Optimierung der BQKPMV exploriert und auf dieser Basis Empfehlungen zur zukunftsorientierten, bedarfsgerechten Weiterentwicklung und Optimierung der BQKPMV entwickelt und konsentiert werden. Langfristig sollten die Projektergebnisse mittels einer systematischen Beforschung der in 2017 eingeführten BQKPMV zum Wissenstand über Kenntnisse und Erfahrungen mit der Implementierung dieser Versorgungsform beitragen sowie über die systematische Entwicklung und Konsentierung von Empfehlungen zur zukunftsorientierten, bedarfsgerechten Anpassung und Optimierung der BQKPMV eine adäquate Integration der BQKPMV in bestehende Versorgungsstrukturen fördern.

Dem Projekt Polite lagen drei zentrale Forschungsfragen zugrunde: (1) Wie wurden konkrete Leistungsinhalte der BQKPMV seit der Einführung dieser Versorgungsform 2017 praktisch umgesetzt und genutzt? (2) Welche Erfahrungen haben Versorger\*innen und Akteur\*innen mit der Umsetzung der BQKPMV gemacht? Was war hinderlich und förderlich für die Implementierung der BQKPMV in die Versorgungspraxis? (3) Welche Anpassungen der BQKPMV sind sinnvoll und notwendig, um die BQKPMV zu optimieren und zielführend in die palliativ-hospizliche Versorgungspraxis zu integrieren?

Arbeitshypothesen vor Projektbeginn lauteten: (1) Es bestehen unterschiedliche, sowohl positive als auch negative, Erfahrungen auf Seiten der Versorger\*innen und Akteur\*innen mit der Umsetzung der BQKPMV. (2) Es gibt erfahrungsbasierte Ideen verschiedener Versorger\*innen und Akteur\*innen zur Anpassung der BQKPMV, die zu einer Optimierung

der Versorgung ambulanter Patient\*innen mit unheilbaren, fortgeschrittenen onkologischen und nicht-onkologischen Erkrankungen und limitierter Lebenserwartung mit palliativmedizinischem Versorgungsbedarf beitragen könnten. (3) Die Versorgung von ambulanten Patient\*innen mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen kann durch empirische Ergebnisse einer systematischen Evaluation der Implementierung der BQKPMV optimiert werden.

#### **4. Projektdurchführung**

Im Projekt Polite kamen unterschiedliche qualitative und quantitative Methoden der Versorgungsforschung zur Anwendung (Methodenmix). Das Projekt gliederte sich in zwei Hauptphasen (**Anhang 2.1**).

##### **Phase 1: Quantifizierung und Beschreibung der BQKPMV in Niedersachsen**

In Phase 1 (Projektmonate 1–9) stand die Beschreibung der Erfahrungen und Einschätzungen zur Implementierung der BQKPMV im Vordergrund.

In Arbeitspaket 1a wurden über quantitative Routinedaten der AOK Niedersachsen (AOK-N) Versicherte aus Niedersachsen identifiziert, die Leistungen der BQKPMV oder andere Leistungen der ambulanten Palliativversorgung erhalten haben. Es wurde auf Daten aus den Jahren 2017 bis 2019 zurückgegriffen. Patient\*innen, die Leistungen der BQKPMV erhalten haben, sollten auf einer Mikroebene in ihren soziodemografischen und erkrankungsbezogenen Merkmalen näher beschrieben werden. Es wurde zudem ein Vergleich zu Patient\*innen, die Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erhalten haben, angestrebt. In diesem Arbeitspaket sollte gezeigt werden, wie die Versorgungsverläufe dieser Patient\*innen waren, welche Patient\*innen unterschiedliche Formen der ambulanten Palliativversorgung bzw. eine gestufte Versorgung mit Übergängen von einer ambulanten palliativen Versorgungsform in eine andere erhalten haben. Ergänzend ist die über die Palliativversorgung hinausreichende Nutzung von Gesundheitsleistungen von Interesse, so dass geprüft wurde, welche weiteren Leistungen parallel zur BQKPMV abgerechnet worden sind (z.B. fachärztliche Kontakte, Krankenhauseinweisungen). Daraus kann abgeleitet werden, inwiefern der geforderte, rein palliative Behandlungsansatz der BQKPMV umgesetzt wird. Im Vergleich der zu analysierenden Jahre (2017 versus 2019) sollte auf einer Makroebene aufgezeigt werden, ob und inwiefern sich durch die Einführung der BQKPMV die Art und Häufigkeit der AAPV und SAPV verschoben hat. Damit sollten Rückschlüsse darauf gezogen werden, welche Auswirkung die Implementierung von BQKPMV auf die anderen Formen der ambulanten Palliativversorgung hatte. Über alle Patient\*innen hinweg wurde analysiert, inwiefern die Einführung der BQKPMV insgesamt zu einer Veränderung bzw. Verschiebung der Anzahl und der Art der übrigen ambulanten Palliativleistungen geführt hat.

In Arbeitspaket 1b wurde ein Fragebogen für Hausarzt\*innen in Niedersachsen entwickelt, der Aufschluss über die Anzahl und Charakteristika von Ärzt\*innen, die die BQKPMV nutzen, den Verlauf sowie das Ergebnis der Zulassungen und Ablehnungen von Anträgen auf Teilnahme an der Vereinbarung zur BQKPMV seit Einführung der Versorgungsform im Jahr 2017 geben sollte. Zusätzlich sollte betrachtet werden, in welchen Settings und Praxisformen die BQKPMV wie häufig zur Anwendung kommt, wie viele Ärzt\*innen die Teilnahme an der Vereinbarung im Prozess beendet haben und aus welchen Gründen dies geschah sowie welche bisherigen Erfahrungen es mit der Rückgabe von Abrechnungsgenehmigungen gab. Inhaltlich wurden förderliche und hemmende Faktoren für die praktische Umsetzung der BQKPMV sowie Motivation und Barrieren für die Teilnahme an der Vereinbarung adressiert. Darüber hinaus wurde betrachtet, inwiefern welche Leistungsmerkmale der BQKPMV praktisch umgesetzt werden oder nicht und aus

welchen Gründen, welche Indikationen für die BQKPMV sich aus der praktischen Nutzung in Abgrenzung zu anderen Versorgungsformen ergeben und zu welchen Zeitpunkten und bei welchem Bedarf die BQKPMV in der Versorgung von ambulanten Patient\*innen mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen zum Einsatz kommt. Der im Projekt entwickelte Fragebogen sollte an alle in der Arztauskunft online verzeichneten praktizierenden Hausärzt\*innen in Niedersachsen versendet werden, um eine heterogene Stichprobe zu erreichen.

In Arbeitspaket 1c ist mit Unterstützung des Fachverbandes spezialisierte ambulante Palliativversorgung Niedersachsen e.V. (FV-SAPV) ein Fragebogen für SAPV-Teams entwickelt worden. Ziel der Befragung war es, die Erfahrungen an der Schnittstelle zur SAPV nach der Implementierung der BQKPMV zu quantifizieren. Es sollte erhoben werden, inwiefern die Arbeit an den Schnittstellen zwischen AAPV, SAPV und BQKPMV in der Praxis gelingt und welche praktischen Umsetzungsmodelle sich in Folge der Einführung der BQKPMV im Jahr 2017 entwickelt und etabliert haben. Der Fragebogen sollte an alle bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verzeichneten SAPV-Teams in Niedersachsen verschickt werden.

## **Phase 2: Entwicklung und Konsentierung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV**

In Phase 2 (Projektmonate 10–18) ging es übergeordnet um die Entwicklung und Konsentierung von Empfehlungen zur Anpassung und Optimierung der BQKPMV.

In Arbeitspaket 2a wurden in einem ersten Schritt die Ergebnisse aus Phase 1 (Arbeitspakete 1a-c) im Konsortium zusammengeführt und in einem zweiten Schritt in einem Workshop mit Expert\*innen präsentiert und diskutiert. Der Workshop hatte das Ziel, konkrete Ideen für mögliche Anpassungen und Optimierungen der BQKPMV zu entwickeln. Um alle an der Versorgung Beteiligten in diesen Prozess einzubeziehen, sollte eine heterogene Gruppe aus Versorger\*innen und Akteur\*innen im Kontext der ambulanten Palliativversorgung am Workshop teilnehmen. In dem Workshop sollte insbesondere eine moderierte Gruppendiskussion stattfinden, die durch inhaltliche Impulse aus dem Projektteam zu bisherigen Forschungsergebnissen angeregt werden sollte. Ergebnis der Zusammenführung im Konsortium und des Workshops sollten praxisorientierte, zielgerichtete Lösungen mit Empfehlungscharakter für die Weiterentwicklung der BQKPMV sein.

In Arbeitspaket 2b wurde eine Delphi-Online-Befragung mit Akteur\*innen aus der bundesweiten Hospiz- und Palliativversorgung mit besonderer Expertise in der ambulanten Palliativversorgung durchgeführt. Die in Arbeitspaket 2a entwickelten Empfehlungen sollten den Expert\*innen im Rahmen einer Online-Befragung dargestellt und jeweils bewertet werden, inwiefern sie diese Empfehlung nach ihrer persönlichen Einschätzung als a) relevant für die Weiterentwicklung der BQKPMV und b) deutlich formuliert bewerten. In 2-3 Abstimmungsrunden nach der Delphi-Methode sollten die Empfehlungen, für die ein Gruppenkonsens erreicht werden konnte, in ein finales Set von Empfehlungen aufgenommen werden. Diese stellen das Kernergebnis des Projekts Polite dar.

## **5. Methodik**

Das Projekt Polite ist eine retrospektive Querschnittstudie, die in zwei Phasen und fünf Arbeitspakete aufgeteilt ist (**Anhang 2.1**) [1]. Im Folgenden werden pro Arbeitspaket die Ein- und Ausschlusskriterien, die Fallzahlberechnung, die Rekrutierung, die Datenerhebung sowie die Datenanalysen dargestellt.

### **Arbeitspaket 1a: Analyse von Routedaten der AOK Niedersachsen (AOK-N)**

- Ein-/Ausschlusskriterien: Für die Analysen wurden Daten verstorbener Versicherter der AOK-N aus den Jahren 2017 und 2019 selektiert. Daten von Verstorbenen aus dem Jahr 2017 (Zeitraum vor Einführung der BQKPMV) wurden mit Daten von Verstorbenen aus dem Jahr 2019 (Zeitraum nach Einführung) verglichen, um die Auswirkungen der Einführung der BQKPMV im Jahr 2017 beurteilen zu können. Es wurden alle verstorbenen Versicherten in diesen beiden Betrachtungsjahren in die Analysen einbezogen, die zu ihrem Todeszeitpunkt mindestens 18 Jahre alt waren, ihren Wohnort im Bundesland Niedersachsen hatten sowie durchgängig im Sterbejahr (bis zum Tod) und im Jahr vor dem Versterben bei der AOK-N versichert waren.
- Fallzahlberechnung: Insgesamt wurden 34.506 im Jahr 2017 und 34.012 im Jahr 2019 Verstorbene in die Analysen einbezogen. Eine Fallzahlberechnung war nicht erforderlich, da im Sinne einer Vollerhebung entlang der oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien alle verstorbenen Versicherten der AOK-N in beiden Kalenderjahren in die Analysen einbezogen wurden.
- Rekrutierung: Es war keine Rekrutierung von Teilnehmenden erforderlich, da auf Routinedaten der AOK-N zurückgegriffen wurde (Sekundärdaten).  
Datenerhebung: Die AOK-N hat Daten von verstorbenen Versicherten aus den Jahren 2017 und 2019 pseudonymisiert aufbereitet und selektiert. Für die verstorbenen Versicherten wurden Leistungen der ambulanten ärztlichen Palliativversorgung (AAPV, BQKPMV, SAPV, Onkologie Vereinbarung (OV)) im letzten Lebensjahr (jeweils 365 Tage vor dem Tod) anhand der kodierten Abrechnungsziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) analysiert. Außerdem wurde für die Versicherten mit BQKPMV anhand der Arztgruppenschlüssel (**Anhang 3.1**) ermittelt, von welchen Ärzt\*innen die jeweiligen EBM-Ziffern (**Anhang 3.2**) abgerechnet wurden. Für die Analyse der Auswirkungen der Einführung der BQKPMV wurden die Verstorbenen aus dem Jahr 2017 mit den Verstorbenen aus 2019 hinsichtlich der Abrechnung bzw. Verordnung von Leistungen der ambulanten Palliativversorgung verglichen. Für die Beschreibung der soziodemografischen Merkmale der Versicherten wurden Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Morbidität der Verstorbenen aus dem Jahr 2019 genutzt.
- Datenanalysen: Für die deskriptiven Analysen wurde das Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Version 25 verwendet. Gruppenvergleiche wurden bei kategorialen Variablen mittels Chi-Quadrat-Test und bei metrischen Variablen mit einem T-Test für unabhängige Stichproben (zwei Gruppen) oder einer ANOVA (bei mehr als zwei Gruppen) analysiert. Es wurde ein Signifikanzniveau von  $p \leq 0,05$  angenommen.

### **Arbeitspaket 1b: Analyse von hausärztlichen Befragungsdaten**

- Ein-/Ausschlusskriterien: Von Juni bis August 2021 wurde ein Register mit allen Hausärzt\*innen in Niedersachsen erstellt. Dafür wurden die folgenden Einschlusskriterien angelegt: hausärztliche Tätigkeit, Kassensitz in Niedersachsen, Listung in der Arztauskunft Niedersachsen [2].
- Fallzahlberechnung: Vor Projektbeginn wurde auf Basis von ca. 5.100 registrierten Hausärzt\*innen in Niedersachsen und einem erwarteten Rücklauf von etwa 15% eine zu erreichende Fallzahl von  $N = 796$  anvisiert.
- Rekrutierung: Das in der Vorbereitung erstellte Register mit allen Hausärzt\*innen in Niedersachsen enthielt 5.012 Hausärzt\*innen. Die Einladung zur Teilnahme erfolgte in mehreren Etappen und auf verschiedenen Kontaktwegen (Fax, Post, E-Mail). Es wurden wiederholte Erinnerungsschreiben an die Hausärzt\*innen gerichtet, wobei das initiale Anschreiben für einen Großteil der Hausärzt\*innen in Niedersachsen per Fax und alternativ bei nicht ermittelbarer Faxnummer auf dem Postweg erfolgte. Mit dem Anschreiben erhielten die Hausärzt\*innen einen QR-Code und Link mit Zugang zum Online-Fragebogen sowie das Angebot, eine Zusendung der Papierversion des Fragebogens anzufordern. Zusätzlich wurden verschiedene Veranstaltungen und Kanäle für weitere Aufrufe zur Teilnahme genutzt. Trotz großer Bemühungen zur Erhöhung des

Rücklaufs und mehrmaliger Verlängerung des Befragungszeitraums wurde die angestrebte Fallzahl mit  $N = 703$  Teilnahmen unterschritten. Nach dem Ausschluss ungültiger Fragebogenaufrufe konnte mit  $n = 665$  Teilnahmen eine Teilnahmequote von 13% erreicht werden.

- **Datenerhebung:** Zwischen Mai und Juli 2021 wurde auf Basis der in einem früheren Projektschritt erfolgten Dokumentenanalyse [3] ein standardisierter Fragebogen für Hausärzt\*innen entwickelt. Für diese Dokumentenanalyse wurden im März/April 2021 öffentliche und online publizierte, in Google Scholar frei verfügbare Stellungnahmen recherchiert, die sowohl die BQKPMV als auch die Implementierung dieser Versorgungsform in der Praxis kritisch kommentieren. Zusätzlich wurden Websites der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP), des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V. (DHPV) sowie des Fachverbandes SAPV systematisch nach Stellungnahmen zur BQKPMV durchsucht. Alle acht integrierten Dokumente wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Im Wesentlichen konnte die Dokumentenanalyse zeigen, dass es zwar eine Würdigung und Lob für die Versorgungsform der BQKPMV gibt, jedoch Kritik an einzelnen Ausgestaltungsmerkmalen der BQKPMV überwiegt. Im Wesentlichen werden Herausforderungen und Schwierigkeiten in Bezug auf die erkrankungsbezogenen Voraussetzungen der BQKPMV, das Nebeneinander von ambulanten Versorgungsstrukturen in der Palliativversorgung, die Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringenden in der BQKPMV, den Versorgungsauftrag der BQKPMV, die Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe in der BQKPMV, finanzielle Aspekte der BQKPMV und in Bezug auf Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität der BQKPMV geäußert.

Der mit Hilfe der Ergebnisse der Dokumentenanalyse und nach allgemeinen Regeln der Testkonstruktion (z.B. Vermeidung von Antworttendenzen zur Mitte oder sozialer Erwünschtheit) entstandene Fragebogen umfasst Fragen zur teilnehmenden Person und Praxis, zu Administrativem der BQKPMV und eine inhaltliche Beurteilung der BQKPMV. Die gestellten Fragen wurden mehrheitlich auf dichotomen Ja/Nein Skalen oder auf vierstufigen verbalen Rangskalen beantwortet.

wurde im Juli 2021 in einem Pre-Test mit acht Ärzt\*innen erprobt und anschließend angepasst. Im September 2021 wurde der Fragebogen online in SoSciSurvey [4] programmiert. Im finalen Fragebogen (**Anhang 1.1**) wurden drei Themenkomplexe adressiert: Fragen zur Person und Praxis (1), Administratives zur BQKPMV (2) und Inhaltliche Beurteilung der BQKPMV (3). Antwortmöglichkeiten orientierten sich vorwiegend an dichotomen Ja/Nein-Skalen sowie vierstufigen verbalen Rangskalen, ergänzt um einzelne Freitexte.

- **Datenanalysen:** Fragebögen, die in Papierform eingingen, wurden in eine Excel-Datenbank eingepflegt. Die Daten aus der Online-Befragung in SoSciSurvey wurden in Excel und SPSS ausgegeben und alle Fälle wurden in einer Gesamtdatei in SPSS zusammengeführt. Die Auswertung erfolgte deskriptiv mittels SPSS Version 27; Freitexte wurden kategorisiert und ergänzend dargestellt.

### **Arbeitspaket 1c: Analyse von Befragungsdaten von SAPV-Teams**

- **Ein-/Ausschlusskriterien:** Im Zeitraum zwischen August und September 2021 wurde ein Kontaktregister mit allen in Niedersachsen tätigen SAPV-Teams erstellt. Einschlusskriterien für die Teilnehmenden waren die Tätigkeit in einem SAPV-Team, ein Hauptsitz des SAPV-Teams im Bundesland Niedersachsen und die Tätigkeit als Koordinator\*in, pflegerische/ärztliche Leitung oder Geschäftsführung.
- **Fallzahlberechnung:** Bei Antragstellung waren bei der KBV  $N = 62$  in Niedersachsen tätige SAPV-Teams gemeldet. Ausgehend von Erfahrungen aus früheren Erhebungen wurde mit einer Rücklaufquote von 50% gerechnet, womit die angestrebte Fallzahl  $N = 31$  betrug.
- **Rekrutierung:** Mit Unterstützung des FV-SAPV und anhand des Wegweisers Hospiz- und Palliativversorgung [5] sowie der Übersicht über „Angebote vor Ort“ des

Landesstützpunktes Hospizarbeit und Palliativversorgung e.V. (LSHPN) [6] wurden insgesamt N = 58 in Niedersachsen tätige SAPV-Teams ermittelt. Vor Beginn der Fragebogenerhebung hat das Projektteam telefonisch Kontakt mit den in Niedersachsen tätigen SAPV-Teams aufgenommen, um Ansprechpartner\*innen zu identifizieren und über die bevorstehende Befragung zu informieren. Das initiale Anschreiben erfolgte für alle SAPV-Teams auf dem Postweg. Versendet wurde eine papierbasierte Version des Fragebogens inklusive eines personalisierten Anschreibens mit Informationen zum Gesamtprojekt. Darauf folgten weitere Aufrufe zur Teilnahme über verschiedene Kanäle sowie zwei Erinnerungsschreiben per E-Mail mit zusätzlichem Versand des Links zur Online-Befragung. Zum Ende des Befragungszeitraums wurden N = 56 Teilnahmen erreicht. Nach Ausschluss der ungültigen Teilnahmen ergab sich eine finale Fallzahl von N = 52 und die angestrebte Fallzahl wurde damit deutlich überschritten.

- **Datenerhebung:** Zwischen Mai bis August 2021 hat das Projektteam einen Entwurf für einen Fragebogen für SAPV-Teams entwickelt. Dieser Entwurf wurde anschließend im Rahmen eines Pre-Tests mit vier im Kontext der SAPV tätigen Personen getestet und angepasst. Der finale Fragebogen zur Schnittstelle zwischen SAPV und BQKPMV wurde zusätzlich als Online-Version in SoSciSurvey programmiert [4]. Der finale Fragebogen (**Anhang 1.2**) enthält sechs inhaltliche Abschnitte: Fragen zur teilnehmenden Person und zum SAPV-Team (1), Administrative Grundlagen der BQKPMV (2), Patient\*innen und Strukturen in der BQKPMV (3), Kooperationsvereinbarungen in der BQKPMV (4), Beurteilung der Schnittstelle zwischen SAPV und BQKPMV (5) und inhaltliche Beurteilung der BQKPMV als Versorgungsform (6). Ein Großteil der Fragen wurde mit Hilfe dichotomer Ja/Nein-Skalen oder einer verbalen 5-stufigen Rangskala beantwortet, ergänzt um einzelne Freitextangaben.
- **Datenanalysen:** Per Post, Fax oder E-Mail eingegangene Fragebögen wurden in eine Excel-Datei digitalisiert eingegeben. Daten aus der Online-Befragung wurden in Excel und SPSS extrahiert und mit den weiteren Fällen in einer Excel-Datei zusammengeführt und in SPSS exportiert. Analysiert wurde deskriptiv, während einzelne Freitextantworten kategorisiert und ergänzend berichtet wurden.

### **Arbeitspaket 2a: Entwicklung von Empfehlungen im Konsortium & Expert\*innenworkshop**

- **Ein-/Ausschlusskriterien:** Im Workshop wurden Expert\*innen für die ambulante Palliativversorgung aus dem gesamten Bundesgebiet adressiert. Dies waren z.B. Vertreter\*innen von Fachverbänden und Fachgesellschaften, Akteur\*innen aus dem Kontext der Selbstverwaltung des Bundes sowie Personen mit Tätigkeit in der Versorgung, bei Kostenträgern oder in der Wissenschaft. Über das Tätigkeitsfeld hinaus galt das Einschlusskriterium, dass die Expert\*innen mit den Leistungsinhalten der BQKPMV vertraut sein sollten.
- **Fallzahlberechnung:** Für den Expert\*innen-Workshop wurde eine Teilnahme von N = 20 Versorgenden und Akteur\*innen angestrebt.
- **Rekrutierung:** Die Rekrutierung von Expert\*innen für die ambulante Palliativversorgung basierte auf bestehenden Kontakten des Projektteams und der Kooperationspartner. Ergänzend wurde eine Online-Recherche zu politischen Akteur\*innen und Personen mit Tätigkeit in den Einrichtungen der Selbstverwaltung des Bundes durchgeführt. Insgesamt 38 Akteur\*innen aus den verschiedenen Einrichtungen und Institutionen wurden schriftlich über das Projekt und das Workshop-Vorhaben informiert und zur Teilnahme eingeladen. N = 21 Expert\*innen haben ihre Teilnahme am Workshop vorab zugesagt.
- **Datenerhebung:** Datengrundlage für den Online-Workshop waren die Kerneergebnisse aus den drei Arbeitspaketen von Projektphase 1. Diese Kerneergebnisse wurden durch das Projektteam zusammengeführt und in Hypothesen übertragen, die den aktuellen Stand der Implementierung der BQKPMV beschreiben. Diese Hypothesen wurden vier Themenkomplexen zugeordnet, die die inhaltliche Grundlage für den Workshop

darstellten. Zur Vorbereitung auf den Workshop erhielten alle Teilnehmenden die Agenda zusammen mit vorbereitenden Unterlagen und konkreten Fragestellungen sowie Hintergrundinformationen zur BQKPMV (**Anhang 1.3**). Zentraler Inhalt des Workshops war eine Diskussion zu den vom Projektteam formulierten Hypothesen und konkreten Fragen an die Expert\*innen zu jedem der vier Themenkomplexe. Die Moderation während des Workshops strukturierte die Diskussion und förderte die Entstehung möglichst konkreter Vorschläge für Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV. Der Workshop wurde digital aufgezeichnet.

- **Datenanalysen:** Das Workshop-Material wurde transkribiert und die Mitschriften des Projektteams wurden digitalisiert. Anschließend wertete das Projektteam gemäß qualitativer Inhaltsanalyse aus und übertrug die Erkenntnisse in konkrete Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV. Insgesamt wurden als Ergebnis des Workshops 18 initiale Empfehlungen formuliert.

### **Arbeitspaket 2b: Delphi-Online-Befragung zur Konsentierung der Empfehlungen**

- **Ein-/Ausschlusskriterien:** Die Zielgruppe der Delphi-Befragung entsprach der Zielgruppe des Workshops (Arbeitspaket 2a, s.o.). Zur Delphi-Befragung wurden also Personen mit Expertise für die ambulante Palliativversorgung (Tätigkeit z.B. in Fachverbänden oder Fachgesellschaften, in der Selbstverwaltung des Bundes, in der Versorgung, bei Kostenträgern oder in der Wissenschaft) eingeladen, die die Leistungsinhalte der BQKPMV kennen.
- **Fallzahlberechnung:** Zum Zeitpunkt der Antragstellung wurde definiert, dass ca. 40 Expert\*innen für die ambulante Palliativversorgung aus dem gesamten Bundesgebiet zur Teilnahme an der Delphi-Befragung eingeladen werden sollten. Ausgehend von Erfahrungen mit früheren Delphi-Befragungen wurde von einer Teilnahmequote von 80% ausgegangen und damit von 32 Teilnehmenden.
- **Rekrutierung:** Rekrutiert wurde aus der Gruppe von Expert\*innen, die am Workshop (Arbeitspaket 2a) teilgenommen haben. Zusätzlich wurden weitere Kontakte des Projektteams und eine Online-Recherche zur Gewinnung von Teilnehmenden genutzt. Die Expert\*innen wurden initial schriftlich mit einer Information über die bevorstehende Befragung sowie Hintergrundinformationen zum Projekt eingeladen. Insgesamt N = 57 Expert\*innen wurden zur Teilnahme an der ersten Befragungsrunde eingeladen.
- **Datenerhebung:** Die Methode der Delphi-Befragung wurde angewendet, um einen Konsens unter den Expert\*innen zu erreichen und den Stimmen aller Beteiligten gleichmäßig Gewicht zu verleihen. Zwei bis drei Befragungsrunden wurden eingeplant. Für die Delphi-Befragung wurden die vorab entwickelten Empfehlungen (Arbeitspaket 2a) mit Hilfe des Befragungstools SoSciSurvey [4] online programmiert. Die Empfehlungen wurden von den Teilnehmenden auf einer 4-stufigen verbalen Rangskala hinsichtlich a) der Deutlichkeit der Formulierung und b) der Relevanz für die Weiterentwicklung der BQKPMV beurteilt. Ein Gruppenkonsens wurde dann angenommen, wenn mindestens 75% der Teilnehmenden beiden Kriterien (eher) zustimmten [7, 8]. Empfehlungen, die in einer Runde keinen Konsens erreicht haben, wurden mit Hilfe der Freitextanmerkungen inhaltlich und/oder sprachlich angepasst und in der nächsten Befragungsrunde erneut zur Abstimmung gestellt (**Anhang 1.4, Anhang 1.5, Anhang 1.6**).
- **Datenanalysen:** Die Ergebnisse der Delphi-Befragungsrunden inklusive der demografischen Daten der Teilnehmenden wurden aus SoSciSurvey [4] in Excel und SPSS exportiert und deskriptiv mit Hilfe von SPSS Version 27 analysiert  
**Anhang 3.3** zeigt eine Übersicht zu den in der Datenerhebung eingesetzten Instrumenten.

## 6. Projektergebnisse

### Analyse von Routinedaten der AOK-N (Arbeitspaket 1a)

Die Ergebnisse der Analyse von Routinedaten der AOK-N sind bereits veröffentlicht worden [9, 10].

#### Beschreibung der Stichprobe

Daten verstorbener Versicherter der AOK-N aus den Jahren 2017 und 2019 wurden für die Analysen selektiert. Um die Auswirkungen der Einführung der BQKPMV auf andere Leistungen der ambulanten Palliativversorgung (AAPV, SAPV) zu analysieren, wurden Daten von Verstorbenen aus dem Zeitraum vor Einführung der BQKPMV (2017) mit Daten von Verstorbenen aus dem Zeitraum nach deren Einführung (2019) gegenübergestellt. Nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien konnten 34.506 Verstorbene aus dem Jahr 2017 und 34.012 Verstorbene aus dem Jahr 2019 in die Analysen einbezogen werden. Hinsichtlich des durchschnittlichen Alters, der Geschlechterverteilung und der Häufigkeiten der betrachteten Erkrankungen waren beide Sterbekohorten nahezu identisch (**Anhang 3.5**) Bezüglich der Erkrankungsgruppen Demenz, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, koronare Herzkrankheit, Herz- und Niereninsuffizienz, Herzinfarkt und Schlaganfall waren signifikante Unterschiede zwischen den beiden Kohorten zu beobachten.

#### Kernergebnisse

Bei 4,5% (n=1.518) der im Jahr 2019 Verstorbenen wurden Leistungen der BQKPMV abgerechnet. Etwa die Hälfte der Versicherten mit BQKPMV erhielt ausschließlich diese ambulante Palliativleistung (**Anhang 2.2**). Die Versicherten, die sowohl AAPV als auch BQKPMV erhielten (n = 365), wurden in der Hälfte der Fälle (49%) zunächst mit AAPV versorgt und anschließend mit BQKPMV. 29,6% der Verstorbenen erhielt diese beiden Formen der Versorgung in umgekehrter Reihenfolge und 21,9% gleichzeitig. Wenn BQKPMV und SAPV erbracht wurden (n = 204), wurde bei 64% der Patienten mit BQKPMV begonnen und anschließend SAPV verordnet, während bei 28 % der Patienten erst SAPV verordnet und anschließend BQKPMV erbracht wurde. 7,8% erhielten beide Formen der Versorgung an einem Tag. Diese Tendenz bestand ebenfalls, wenn alle drei ambulanten Palliativleistungen genutzt wurden (n = 221) (**Anhang 1.7**).

Die Charakteristika von Verstorbenen mit Leistungen der BQKPMV sind heterogen. Patient\*innen die ausschließlich BQKPMV- und/oder AAPV Leistungen erhalten, weisen ein ähnliches Alter auf. Patient\*innen mit BQKPMV sind jedoch älter als Verstorbene, die auch oder nur Leistungen der SAPV erhalten ( $p < 0,001$ ). Bezüglich der Morbidität bestehen Unterschiede zwischen den Patient\*innengruppen. Demenzielle Erkrankungen sind bei Verstorbenen mit ausschließlich BQKPMV und/oder AAPV signifikant häufiger als bei Verstorbenen mit SAPV-Verordnungen ( $p < 0,001$ ), wohingegen onkologische Erkrankungen bei Verstorbenen mit SAPV-Verordnung signifikant häufiger sind als bei denjenigen mit BQKPMV und/oder AAPV ( $p < 0,001$ ). Verstorbene, die alle drei Formen ambulanter Palliativversorgung erhalten, weisen die höchste Rate an soliden (86,4%) und metastasierenden Tumoren (71,9%) auf. Diese Verstorbenen haben außerdem am häufigsten Krankenhausaufenthalte im letzten Lebensjahr (96,4% mit mind. einem Aufenthalt). Verstorbene, bei denen ausschließlich oder zusätzlich SAPV verordnet wurde, sind seltener im Krankenhaus verstorben als Verstorbene der anderen Gruppen ( $p < 0,001$ ) (**Anhang 1.7**).

Der Jahresvergleich zwischen 2017 und 2019 zeigt, dass in beiden Kohorten etwa ein Drittel der Verstorbenen Leistungen der ambulanten Palliativversorgung (AAPV, BQKPMV, SAPV, OV) erhalten haben (2017: 30,0 %, 2019: 30,5 %,  $p = 0,127$ ). AAPV haben 26,1 % (2017) bzw. 23,6 % (2019) der Verstorbenen erhalten ( $p < 0,001$ ). Diese Versorgungsform wurde damit 2019 weniger verordnet als 2017 und ist rückläufig. SAPV wurde bei 8,8 %

(2017) bzw. 10,0 % (2019) verordnet ( $p < 0,001$ ) und wurde damit bis 2019 häufiger verordnet. Leistungen der OV haben 1,7 % (2017) bzw. 1,8 % (2019) der Verstorbenen erhalten und bliebe damit weitgehend unverändert ( $p = 0,298$ ) (**Anhang 1.7**).

### **Befragung von Hausärzt\*innen (Arbeitspaket 1b)**

Die Ergebnisse der Befragung von niedersächsischen Hausärzt\*innen sind bereits publiziert worden [11].

#### Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt sind 5.012 Hausärzt\*innen in Niedersachsen zur Teilnahme an der Befragung angefragt worden und mit  $n = 665$  Antworten wurde eine Teilnahmequote von 13% erreicht. Datensätze von insgesamt 642 Teilnehmenden konnten in die Analysen einbezogen werden (**Anhang 2.3**).

53% der an der Befragung Teilnehmenden waren männlich; im Durchschnitt waren die teilnehmenden Hausärzt\*innen 55 Jahre alt ( $SD = 9$ ) und seit im Mittel 17 Jahren ( $SD = 10$ ) hausärztlich tätig. Etwa die Hälfte der Befragten hat den Basiskurs Palliativmedizin absolviert (46%) und ca.  $\frac{1}{4}$  führt die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (27%). Leistungen der AAPV erbringen 68% der Teilnehmenden, während in 89% der teilnehmenden Praxen Leistungen der SAPV durch mindestens eine/n Partner\*in verordnet wurden. 41% der Befragten geben an, selbst Leistungen der SAPV zu erbringen (**Anhang 3.6**).

#### Kernergebnisse

Insgesamt 13% der Befragten ( $n = 84$ ) haben angegeben, die BQKPMV zu kennen. Von diesen 84 Hausärzt\*innen haben 29% ( $n = 24$ ) die Teilnahme an der Vereinbarung zur BQKPMV beantragt. Hauptmotivation für die Teilnahme an der Vereinbarung war für einen Großteil der teilnehmenden Hausärzt\*innen die Möglichkeit, Leistungen abzurechnen, die ohnehin erbracht werden (88%,  $n = 21$ ). Insgesamt acht der 24 Hausärzt\*innen (33%), die initial an der Vereinbarung teilgenommen haben, haben sich im Verlauf gegen die Erbringung von Leistungen der BQKPMV entschieden. Ursächlich waren vorrangig eine als nicht aufwandgerecht empfundene Vergütung ( $n = 3$ ) sowie der Zeitaufwand ( $n = 2$ ). Als Argumente gegen die Teilnahme wurden in den Freitexten unter anderem eine Ablehnung der Versorgungsform ( $n = 3$ ) und fehlende persönliche Ressourcen ( $n = 2$ ) benannt. Von allen teilnehmenden Hausärzt\*innen, die die BQKPMV kennen ( $n = 58$ ), haben sich 71% gegen eine Teilnahme an der Vereinbarung zur BQKPMV entschieden. Ein Großteil davon ( $n = 38$ ) dieser Hausärzt\*innen begründet diese Ablehnung damit, dass sie die ansonsten bestehenden ambulanten palliativen Versorgungsformen als ausreichend empfinden.

Zur inhaltlichen Beurteilung der BQKPMV konnte alle Teilnehmenden Angaben machen, die die BQKPMV kennen ( $n = 84$ ). Als wichtigster Aspekt im Kontext der Erbringung von BQKPMV-Leistungen wurde das Vorliegen einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung angegeben (82%). Die BQKPMV wurde inhaltlich überwiegend positiv bewertet („verbessert die Versorgung in der letzten Lebensphase“ und „ermöglicht Sterben in selbstbestimmter Umgebung“; je 66% Zustimmung). Die Befragten fanden die Aussage, dass durch die BQKPMV eine leistungsgerechte Vergütung geschaffen werde, (eher) unzutreffend ( $n = 30$ ; 43%) Gleichzeitig sehen mehr als die Hälfte der Teilnehmenden Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung. 57% der Befragten sehen (eher) nicht, dass die Versorgung außerhalb der Sprechzeiten gut durchführbar sei (**Anhang 2.4**). Der Aussage „In meiner hausärztlichen Praxis nehme ich die BQKPMV wahr als geeignete Versorgungsform bei Patient\*innen mit erhöhtem Versorgungsaufwand, der über die Basisversorgung der AAPV hinausgeht“ stimmten 59% ( $n = 41$ ) der Teilnehmenden (eher) zu. Weitere Detailergebnisse zur inhaltlichen Beurteilung der BQKPMV sind (**Anhang 3.4**) zu entnehmen.

Zur genaueren inhaltlichen Beurteilung der BQKPMV konnten die Teilnehmenden freie Angaben zu weiteren förderlichen und/oder hemmenden Faktoren für die praktische

Umsetzung der BQKPMV machen, von denen im Folgenden eine Auswahl dargestellt wird. Als förderlicher Faktor wurde unter anderem die Vergütung (n = 5) genannt. Auch die Stärkung der hausärztlichen Rolle und Patient\*innenbindung (n = 4) wurden als mögliche fördernde Faktoren benannt. Als hemmende Faktoren bzw. Verbesserungspotenziale der BQKPMV wurden insbesondere die in der BQKPMV vorausgesetzte Erreichbarkeit (n = 4) sowie die Vergütung genannt (n = 4).

### **Befragung von SAPV-Teams (Arbeitspaket 1c)**

Die Ergebnisse der Befragung von SAPV-Teams in Niedersachsen wurden bereits veröffentlicht [12].

#### Beschreibung der Stichprobe

Zwischen September bis November 2021 haben von 58 angefragten SAPV-Teams insgesamt 56 die Befragung beantwortet. Davon mussten vier Teilnahmen ausgeschlossen werden, wodurch eine Gesamtstichprobe von 52 Teilnehmenden (Teilnahmequote 89,7%) für die Analysen zustande kam (**Anhang 2.5**).

Die Teilnehmenden waren mehrheitlich (78,0%) weiblich und waren durchschnittlich 50 Jahre alt (Range = 29-71 Jahre; SD = 9,1). Die Tätigkeit in der SAPV dauerte im Mittel seit 7,8 Jahren an (SD = 3,9). Es haben überwiegend Palliativpflegefachkräfte (62,0%) und Palliativmediziner\*innen (22,0%) an der Befragung teilgenommen. Weitere 16% haben eine sonstige Profession angegeben (z.B. Geschäftsführung). Ein Großteil der Teilnehmenden gab an, in einer Leitungsposition zu arbeiten. Die überwiegende Mehrheit der Befragten hat die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin bzw. eine Zusatzweiterbildung in Palliative Care (**Anhang 3.7**).

#### Kernergebnisse

Mit 55% (28 Teilnehmende) hat etwas mehr als die Hälfte der Befragten angegeben, die Leistungsinhalte der BQKPMV zu kennen. Zehn Teilnehmende wurden bereits für Kooperationen im Rahmen der BQKPMV angefragt, überwiegend ausgehend von Hausarzt\*innen. Aus der Hälfte dieser zehn Anfragen (n = 5) ist ein Kooperationsvertrag entstanden, von denen bei drei Fällen konkrete Aufgaben und Leistungen schriftlich festgelegt sind (**Anhang 1.8**). Ein SAPV-Team hat angegeben, Vergütungen für die erbrachten Leistungen zu erhalten, jedoch ohne Angaben zur Art und Höhe dieser Vergütung zu machen. Je ein SAPV-Team gab an, dass es bei Verhandlungen zu einem individuellen Kooperationsvertrag zu Konflikten gekommen ist, die sich auf „Dissens in der Aufgabenverteilung“ oder auf Unstimmigkeiten bei der Vergütung bezogen.

Bezüglich der Patient\*innen und Strukturen im Kontext der BQKPMV hat die Mehrheit der Teilnehmenden angegeben, dass sich Anzahl und Charakteristika der Patient\*innen in der SAPV seit Einführung der BQKPMV nicht verändert haben (n = 20; 83,3%) (**Anhang 1.9**).

Die Teilnehmenden gaben an, dass sie eine unklare vergütungstechnische Abgrenzung (n = 2), eine nicht leistbare Übernahme der Rufbereitschaft durch SAPV-Leistungserbringende (n = 2) sowie ein nicht im Verhältnis stehender Aufwand im Vergleich zum finanziellen Ausgleich (n = 1) vom Abschluss eines Kooperationsvertrages abgehalten haben. Als Motivatoren für den Abschluss von Kooperationsverträgen wurden insbesondere eine frühzeitigere Integration von Palliativversorgung für Patient\*innen (n = 2), die Verteilung von Arbeitslast zwischen SAPV-Leistungserbringenden und niedergelassenen Ärzt\*innen (n = 3) sowie eine klare Abmachung, dass die SAPV-Leistungserbringung konsiliarisch erfolgt, (n = 2) angegeben (**Anhang 1.10**).

Zur Beurteilung der Schnittstelle zwischen SAPV und BQKPMV gab eine Mehrheit der teilnehmenden SAPV-Teams mit BQKPMV-Kenntnis (n = 28) an, dass die BQKPMV im Versorgungsalltag der SAPV (eher) keine Rolle spielt (n = 15). Der Aussage, dass niedergelassene Ärzt\*innen für die Erbringung der BQKPMV auf Unterstützung durch ein

SAPV-Team (eher) angewiesen sind, stimmten ebenfalls 15 Teilnehmende zu. Insgesamt 13 Teilnehmende hielten die bestehenden Leistungsausschlüsse zwischen SAPV und BQKPMV für unangemessen (trifft zu oder trifft eher zu) (**Anhang 1.11**).

Im Rahmen der Beurteilung der BQKPMV als Versorgungsform (**Anhang 3.8**) gaben die Teilnehmenden an, dass es aus ihrer Sicht mit der BQKPMV überwiegend nicht gelingt, die bestehenden Regelungen der SAPV sinnvoll zu ergänzen (n = 14 trifft (eher) nicht zu), einen fließenden Übergang zwischen den Formen der ambulanten Palliativversorgung zu begünstigen (n = 13 trifft (eher) nicht zu) sowie den Austausch der Beteiligten zu fördern (n = 13 trifft (eher) nicht zu) (**Anhang 1.12**).

### **Entwicklung von Empfehlungen/ Expert\*innenworkshop (Arbeitspaket 2a)**

Das Projektkonsortium hat in mehreren Online-Sitzungen die Kernergebnisse aus Phase 1 zusammengeführt, Hypothesen und Themenschwerpunkte erstellt, die die Basis für die Entwicklung von konkreten Empfehlungen in einem Workshop mit Expert\*innen für die ambulante Palliativversorgung darstellten.

Der Expert\*innen-Workshop wurde am Mittwoch, den 27.04.2022 von 14:00 bis 17:00 Uhr im Online-Format mit Expert\*innen für die ambulante Palliativversorgung durchgeführt. Auf der Veranstaltung wurden erste Projektergebnisse präsentiert und diskutiert sowie gemeinsam erste konkrete Empfehlungen für eine Anpassung und Optimierung der BQKPMV entwickelt.

### Beschreibung der Teilnehmenden

Der Expert\*innenworkshop wurde von fünf Personen aus dem Projektteam am Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin geplant, durchgeführt und begleitet. Am Workshop selbst haben insgesamt 20 Expert\*innen (60% weiblich) teilgenommen. Die Teilnehmenden waren z.B. Vertreter\*innen von Fachverbänden und Fachgesellschaften, von Einrichtungen der Selbstverwaltung, Versorgende sowie Mitarbeitende aus Forschungseinrichtungen. Weitere soziodemographische Daten der Teilnehmenden wurden nicht erhoben.

### Kernergebnisse

Das Projektteam eröffnete die Veranstaltung und begrüßte die teilnehmenden Expert\*innen. Nach einer Kurzvorstellung der Teilnehmenden und Grußworten begann der inhaltliche Teil des Workshops mit einer Zusammenfassung der bisherigen Projektergebnisse aus Phase 1. Daraufhin wurden die vier Themenkomplexe (1) Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV, (2) Rahmenbedingungen der BQKPMV, (3) Abgrenzung der Versorgungsformen und (4) Zusammenarbeit an den Schnittstellen zur Diskussion gestellt. Die übergeordnete Fragestellung an die Expert\*innen lautete: „Wie kann die BQKPMV aus Ihrer Sicht weiterentwickelt werden“?

Durch Wortmeldungen und schriftliche Beiträge der Teilnehmenden entstand ein Austausch im Plenum entlang der Themenkomplexe und der Fragestellungen. Zentral für die Diskussion waren z.B. Ansichten und Meinungen der Teilnehmenden zur Bezeichnung der Versorgungsform BQKPMV, zu Einzelleistungen der EBM-Ziffern inklusive der 24h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft, zur realistischen Vereinbarkeit der Qualifizierungsvoraussetzungen für an der Vereinbarung teilnehmende Hausärzt\*innen sowie zu in der Vereinbarung geforderten Kooperationen mit SAPV-Teams. Aus der Diskussion entstanden konkrete Ideen und Formulierungsvorschläge für Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Optimierung der BQKPMV.

### **Konsentierung von Empfehlungen/ Delphi-Verfahren (Arbeitspaket 2b)**

Die Ergebnisse aus Projektphase 2, dem Expert\*innenworkshop und insbesondere der Delphi-Befragung, wurden von der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im

Gesundheitswesen zur Veröffentlichung angenommen und befinden sich im Publikationsprozess [13].

#### Beschreibung der Teilnehmenden

Zur Teilnahme an der ersten Befragungsrunde der Delphi-Befragung wurden insgesamt 57 Expert\*innen eingeladen.

**Delphi-Runde 1:** An der ersten Befragungsrunde nahmen 45 Expert\*innen teil (Teilnahmerate 78,9%). Die Angaben von zwei Teilnehmenden wurden von den Analysen ausgeschlossen, da in den Datensätzen ausschließlich soziodemografische Daten enthalten waren. 21 Teilnehmende waren weiblich und der Altersmedian lag bei 54 Jahren (Interquartilsabstand (IQR) 42,5-59).

**Delphi-Runde 2:** Zur Teilnahme an Befragungsrunde 2 wurden die 43 Teilnehmenden aus Runde 1 eingeladen. Davon nahmen 31 Expert\*innen auch in der zweiten Befragungsrunde teil (Teilnahmerate 72,1%; 13 weiblich; im Median 55 Jahre alt; IQR 44-59).

**Delphi-Runde 3:** Von 31 eingeladenen Expert\*innen nahmen 30 Personen an der dritten und letzten Befragungsrunde teil (Teilnahmerate 96,8%; im Median 55,5 Jahre alt; IQR 52,8-59,8).

**Anhang 3.9** zeigt weitere soziodemografische Angaben der Expert\*innen mit Teilnahme an allen drei Befragungsrunden der Delphi-Befragung.

#### Kernergebnisse

##### **Delphi-Runde 1:**

In der ersten Befragungsrunde wurden die initial 18 entwickelten Empfehlungen der Projektgruppe zur Abstimmung gestellt. 7 dieser 18 präsentierten Empfehlungen für die Weiterentwicklung der BQKPMV wurden konsentiert. Es wurden leichte Änderungen an den Formulierungen der 7 Empfehlungen mit Konsens vorgenommen. Eine weitere Empfehlung hat zwar die Schwelle für einen Konsens erreicht, wurde jedoch auf Basis der Freitextanmerkungen wesentlich inhaltlich verändert und daher in Befragungsrunde 2 erneut zur Abstimmung gestellt. Für weitere 10 Empfehlungen wurde kein Konsens erreicht (**Anhang 3.10**).

**Delphi-Runde 2:** Insgesamt 24 Empfehlungen wurden in der zweiten Befragungsrunde entlang der Freitextanmerkungen aus Runde 1 adaptiert und zur Abstimmung gestellt. Darüber hinaus wurden verstärkt Erläuterungen und Hintergrundinformationen zur BQKPMV in der Delphi-Befragung ergänzt. Von den 24 zur Abstimmung gestellten Empfehlungen haben 6 in Runde 2 einen Konsens erreicht, 4 Empfehlungen wurden mit in Runde 3 genommen und 14 Empfehlungen haben keinen Konsens erreicht. Diese 14 Empfehlungen ohne Konsens wurden in Runde 3 nicht erneut zur Auswahl gestellt, da die Freitextanmerkungen keine Hinweise auf eine zielführende Veränderung der Formulierungen oder der Inhalte ergaben (**Anhang 3.11**).

**Delphi-Runde 3:** Eine dritte Befragungsrunde wurde nach der Analyse der Befragungsergebnisse aus Runde 2 geplant, weil zu einzelnen Empfehlungen zielführende Hinweise auf eine Anpassung der Formulierung und der Inhalte vorlagen. Insgesamt 4 Empfehlungen aus Runde 2 wurden entlang der Freitextanmerkungen angepasst und 2 weitere Empfehlungen wurden auf Basis der Anmerkungen hinzugefügt. Somit wurden in Runde 3 insgesamt 6 Empfehlungen zur Abstimmung gestellt. Um den Prozess der Überarbeitung und Anpassung für die Teilnehmenden noch nachvollziehbarer zu machen, wurden die Erläuterungen und Hintergrundinformationen zur BQKPMV und zu den einzelnen Empfehlungen ausgeweitet und verändert. In Runde 3 haben 3 Empfehlungen einen Konsens erreicht und 3 Empfehlungen wurden nicht konsentiert (**Anhang 3.12**).

**Gesamtergebnisse:** Das finale Set von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV enthält 16 Empfehlungen. Darunter sind sechs Empfehlungen zum Themenkomplex Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV, drei zu den Rahmenbedingungen der BQKPMV, fünf zur Abgrenzung der Versorgungsformen und zwei zur Zusammenarbeit an den Schnittstellen (**Anhang 3.13**).

## 7. Diskussion der Projektergebnisse

### Kernergebnisse in Bezug auf die Haupt- und Nebenhypothesen

Die Ergebnisse des Projekts Polite konnten bestätigen, dass es unterschiedliche, sowohl positive als auch negative, Erfahrungen mit der Umsetzung der BQKPMV auf Seiten von Versorgenden und Akteur\*innen gibt. Diese Erfahrungen beziehen sich insbesondere auf die Sichtweisen von Hausärzt\*innen als primär Versorgende in der BQKPMV als auch auf die an der Schnittstelle zur BQKPMV tätigen SAPV-Teams.

Zusätzlich wurde gezeigt, dass es erfahrungsbasierte Ideen von Seiten verschiedener Akteur\*innen gibt, die zu einer Optimierung der BQKPMV beitragen können. Diese Ideen wurden im Rahmen eines Expert\*innenworkshops und einer Delphi-Befragung gesammelt und konsentiert, in die verschiedenste Akteur\*innen aus dem Kontext der ambulanten Palliativversorgung eingebunden waren. Die konsentierten Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV stellen die Gesamtergebnisse des Projekts Polite dar und liefern eine empirisch fundierte Grundlage für die Weiterentwicklung der BQKPMV.

### Analyse von Routinedaten der AOK-N (Arbeitspaket 1a)

Gemäß der Analyse von Routinedaten der AOK-N hat die BQKPMV bis 2019 eher selten Einzug in die Versorgungspraxis gefunden. Nach Einführung der BQKPMV im Jahr 2017 wurden bis 2019 in Summe nicht mehr Versicherte ambulant palliativmedizinisch versorgt. BQKPMV-Leistungen wurden häufig ergänzend zu anderen Formen der ambulanten Palliativversorgung abgerechnet. Die Betrachtung der Versorgungsverläufe zeigt, dass die von KBV und Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) vorgesehene gestufte Reihenfolge von ambulanten palliativmedizinischen Leistungen in ca. der Hälfte der Fälle eingehalten wird. Während insgesamt ein eher kleiner Teil der Verstorbenen BQKPMV-Leistungen erhalten hat, ist die Abrechnung von AAPV-Leistungen von 2017 bis 2019 leicht rückläufig. Im gleichen Zeitraum hat die Anzahl von SAPV-Verordnungen zugenommen. Der leichte Rückgang von abgerechneten AAPV-Leistungen könnte darauf hinweisen, dass tendenziell eine Verschiebung von AAPV in Richtung BQKPMV stattgefunden hat. Dies könnte darin begründet sein, dass die Verantwortung für die Erbringung von AAPV und BQKPMV primär im hausärztlichen Bereich liegt und die Ressourcen dort insbesondere in den letzten Jahren eher knapper geworden sind. Die besonderen Qualifizierungsvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Vereinbarung zur BQKPMV sind mit einem erhöhten Aufwand für Hausärzt\*innen verbunden. Ein Ausweichen auf die SAPV scheint naheliegend, da so die zeitintensive Betreuung von schwerkranken Patient\*innen an ihrem Lebensende durch interdisziplinäre Teams außerhalb der hausärztlichen Primärversorgung erbracht wird.

Hinsichtlich der Morbidität von Patient\*innen, bei denen BQKPMV-Leistungen abgerechnet wurden, zeigen sich häufig Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Patient\*innen mit BQKPMV ähneln insgesamt eher denjenigen mit AAPV als den Patient\*innen, die SAPV-Verordnungen erhalten haben. Dieser Befund entspricht der Intention des Gesetzgebers, da die BQKPMV grundsätzlich eher der AAPV zugeordnet wird. Obwohl bislang keine Bedarfsschätzung dazu vorliegt, wie viele Patient\*innen eine Versorgung im Rahmen der BQKPMV benötigen, weisen die Ergebnisse in der Gesamtschau eher darauf hin, dass der Bedarf an ambulanter Palliativversorgung von Menschen am Lebensende in Deutschland weiterhin nicht gedeckt ist. Auf Basis der Projektergebnisse kann angenommen werden,

dass das erklärte Ziel einer Stärkung der ambulanten Palliativversorgung durch die Einführung der BQKPMV (bisher) nicht erreicht worden ist.

### **Befragung von Hausärzt\*innen (Arbeitspaket 1b)**

Die Befragungsergebnisse von Hausärzt\*innen in Niedersachsen deuten darauf hin, dass die BQKPMV in der hausärztlichen Praxis bisher wenig zur Anwendung kommt. Obgleich eher palliativmedizinisch interessierte und weitergebildete Hausärzt\*innen an der Befragung teilgenommen haben, ist die BQKPMV unter diesen Hausärzt\*innen bemerkenswert wenig bekannt und wird insgesamt selten genutzt. Bei Versorgungsschwierigkeiten in der AAPV scheint kompensatorisch eher die SAPV genutzt zu werden, für die bereits funktionierende Netzwerke bestehen. Befragte mit Teilnahme an der Vereinbarung zur BQKPMV geben als Hauptmotivation an, dass sie Leistungen abrechnen können, die sie ohnehin erbringen. Dies deutet darauf hin, dass die BQKPMV sich (bisher) weniger auf die Versorgungsrealität und -qualität auswirkt, sondern vor allem zu Abrechnungszwecken genutzt wird. Es ist demnach denkbar, dass Hausärzt\*innen in der Nutzung der BQKPMV-Ziffern gegenüber anderen Abrechnungsoptionen, auch in Anbetracht des Zusatzaufwandes bei Teilnahme an dieser Versorgungsform aufgrund der Qualifizierungsvoraussetzungen, keinen Zusatzgewinn sehen.

Zusätzlich sehen die Befragten Grenzen in der Durchführbarkeit der BQKPMV. Teilnehmende Hausärzt\*innen sind bereits stark in AAPV und SAPV engagiert und können den zusätzlichen Zeit- und Arbeitsaufwand der mit der Teilnahme an der Vereinbarung zur BQKPMV einhergeht, eventuell nicht aufbringen. Stellungnahmen zur Einführung der BQKPMV beinhalteten bereits die Kritik, dass die Umsetzung der BQKPMV aufgrund der Rahmenbedingungen und Qualifikationsvoraussetzungen zu Überforderung in hausärztlichen Praxen führen könnte. Die Projektergebnisse deuten darauf hin, dass sich diese Befürchtungen zumindest teilweise bestätigen. Denkbar ist, dass es neben einer niedrigschwelligen Information aller Hausärzt\*innen über die BQKPMV einer Anpassung der Rahmenbedingungen der BQKPMV z.B. in den Bereichen Qualifikationsvoraussetzungen, Vergütung und Aufgabenverteilung bedarf.

### **Befragung von SAPV-Teams (Arbeitspaket 1c)**

Die befragten SAPV-Teams wissen insgesamt wenig über die BQKPMV und an der Schnittstelle zwischen SAPV und BQKPMV ist (bisher) wenig Kooperation entstanden. Für die Mehrheit der Befragten spielt die BQKPMV im Versorgungsalltag in der SAPV (eher) keine Rolle und trägt nicht dazu bei, die bestehenden Regelungen der SAPV sinnvoll zu ergänzen oder einen fließenden Übergang zwischen den bisherigen Formen der AAPV und SAPV zu schaffen. Ca. die Hälfte der befragten Mitarbeitenden in SAPV-Teams in Niedersachsen kennt die Leistungsinhalte der BQKPMV; vereinzelt SAPV-Teams wurden für Kooperationen im Rahmen der BQKPMV angefragt. Aus der Hälfte dieser Anfragen ist ein Kooperationsvertrag entstanden, der jedoch nicht bei allen SAPV-Teams in einer schriftlichen Festlegung der Aufgabenverteilung und in nur einem Fall in einer Vergütung für die durch das SAPV-Team erbrachten Leistungen resultierte.

Möglicherweise ist das geringe Ausmaß an Kooperation zwischen SAPV-Teams und Hausärzt\*innen im Kontext der BQKPMV darin begründet, dass die BQKPMV aufgrund ihrer hohen Anforderungen nur von einzelnen Hausärzt\*innen in Niedersachsen erbracht wird. So mag es folglich gar nicht erst zu Kooperationsanfragen von Hausärzt\*innen an SAPV-Teams und einer tiefergehenden Auseinandersetzung von SAPV-Teams mit Leistungsinhalten der BQKPMV gekommen sein. Zusätzlich können juristische und administrative Unsicherheiten eine relevante Barriere für die Umsetzbarkeit der BQKPMV an der Schnittstelle zur SAPV darstellen.

Im Versorgungsalltag zeigt sich somit eine klare Trennung zwischen SAPV und hausärztlich erbrachter BQKPMV. Die KBV und der GBA sehen in der Vereinbarung zur BQKPMV einen

sog. Leistungsausschluss mit Ausnahme der Beratungsleistung zwischen diesen beiden Versorgungsformen vor, was der beobachteten Trennung zwischen SAPV und BQKPMV eher entspricht. Inwiefern der in der Vereinbarung zur BQKPMV ausdrückliche Kooperationsauftrag mit den genannten Leistungsausschlüssen übereinzubringen ist, bleibt jedoch offen. Diese Herausforderung könnte dazu beigetragen haben, dass bislang wenig Kooperation, sondern vielmehr Unsicherheiten bezüglich der praktischen Umsetzung der BQKPMV im Versorgungsalltag und gar Konkurrenzangst an der Schnittstelle SAPV und BQKPMV entstanden sind.

### **Entwicklung von Empfehlungen/ Expert\*innenworkshop (Arbeitspaket 2a)**

Der erste Schritt für die Entwicklung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV wurde mit der Aufbereitung und Zusammenführung der Kernergebnisse aus Projektphase 1 und der Ableitung von Hypothesen in Bezug auf den aktuellen Stand der Implementierung der BQKPMV durch das Projektteam getan. Diese Hypothesen waren Grundlage für den folgenden Workshop mit Expert\*innen für die ambulante Palliativversorgung. Dabei ist es gelungen, die Ansichten und Erfahrungen verschiedener Akteur\*innen einzubeziehen. Die unterschiedlichen Perspektiven auf Herausforderungen und Barrieren im Kontext der BQKPMV sowie auf die ambulante Palliativversorgung insgesamt stellten einen wichtigen Beitrag für eine gezielte, bedarfsgerechte Weiterentwicklung der BQKPMV dar. Ergebnis dieses Arbeitspakets waren konkrete Lösungsvorschläge zur Weiterentwicklung der BQKPMV mit Empfehlungscharakter. Die Aufbereitung der Ergebnisse durch das Projektteam führte zur Formulierung von zunächst insgesamt 18 Empfehlungen.

### **Konsentierung von Empfehlungen/ Delphi-Verfahren (Arbeitspaket 2b)**

Mit Hilfe der Delphi-Methode wurden konkrete, für die Versorgungspraxis relevante und systematisch entwickelte Empfehlungen zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung und Optimierung der BQKPMV identifiziert. Im Delphi-Prozess wurde ein Großteil der Empfehlungen auf Basis der Anmerkungen der Teilnehmenden inhaltlich und/oder sprachlich angepasst. In drei Befragungsrunden wurden insgesamt 16 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV konsentiert. Im finalen Set von Empfehlungen liegt insbesondere ein Fokus auf einer Steigerung der Bekanntheit und der Vermittlung von Informationen zu Leistungsumfang, Mehrwert und Rahmenbedingungen der BQKPMV. Die Ergebnisse liefern eine empirisch fundierte Grundlage für die Weiterentwicklung der BQKPMV, zeigen konkreten Veränderungsbedarf auf und unterstreichen, dass eine Optimierung der BQKPMV erforderlich ist.

Im Themenkomplex **Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV** wurde mit sechs Empfehlungen die größte Anzahl von Empfehlungen konsentiert. Inhaltlich beziehen sich diese vor allem auf eine Verbreitung von Informationen zu Mehrwert, Leistungsumfang und Rahmenbedingungen der BQKPMV sowie eine Präzision bzgl. der 24h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft. Konsens wurde außerdem zur frühzeitigen Initiierung von Leistungen der BQKPMV durch Hausärzt\*innen erreicht. Die frühzeitige Initiierung von Leistungen der Palliativversorgung wurde bereits vielfach als gewinnbringend belegt und spielt daher auch in der BQKPMV eine wichtige Rolle.

Zu den **Rahmenbedingungen der BQKPMV** sind insbesondere die theoretischen und praktischen Kenntnisse, die Hausärzt\*innen zur Teilnahme an der Vereinbarung nachweisen müssen, die Pflicht zur regelmäßigen palliativmedizinischen Weiterbildung im Umfang von 8 Fortbildungspunkten pro Jahr sowie finanzielle Aspekte im Fokus. Die drei konsentierten Empfehlungen zu den Rahmenbedingungen der BQKPMV adressieren die Vergütung und die Bedingungen für Fort- und Weiterbildungen im Bereich Palliativmedizin. Es konnten jedoch keine Empfehlungen zu den Qualifizierungsvoraussetzungen und der Fortbildungspflicht konsentiert werden, da die Expert\*innen hierzu sehr unterschiedliche Ansichten vertraten.

Im Kontext der **Abgrenzung der Versorgungsformen** herrschte unter den Expert\*innen große Einigkeit bezüglich der Stellung der BQKPMV im Versorgungsgefüge der ambulanten Palliativversorgung. Zentrale Botschaft ist, dass die BQKPMV nicht als dritte Versorgungsform, sondern als Teil der AAPV verstanden und dargestellt werden sollte. In der BQKPMV sollten insgesamt grundsätzlich alle Patient\*innen mit palliativem Versorgungsbedarf adressiert werden.

Bezüglich der **Zusammenarbeit an den Schnittstellen** stand die Kooperation zwischen verschiedenen beteiligten Professionen im Vordergrund und wurde als essenzieller Teil einer guten Versorgung von Menschen am Lebensende genannt. Es herrschte Einigkeit darüber, dass beim Versorgungsauftrag im Rahmen der BQKPMV enge Kooperationen z.B. zwischen Hausärzt\*innen und SAPV-Teams notwendig sind. Als Voraussetzung für eine Delegation von Leistungen an Medizinische Fachangestellte sahen die Expert\*innen eine konkrete Definition der Qualifizierungsanforderungen an.

### Limitationen

Bezüglich der beiden schriftlichen Befragungen in Arbeitspaket 1b und 1c muss eine mögliche Stichprobenverzerrung berücksichtigt werden. Insbesondere bei den Hausärzt\*innen in Niedersachsen war die Rücklaufquote eher gering und es ist möglich, dass insbesondere an Palliativversorgung Interessierte an der BQKPMV teilgenommen haben und dass dadurch die Repräsentativität der Erkenntnisse für alle Hausärzt\*innen eingeschränkt ist. Bei den SAPV-Teams wurde zwar eine überdurchschnittliche Rücklaufquote erreicht. Es ist jedoch denkbar, dass die Aussagekraft von Teilergebnissen eingeschränkt ist, da einzelne Fragen nur von kleinen Subgruppen beantwortet wurden. Darüber hinaus muss insgesamt festgehalten werden, dass sich die Erkenntnisse aus Projektphase 1 lediglich auf Erfahrungen und Sichtweisen von niedersächsischen SAPV-Teams und Hausärzt\*innen beziehen und die Übertragbarkeit auf Akteur\*innen in anderen Bundesländern nicht vorbehaltlos gegeben ist.

Der Expert\*innenworkshop in Projektphase 2 diente der Entwicklung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV und fand während der COVID-19-Pandemie statt. Entgegen der ursprünglichen Projektplanung wurde der Workshop deshalb online durchgeführt und somit war keine direkte und persönliche Diskussion zwischen den Teilnehmenden möglich, was die Ergebnisse sowohl des Workshops selbst und damit auch der folgenden Delphi-Befragung beeinflusst haben könnte. Die Anwendung der Delphi-Methode zeichnet sich dadurch aus, dass Perspektiven verschiedenster Personen gleichberechtigt in die Entwicklung und Konsentierung von Empfehlungen eingeflossen sind. Denkbar ist jedoch, dass einzelne Tätigkeitsbereiche und Berufsgruppen unterrepräsentiert waren, z.B. Akteur\*innen aus der (ambulanten) Pflege. Denkbar ist außerdem, dass einzelne Expert\*innen in der Delphi-Befragung aufgrund ihres hohen fachlichen Wissens in einem Bereich andere Einflussfaktoren aus anderen Kontexten unberücksichtigt gelassen haben. So können Fehleinschätzungen oder Missverständnisse bestanden haben, die bei der Anwendung der Delphi-Methode nicht aufgeklärt werden können.

## 8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Das Projekt Polite zielte darauf ab, die Möglichkeiten und Grenzen sowie Entwicklungspotenziale der neu geschaffenen Versorgungsform BQKPMV im Versorgungsalltag zu analysieren. Es sollte aufgezeigt werden, welche Leistungen bereits in der Versorgungsrealität angekommen sind, welche Leistungen bisher wenig/teilweise oder nicht umgesetzt werden und welche Auswirkungen diese Implementierung der BQKPMV hat. Förderliche und hinderliche Faktoren für eine flächendeckende Umsetzung

der BQKPMV wurden betrachtet, u.a. Akzeptanz und Machbarkeit auf Seiten der Hausärzt\*innen und Leistungsausschlüsse zu anderen Formen der Palliativversorgung.

Die als Gesamtergebnis des Projektes Polite entwickelten und konsentierten Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Optimierung der BQKPMV und somit insgesamt zur Gestaltung der Hospiz- und Palliativversorgung können durch den Gesetzgeber genutzt werden. Adressaten der Empfehlungen sind insbesondere die KBV und der GKV-Spitzenverband als Autor\*innen der aktuellen Vereinbarung zur BQKPMV. Die Ergebnisse des Projekts können damit als Grundlage für strukturelle Veränderungen des gesetzlichen Rahmens dienen und zu einer gezielten, praxisorientierten Anpassung der Versorgungsform genutzt werden.

Die Empfehlungen, die im Rahmen der Studie erarbeitet wurden, können konkret in die Vereinbarung der KBV und des GKV-Spitzenverbandes nach § 87 Abs. 1b SGB V zur BQKPMV einfließen und die geplante Evaluation der BQKPMV wesentlich ergänzen, um daraus notwendige Schlussfolgerungen für die Verbesserung der Versorgung zu ziehen. Von den im Projekt abgeleiteten Empfehlungen und daraus folgenden gesetzgebenden Schritten zu Anpassungen der BQKPMV könnte eine sehr große Population profitieren. Eine gute ambulante und insbesondere frühzeitig einsetzende Palliativversorgung kann nachweislich das Sterben von Menschen im häuslichen Umfeld begünstigen, Krankenhauseinweisungen und kostenintensive Therapien am Lebensende vermeiden und gleichzeitig zu einer höheren Lebensqualität und besseren Symptomkontrolle in der letzten Lebensphase führen.

## 9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

### Datenbankeintrag:

- Deutsches Register Klinischer Studien (DRKS) Eintragung mit Veröffentlichung unter der Nummer DRKS00024785  
<https://drks.de/search/de/trial/DRKS00024785>

### Erfolgte Veröffentlichungen:

- Polite Studienprotokoll:  
Stiel S, van Baal K, Ülgüt R, Stahmeyer JT, Schneider N. Analysing the administration of an intermediate level of outpatient palliative care in Germany and developing recommendations for improvement (Polite): A study protocol for a mixed-methods study. PLoS One. 2021;16(9):e0256467. DOI: 10.1371/journal.pone.0256467  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0256467>
- Dokumentenanalyse:  
Ülgüt R, van Baal K, Köpping L, Schneider N, Stiel S. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung – eine Analyse von Stellungnahmen. Z Palliativmed. 2022; 23(04):207-215. DOI: 10.1055/a-1749-9536  
<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-1749-9536>
- Befragung von SAPV-Teams:  
van Baal K, Ülgüt R, Schulze C, Schneider N, Stiel S. Implementierung der „Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV) – Erfahrungen und Sichtweisen von SAPV-Teams. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2022; 173:64-74. DOI: 10.1016/j.zefq.2022.03.005  
<https://www.zefq-journal.com/action/showPdf?pii=S1865-9217%2822%2900045-9>
- AOK-Daten I Kurzmitteilung:

Hemmerling M, Stahmeyer JT, Schütte S, van Baal K, Stiel S. Neue Form der ambulanten Palliativversorgung – Eine Auswertung von GKV-Routinedaten nach der Einführung. Deutsches Ärzteblatt. 2022; 119(31-32): 548-549. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0217

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/226338/Neue-Form-der-ambulanten-Palliativversorgung>

● AOK-Daten II Originalarbeit:

Hemmerling M, Stahmeyer JT, Schütte S, van Baal K, Stiel S. „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ - Patientenklientel und Effekte auf die ambulante Palliativversorgung. Z Allgmed. 2022; 98(10): 338-345. DOI: 10.53180/zfa.2022.0338-0345

[https://www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel/zfa-10-2022/50290-besonders-qualifizierte-und-koordinierte-palliativmedizinische-versorgung/ \(non open access\)](https://www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel/zfa-10-2022/50290-besonders-qualifizierte-und-koordinierte-palliativmedizinische-versorgung/)

● Hausärztliche Befragung:

Reffke S, van Baal, Schneider N, Stiel S. „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ (BQKPMV): Hausärztliche Erfahrungen – Eine Befragung in Niedersachsen. Z Allg med. 2022; 98(12):427-435. DOI: 10.53180/zfa.2022.0427-0434

[https://www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel//50324-1053180-zfa20220427-0434-besonders-qualifizierte-und-koordinierte-palliativmedizinische-ve/ \(non open access\)](https://www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel//50324-1053180-zfa20220427-0434-besonders-qualifizierte-und-koordinierte-palliativmedizinische-ve/)

● Prozess und Empfehlung Delphi-Befragung:

van Baal K, Frerichs H, Stahmeyer JT, Hemmerling M, Schulze C, Schneider N, Stiel S. Weiterentwicklung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV) – Ergebnisse einer Delphi-Befragung. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2023; 179:29-38. DOI: org/10.1016/j.zefq.2023.03.003

<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.03.003>

Kongressbeiträge:

● 55. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin vom 16.-18. September 2021 in Lübeck:

Stiel S, van Baal K, Ülgüt R, Stahmeyer JT, Schneider N. Analyse der Implementierung der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV) in der Versorgungsrealität und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – ein Studienprotokoll. Posterpräsentation

<https://www.egms.de/static/en/meetings/degam2021/21degam200.shtml>

● 55. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin vom 16.-18. September 2021 in Lübeck:

Ülgüt R, van Baal K, Kamandi N, Köpping L, Schneider N, Stiel S. Stellungnahmen zur neuen Versorgungsform ‚besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung‘ – eine Dokumentenanalyse. Vortrag

<https://www.egms.de/static/de/meetings/degam2021/21degam018.shtml>

● 56. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin vom 15.-17. September 2022 in Greifswald:

Reffke S, van Baal K, Stiel S. Implementierung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV) – eine Befragung von Hausarzt\*innen in Niedersachsen. Vortrag

<https://www.egms.de/static/en/meetings/degam2022/22degam023.shtml>

● 56. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin vom 15.-17. September 2022 in Greifswald:

van Baal K, Vollmer H, Köpping L, Stiel S. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV). Vortrag

<https://www.egms.de/static/en/meetings/degam2022/22degam071.shtml>

● 14. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vom 28. September – 01. Oktober 2022 in Bremen:

van Baal K, Schulze C, Stiel S. ‚Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung‘ (BQKPMV) – Erfahrungen und Sichtweisen von SAPV-Teams. Posterpräsentation

- 21. Kongress des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung vom 05.-07. Oktober 2022 in Potsdam: Hemmerling M, Schütte S, van Baal K, Stiel S, Stahmeyer JT. Wie wird die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung seit der Einführung in 2017 in der hausärztlichen Versorgungspraxis genutzt? – eine Analyse mit Routinedaten. Posterpräsentation  
<https://www.egms.de/static/en/meetings/dkvf2022/22dkvf150.shtml>
- 21. Kongress des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung vom 05.-07. Oktober 2022 in Potsdam: van Baal K, Reffke S, Schulze C, Schneider N, Stiel S. ‚Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung‘ (BQKPMV) – Erfahrungen von Hausarzt\*innen und SAPV-Teams in Niedersachsen. Vortrag  
<https://www.egms.de/static/en/meetings/dkvf2022/22dkvf431.shtml>

## 10. Literaturverzeichnis

1. Stiel S, van Baal K, Ülgüt R, Stahmeyer JT, Schneider N. Analysing the administration of an intermediate level of outpatient palliative care in Germany and developing recommendations for improvement (Polite): A study protocol for a mixed-methods study. PLoS one. 2021;16(9):e0256467.
2. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Ärztekammer Niedersachsen. Arztauskunft Niedersachsen. 2023. <https://www.arztauskunft-niedersachsen.de/ases-kvn/>. Accessed 29.03.2023.
3. Ülgüt R, van Baal K, Köpping L, Schneider N, Stiel S. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung – eine Analyse von Stellungnahmen. Z Palliativmed. 2022;23(04):207-14.
4. Leiner D. SoSci Survey. 2023. <https://www.sosicisurvey.de>. Accessed 29.03.2023.
5. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland. 2023. [https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/de/angebote/erwachsene/8-sapv\\_teams](https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/de/angebote/erwachsene/8-sapv_teams). Accessed 29.03.2023.
6. Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. Angebote vor Ort. 2023. <https://www.hospiz-palliativ-nds.de/angebote-vor-ort/?hpnv=erwachsene&hpnkat=sapv&hpnort=all>. Accessed 29.03.2023.
7. Jünger S, Payne S, Brearley S, Ploenes V, Radbruch L. Consensus building in palliative care: a Europe-wide delphi study on common understandings and conceptual differences. J Pain Symptom Manage. 2012;44(2):192-205.
8. Jünger S, Payne SA, Brine J, Radbruch L, Brearley SG. Guidance on Conducting and REporting DELphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. Palliat Med. 2017;31(8):684-706.
9. Hemmerling M, Stahmeyer JT, Schütte S, van Baal K, Stiel S. Neue Form der ambulanten Palliativversorgung – Eine Auswertung von GKV-Routinedaten nach der Einführung. Dsch Ärztebl. 2022;119(31-32):548-549.
10. Hemmerling M, Stahmeyer JT, Schütte S, van Baal K, Stiel S. "Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung" Patientenklimentel und Effekte auf die ambulante Palliativversorgung. Z Allg Med. 2022;98(10):337-44.

11. Reffke S, van Baal K, Schneider N, Stiel S. „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ (BQKPMV): Hausärztliche Erfahrungen – Eine Befragung in Niedersachsen. Z Allg Med. 2022;98(12):427-34.
12. van Baal K, Ülgüt R, Schulze C, Schneider N, Stiel S. Implementierung der „Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV) – Erfahrungen und Sichtweisen von SAPV-Teams. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2022;173:64-74.
13. van Baal K, Frerichs H, Stahmeyer JT, Hemmerling M, Schulze C, Schneider N, et al. Weiterentwicklung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV) – Ergebnisse einer Delphi-Befragung. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2023 (accepted; in press).

## **11. Anhang**

### **Anhang 1: Auflistung Studienanhänge**

- Anhang 1.1:** Fragebogen für die hausärztliche Befragung
- Anhang 1.2:** Fragebogen für die Befragung von SAPV-Teams
- Anhang 1.3:** Vorbereitende Workshop-Unterlagen
- Anhang 1.4:** Delphi-Befragung – Runde 1
- Anhang 1.5:** Delphi-Befragung – Runde 2
- Anhang 1.6:** Delphi-Befragung – Runde 3
- Anhang 1.7:** AOK Detailergebnisse
- Anhang 1.8:** Tabelle SAPV Kooperationsanfrage
- Anhang 1.9:** Tabelle SAPV Patienten und Strukturen
- Anhang 1.10:** Tabelle SAPV Kooperationsvereinbarung
- Anhang 1.11:** Tabelle SAPV Beurteilung Schnittstellen
- Anhang 1.12:** Tabelle SAPV Beurteilung Versorgungsform

### **Anhang 2: Abbildungen**

- Anhang 2.1:** Phasen und Arbeitspakete im Projekt Polite
- Anhang 2.2:** Inanspruchnahme ambulanter Palliativleistungen von verstorbenen Versicherten aus dem Jahr 2019 mit BQKPMV
- Anhang 2.3:** Flow Chart zur Befragung von Hausärzt\*innen in Niedersachsen
- Anhang 2.4:** Inhaltliche Beurteilung der BQKPMV
- Anhang 2.5:** Flow Chart zu den teilnehmenden SAPV-Teams

### **Anhang 3: Tabellen**

- Anhang 3.1:** Arztgruppenschlüssel und Gruppenbezeichnungen
- Anhang 3.2:** EBM Abrechnungsziffern
- Anhang 3.3:** Instrumente in der Datenerhebung (AP1a-c und AP2a/b)
- Anhang 3.4:** Ergebnisse der Hausärztlichen Befragung
- Anhang 3.5:** Jahresvergleich der in 2017 und 2019 verstorbenen Versicherten der AOKN
- Anhang 3.6:** Demografische Daten zu den teilnehmenden Hausärzt\*innen
- Anhang 3.7:** Demografische Angaben zu den teilnehmenden SAPV-Teams
- Anhang 3.8:** Beurteilung der BQKPMV als Versorgungsform (N = 28)
- Anhang 3.9:** Soziodemographische Angaben der Expert\*innen in der Delphi-Befragung
- Anhang 3.10:** Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV (Runde 1)

- Anhang 3.11:** Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV (Runde 2)
- Anhang 3.12:** Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV (Runde 3)
- Anhang 3.13:** Finales Set von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV

## 12. Anlagen

- Anlage 1:** Projektlogo
- Anlage 2:** Ethikvotum
- Anlage 3:** Projektbeschreibung auf der Website des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der MHH
- Anlage 4:** Projektflyer zu Projektbeginn
- Anlage 5:** Information über das Projekt Polite im Newsletter des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der MHH im März 2021
- Anlage 6:** Pressemitteilung der AOK-N zur Information über das Projekt Polite
- Anlage 7:** Rundschreiben des Hausärztesverbandes Niedersachsen mit Aufruf zur Befragungsteilnahme
- Anlage 8:** Aufruf zur Befragungsteilnahme auf der Homepage des LSHPN im September 2021
- Anlage 9:** Aufruf zur Teilnahme an der Befragung im Newsletter des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der MHH im Oktober 2021
- Anlage 10:** Projektinformation und Aufruf zur Befragungsteilnahme im Niedersächsischen Ärzteblatt im Oktober 2021
- Anlage 11:** Aufruf zur Teilnahme an der Befragung auf der Homepage des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der MHH
- Anlage 12:** Aufruf zur Teilnahme an der Befragung auf der Facebookseite des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der MHH
- Anlage 13:** Aufruf zur Teilnahme an der Befragung auf dem Twitter-Kanal des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der MHH
- Anlage 14:** Aufruf zur Teilnahme an der Befragung auf dem Instagram-Kanal des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der MHH
- Anlage 15:** Vorlage Einladungsschreiben für die Teilnehmenden des Expert\*innen-Workshops
- Anlage 16:** Projektflyer zum Projektende (Empfehlungen)



## Datenschutz und Ethik

Die Datenschutzbeauftragte der Medizinischen Hochschule Hannover hat das Vorgehen im Rahmen des Projektes Polite geprüft. Ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover liegt vor (Ethikvotum Nr. 9629\_BO\_K\_2021 vom 23.02.2021).

Ihre Angaben werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke bearbeitet und ausgewertet. Die Daten werden auf gesicherten Servern des Rechenzentrums der Medizinischen Hochschule Hannover gespeichert.

Ihre Teilnahme an unserer Studie ist freiwillig. Bei Nichtteilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile. Sie haben das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, ob und welche Daten von uns verarbeitet werden. Da Ihre Daten anonym an uns übermittelt werden, können wir Ihre Person nicht zu Ihren Daten zuordnen, so dass eine Löschung Ihrer Angaben nach Absenden der Beantwortung nicht möglich ist.

- Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten gemäß den hier aufgeführten Angaben verarbeitet werden.

| A Fragen zu Ihrer Person und Praxis   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|   | Sind Sie hausärztlich tätig?   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein   |
|   | Hat die Praxis, in der Sie tätig sind, einen Kassensitz?   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein   |
|   | Befindet sich Ihre Praxis in Niedersachsen?  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein   |
| <b>Falls Sie eine oder mehrere der oben genannten Fragen mit „nein“ beantwortet haben, füllen Sie diesen Fragebogen bitte nicht weiter aus.</b> |  |   |  |
| 1   | <b>Geschlecht</b>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> weiblich  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> männlich <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> divers        |
| 2   | <b>Alter</b>   | _____ Jahre   |  |
| 3   | <b>Seit wie vielen Jahren sind Sie hausärztlich tätig?</b>   | _____ Jahre   |  |
| 4   | <b>Sind Sie Fachärztin/-arzt für...?</b><br>(Mehrfachnennung möglich)  |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Allgemeinmedizin   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Innere Medizin  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> in Weiterbildung   |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> andere Disziplin: _____  |   |  |
| 5   | <b>In welcher Praxisform sind Sie tätig?</b>   |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Einzelpraxis   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Gemeinschaftspraxis   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> MVZ |
| 6   | <b>Sind Sie in einem Anstellungsverhältnis tätig?</b>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein   |
| 7   | <b>In welcher Versorgungsregion liegt Ihre Praxis?</b>   |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Landgemeinde (<5.000 Einwohner*innen)  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Kleinstadt (5.000-<20.000 Einwohner*innen)  |  |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Mittelstadt (20.000-<100.000 Einwohner*innen)  | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Großstadt (≥100.000 Einwohner*innen)  |  |
| 8   | <b>Bitte ordnen Sie Ihr Interesse an Palliativversorgung auf einer Skala von 0 bis 10 ein.</b>                                     | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> <input type="checkbox"/> <sub>10</sub><br>gar nicht <span style="float: right;">sehr</span> |  |
| 9   | <b>Welche Informationsquellen nutzen Sie zu neuen Versorgungsformen und ihren Abrechnungsziffern?</b><br>(Mehrfachnennung möglich) |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Hausärzteverband   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Niedersächsisches Ärzteblatt  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> KBV  |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> andere Quelle(n): _____  |   |  |
| 10  | <b>Haben Sie den Basiskurs Palliativmedizin absolviert?</b>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein   |
| 11  | <b>Haben Sie die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin?</b>   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein   |
| 12  | <b>Erbringen Sie selbst Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)?</b>                                      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein   |
| 13  | <b>Werden durch Ihre Praxis Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) verordnet?</b>                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein   |
| 14.1  | <b>Werden durch Ihre Praxis Leistungen der SAPV erbracht?</b>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein   |
| 14.2  | <b>Falls ja, durch wen?</b>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> durch mich  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> durch andere Kolleg*innen                                    |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>B1</b>  | <b>Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV):<br/>Administratives</b>             |   |   |
| 1  | <b>Kennen Sie die Versorgungsform der BQKPMV?</b>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein  |
| <b>Sofern Sie diese Frage mit „nein“ beantwortet haben, bitten wir Sie, die Beantwortung des Fragebogens an dieser Stelle zu beenden und den Bogen an uns zurück zu senden. Herzlichen Dank!</b> |  |   |   |
| 2  | <b>Hat jemand in Ihrer Praxis die Teilnahme an der Vereinbarung zur BQKPMV beantragt?</b>                                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein  |
| 3.1  | <b>Haben Sie selbst die Teilnahme an der Vereinbarung zur BQKPMV beantragt?</b>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein  |
| 3.2  | <b>Falls nein, was hat Sie von einer Teilnahme an der Vereinbarung zur BQKPMV abgehalten?</b><br>(Mehrfachnennung möglich) |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ich erfülle die theoretischen/<br>praktischen Teilnahme-<br>voraussetzungen nicht.   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Ich finde die bestehenden<br>Versorgungsformen<br>(AAPV/SAPV) ausreichend.  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Ich kann die kontinuierliche<br>Fortbildung nicht im<br>erforderten Umfang leisten. |
|  | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Ich finde die Vergütung<br>nicht leistungsgerecht.                                   | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Das Erfüllen des<br>Versorgungsauftrages ist mir<br>zu (zeit)aufwendig.     | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> anderer Grund   |
| 3.3  | <b>Falls anderer Grund, welcher?</b>   |   |   |
| <b>Falls Sie die Frage 3.1 mit „nein“ beantwortet haben, fahren Sie bitte mit Abschnitt B2 (Seite 5) fort.</b>   |  |   |   |
| 3.4  | <b>Falls ja, was hat Sie motiviert an der Vereinbarung zur BQKPMV teilzunehmen?</b><br>(Mehrfachnennung möglich)           |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Es ermöglicht mir mehr<br>Koordination im<br>Versorgungsprozess.                     | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Ich schaffe eine bessere<br>Versorgungsqualität für meine<br>Patient*innen. | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Ich finde, sie ist eine<br>sinnvolle Ergänzung zur AAPV<br>und SAPV.                |
|  | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Ich kann Leistungen<br>abrechnen, die ich ohnehin<br>erbringe.                       | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Ich habe Interesse an<br>der Palliativversorgung.                           | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> andere Motivation   |
| 3.5  | <b>Falls andere Motivation, welche?</b>  |   |   |
| 4.1  | <b>Wie wurde über Ihren Antrag entschieden?</b>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> bewilligt   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> abgelehnt <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> ausstehend                          |
| 4.2  | <b>Falls Ihr Antrag abgelehnt wurde, welche Gründe wurden angegeben?</b><br>(Mehrfachnennung möglich)                      |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> fehlende praktische<br>Erfahrung   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> fehlende theoretische<br>Kenntnisse   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Formblatt über gültige<br>BTM-Rezepte fehlend                                       |
|  | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Kooperations-<br>vereinbarung fehlend  | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> kein Grund  | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> anderer Grund   |
| 4.3  | <b>Falls anderer Grund, welcher?</b>   |   |   |

|     |  |  |   |   |
|-----|--|--|---|---|
| 5   | <b>Haben Sie die Teilnahmeberechtigung an der Vereinbarung zur BQKPMV zurückgegeben?</b>   |  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein      |
| 6.1 | <b>Falls Sie sich im Verlauf gegen die Erbringung von Leistungen der BQKPMV entschieden haben und/oder Ihre Teilnahmeberechtigung zurückgegeben haben, was waren die Gründe?</b><br>(Mehrfachnennung möglich)  |  |   |   |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Die Erfüllung des Versorgungsauftrages ist mir zu (zeit)aufwendig.   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Ich kann die kontinuierliche Fortbildung nicht im erforderlichen Umfang leisten. | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Ich hatte Probleme bei der Abrechnung.                              |   |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Ich hatte Probleme mit Kooperationspartner*innen.  | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Ich fand die Vergütung nicht aufwandsgerecht.                                    | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> anderer Grund   |   |
| 6.2 | <b>Falls anderer Grund, welcher?</b><br>_____  |  |   |   |
| 7   | <b>In welchen Settings erbringen Sie Leistungen der BQKPMV?</b><br>(Mehrfachnennung möglich)   |  |   |   |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> in meiner Praxis   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> auf Hausbesuchen   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> in Pflegeheimen   | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> im Hospiz |
| 8   | <b>Für welches Patient*innenkollektiv erbringen Sie Leistungen der BQKPMV?</b><br>(Mehrfachnennung möglich)  |  |   |   |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> für meine eigenen Patient*innen  |  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> konsiliarisch für Patient*innen anderer hausärztlicher Kolleg*innen |   |
| 9   | <b>Mit welchen Kooperationspartner*innen arbeiten Sie vertraglich vereinbart bei der Erbringung der BQKPMV zusammen?</b><br>(Mehrfachnennung möglich)  |  |   |   |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> SAPV-Teams   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ambulante Pflegedienste  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> ambulante Hospizdienste   |   |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Hospize  | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Pflegeheime  | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> keine   |   |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> andere: _____  |  |   |   |
| 10  | <b>Welche weiteren Leistungserbringenden sind an der Erbringung von Leistungen der BQKPMV bei Ihnen (auch nicht vertraglich gebunden) beteiligt?</b><br>(Mehrfachnennung möglich)  |  |   |   |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> SAPV-Teams   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ambulante Pflegedienste  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> ambulante Hospizdienste   |   |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Hospize  | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Pflegeheime  | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> keine   |   |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> andere: _____  |  |   |   |
| 11  | <b>Die Vereinbarung zur BQKPMV gibt Kriterien für die Abrechnung von Leistungen der BQKPMV vor.<br/>Ist der <u>Ausschluss einer kurativen Therapie</u> gegen die Grunderkrankung in Ihrer Versorgungspraxis Voraussetzung zur Abrechnung der BQKPMV?</b> |  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein      |

| B2   | Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV):<br>Inhaltliche Beurteilung |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1    | Bitte bewerten Sie, wie häufig die folgenden Aspekte für Sie im Kontext der BQKPMV ausschlaggebend sind.       | nie                                   | selten                                | gelegentlich                          | oft                                   | immer                                 | weiß nicht                            |
| 1.1  | Es liegt eine unheilbare, weit fortgeschrittene Erkrankung vor.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 1.2  | AAPV ist als Basisversorgung nicht ausreichend.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 1.3  | Es besteht (noch) keine Indikation für SAPV.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 1.4  | Die Koordination der Versorgung ist besonders aufwändig.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 1.5  | Die Symptomlast der Patient*innen ist hoch.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 1.6  | Die Patient*innen sind stark pflege-/hilfsbedürftig.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 1.7  | Angehörige der Patient*innen benötigen viel Unterstützung/Beratung.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 1.8  | Die Patient*innen wünschen eine intensive palliative Betreuung.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 1.9  | Kurative Therapien der Grunderkrankung sind nicht indiziert/gewünscht.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 1.10 | Die Patient*innen befinden sich in der Sterbephase.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 1.11 | Die Patient*innen brauchen die Sicherheit, 24h jemanden erreichen zu können.                                   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 1.12 | Andere Aspekte:  |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |

| Bitte geben Sie zu den folgenden Aussagen an, inwiefern diese aus Ihrer Sicht zutreffend sind. |   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 2  | <b>Aus meiner Sicht wird durch die BQKPMV...</b>  | <b>trifft nicht zu</b>                | <b>trifft eher nicht zu</b>           | <b>trifft eher zu</b>                 | <b>trifft zu</b>                      | <b>weiß nicht</b>                     |
| 2.1  | ...die Versorgung von Patient*innen in der letzten Lebensphase verbessert.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 2.2  | ...die ambulante Palliativversorgung gestärkt.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 2.3  | ...das Sterben in einer selbstbestimmten Umgebung ermöglicht.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 2.4  | ...ein sinnvolles Angebot zur Koordination der palliativen Versorgung etabliert.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 2.5  | ...die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen gestärkt.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 2.6  | ...dem Versorgungsbedarf von Patient*innen besser begegnet.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 2.7  | ...die ambulante hausärztliche Betreuung und Begleitung bis an das Lebensende ermöglicht.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 2.8  | ...eine leistungsgerechte Vergütung geschaffen.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 3  | <b>In meiner hausärztlichen Praxis nehme ich die BQKPMV wahr als...</b>   | <b>trifft nicht zu</b>                | <b>trifft eher nicht zu</b>           | <b>trifft eher zu</b>                 | <b>trifft zu</b>                      | <b>weiß nicht</b>                     |
| 3.1  | ...sinnvolle Zwischenstufe zwischen AAPV und SAPV.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 3.2  | ...geeignete Versorgungsform bei Patient*innen mit erhöhtem Versorgungsaufwand, der über die Basisversorgung der AAPV hinausgeht. | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 3.3  | ...wirtschaftlich attraktiv.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 3.4  | ...eine gute Möglichkeit um Leistungen abzurechnen, die ich ohnehin erbringe.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 3.5  | ...gut durchführbar, weil ich dem Versorgungsauftrag neben dem Praxisalltag gut nachkommen kann.                                  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 3.6  | ...gut durchführbar, da ich die Versorgung außerhalb der Sprechzeiten durch Kooperationspartner*innen garantiere.                 | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 3.7  | ...Chance, das Ungleichgewicht in der Vergütung zwischen AAPV und SAPV zu vermindern.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 4  | <b>Was sind aus Ihrer Sicht weitere förderliche und/oder hemmende Faktoren für die praktische Umsetzung der BQKPMV?</b>           |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|  | <b>Förderliche Faktoren:</b>  |                                       | <b>Hemmende Faktoren:</b>             |                                       |                                       |                                       |
|  |   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |

Danke für Ihre Teilnahme! Bitte senden Sie den Fragebogen mit dem Rücksendeumschlag an uns zurück.



## Datenschutz und Ethik

Die Datenschutzbeauftragte der Medizinischen Hochschule Hannover hat das Vorgehen im Rahmen des Projektes Polite geprüft. Ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover liegt vor (Ethikvotum Nr. 9629\_BO\_K\_2021 vom 23.02.2021).

Ihre Angaben werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke bearbeitet und ausgewertet. Die Daten werden auf gesicherten Servern des Rechenzentrums der Medizinischen Hochschule Hannover gespeichert.

Ihre Teilnahme an unserer Studie ist freiwillig. Bei Nichtteilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile. Sie haben das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, ob und welche Daten von uns verarbeitet werden. Da Ihre Daten anonym an uns übermittelt werden, können wir Ihre Person nicht zu Ihren Daten zuordnen, so dass eine Löschung Ihrer Angaben nach Absenden der Beantwortung nicht möglich ist.

- Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten gemäß den hier aufgeführten Angaben verarbeitet werden.

| A Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrem Team der SAPV-Leistungserbringenden |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 1   | <b>Geschlecht</b>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> weiblich                                       | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> männlich <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> divers                      |
| 2   | <b>Alter</b>   | _____ Jahre  |  |
| 3   | <b>Seit wie vielen Jahren sind Sie in der SAPV tätig?</b>  | _____ Jahre  |  |
| 4.1   | <b>Profession</b>  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> (Palliativ-)Mediziner*in                       | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> (Palliativ-)Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> sonstige |
| 4.2   | <b>Falls sonstige, welche?</b>   | _____  |  |
| 5   | <b>Bekleiden Sie in Ihrem Team der SAPV-Leistungserbringenden eine Leitungsposition?</b>               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein   |
| 6   | <b>Verfügen Sie über die Zusatzweiterbildung Palliative Care / Zusatzbezeichnung Palliativmedizin?</b> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> nicht zutreffend                |
| 7   | <b>In welchem Einzugsgebiet ist Ihr Team der SAPV-Leistungserbringenden überwiegend tätig?</b>         |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ländlich (<5.000 Einwohner*innen)                                | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> kleinstädtisch (5.000-<20.000 Einwohner*innen) |  |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mittelstädtisch (20.000-<100.000 Einwohner*innen)                | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> großstädtisch (≥100.000 Einwohnerinnen)        |  |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>B1</b>   | <b>Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV):<br/>Administratives</b>                              |  |   |
| 1   | <b>Sind Ihnen die Leistungsinhalte der BQKPMV bekannt?</b>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein  |
| <b><u>Sofern Sie die Frage 1 mit „nein“ beantwortet haben, bitten wir Sie, die Beantwortung des Fragebogens an dieser Stelle zu beenden und den Bogen an uns zurück zu senden. Herzlichen Dank!</u></b> |   |  |   |
| 2.1   | <b>Wurde Ihr Team der SAPV-Leistungserbringenden bisher für Kooperationen im Rahmen der BQKPMV angefragt?</b><br>(Mehrfachnennung möglich)  |  |   |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja, durch Hausärzt*innen  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ja, durch Kinderärzt*innen   |   |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> ja, durch andere Fachärzt*innen   | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> nein   |   |
| 2.2   | <b>Falls andere, welche?</b> _____  |  |   |
| <b><u>Falls Sie die Frage 2.1 mit „nein“ beantwortet haben, fahren Sie bitte mit Abschnitt B2 (Seite 6) fort.</u></b>   |   |  |   |
| 2.3   | <b>Falls ja, für die Übernahme welcher Tätigkeiten/Aufgaben der BQKPMV wurden Sie <u>angefragt</u>?</b><br>(Mehrfachnennung möglich)        |  |   |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Fallkonferenzen   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> telefonische Beratung  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Beratung/Konsil   |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Hausbesuche   | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung zu stundenfreien Zeiten | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Koordination der Versorgung von Patient*innen (Case-Management)                     |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Koordination der an der Versorgung beteiligten Akteur*innen (Netzwerkarbeit)                          | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Ersterhebung/ Erstellung des palliativen Basisassessments                    | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Erstellung eines Therapie-/Notfallplans inkl. Eruiierung des (mutmaßlichen) Willens |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> andere: _____  |  | <input type="checkbox"/> <sub>11</sub> keine  |
| 3   | <b>Für die Übernahme welcher dieser angefragten Aufgaben/Tätigkeiten haben Sie sich <u>bereit erklärt</u>?</b><br>(Mehrfachnennung möglich) |  |   |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Fallkonferenzen   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> telefonische Beratung  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Beratung/Konsil   |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Hausbesuche   | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung zu stundenfreien Zeiten | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Koordination der Versorgung von Patient*innen (Case-Management)                     |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Koordination der an der Versorgung beteiligten Akteur*innen (Netzwerkarbeit)                          | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Ersterhebung/ Erstellung des palliativen Basisassessments                    | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Erstellung eines Therapie-/Notfallplans inkl. Eruiierung des (mutmaßlichen) Willens |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> andere: _____  |  | <input type="checkbox"/> <sub>11</sub> keine  |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| 4-1  | Falls zutreffend, ist es bei Verhandlungen zu einem individuellen Kooperationsvertrag zu Konflikten zwischen Ihrem Team der SAPV-Leistungserbringenden und niedergelassenen Ärzt*innen gekommen? | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> nicht zutreffend |
| 4-2  | Falls ja, welche Differenzen gab es?<br>_____  |  |   |  |
| 5-1  | Besteht ein individueller <u>schriftlicher</u> Kooperationsvertrag zwischen Ihrem Team der SAPV-Leistungserbringenden und niedergelassenen Ärzt*innen im Rahmen der BQKPMV?                      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein  |  |
| 5-2  | Falls nein, was hat Sie davon abgehalten einen Kooperationsvertrag mit niedergelassenen Ärzt*innen zur Übernahme von Aufgaben der BQKPMV abzuschließen?<br>(Mehrfachnennung möglich)             |  |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Aufwand steht nicht im Verhältnis zum finanziellen Ausgleich   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> vergütungstechnische Abgrenzung ist unklar   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> kein strukturiertes Kooperationsangebot mit klaren Absprachen erhalten  |  |
|  | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> niedergelassene Ärzt*innen möchten keine Haftungsverantwortung übernehmen  | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Zeitaufwand zu groß (z.B. zusätzliche Angestelltentätigkeit im MVZ)  | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> personelle Kapazitäten stehen nicht zur Verfügung   |  |
|  | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> keine Übernahme von Behandlungsverantwortung durch niedergelassene Ärzt*innen  | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Behandlungsstandards zwischen SAPV-Leistungserbringenden und kooperierenden Ärzt*innen sind zu unterschiedlich | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Übernahme der Rufbereitschaft der an der BQKPMV teilnehmenden Ärzt*innen durch SAPV-Leistungserbringende ist nicht leistbar |  |
|  | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> anderer Grund: _____  |  |   |  |
| <b>Falls Sie die Frage 5.1 mit „nein“ beantwortet haben, fahren Sie bitte mit Abschnitt B2 (Seite 6) fort.</b> |  |  |   |  |
| 5-3  | Falls ja, was hat Sie motiviert diesen Kooperationsvertrag mit niedergelassenen Ärzt*innen zur Übernahme von Aufgaben der BQKPMV abzuschließen?<br>(Mehrfachnennung möglich)                     |  |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> finanzieller Anreiz  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> frühzeitigere Integration von Palliativversorgung für Patient*innen  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Verteilung von Arbeitslast zwischen SAPV-Leistungserbringenden und niedergelassenen Ärzt*innen                              |  |
|  | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Intensivierung der Zusammenarbeit mit den an der BQKPMV teilnehmenden Ärzt*innen   | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> klare Abmachung, dass die SAPV ausschließlich konsiliarisch tätig ist  | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> andere Motivation:<br>_____<br>_____  |  |

|     |  |   |  |
|-----|--|---|--|
| 6   | Sind die konkreten <u>Aufgaben und Leistungen</u> des Teams der SAPV-Leistungserbringenden in einem individuellen Kooperationsvertrag <u>schriftlich</u> festgelegt? | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein   |
| 7.1 | Werden Sie für die von Ihnen erbrachten Leistungen der BQKPMV vergütet?  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein   |
| 7.2 | Falls ja, <u>wer</u> vergütet Ihre übernommenen Leistungen der BQKPMV?<br>_____  |   |  |
| 7.3 | Falls ja, <u>welche</u> Vergütungen sind wofür vorgesehen?   |   |  |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Fallkonferenz: ____€   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> telefonische Beratung: ____€  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Beratung/Konsil: ____€   |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Hausbesuch: ____€  | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten: ____€ | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Koordination der Versorgung von Patient*innen (Case-Management): ____€                     |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Koordination der an der Versorgung beteiligten Akteur*innen (Netzwerkarbeit): ____€  | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Ersterhebung/ Erstellung des palliativen Basisassessments: ____€                          | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Erstellung eines Therapie-/Notfallplans inkl. Eruiierung des (mutmaßlichen) Willens: ____€ |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> andere: (inkl. Höhe der Vergütung in €) _____ €   |   |  |

|           |   |   |  |
|-----------|---|---|--|
| <b>B2</b> | <b>Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV): Patient*innen und Strukturen</b>                               |   |  |
| 1.1       | <b>Hat sich die Anzahl von Patient*innen, die Ihrem Team der SAPV-Leistungserbringenden zugewiesen werden, seit Einführung der BQKPMV verändert?</b>  |   |  |
|           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja, es sind mehr geworden   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ja, es sind weniger geworden  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> nein, sie ist unverändert  |
| 1.2       | <b>Die SAPV-Patient*innen ... als vor Einführung der BQKPMV.</b><br>(Mehrfachnennung möglich)   |   |  |
|           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ...sind jünger...   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ...sind älter...  |  |
|           | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> ...haben andere Grunderkrankungen...  | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> ...haben andere Erkrankungsverläufe...  |  |
|           | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> ...haben weniger komplexe Symptome...   | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> ...haben komplexere Symptome...   |  |
|           | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> ...werden zu einem früheren Zeitpunkt im Erkrankungsverlauf in die SAPV eingeschrieben...                       | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> ...werden zu einem späteren Zeitpunkt im Erkrankungsverlauf in die SAPV eingeschrieben... |  |
|           | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> ...sind nicht anders...   |   |  |
| 2.1       | <b>Hat sich in Ihrer Wahrnehmung das Zuweisungsverhalten (einzelner niedergelassener Ärzt*innen in die SAPV seit Einführung der BQKPMV verändert?</b> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein   |
| 2.2       | <b>Falls ja, inwiefern?</b><br>_____  |   |  |
| 3         | <b>Welche der folgenden Strukturen haben sich <u>mit Einführung der BQKPMV</u> verändert?</b>   |   |  |
| 3.1       | <b>Runder Tisch</b>   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> von uns nicht genutzt |
|           | Falls ja, welche Veränderungen nehmen Sie wahr?<br>_____  |   |  |
| 3.2       | <b>Qualitätszirkel</b>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> von uns nicht genutzt |
|           | Falls ja, welche Veränderungen nehmen Sie wahr?<br>_____  |   |  |
| 3.3       | <b>Informelle Netzwerke/Kontakte</b>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> von uns nicht genutzt |
|           | Falls ja, welche Veränderungen nehmen Sie wahr?<br>_____  |   |  |
| 3.4       | <b>Sonstige</b>   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> von uns nicht genutzt |
|           | Falls ja, welche sonstigen Strukturen nutzen Sie und welche Veränderungen nehmen Sie wahr?<br>_____   |   |  |

| <b>B3</b> Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV): Kooperationsvereinbarungen  |   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Bitte geben Sie zu den folgenden Aussagen an, inwiefern diese aus Ihrer Sicht zutreffend sind (auch wenn Sie <u>keine</u> Kooperationsvereinbarung zur BQKPMV mit niedergelassenen Ärzt*innen geschlossen haben). |   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
| 1   | Mit Kooperationsvereinbarungen zwischen SAPV-Leistungserbringenden und niedergelassenen Ärzt*innen im Zuge der BQKPMV...                                  | trifft nicht zu                       | trifft eher nicht zu                  | trifft eher zu                        | trifft zu                             | weiß nicht                            |
| 1.1   | ...werden Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch festgelegt.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.2   | ...werden Aufgaben und Leistungsinhalte klar beschrieben.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.3   | ...werden Aufgaben und Leistungsinhalte zwischen den Kooperationspartner*innen (SAPV-Leistungserbringenden und Ärzt*innen) klar verteilt.                 | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.4   | ...wird vereinbart, dass die niedergelassenen Ärzt*innen die Sicherstellung der Versorgung organisieren.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.5   | ...wird ein geordnetes Verfahren zur Übergabe von Patient*innen in eine andere Versorgungsform wie AAPV oder SAPV erreicht.                               | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.6   | ...wird die Erreichbarkeit der kooperierenden SAPV-Leistungserbringenden und der niedergelassenen Ärzt*innen in der Erbringung von BQKPMV klar definiert. | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.7   | ...werden Fragen zu Datenschutz, Haftung und Kündigung klar geregelt.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

| <b>B4</b> Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV):<br>Beurteilung der Schnittstelle SAPV & BQKPMV |   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|  | Bitte geben Sie zu den folgenden Aussagen an, inwiefern diese aus Ihrer Sicht zutreffend sind.  | trifft nicht zu                       | trifft eher nicht zu                  | trifft eher zu                        | trifft zu                             | weiß nicht                            |
| 1.1  | Die BQKPMV spielt in meinem Versorgungsalltag in der SAPV praktisch <u>keine</u> Rolle.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.2  | Ich weiß nicht, auf welcher Grundlage entschieden wird, ob BQKPMV geleistet oder SAPV verordnet wird.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.3  | Ich finde die bestehenden Leistungsausschlüsse zwischen SAPV und BQKPMV <u>un</u> angemessen.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.4  | Mir ist nicht klar, wie sich der „besondere Versorgungsaufwand“ in der BQKPMV vom „besonders aufwändigen Versorgungsbedarf“ in der SAPV abgrenzt. | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.5  | Niedergelassene Ärzt*innen sind für die Erbringung der BQKPMV auf Unterstützung durch ein Team der SAPV-Leistungserbringenden angewiesen.         | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

| <b>B5 Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV):<br/>Beurteilung der BQKPMV als Versorgungsform</b> |   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Bitte geben Sie zu den folgenden Aussagen an, inwiefern diese aus Ihrer Sicht zutreffend sind.</b>  |   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
| <b>1</b>   | <b>Mit der BQKPMV...</b>  | <b>trifft<br/>nicht zu</b>            | <b>trifft<br/>eher<br/>nicht zu</b>   | <b>trifft<br/>eher zu</b>             | <b>trifft zu</b>                      | <b>weiß<br/>nicht</b>                 |
| 1.1  | ...wird dem Versorgungsbedarf von Patient*innen besser begegnet.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.2  | ...wird ein fließender Übergang zwischen ambulanten Formen der Palliativversorgung begünstigt.  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.3  | ...wird sichergestellt, dass die notwendige Koordinierung der beteiligten Akteur*innen in der ambulanten Palliativversorgung geleistet werden kann.                               | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.4  | ...werden die bestehenden Regelungen der SAPV sinnvoll ergänzt.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.5  | ...wird der aktive Austausch zwischen niedergelassenen Ärzt*innen und anderen Leistungserbringenden in der ambulanten Palliativversorgung gefördert.                              | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.6  | ...wird Konkurrenzangst zwischen Leistungserbringenden in der ambulanten Palliativversorgung erzeugt.   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| 1.7  | ...führt der Ausschluss, dass zur Betreuung im Rahmen der BQKPMV keine kurativen Therapien mehr indiziert und/oder von den Patient*innen gewünscht sein dürfen, zu Problematiken. | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 06.10.2021 mit dem beigelegten Rücksendeumschlag an uns zurück.

**Projekt Polite:**

**Analyse der Implementierung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV) in der Versorgungsrealität und Empfehlungen zur Weiterentwicklung im Bundesland Niedersachsen**

**Expert\*innen-Workshop**

**Weiterentwicklung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV)**

**27.04.2022, 14:00 bis 17:00 Uhr (online)**

---

**ab 13:45 Uhr** Einlass in den virtuellen Raum, Einloggen der Teilnehmenden

**14:00 Uhr** Begrüßung und Vorstellungsrunde  
Videobotschaft von Institutsdirektor Prof. Dr. Nils Schneider  
Präsentation zum Projekt und zu ersten Ergebnissen

**14:40 Uhr** Pause

**14:45 Uhr** Diskussion der Themenkomplexe 1 & 2  
1 Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV  
2 Rahmenbedingungen der BQKPMV

**15:35 Uhr** Pause

**15:40 Uhr** Diskussion der Themenkomplexe 3 & 4  
3 Abgrenzung der Versorgungsformen  
4 Zusammenarbeit an den Schnittstellen

**16:30 Uhr** Zusammenführung und Diskussion im Plenum

**16:45 Uhr** Ausblick und Verabschiedung

---

## Hintergrundinformation zur BQKPMV

### Ziele und Gegenstand der Vereinbarung

- ‚Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung‘ (BQKPMV) gemäß § 87 Abs. 1b SGB V wurde 2017 eingeführt
- Zwischenstufe zwischen den bestehenden Versorgungsformen allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung (AAPV/SAPV)

### Patient\*innen

- schwerkranke und sterbende Menschen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung, deren Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate begrenzt ist
- kurative Behandlungen nicht mehr indiziert oder von Patient\*innen nicht erwünscht
- angemessene Versorgung in der Häuslichkeit möglich, stationäre Behandlung führt erwartungsgemäß nicht zu nachhaltiger Verbesserung
- Verordnung für SAPV nicht indiziert
- besonderer Versorgungsaufwand mit Einbezug mehrerer Leistungserbringender liegt vor

### Versorgungsauftrag

- Vertragsärzt\*innen (v.a. Hausärzt\*innen) sollen den Versorgungsprozess strukturieren, zwischen Beteiligten koordinieren und aktive Kooperation mit weiteren Leistungserbringenden pflegen
- Koordination der Versorgung umfasst auch 24-stündige Erreichbarkeit (Rufbereitschaft) und Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung außerhalb der Praxiszeiten (ggf. in Kooperation mit anderen Professionen) sowie fortlaufende interdisziplinäre Abstimmung

### Qualifikationsvoraussetzungen

- teilnehmen können Ärzt\*innen in der hausärztlichen Versorgung sowie Fachärzt\*innen mit Tätigkeit in der unmittelbaren Versorgung von Patient\*innen
- Nachweise über besondere Qualifikationen erforderlich:
  - 40-stündiger Basiskurs Palliativmedizin
  - zweiwöchige Hospitation in einer palliativen Einrichtung oder Betreuung von mindestens 15 Palliativpatient\*innen innerhalb der vergangenen drei Jahre
  - vertraglich vereinbarte Kooperation mit weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Professionen und kontinuierliche palliativmedizinische Weiterbildung (8 Fortbildungspunkte/Jahr)

### Vergütung und Leistungsausschluss

- eigene BQKPMV-Ziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab
- Palliativmedizinische Ersterhebung (37300), Zuschlag Koordination (37302), Zuschläge Hausbesuche (37305/37306), konsiliarische Beurteilung (37314), Zuschlag Erreichbarkeit (37317), telefonische Beratung (37318), Fallkonferenz (37320)
- Leistungen der BQKMPV schließen gleichzeitige Leistungen der SAPV aus (Ausnahme Beratungsleistung)

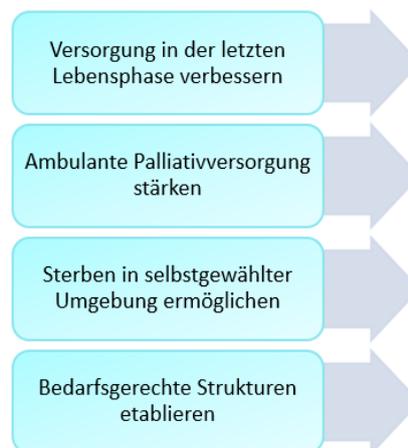


Abbildung 1. Ziele der BQKPMV

## Inhaltliche Vorbereitung auf den Workshop

### Themenkomplex 1: Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV

**Frage:** Wie lassen sich Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV aus Ihrer Sicht verbessern?

#### Hypothesen:

- Die BQKPMV ist insgesamt wenig bekannt, sowohl bei Hausärzt\*innen als auch bei SAPV-Teams.
- Die BQKPMV wird in Niedersachsen von nur wenigen Hausärzt\*innen geleistet.
- Durch die Einführung der BQKPMV werden insgesamt nicht mehr Patient\*innen in Niedersachsen ambulant palliativ versorgt; es ist eher zu einer Verschiebung aus der AAPV in die BQKPMV gekommen.

#### Datengrundlagen:

- Von 642 teilnehmenden Hausärzt\*innen kennen 13,4% die Versorgungsform der BQKPMV.
- Von 52 teilnehmenden SAPV-Teams kennen 55% die Leistungsinhalte der BQKPMV.
- Von den Hausärzt\*innen, die die BQKPMV kennen, haben knapp 30% einen Antrag auf Teilnahme an der Vereinbarung gestellt (24 Hausärzt\*innen).
- Viele der Ärzt\*innen, die BQKPMV anwenden, erbringen auch Leistungen der SAPV.
- 4,5% der im Jahr 2019 verstorbenen Versicherten der AOK-Niedersachsen (AOK-N) haben in ihrem letzten Lebensjahr Leistungen der BQKPMV erhalten.
- Sowohl in 2017 als auch in 2019 hat etwa ein Drittel der Verstorbenen Leistungen der ambulanten Palliativversorgung erhalten.
- Die Anzahl von Hausärzt\*innen in Niedersachsen, die seit 2017 Abrechnungsziffern der BQKPMV genutzt haben, ist bis 2020 leicht angestiegen (2017: 154, 2018: 200; 2019: 220; 2020: 264).

#### Ausgehend von Ihrem Erfahrungshintergrund:

- Wie kann die Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV v.a. auf Seiten von Hausärzt\*innen gesteigert werden?
- Welche Anpassungen der BQKPMV braucht es für eine Steigerung von Bekanntheit und Implementierung?

## Themenkomplex 2: Rahmenbedingungen der BQKPMV

**Frage:** Wie lassen sich die Rahmenbedingungen der BQKPMV für alle Beteiligten verbessern?

### Hypothesen:

- Die Anspruchsvoraussetzung (keine kurativen Therapien gegen Grunderkrankung indiziert oder erwünscht) wenden nicht alle Hausärzt\*innen in der Versorgungspraxis an.
- Die Qualifikationsvoraussetzungen für eine Teilnahme an der BQKPMV stellen eine Hürde dar.
- Es fehlt an konkreten und realistischen Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung der Koordination und Aufgabenverteilung zwischen den beteiligten Leistungserbringenden gemessen an den individuellen Ressourcen.
- Es fehlt an einer angemessenen finanziellen Abbildung der Aufgaben des Leistungsauftrages an Hausärzt\*innen (und an wirtschaftlicher Attraktivität, auch in Bezug auf die 24h-Rufbereitschaft).

### Datengrundlagen:

- Die Hälfte der Hausärzt\*innen gibt an, dass der Ausschluss kurativer Therapien gegen die Grunderkrankung in ihrer Versorgungspraxis eine Voraussetzung für die Abrechnung der BQKPMV darstellt (Anspruchsvoraussetzung nicht durchweg bekannt und angewandt).
- Die besonderen Qualifikationsvoraussetzungen haben einen kleinen Teil der Hausärzt\*innen davon abgehalten, an der Vereinbarung zur BQKPMV teilzunehmen.
- Die Ausgestaltung der BQKPMV mit Anforderungen bzgl. Koordinationsleistung und 24h-Erreichbarkeit sind mit hohem, vielleicht zu hohem, Mehraufwand für Hausärzt\*innen verbunden; die Umsetzung im Praxisalltag ist zeitlich und organisatorisch herausfordernd.
- Einzelne SAPV-Teams haben sich zur Übernahme von Tätigkeiten bereit erklärt (z.B. Hausbesuche, Beratung telefonisch oder per Konsil, Sicherstellung der Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten, Koordination der Versorgung); unklar ist, auf Basis welcher rechtlicher und administrativer Regelungen das passiert.
- In Einzelfällen ist es bei den Verhandlungen zu individuellen Kooperationsvereinbarungen zu Konflikten gekommen (z. B. Dissens in Aufgabenverteilung). Vom Abschluss einer Kooperationsvereinbarung abgehalten haben v.a. eine unklare vergütungstechnische Abgrenzung und eine nicht-leistbare Übernahme der Rufbereitschaft.
- Es gibt keine Modelle für die finanzielle Abbildung der durch SAPV-Teams übernommenen Aufgaben im Versorgungsauftrag; ein Großteil wird derzeit nicht vergütet.
- Die wirtschaftliche Attraktivität der BQKPMV kann von vielen teilnehmenden Hausärzt\*innen nicht beurteilt werden, wird von einer Mehrheit jedoch kritisch gesehen. Der erforderliche Mehraufwand bildet sich nicht ausreichend finanziell in den Abrechnungsziffern ab.

### Ausgehend von Ihrem Erfahrungshintergrund:

- Wie müssen die Rahmenbedingungen in der Vereinbarung angepasst werden, damit die BQKPMV in der Praxis für Hausärzt\*innen anwendbar wird?
- Welche (Veränderungen der) Rahmenbedingungen wären förderlich für die weitere Implementierung der BQKPMV?

### **Themenkomplex 3: Abgrenzung der Versorgungsformen**

**Frage:** Wie lässt sich die Abgrenzung der ambulanten palliativen Versorgungsformen optimieren?

#### **Hypothese:**

- Die Ergebnisse sind heterogen hinsichtlich der Frage, ob und wie sich die BQKPMV in die bestehenden Versorgungsformen der ambulanten Palliativversorgung einfügt bzw. abgrenzt und inwiefern es zu Versorgungsbrüchen kommt.

#### **Datengrundlagen:**

- Die Abgrenzung der verschiedenen Versorgungsformen ist in der Praxis schwierig für Versorgende.
- Grundsätzlich wird die BQKPMV von Hausärzt\*innen eher als geeignete Versorgungsform angesehen, um Patient\*innen mit erhöhtem Versorgungsbedarf, der über die AAPV hinausgeht, zu versorgen; Uneinigkeit herrscht bzgl. der Frage, ob die BQKPMV eine sinnvolle Zwischenstufe zwischen AAPV und SAPV ist.
- Die Mehrheit der Hausärzt\*innen, die sich gegen eine Teilnahme an der BQKPMV entschieden haben, empfindet die bestehenden Versorgungsformen der AAPV und SAPV als ausreichend.
- BQKPMV wurde häufig ergänzend zu den anderen Leistungen der ambulanten Palliativversorgung (AAPV/SAPV) eingesetzt; ca. die Hälfte der Versicherten mit BQKPMV erhielten ausschließlich diese.
- Wenn BQKPMV und AAPV abgerechnet wurden, hat die Hälfte erst AAPV und dann BQKPMV erhalten; wenn BQKPMV und SAPV erbracht wurde, ist in 60 % der Fälle mit BQKPMV begonnen worden. Die vom Gesetzgeber vorgesehene gestufte Reihenfolge der Versorgungsformen scheint somit eher eingehalten zu werden.
- Mit der BQKPMV gelingt es aus Sicht einer überwiegenden Mehrheit der SAPV-Teams nicht, die bestehenden Regelungen der SAPV sinnvoll zu ergänzen oder einen fließenden Übergang zwischen den Formen der ambulanten Palliativversorgung zu begünstigen.
- Die Mehrheit der SAPV-Teams hält die bestehenden Leistungsausschlüsse zwischen BQKPMV und SAPV für unangemessen. Diese klare Trennung entspricht der Intention des Gesetzgebers, der einen Leistungsausschluss mit Ausnahme für SAPV-Beratungsleistungen vorgesehen hat.
- Patient\*innen mit BQKPMV sind denen mit AAPV ähnlicher als denen mit SAPV. Dies entspricht der Intention des Gesetzgebers, der die BQKPMV eher der AAPV als der SAPV zuordnet.
- Eine Umverteilung von Patient\*innen aus der SAPV in die BQKPMV oder eine Versorgung in der BQKPMV statt der SAPV zeigt sich bisher nicht; Anzahl und Charakteristika der Patient\*innen in der SAPV sowie Strukturen wie "Runder Tisch" oder informelle Kontakte und Netzwerke haben sich seit Einführung der BQKPMV nicht verändert.

#### **Ausgehend von Ihrem Erfahrungshintergrund:**

- Wie kann die BQKPMV zu den anderen Formen der ambulanten Palliativversorgung besser und zielführender abgegrenzt werden? Inwiefern ist der vorgesehene Leistungsausschluss umsetzbar?
- Welche Anpassungen der BQKPMV braucht es für eine bessere Abgrenzung der Versorgungsformen?
- Was braucht die BQKPMV, damit sie sich sinnvoller in die anderen Formen der ambulanten Palliativversorgung einfügt?

## Themenkomplex 4: Zusammenarbeit an den Schnittstellen

**Frage:** Wie können Zusammenarbeit und Kooperation an den Schnittstellen der BQKPMV verbessert werden?

### Hypothesen:

- Die vorgesehene enge Kooperation zwischen Hausärzt\*innen und anderen Leistungserbringenden wird überwiegend nicht gelebt und die BQKPMV trägt (bisher) nicht dazu bei, dass mehr kooperiert wird (u.a. aufgrund unklarer Aufgabenverteilung).
- Die Verantwortung für die Koordination der Versorgung liegt laut Vereinbarung bei Hausärzt\*innen; diese ist jedoch mit großem Aufwand verbunden und kann zu Herausforderungen in der Zusammenarbeit führen.

### Datengrundlagen:

- Nur die Hälfte der Hausärzt\*innen arbeitet bei der BQKPMV vertraglich vereinbart mit SAPV-Teams, ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen zusammen; ein Drittel mit ambulanten Hospizdiensten und Hospizen. Ein Fünftel gibt an, mit keinen Kooperationspartner\*innen zusammenzuarbeiten, obwohl die Vereinbarung solche Kooperationen voraussetzt.
- Für die Mehrheit der SAPV-Teams spielt die BQKPMV im Versorgungsalltag keine Rolle, was mit dem Leistungsausschluss, den der Gesetzgeber vorgibt, einhergeht.
- Zehn SAPV-Teams wurden für Kooperationen im Rahmen der BQKPMV angefragt; davon haben fünf Teams Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen, drei Aufgaben schriftlich festgelegt und eines wird vergütet.
- Durch die Kooperationsvereinbarungen werden aus Sicht der SAPV-Teams eher keine klare Verteilung von Aufgaben und Leistungsinhalten und kein geordnetes Verfahren zur Übergabe von Patient\*innen in eine andere Versorgungsform geschaffen.
- Der aktive Austausch und die Koordinierung der an der Versorgung Beteiligten wird aus Sicht der SAPV-Teams durch die BQKPMV eher nicht gefördert.
- Die Mehrheit der SAPV-Teams hält die bestehenden Leistungsausschlüsse zwischen BQKPMV und SAPV für unangemessen. Diese klare Trennung der BQKPMV und SAPV im Versorgungsalltag entspricht jedoch der Intention des Gesetzgebers, der einen Leistungsausschluss mit Ausnahme für SAPV-Beratungsleistungen vorgesehen hat.
- Paradoxon zwischen Leistungsausschluss und geforderter enger Kooperation kann zu Herausforderungen und Konkurrenzangst an der Schnittstelle zwischen BQKPMV und SAPV führen. Es ist unklar, ob und wie die vorgesehene enge Kooperation zwischen SAPV-Teams und Hausärzt\*innen im Rahmen der BQKPMV realisiert werden kann.
- In Einzelfällen ist es bei Verhandlungen zu individuellen Kooperationsvereinbarungen zu Konflikten gekommen (z. B. Dissens in Aufgabenverteilung). Vom Abschluss einer Kooperationsvereinbarung abgehalten haben v. a. eine unklare vergütungstechnische Abgrenzung und eine nicht-leistbare Übernahme der Rufbereitschaft.

### Ausgehend von Ihrem Erfahrungshintergrund:

- Inwiefern muss sich die BQKPMV verändern, damit alle Leistungserbringenden in die Lage versetzt werden, die Anforderungen an Kooperationen wahrzunehmen/zu erfüllen?
- Wie kann die Kooperation zwischen den Beteiligten gefördert werden?



Sehr geehrte Teilnehmer\*innen,

herzlichen Dank, dass Sie an unserer Umfrage im Rahmen des Projekts Polite „Analyse der Implementierung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV) in der Versorgungsrealität und Empfehlungen zur Weiterentwicklung“ teilnehmen.

### Was ist das übergeordnete Ziel des Projektes?

Das Projekt Polite wird durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert (Förderkennzeichen 01VSF20028). Es verfolgt das Ziel, den aktuellen Stand der Implementierung der BQKPMV zu untersuchen. Darauf aufbauend werden Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Optimierung der BQKPMV entwickelt.

### Was ist das konkrete Ziel dieser Umfrage?

Bei dieser Umfrage handelt es sich um eine Befragung im Delphi-Design. Ziel ist es, in ca. 2-3 Abstimmungsrunden die Formulierungen für die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV schrittweise zu optimieren und einen Konsens über deren Deutlichkeit und Relevanz zu erlangen. Sie haben bei jeder Empfehlung die Möglichkeit, Anmerkungen und Änderungsvorschläge zu hinterlassen.

### Was ist bisher passiert?

Das Projekt ist in zwei Phasen gegliedert.

In Phase 1 wurden Routinedaten der AOK Niedersachsen zu BQKPMV-Leistungen analysiert sowie Befragungen von Hausärzt\*innen und Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durchgeführt und ausgewertet.

In Phase 2 hat zunächst ein Workshop mit Expert\*innen zur ambulanten Palliativversorgung stattgefunden, bei dem wir gemeinsam mit den Teilnehmenden erste Ideen für mögliche Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV auf Basis der bisherigen Projektergebnisse gesammelt haben. Daraus sind Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV zu vier Themenkomplexen entstanden:

1. Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV
2. Rahmenbedingungen der BQKPMV
3. Abgrenzung der Versorgungsformen
4. Zusammenarbeit an den Schnittstellen

### Letzte Informationen

Sie benötigen etwa 10-15 Minuten Zeit für diese erste Abstimmungsrunde.

Die in dieser Umfrage erhobenen Daten werden anonym und entsprechend der Datenschutzrichtlinien behandelt.

Bitte kontaktieren Sie uns gerne bei Rückfragen oder bei technischen Schwierigkeiten.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Bemühung und Unterstützung!

Herzliche Grüße

Prof. Dr. Stephanie Stiel, Dr. Katharina van Baal, Hannah Vollmer und Lorinna Köpping

Polite Projektteam  
Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)  
OE 5440, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland  
Tel.: +49 511-532-4506  
Fax: +49 511-532-16-1177  
[polite@mh-hannover.de](mailto:polite@mh-hannover.de)  
[www.mhh.de/allpallmed/polite](http://www.mhh.de/allpallmed/polite)

### Datenschutz und Ethik

Die Datenschutzbeauftragte der Medizinischen Hochschule Hannover hat das Vorgehen im Rahmen des Projektes Polite geprüft. Ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover liegt vor (Ethikvotum Nr. 9629\_BO\_K\_2021 vom 23.02.2021).

Ihre Angaben werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke bearbeitet und ausgewertet. Die Daten werden auf gesicherten Servern des Rechenzentrums der Medizinischen Hochschule Hannover gespeichert.

Ihre Teilnahme an unserer Studie ist freiwillig. Bei Nichtteilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile. Sie haben das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, ob und welche Daten von uns verarbeitet werden. Da Ihre Daten anonym an uns übermittelt werden, können wir Ihre Person nicht zu Ihren Daten zuordnen, so dass eine Löschung Ihrer Angaben nach Absenden der Beantwortung nicht möglich ist.

### Stimmen Sie zu?

- Ich stimme zu  
 Ich stimme nicht zu

**Welches Geschlecht haben Sie?**

- weiblich
- männlich
- divers

**Wie alt sind Sie?**

Jahre

**Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?**

- (Palliativ-)Mediziner\*in
- (Palliativ-)Pflegerkraft
- Sonstiges:

**In welchem Bereich sind Sie aktuell tätig?**

- Praxis (niedergelassen)
- SAPV
- Pflegedienst
- Forschung
- Sonstiges:

**Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?**

Jahre

## Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV

**Empfehlung:** Der Gesetzgeber sollte die Bezeichnung „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV)“ ändern.

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu  Stimme eher zu  Stimme eher nicht zu  Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu  Stimme eher zu  Stimme eher nicht zu  Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

Sie haben angegeben, dass eine **Änderung des Namens der BQKPMV** für die Weiterentwicklung der BQKPMV relevant ist.

**Welchen Namen favorisieren Sie?**

- Besonders qualifizierte AAPV (BQAAPV)
- AAPV+
- Besonders koordinierte AAPV (Ko-AAPV)
- Pro-AAPV
- Anderer Vorschlag

## Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV

**Empfehlung:** Die Medien der Niedergelassenen, z.B. der Hausärzteverband und die DEGAM, sollten zur Steigerung der Bekanntheit der BQKPMV verstärkt über diese Versorgungsform informieren (u.a. in Publikationen und auf Kongressen).

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu  Stimme eher zu  Stimme eher nicht zu  Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu  Stimme eher zu  Stimme eher nicht zu  Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung:** Die Medien der Niedergelassenen sollten den Leistungsumfang und die Rahmenbedingungen der BQKPMV erläutern.

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu  Stimme eher zu  Stimme eher nicht zu  Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu  Stimme eher zu  Stimme eher nicht zu  Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung:** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollte ein FAQ zur BQKPMV entwickeln und für Hausarzt\*innen zugänglich machen, in dem konkret die praktische Umsetzung der BQKPMV und ihre Vorteile geschildert werden (Bsp. [KV-Bayern](#)).

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu  Stimme eher zu  Stimme eher nicht zu  Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

|                |                |                      |                 |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|
| Stimme voll zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme nicht zu |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: Alle Beteiligten sollten in der Kommunikation zur BQKPMV deutlich machen, dass es sich bei den EBM-Ziffern um Einzelleistungen handelt, die einzeln erbracht werden können und nicht um ein Gesamtpaket – das bezieht auch die 24h-Erreichbarkeit mit ein, die erbracht werden kann, aber nicht muss.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

|                |                |                      |                 |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|
| Stimme voll zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme nicht zu |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

|                |                |                      |                 |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|
| Stimme voll zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme nicht zu |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: Hausärzt\*innen sollten BQKPMV-Leistungen frühzeitig im Versorgungsverlauf initiieren.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

|                |                |                      |                 |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|
| Stimme voll zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme nicht zu |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

|                |                |                      |                 |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|
| Stimme voll zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme nicht zu |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

## Rahmenbedingungen der BQKPMV

**Empfehlung: Der Gesetzgeber sollte die Qualifikationsvoraussetzungen für Hausärzt\*innen in der Vereinbarung anpassen.**

Diese sind derzeit: 2-wöchige Hospitation in Einrichtung Palliativversorgung oder SAPV-Team oder Betreuung von mind. 15 Palliativpatient\*innen innerhalb der letzten 3 Jahre; 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin, je nach Zusatzqualifikation weniger (siehe [Vereinbarung zur BQKPMV](#)).

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

|                |                |                      |                 |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|
| Stimme voll zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme nicht zu |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

|                |                |                      |                 |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|
| Stimme voll zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme nicht zu |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

Sie haben angegeben, dass die Anpassung der **Qualifizierungsvoraussetzungen** relevant für eine Weiterentwicklung der BQKPMV ist. Welche Anpassungen sollten aus Ihrer Sicht vorgenommen werden?

**Der Gesetzgeber sollte statt des 40-stündigen Kurses für Hausärzt\*innen niedrighschwelligere Angebote schaffen, die einen geringeren Zeitaufwand erfordern und mit der Praxistätigkeit vereinbar sind (Bsp. Bayern mit 3-Tage-Kurs).**

|    |      |
|----|------|
| Ja | Nein |
|----|------|

**Der Gesetzgeber sollte die Qualifizierungsvoraussetzungen für Hausärzt\*innen mit jahrelanger Expertise in der hausärztlichen Versorgung (z.B. mind. 25 Jahre) abschaffen.**

|    |      |
|----|------|
| Ja | Nein |
|----|------|

Weitere Anmerkungen

## Rahmenbedingungen der BQKPMV

**Empfehlung: Der Gesetzgeber sollte die in der Vereinbarung zur BQKPMV geforderten regelmäßigen palliativmedizinischen Fortbildungen im Umfang von 8 Fortbildungspunkten im Jahr anpassen.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

|                |                |                      |                 |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|
| Stimme voll zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme nicht zu |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

|                |                |                      |                 |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|
| Stimme voll zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme nicht zu |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

Sie haben angegeben, dass die Anpassung der geforderten regelmäßigen **palliativmedizinischen Fortbildungen** für die Weiterentwicklung der BQKPMV relevant ist. Welche Anpassungen sollten aus Ihrer Sicht vorgenommen werden?

**Der Gesetzgeber sollte den Umfang palliativmedizinischer Fortbildung von 8 auf 4 Fortbildungspunkte pro Jahr reduzieren.**

Ja  Nein

**Der Gesetzgeber sollte den Nachweis palliativmedizinischer Fortbildungen im Rahmen der BQKPMV abschaffen.**

Ja  Nein

Weitere Anmerkungen

## Rahmenbedingungen der BQKPMV

**Empfehlung: Der Gesetzgeber sollte die Höhe der Vergütung für Leistungen der BQKPMV anpassen.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu  Stimme eher zu  Stimme eher nicht zu  Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu  Stimme eher zu  Stimme eher nicht zu  Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

Sie haben angegeben, dass die Anpassung der **Vergütung der Leistungen** für die Weiterentwicklung der BQKPMV relevant ist. Welche Anpassungen sollten aus Ihrer Sicht vorgenommen werden?

#### Für welche der BQKPMV-Leistungen sollte die Vergütung angepasst werden?

Bitte tragen Sie bei Ihren ausgewählten Antwortmöglichkeiten in das Eingabefeld ein, in welcher Höhe die entsprechende BQKPMV-Leistung zukünftig vergütet werden soll. (Mehrfachnennung möglich)

- 37300:** Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungspläne in Höhe von **44,16€**  
Bitte hier die Höhe der Vergütung nach Anpassung eintragen
- 37302:** Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt in Höhe von **30,98€**  
Bitte hier die Höhe der Vergütung nach Anpassung eintragen
- 37305:** Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten in der Häuslichkeit in Höhe von **13,97€**  
Bitte hier die Höhe der Vergütung nach Anpassung eintragen
- 37306:** Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 und 01415 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten in der Häuslichkeit in Höhe von **13,97€**  
Bitte hier die Höhe der Vergütung nach Anpassung eintragen
- 37314:** Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung eines Patienten in Höhe von **11,94**  
Bitte hier die Höhe der Vergütung nach Anpassung eintragen
- 37317:** Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen in Höhe von **160,54€**  
Bitte hier die Höhe der Vergütung nach Anpassung eintragen
- 37318:** Telefonische Beratung von mindestens 5 Minuten Dauer im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr und ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. in Höhe von **24,00€**  
Bitte hier die Höhe der Vergütung nach Anpassung eintragen
- 37320:** Fallkonferenz in Höhe von **9,69€**  
Bitte hier die Höhe der Vergütung nach Anpassung eintragen
- 37400:** Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater in Höhe von **11,27€**  
Bitte hier die Höhe der Vergütung nach Anpassung eintragen

## Rahmenbedingungen der BQKPMV

**Empfehlung:** Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten Leistungen der BQKPMV auch zukünftig extrabudgetär vergüten.

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

 Stimme voll zu

 Stimme eher zu

 Stimme eher nicht zu

 Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

 Stimme voll zu

 Stimme eher zu

 Stimme eher nicht zu

 Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

## Abgrenzung der Versorgungsformen der BQKPMV

**Empfehlung:** Fachgesellschaften, Verbände, Leistungserbringende und Wissenschaftler\*innen sollten die BQKPMV in der Kommunikation als Teil/Erweiterung der AAPV darstellen und nicht als eigenständige, neue Versorgungsform (und nicht als dreistufiges Modell).

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung:** Der Gesetzgeber sollte in der Vereinbarung zur BQKPMV in einem einleitenden Satz präzisieren, dass die BQKPMV ein Teil der AAPV ist.

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung:** Der Gesetzgeber sollte die Patient\*innengruppe, für die die BQKPMV in Frage kommt, deutlicher definieren (z.B. bezüglich der Indikation kurativer Therapien).

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

---

**Seite 15**

331

Sie haben angegeben, dass die **deutlichere Definition der Patient\*innengruppe** relevant für die Weiterentwicklung der BQKPMV ist. Welche Anpassungen sollten aus Ihrer Sicht vorgenommen werden?

**Der Gesetzgeber sollte in der Vereinbarung grundsätzlich Patient\*innen mit palliativem Versorgungsbedarf adressieren.**

Ja

Nein

**Der Gesetzgeber sollte die Voraussetzung auf Seiten von Patient\*innen, dass „keine kurative Behandlungen der Grunderkrankung mehr indiziert“ sein dürfen, in der Vereinbarung streichen.**

Ja

Nein

**Der Gesetzgeber sollte in der Vereinbarung explizit beschreiben, dass die BQKPMV sowohl für Patient\*innen mit onkologischen als auch mit nicht-onkologischen chronischen Erkrankungen eine geeignete Versorgungsform sein kann.**

Ja

Nein

Weitere Anmerkungen

## Abgrenzung der Versorgungsformen der BQKPMV

**Empfehlung:** Der Gesetzgeber sollte die Regelungen zum Nebeneinander der verschiedenen Versorgungsformen in der ambulanten Palliativversorgung (z.B. Leistungsausschluss zwischen BQKPMV und SAPV) in der Vereinbarung anpassen.

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

 Stimme voll zu Stimme eher zu Stimme eher nicht zu Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

 Stimme voll zu Stimme eher zu Stimme eher nicht zu Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

Sie haben angegeben, dass die Anpassung der **Regelungen zum Nebeneinander der verschiedenen Versorgungsformen** für die Weiterentwicklung der BQKPMV relevant ist. Welche Anpassungen sollten aus Ihrer Sicht vorgenommen werden?

**Der Gesetzgeber sollte den Leistungsausschluss zwischen BQKPMV und SAPV abschaffen, um Versorgungsbrüchen entgegenzuwirken und Konkurrenz vorzubeugen.**

 Ja Nein

**Der Gesetzgeber sollte präzisieren, dass es sich nicht um einen Leistungsausschluss sondern um den Ausschluss einer doppelten Finanzierung von identischen Leistungen handelt.**

 Ja Nein

Weitere Anmerkungen

## Zusammenarbeit an den Schnittstellen in der BQKPMV

**Empfehlung:** Der Gesetzgeber sollte in der Vereinbarung explizit begründen, dass die geforderten Kooperationen z.B. zwischen Hausärzt\*innen und SAPV-Teams notwendig sind, um einen fließenden Übergang zwischen den Versorgungsformen zu begünstigen.

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

 Stimme voll zu Stimme eher zu Stimme eher nicht zu Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

 Stimme voll zu Stimme eher zu Stimme eher nicht zu Stimme nicht zu

**Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:**

**Empfehlung:** Der Gesetzgeber sollte in der Vereinbarung explizit vorsehen, dass einzelne BQKPMV-Leistungen an palliativmedizinisch weitergebildete Medizinische Fachangestellte delegiert werden können.

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

 Stimme voll zu Stimme eher zu Stimme eher nicht zu Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

 Stimme voll zu Stimme eher zu Stimme eher nicht zu Stimme nicht zu

**Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:**

Sie haben angegeben, dass die **Delegation** von einzelnen Leistungen an palliativmedizinische weitergebildete **Medizinische Fachangestellte** für die Weiterentwicklung der BQKPMV relevant ist.

**Welche BQKPMV-Leistungen sollten an palliativmedizinisch weitergebildete Medizinische Fachangestellte delegiert werden können? (Mehrfachnennung möglich)**

- Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungspläne
- Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung in der Häuslichkeit
- Konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen
- Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen
- Telefonische Beratung außerhalb der Sprechzeiten
- Planung und Durchführung einer Fallkonferenz
- Andere Leistungen im Rahmen der BQKPMV

**Empfehlung: Der Gesetzgeber sollte definieren, welche Qualifizierungsanforderungen für Medizinische Fachangestellte gelten, um spezifische BQKPMV-Leistungen übernehmen zu können.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

**Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:**

Sie haben angegeben, dass die Definition von **Qualifizierungsanforderungen für Medizinische Fachangestellte** für eine Weiterentwicklung der BQKPMV relevant ist.

**Welche Qualifizierungsanforderungen sollten für Medizinische Fachangestellte gelten, um BQKPMV-Leistungen übernehmen zu können? (Mehrfachnennung möglich)**

- VERAH (Versorgungsassistent\*in in der hausärztlichen Praxis)
- VERAHplus (Plus-Modul Palliative Care)
- NäPa (Nicht-ärztliche Praxisassistentenz)/ EVA (entlastende Versorgungsassistentenz)
- Andere Qualifizierungsanforderung

**Empfehlung: Der Gesetzgeber sollte explizit vorsehen, dass einzelne BQKPMV-Leistungen an SAPV-Teams delegiert werden können.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu  Stimme eher zu  Stimme eher nicht zu  Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu  Stimme eher zu  Stimme eher nicht zu  Stimme nicht zu

**Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:**

Sie haben angegeben, dass die **Delegation von BQKPMV-Leistungen an SAPV-Teams** für die Weiterentwicklung der BQKPMV relevant ist.

**Welche BQKPMV-Leistungen sollten an SAPV-Teams delegiert werden können? (Mehrfachnennung möglich)**

- Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungspläne
- Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung in der Häuslichkeit
- Konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen
- Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen
- Telefonische Beratung außerhalb der Sprechzeiten
- Planung und Durchführung einer Fallkonferenz
- Andere Leistungen im Rahmen der BQKPMV

## Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für diese Umfrage genommen haben. Ihre Expertise ist sehr wertvoll für den Projekterfolg.

Wir kommen in Kürze mit der zweiten Befragungsrunde auf Sie zu.

Herzliche Grüße von Prof. Dr. Stephanie Stiel, Dr. Katharina van Baal, Hannah Vollmer und Lorinna Köpping

Sehr geehrte Teilnehmer\*innen,

herzlichen Dank, dass Sie an der ersten Runde unserer Delphi-Befragung im Rahmen des Projekts Polite „Analyse der Implementierung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV) in der Versorgungsrealität und Empfehlungen zur Weiterentwicklung“ teilgenommen haben. Wir freuen uns, dass Sie nun bereit sind, Ihre Expertise auch in die zweite Runde der Delphi-Befragung einzubringen.

**Was ist seit der ersten Runde geschehen?**

Wir haben entsprechend Ihrer Rückmeldungen und Anmerkungen die Formulierungen und Inhalte der Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV angepasst.

**Was ist das konkrete Ziel dieser Umfrage?**

Ziel ist es, bei dieser zweiten Runde der Delphi-Befragung eine Optimierung der Formulierungen für die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV und einen Konsens über deren Deutlichkeit und Relevanz zu erreichen. Möglicherweise wird es nach dieser Befragung noch eine dritte, abschließende Runde geben.

**Letzte Informationen**

Sie benötigen etwa 10-15 Minuten Zeit für diese zweite Abstimmungsrunde.

Die in dieser Umfrage erhobenen Daten werden anonym und entsprechend der Datenschutzrichtlinien erhoben und verarbeitet.

Bitte kontaktieren Sie uns gerne bei Rückfragen oder bei technischen Schwierigkeiten.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Bemühung und Unterstützung!

Herzliche Grüße

Prof. Dr. Stephanie Stiel, Dr. Katharina van Baal, Hannah Frerichs und Lorinna Köpping

Polite Projektteam  
Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)  
OE 5440, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland  
Tel.: +49 511-532-4506  
Fax: +49 511-532-16-1177  
[polite@mh-hannover.de](mailto:polite@mh-hannover.de)  
[www.mhh.de/allpallmed/polite](http://www.mhh.de/allpallmed/polite)

**Datenschutz und Ethik**

Die Datenschutzbeauftragte der Medizinischen Hochschule Hannover hat das Vorgehen im Rahmen des Projektes Polite geprüft. Ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover liegt vor (Ethikvotum Nr. 9629\_BO\_K\_2021 vom 23.02.2021).

Ihre Angaben werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke bearbeitet und ausgewertet. Die Daten werden auf gesicherten Servern des Rechenzentrums der Medizinischen Hochschule Hannover gespeichert.

Ihre Teilnahme an unserer Studie ist freiwillig. Bei Nichtteilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile. Sie haben das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, ob und welche Daten von uns verarbeitet werden. Da Ihre Daten anonym an uns übermittelt werden, können wir Ihre Person nicht zu Ihren Daten zuordnen, so dass eine Löschung Ihrer Angaben nach Absenden der Beantwortung nicht möglich ist.

**Stimmen Sie zu?**

- Ich stimme zu
- Ich stimme nicht zu

**Welches Geschlecht haben Sie?**

- weiblich  
 männlich  
 divers

**Wie alt sind Sie?**

\_\_\_\_\_ Jahre

**Welcher Berufsgruppe ordnen Sie sich zu?**

Sollten Sie sich mehreren Berufsgruppen zuordnen, entscheiden Sie sich bitte für die am ehesten Zutreffende.

- Hausarzt/-ärztin (ohne Zusatzbezeichnung Palliativmedizin)  
 Hausarzt/-ärztin (mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin)  
 Pflegefachkraft  
 Wissenschaftler\*in  
 Verwaltungsangestellte\*r  
 Sozialarbeiter\*in  
 Verbandsmitarbeiter\*in  
 Sonstige

**In welchem Bereich sind Sie aktuell tätig?**

Wenn Sie in mehreren Bereichen tätig sind, geben Sie bitte den Bereich an, mit dem Sie in einer durchschnittlichen Arbeitswoche die meiste Zeit verbringen.

- hausärztliche Versorgung (Inhaber\*in)  
 hausärztliche Versorgung (in Anstellung)  
 SAPV-Team  
 Pflegedienst  
 Forschung  
 Kostenträger  
 Fachgesellschaft/Verband  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?**

\_\_\_\_\_ Jahre

## Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV

Wir haben die Empfehlungen aus der ersten Runde der Delphi-Befragung entsprechend Ihrer Hinweise und Anmerkungen verändert und angepasst. Bitte geben Sie nachfolgend zu jeder Empfehlung erneut an, inwiefern Sie die Formulierung für **deutlich** und den Inhalt für **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV halten.

In den Freitextanmerkungen können Sie weitere Hinweise hinterlassen, falls Sie sich Änderungen an den Formulierungen oder Inhalten der Empfehlungen wünschen.

**Empfehlung: Die Bezeichnung „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV)“ sollte in „Allgemeine Ambulante Palliativversorgung +“ (AAPV+) geändert werden.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: Die Bezeichnung „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV)“ sollte nicht geändert werden.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: Medien mit Reichweite unter Hausärzt\*innen sollten verstärkt über die BQKPMV informieren und den Mehrwert für teilnehmende Ärzt\*innen und für die Qualität der ambulanten Palliativversorgung herausstellen.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: Medien mit Reichweite unter Hausarzt\*innen sollten den Leistungsumfang und die Rahmenbedingungen der BQKPMV inkl. gesetzlicher Vorgaben in Abgrenzung zur AAPV und SAPV erläutern. Dies sollte insbesondere nach einer inhaltlichen Anpassung der BQKPMV geschehen.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Gemeinsame Bundesausschuss, Fachgesellschaften und Fachverbände sollten ein FAQ zur BQKPMV entwickeln und für Hausarzt\*innen zugänglich machen, in dem konkret die praktische Umsetzung der BQKPMV in Abgrenzung zur AAPV und SAPV geschildert wird.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: Alle Beteiligten sollten in der Kommunikation zur BQKPMV deutlich machen, dass es sich bei den EBM-Ziffern um Einzelleistungen handelt. Diese können bei Bedarf einzeln erbracht werden, müssen aber nicht als Gesamtpaket zum Einsatz kommen. Dies gilt auch für die 24-Erreichbarkeit, die in der BQKPMV bei Bedarf der Patient\*innen geleistet und abgerechnet werden kann.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: Hausärzt\*innen sollten BQKPMV-Leistungen abhängig vom palliativen Versorgungsbedarf frühzeitig im Versorgungsverlauf initiieren.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

## Rahmenbedingungen der BQKPMV

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf die **Qualifizierungsvoraussetzungen** für Hausärzt\*innen, die in der BQKPMV-Vereinbarung definiert sind.

Diese beinhalten derzeit u.a. praktische Erfahrungen und theoretische Kenntnisse:

- mind. 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team **oder**
- Betreuung von mind. 15 Palliativpatient\*innen innerhalb der vergangenen drei Jahre
- 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin (ggf. weniger bei vorliegenden Fortbildungen)

Bitte geben Sie nachfolgend zu jeder Empfehlung erneut an, inwiefern Sie die Formulierung für **deutlich** und den Inhalt für **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV halten.

**Empfehlung: Kursanbieter und Akademien sollten 40-stündige Palliativkurse für Hausärzt\*innen in niedrigschwelligen Formaten anbieten (z.B. 3-Tage Kurs, hybride Formate), um eine Teilnahme mit geringerem Zeitaufwand und guter Vereinbarkeit mit der Praxistätigkeit zu ermöglichen.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: Die Qualifizierungsvoraussetzungen für Hausärzt\*innen mit jahrelanger Expertise in der hausärztlichen Versorgung (z.B. mind. 25 Jahre) sollten aus der BQKPMV-Vereinbarung entfernt werden.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung:** In der BQKPMV-Vereinbarung sollte die Qualifizierungsvoraussetzung, dass eine Mindestanzahl von 15 Patient\*innen in den letzten drei Jahren palliativ betreut wurde, auf 30 heraufgesetzt werden.

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: Die Qualifizierungsvoraussetzungen für Hausärzt\*innen in der BQKPMV-Vereinbarung sollten unverändert beibehalten werden.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

## Rahmenbedingungen der BQKPMV

Die BQKPMV-Vereinbarung definiert außerdem eine **Qualifizierungsvoraussetzung** für Hausärzt\*innen, die sich auf eine Fortbildungspflicht bezieht.

Gefordert ist eine kontinuierliche Fortentwicklung der palliativmedizinischen Qualifikation der teilnehmenden Ärzt\*innen im Umfang von **8 Fortbildungspunkten** pro Jahr (z.B. Teilnahme an Qualitätszirkeln, Fallkonferenzen).

Bitte geben Sie nachfolgend zu jeder Empfehlung erneut an, inwiefern Sie die Formulierung für **deutlich** und den Inhalt für **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV halten.

**Empfehlung: In der BQKPMV-Vereinbarung sollte der geforderte Umfang palliativmedizinischer Fortbildungen von 8 Fortbildungspunkten pro Jahr beibehalten werden.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: In der BQKPMV-Vereinbarung sollte der geforderte Umfang palliativmedizinischer Fortbildungen von 8 auf 12 Fortbildungspunkte heraufgesetzt werden.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: In der BQKPMV-Vereinbarung sollte der geforderte Umfang palliativmedizinischer Fortbildungen von 8 auf 4 Fortbildungspunkte pro Jahr reduziert werden.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: In der BQKPMV-Vereinbarung sollte der Nachweis palliativmedizinischer Fortbildungen abgeschafft werden.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

## Rahmenbedingungen der BQKPMV

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf die **Höhe der Vergütung** von Leistungen der BQKPMV.

Bitte geben Sie erneut an, inwiefern Sie die Formulierung der Empfehlung für **deutlich** und den Inhalt für **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV halten und ob und inwiefern die Vergütung der einzelnen BQKPMV-Leistungen verändert werden sollte.

**Empfehlung: Die Höhe der Vergütung von Leistungen der BQKPMV sollte die Vergütung von Leistungen der AAPV übersteigen, jedoch nicht höher vergütet werden als Leistungen der SAPV. Die Vergütung für BQKPMV-Leistungen sollte damit wirtschaftlich ins Gesamtgefüge passen.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Für welche der BQKPMV-Leistungen sollte die Vergütung reduziert, beibehalten oder erhöht werden?**

|  | sollte reduziert werden | sollte beibehalten werden | sollte erhöht werden  |
|--|-------------------------|---------------------------|-----------------------|
| <b>37300:</b> Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungspläne in Höhe von <b>44,16€</b>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| <b>37302:</b> Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt in Höhe von <b>30,98€</b>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| <b>37305:</b> Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten in der Häuslichkeit in Höhe von <b>13,97€</b>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| <b>37306:</b> Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 und 01415 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten in der Häuslichkeit in Höhe von <b>13,97€</b>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| <b>37314:</b> Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung eines Patienten in Höhe von <b>11,94€</b> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| <b>37317:</b> Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen in Höhe von <b>160,54€</b>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| <b>37318:</b> Telefonische Beratung von mindestens 5 Minuten Dauer im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr und ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. in Höhe von <b>24,00€</b>            | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| <b>37320:</b> Fallkonferenz in Höhe von <b>9,69€</b>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| <b>37400:</b> Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater in Höhe von <b>11,27€</b>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |

## Abgrenzung der Versorgungsformen der BQKPMV

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf die Definition der **Merkmale der Patient\*innengruppe** aus der BQKPMV-Vereinbarung, für die die BQKPMV in Frage kommt.

Bitte geben Sie nachfolgend zu jeder Empfehlung erneut an, inwiefern Sie die Formulierung für **deutlich** und den Inhalt für **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV halten.

**Empfehlung: In der BQKPMV-Vereinbarung sollten grundsätzlich Patient\*innen mit palliativem Versorgungsbedarf adressiert werden.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: In der BQKPMV-Vereinbarung sollte die Voraussetzung auf Seiten von Patient\*innen, dass „keine kurative Behandlungen der Grunderkrankung mehr indiziert oder gewünscht“ sein dürfen, gestrichen werden.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung:** In der BQKPMV-Vereinbarung sollte explizit beschrieben werden, dass die BQKPMV unabhängig von der Grunderkrankung eine geeignete Versorgungsform für Patient\*innen sein kann.

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

## Abgrenzung der Versorgungsformen der BQKPMV

In der ersten Runde der Delphi-Befragung gab es einen Konsens dazu, dass die Regelungen zum Nebeneinander der verschiedenen Versorgungsformen in der ambulanten Palliativversorgung in der BQKPMV-Vereinbarung angepasst werden sollten.

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf die Art der Anpassung dieser Regelungen.

Bitte geben Sie nachfolgend zu jeder Empfehlung erneut an, inwiefern Sie die Formulierung für **deutlich** und den Inhalt für **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV halten.

**Empfehlung: In der BQKPMV-Vereinbarung sollte der Leistungsausschluss zwischen BQKPMV und SAPV abgeschafft werden.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung: In der BQKPMV-Vereinbarung sollte der Leistungsausschluss zwischen BQKPMV und SAPV beibehalten werden. Gleichzeitig sollte präzisiert werden, dass es sich hierbei um die Vermeidung doppelter Finanzierung von identischen Leistungen handelt.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV



Stimme voll zu



Stimme eher zu



Stimme eher nicht zu



Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

---

## Zusammenarbeit an den Schnittstellen in der BQKPMV

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf die **Delegation von Leistungen der BQKPMV an Medizinische Fachangestellte**.

Bitte geben Sie nachfolgend an, inwiefern Sie die Formulierung dieser Empfehlung für **deutlich** und den Inhalt für **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV halten.

Auf der nächsten Seite wird es um die Qualifizierungsanforderungen für MFA gehen.

**Empfehlung: In der BQKPMV-Vereinbarung sollte explizit spezifiziert werden, dass einzelne BQKPMV-Leistungen an palliativmedizinisch weitergebildete Medizinische Fachangestellte delegiert und in gleicher Höhe vergütet werden können.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

**Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:**

## Sollte diese BQKPMV-Leistung an Medizinische Fachangestellte delegiert werden können?

|   | Ja                    | Nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungspläne                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung in der Häuslichkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Telefonische Beratung außerhalb der Sprechzeiten  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Planung und Durchführung einer Fallkonferenz  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Zusammenarbeit an den Schnittstellen in der BQKPMV

In der ersten Runde der Delphi-Befragung gab es einen Konsens dazu, dass in der BQKPMV-Vereinbarung definiert werden sollte, welche **Qualifizierungsanforderungen für Medizinische Fachangestellte** gelten, um spezifische BQKPMV-Leistungen übernehmen zu können:

**Welche Qualifizierungsanforderungen sollten für Medizinische Fachangestellte gelten, um BQKPMV-Leistungen übernehmen zu können?**

- VERAH (Versorgungsassistent\*in in der hausärztlichen Praxis)
- VERAHplus (Plus-Modul Palliative Care)
- Basiscurriculum für MFA 40-Stunden-Kurs
- 160-Kurs DGP Weiterbildung Palliative Care
- NäPa (Nicht-ärztliche Praxisassistenz)
- Keine Qualifizierungsanforderung
- Andere Qualifizierungsanforderung: \_\_\_\_\_

## Zusammenarbeit an den Schnittstellen in der BQKPMV

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf die **Delegation von Leistungen der BQKPMV an SAPV-Teams**.

Bitte geben Sie nachfolgend für jede Empfehlung erneut an, inwiefern Sie die Formulierung für **deutlich** und den Inhalt für **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV halten.

**Empfehlung: In der BQKPMV-Vereinbarung sollte formuliert werden, dass einzelne BQKPMV-Leistungen an SAPV-Teams delegiert werden können.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

**Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:**

**Sollte diese BQKPMV-Leistung an SAPV-Teams delegiert werden können?**

|   | Ja                    | Nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungspläne                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung in der Häuslichkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Telefonische Beratung außerhalb der Sprechzeiten  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Planung und Durchführung einer Fallkonferenz  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Empfehlung: Die Vergütung für BQKPMV-Leistungen von SAPV-Teams sollte in gleicher Höhe erfolgen und entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten sollten in der BQKPMV-Vereinbarung definiert werden.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu       Stimme eher zu       Stimme eher nicht zu       Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu       Stimme eher zu       Stimme eher nicht zu       Stimme nicht zu

**Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:**

## Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für diese Umfrage genommen haben. Ihre Expertise ist sehr wertvoll für den Projekterfolg.

Herzliche Grüße von Prof. Dr. Stephanie Stiel, Dr. Katharina van Baal, Hannah Frerichs und Lorinna Köpping



Sehr geehrte Teilnehmer\*innen,

herzlichen Dank, dass Sie an den ersten beiden Runden unserer Delphi-Befragung im Rahmen des Projekts Polite „Analyse der Implementierung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV) in der Versorgungsrealität und Empfehlungen zur Weiterentwicklung“ teilgenommen haben.

Sie erwartet nun die dritte und letzte Befragungsrunde mit **sechs angepassten Empfehlungen**. Diese wird nur wenige Minuten dauern.

### **Was ist bisher geschehen?**

In den ersten beiden Befragungsrunden konnten insgesamt 13 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV konsentiert werden. Einige Empfehlungen haben keinen Konsens erreicht und werden nicht in das finale Set aufgenommen. Wenige weitere Empfehlungen konnten wir anhand Ihrer Rückmeldungen und Anmerkungen anpassen. Diese werden Ihnen nun erneut präsentiert.

### **Was ist das konkrete Ziel dieser Umfrage?**

Ziel dieser dritten und letzten Runde der Delphi-Befragung ist es, eine Optimierung der Formulierungen für die wenigen letzten Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV und einen Konsens über deren Deutlichkeit und Relevanz zu erreichen.

### **Letzte Informationen**

Sie benötigen etwa 5 Minuten Zeit für diese dritte Abstimmungsrunde.

Die in dieser Umfrage erhobenen Daten werden anonym und entsprechend der Datenschutzrichtlinien erhoben und verarbeitet.

Bitte kontaktieren Sie uns gerne bei Rückfragen oder bei technischen Schwierigkeiten.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Bemühung und Unterstützung!

Herzliche Grüße

Prof. Dr. Stephanie Stiel, Dr. Katharina van Baal, Hannah Frerichs und Lorinna Köpping

Polite Projektteam  
Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)  
OE 5440, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland  
Tel.: +49 511-532-4506  
Fax: +49 511-532-16-1177  
[polite@mh-hannover.de](mailto:polite@mh-hannover.de)  
[www.mhh.de/allpallmed/polite](http://www.mhh.de/allpallmed/polite)

**Datenschutz und Ethik**

Die Datenschutzbeauftragte der Medizinischen Hochschule Hannover hat das Vorgehen im Rahmen des Projektes Polite geprüft. Ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover liegt vor (Ethikvotum Nr. 9629\_BO\_K\_2021 vom 23.02.2021).

Ihre Angaben werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke bearbeitet und ausgewertet. Die Daten werden auf gesicherten Servern des Rechenzentrums der Medizinischen Hochschule Hannover gespeichert.

Ihre Teilnahme an unserer Studie ist freiwillig. Bei Nichtteilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile. Sie haben das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, ob und welche Daten von uns verarbeitet werden. Da Ihre Daten anonym an uns übermittelt werden, können wir Ihre Person nicht zu Ihren Daten zuordnen, so dass eine Löschung Ihrer Angaben nach Absenden der Beantwortung nicht möglich ist.

Hinweis:

Falls Sie selbst Ihre Angaben für sich abspeichern möchten, können Sie dies mit Hilfe von Screenshots während der Befragung tun. Eine lokale Abspeicherung Ihrer eigenen Angaben nach Abschluss der Befragung ist für Sie nicht möglich.

**Stimmen Sie zu?**

- Ich stimme zu
- Ich stimme nicht zu

**Welches Geschlecht haben Sie?**

- weiblich  
 männlich  
 divers

**Wie alt sind Sie?** Jahre**Welcher Berufsgruppe ordnen Sie sich zu?**

Sollten Sie sich mehreren Berufsgruppen zuordnen, entscheiden Sie sich bitte für die am ehesten Zutreffende.

- Hausarzt/-ärztin (ohne Zusatzbezeichnung Palliativmedizin)  
 Hausarzt/-ärztin (mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin)  
 Pflegefachkraft  
 Wissenschaftler\*in  
 Verwaltungsangestellte\*r  
 Sozialarbeiter\*in  
 Sonstige

**In welchem Bereich sind Sie aktuell hauptsächlich tätig?**

Wenn Sie in mehreren Bereichen tätig sind, geben Sie bitte den Bereich an, mit dem Sie in einer durchschnittlichen Arbeitswoche die meiste Zeit verbringen bzw. den Sie als Ihren Schwerpunkt definieren.

- hausärztliche Versorgung (Inhaber\*in)  
 hausärztliche Versorgung (in Anstellung)  
 SAPV-Team  
 Pflegedienst  
 Forschung  
 Kostenträger  
 Fachgesellschaft/Verband  
 Sonstiges:

**Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie in Ihrem aktuellen Tätigkeitsfeld?** Jahre

## Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV

Zur Empfehlung zu den BQKPMV-Ziffern als Einzelleistungen gibt es unter den teilnehmenden Expert\*innen unterschiedliche Auffassungen. Entsprechend Ihrer Anmerkungen und in Rücksprache mit einzelnen von Ihnen haben wir die Formulierung und die Inhalte angepasst.

Nachfolgend haben wir drei teilweise gegensätzliche Empfehlungen zu diesem Themenfeld formuliert. Bitte geben Sie nachfolgend zu jeder Empfehlung an, inwiefern Sie die Formulierung für **deutlich** und den Inhalt für **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV halten.

### Hintergrundinformation

Gemäß Auskunft der KBV gehört die Sicherstellung der palliativ-medizinischen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten, an Wochenenden und an Feiertagen, auch unter Einbeziehung von an der Versorgung von Patient\*innen beteiligten Pflegediensten und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes im Rahmen der BQKPMV zu den Aufgaben der teilnehmenden Ärzt\*innen (siehe § 5, Aufgaben der teilnehmenden Ärzte). Die Verpflichtung zu einer 24-h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft der teilnehmenden Ärzt\*innen geht aus der Vereinbarung jedoch nicht hervor.

In den Anmerkungen der ersten beiden Befragungsrunden, im Workshop und in Einzelgesprächen stellte sich heraus, dass viele Hausärzt\*innen die Abrechnungsziffern zur BQKPMV als ein Gesamtpaket wahrnehmen. Dies führt dazu, dass diejenigen Hausärzt\*innen, die z.B. die 24-h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft nicht leisten können oder wollen, grundsätzlich nicht an der BQKPMV-Vereinbarung teilnehmen. Wie oben dargestellt und von der KBV bestätigt, bedeutet die Teilnahme an der Vereinbarung keine Verpflichtung zur Erbringung aller Leistungen. Auf teilnehmende Ärzt\*innen kommt bei Bedarf der Patient\*innen jedoch die Aufgabe zu, die Sicherstellung der Versorgung auch zu sprechstundenfreien Zeiten zu koordinieren.

**Empfehlung: Alle Beteiligten sollten in der Kommunikation zur BQKPMV deutlich machen, dass es sich bei allen EBM-Ziffern jeweils um Einzelleistungen handelt. Diese können bei Bedarf der Patient\*innen einzeln erbracht werden und müssen nicht zwingend als Gesamtpaket zum Einsatz kommen. Dies gilt z.B. auch für die 24-h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft, die in der BQKPMV bei Bedarf der Patient\*innen geleistet und abgerechnet werden kann, aber nicht muss.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung:** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Gemeinsame Bundesausschuss sollten in der Vereinbarung zur BQKPMV präzisieren, dass mit einer Teilnahme an der Vereinbarung für Ärzt\*innen keine Verpflichtung zur Erbringung einzelner Leistungen einhergeht. Dies gilt auch für die 24h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft. Für den Fall dass Hausärzt\*innen eine 24h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft nicht ausüben können oder wollen, sollte in der Vereinbarung präzisiert werden, wie die Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten alternativ sichergestellt werden kann.

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stimme voll zu        | Stimme eher zu        | Stimme eher nicht zu  | Stimme nicht zu       |

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stimme voll zu        | Stimme eher zu        | Stimme eher nicht zu  | Stimme nicht zu       |

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

**Empfehlung:** Die Sicherstellung der Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten mit einer 24h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft sollte als Aufgabe der teilnehmenden Ärzt\*innen aus der BQKPMV-Vereinbarung gestrichen werden. Damit einhergehend sollte auch die entsprechende EBM-Ziffer 37317 entfallen.

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

## Rahmenbedingungen der BQKPMV

Keine der in den ersten beiden Befragungsrunden vorgestellten Empfehlungen zu den **Qualifizierungsvoraussetzungen** für Hausärzt\*innen in der BQKPMV-Vereinbarung hat einen Konsens erreicht. Mit Hilfe Ihrer Anmerkungen haben wir die Formulierung einer Empfehlung angepasst.

Bitte geben Sie nachfolgend erneut an, inwiefern Sie die Formulierung für **deutlich** und den Inhalt für **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV halten.

### Hintergrundinformation zu den Qualifizierungsvoraussetzungen:

Die BQKPMV-Vereinbarung erfordert

- eine mind. 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team **oder** die nachweisliche Betreuung von mind. 15 Palliativpatient\*innen innerhalb der vergangenen drei Jahre
- **und** die Teilnahme an einer 40-stündigen Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin (ggf. weniger bei vorliegenden Fortbildungen).

Im Workshop und in Einzelgesprächen ist deutlich geworden, dass die Qualifizierungsvoraussetzungen eine Hürde für Hausärzt\*innen zur Teilnahme an der BQKPMV-Vereinbarung darstellen können. Vor diesem Hintergrund ist eine Empfehlung entstanden, die einen Teil der Qualifizierungsvoraussetzungen betrifft.

**Empfehlung: Kursanbieter sollten vermehrt 40-stündige Palliativkurse für Hausärzt\*innen in Formaten anbieten, die gut mit der Praxistätigkeit vereinbar sind. Dies können z.B. Wochenend-Kurse oder hybride Formate sein.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

## Abgrenzung der Versorgungsformen der BQKPMV

In der Vereinbarung zur BQKPMV sind unter §2 Voraussetzungen für die Abrechnung von BQKPMV-Leistungen auf Seiten von Patient\*innen vorgeschrieben. Diese lauten u.a.:

"Kurative Behandlungen der Grunderkrankungen sind nicht mehr indiziert oder vom Patienten nicht mehr erwünscht."

Im Workshop und in Einzelgesprächen wurde diese Voraussetzung kritisch gesehen. Deshalb finden Sie nachfolgend eine Empfehlung dazu. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie die Formulierung für **deutlich** und den Inhalt für **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV halten.

**Empfehlung: Die in der BQKPMV-Vereinbarung beschriebene Voraussetzung, dass für eine Erbringung und Abrechnung von BQKPMV-Leistungen „keine kurativen Behandlungen der Grunderkrankung mehr indiziert oder gewünscht“ sein dürfen, sollte entfallen.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**



Stimme voll zu



Stimme eher zu



Stimme eher nicht zu



Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV



Stimme voll zu



Stimme eher zu



Stimme eher nicht zu



Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

In §2 der BQKPMV-Vereinbarung ist nicht definiert, welche Art von Grunderkrankung eine Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung von BQKPMV-Leistungen darstellt.

Die folgende Empfehlung ist entstanden, um explizit alle unheilbaren, fortschreitenden Grunderkrankungen, insbesondere nicht-onkologische Erkrankungen, in der BQKPMV mitzudenken. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie die Formulierung für **deutlich** und den Inhalt für **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV halten.

**Empfehlung: In der BQKPMV-Vereinbarung sollte explizit beschrieben werden, dass die BQKPMV bei allen unheilbaren, lebenslimitierenden Grunderkrankungen eine geeignete Versorgungsform für Patient\*innen in der letzten Lebensphase sein kann.**

Die Formulierung der Empfehlung ist **deutlich**

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Die Empfehlung ist **relevant** für die Weiterentwicklung der BQKPMV

Stimme voll zu

Stimme eher zu

Stimme eher nicht zu

Stimme nicht zu

Weitere Anmerkungen zu dieser Empfehlung:

---

**Letzte Seite**

## Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für diese Umfrage genommen haben. Ihre Expertise ist sehr wertvoll für den Projekterfolg.

Herzliche Grüße von Prof. Dr. Stephanie Stiel, Dr. Katharina van Baal, Hannah Frerichs und Lorinna Köpping

# 1 „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“

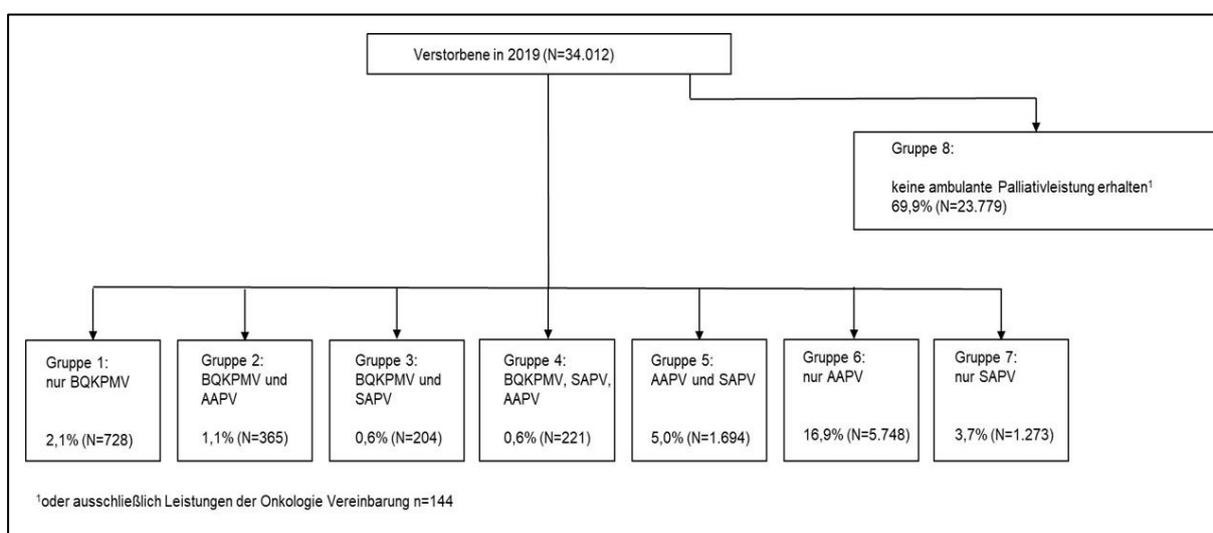
## 2 Patientenklientel und Effekte auf die ambulante Palliativversorgung

3 (aus Hemmerling M, Stahmeyer JT, Schütte S, van Baal K, Stiel S. "Besonders qualifizierte und  
4 koordinierte palliativmedizinische Versorgung" Patientenklientel und Effekte auf die ambulante  
5 Palliativversorgung. Z Allg Med. 2022;98(10):337-44.)

6

## 7 Ergebnisse

8 Die in Anspruch genommenen ambulanten Palliativleistungen der Verstorbenen im  
9 letzten Lebensjahr werden in Abbildung 1 verdeutlicht.



10

11 **Abbildung 1: Inanspruchnahme von ambulanten Palliativleistungen der Verstorbenen im**  
12 **letzten Lebensjahr**

13

## 14 Auswirkungen der Einführung der BQKPMV im Jahresvergleich

15 Hinsichtlich ihres durchschnittlichen Alters, der Geschlechterverteilung und auch  
16 hinsichtlich der Häufigkeiten der betrachteten Erkrankungen zeigt der  
17 Jahresvergleich der beiden Sterbekohorten, dass diese nahezu identisch sind. Bei  
18 den Erkrankungsgruppen Demenz, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung,  
19 Koronare Herzkrankheit, Herz- und Niereninsuffizienz, Herzinfarkt und Schlaganfall  
20 sind signifikante Unterschiede zu beobachten (Tabelle 1). Etwa ein Drittel der  
21 Verstorbenen hat in beiden Sterbekohorten Leistungen der ambulanten  
22 Palliativversorgung (AAPV, BQKPMV, SAPV, OV) erhalten (2017: 30,0%, 2019:  
23 30,5%, p=0,127). AAPV haben 26,1% (2017) bzw. 23,6% (2019) der Verstorbenen  
24 erhalten (p<0,001). SAPV wurde bei 8,8% (2017) bzw. 10,0% (2019) verordnet

25 (p<0,001). Leistungen der OV haben 1,7% (2017) bzw. 1,8% (2019) der  
 26 Verstorbenen erhalten (p=0,298).

27 **Tabelle 1: Jahresvergleich**

|  |   | Verstorbene aus<br>2017<br>n=34.506 | Verstorbene aus<br>2019<br>n=34.012 | p-Wert  |
|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <b>Ambulante Palliativleistungen erhalten</b>      | Anteil mit ambulanter Palliativleistung | 30,0%                               | 30,5%                               | 0,127   |
|  | BQKPMV                                  | nicht zutreffend <sup>2</sup>       | 4,5%                                |         |
|  | AAPV                                    | 26,1%                               | 23,6%                               | <0,001* |
|  | SAPV                                    | 8,8%                                | 10,0%                               | <0,001* |
|  | OV                                      | 1,7%                                | 1,8%                                | 0,298   |
| <b>Alter bei Versterben (in Jahren)</b>            | Mittelwert                              | 79,4                                | 79,5                                | 0,515   |
|  | SD±                                     | 12,7                                | 12,8                                |         |
| <b>Geschlecht</b>                                  | weiblich                                | 53,1%                               | 52,8%                               | 0,485   |
|  | männlich                                | 46,9%                               | 47,2%                               |         |
| <b>Pflegegrad<sup>1</sup></b>                      | kein Pflegegrad                         | 20,9%                               | 19,2%                               | <0,001* |
|  | 1                                       | 0,6%                                | 1,4%                                |         |
|  | 2                                       | 16,1%                               | 15,0%                               |         |
|  | 3                                       | 18,0%                               | 19,1%                               |         |
|  | 4                                       | 23,9%                               | 25,8%                               |         |
|  | 5                                       | 19,4%                               | 19,5%                               |         |
| <b>Erkrankungen<sup>3</sup></b>                    | Demenzielle Erkrankungen                | 36,0%                               | 34,4%                               | <0,001* |
|  | Diabetes                                | 39,7%                               | 39,2%                               | 0,241   |
|  | Hypertonie                              | 83,0%                               | 83,5%                               | 0,054   |
|  | KHK                                     | 37,6%                               | 36,4%                               | 0,001*  |
|  | Herzinsuffizienz                        | 49,8%                               | 48,7%                               | 0,006*  |
|  | Asthma                                  | 6,4%                                | 6,5%                                | 0,306   |
|  | COPD                                    | 25,1%                               | 24,4%                               | 0,016*  |
|  | Depression                              | 26,2%                               | 26,5%                               | 0,375   |
|  | Niereninsuffizienz                      | 49,9%                               | 51,1%                               | 0,001*  |
|  | Solide Tumore                           | 30,7%                               | 31,1%                               | 0,360   |
|  | Metastasierende Tumore                  | 16,8%                               | 16,8%                               | 0,991   |
|  | lymphatische, blutbildende Tumore       | 3,5%                                | 3,7%                                | 0,369   |
|  | Parkinson                               | 5,4%                                | 5,3%                                | 0,516   |
|  | Herzinfarkt                             | 6,5%                                | 5,5%                                | <0,001* |
|  | Schlaganfall                            | 8,3%                                | 7,7%                                | 0,005*  |
| <b>Krankenhausaufenthalt im letzten Lebensjahr</b> | Anteil mit Krankenhausaufenthalt        | 82,0%                               | 81,7%                               | 0,251   |
|  | Im Krankenhaus verstorben               | 44,8%                               | 44,0%                               | 0,031*  |

28 Legende:

29 BQKPMV= Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, AAPV= Allgemeine  
 30 ambulante Palliativversorgung, SAPV= Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, OV= Onkologie  
 31 Vereinbarung, SD= Standardabweichung, KHK= Koronare Herzkrankheit, COPD= Chronisch obstruktive  
 32 Lungenerkrankung

33

34 \* Signifikanter Unterschied im Gruppenvergleich: Es wird ein Signifikanzniveau von p≤0,05 angenommen.

35 <sup>1</sup> bei n=141 (0,4%; 2019) und n=369 (1,1%; 2017) Versicherten keine Angabe zum Pflegegrad vorhanden

36 <sup>2</sup> Leistungen der BQKPMV können erst seit dem 4. Quartal 2017 abgerechnet werden.

37 <sup>3</sup> ICD Schlüssel der Erkrankungsgruppen: Demenzielle Erkrankungen (F00, F01, F03, G30), Diabetes (E10-E14),  
38 Hypertonie (I10-I15), KHK (I25), Herzinsuffizienz (I50), Asthma (J45), COPD (J44), Depression (F32, F33),  
39 Niereninsuffizienz (N17-N19), Solide Tumore (C00 – C76, C80 ohne C44), Metastasierende Tumore (C77, C78,  
40 C79), lymphatische, blutbildende Tumore (C81-C96), Parkinson (G20), Herzinfarkt (I21, I22), Schlaganfall (I60-  
41 I64)

42

### 43 **Subgruppenanalyse: Soziodemografische, erkrankungs- und** 44 **versorgungsbezogene Merkmale der Verstorbenen aus 2019**

45 Von den im Jahr 2019 Verstorbenen haben 4,5% (n=1.518) Leistungen der BQKPMV  
46 erhalten. Davon werden 67,3% von einer Hausärztin/einem Hausarzt versorgt, 16,5%  
47 von einer Ärztin/einem Arzt mit der Fachrichtung Hämatologie/ Onkologie und 2,8%  
48 von einer Ärztin/einem Arzt mit einer anderen Fachrichtung. 19,4% werden von einer  
49 Ärztin/einem Arzt mit mehreren Fachgruppen versorgt. Einige Verstorbene haben  
50 Leistungen von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten erhalten. Die Verstorbenen mit  
51 Leistungen der BQKPMV unterscheiden sich hinsichtlich der Charakteristika in den  
52 acht Subgruppen (Tabelle 2). Patientinnen und Patienten, die ausschließlich  
53 BQKPMV- und/oder AAPV Leistungen erhalten (Gruppen 1, 2 und 6), sind ähnlich  
54 alt, aber sind älter als Verstorbene, die auch oder nur Verordnungen der SAPV  
55 erhalten ( $p < 0,001$ ). In der Gruppe mit ausschließlich AAPV ist der Frauenanteil am  
56 größten (60,0%). Bezogen auf die Morbidität sind in den Patientengruppen  
57 Unterschiede zu verzeichnen. Bei Verstorbenen, die SAPV-Verordnungen erhalten,  
58 sind onkologische Erkrankungen signifikant häufiger als bei denjenigen mit BQKPMV  
59 und/oder AAPV ( $p < 0,001$ ). Demenzielle Erkrankungen sind bei Verstorbenen mit  
60 ausschließlich BQKPMV und/oder AAPV signifikant häufiger als bei Verstorbenen mit  
61 SAPV-Verordnungen ( $p < 0,001$ ). Die Rate an soliden (86,4%) und metastasierenden  
62 Tumoren (71,9%) ist in der Gruppe der Verstorbenen, die AAPV, BQKPMV und  
63 SAPV erhalten (Gruppe 4) am höchsten. Wenn Verstorbene SAPV verordnet  
64 bekommen haben, weisen sie einen höheren Pflegegrad auf, als Verstorbene in den  
65 anderen Gruppen ( $p < 0,001$ ) (Tabelle 2).

66

Tabelle 2: Soziodemografische und erkrankungsbezogene Merkmale der verstorbenen Versicherten aus dem Jahr 2019

|                                      |  | Gruppe 1:                        | Gruppe 2:    | Gruppe 3:    | Gruppe 4:         | Gruppe 5: | Gruppe 6: | Gruppe 7: | Gruppe 8:  | Alle          | p-Wert  |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|--------------|--------------|-------------------|-----------|-----------|-----------|--|---------------|---------|
|                                      |  | nur BQKPMV                       | BQKPMV+ AAPV | BQKPMV+ SAPV | BQKPMV+ SAPV+AAPV | AAPV+SAPV | nur AAPV  | nur SAPV  | keine ambulante hausärztliche Palliativversorgung <sup>g</sup> | Verstorbene n |         |
|                                      |  | n=728                            | n=365        | n=204        | n=221             | n=1.694   | n=5.748   | n=1.273   | n=23.779   | n=34.012      |         |
| Weitere Palliativleistungen erhalten | Leistungen der OV                            | 4,8%                             | 6,3%         | 22,1%        | 12,2%             | 7,1%      | 2,4%      | 5,9%      | 0,6%   | 1,8%          | <0,001* |
|                                      | Mittelwert                                   | 81,0                             | 78,8         | 73,6         | 71,9              | 75,7      | 82,9      | 76,9      | 79,1   | 79,5          | <0,001* |
| Alter bei Versterben (in Jahren)     | SD±  | 11,7                             | 12,7         | 14,4         | 12,2              | 12,4      | 10,8      | 12,2      | 13,1   | 12,8          |         |
|                                      | weiblich                                     | 57,0%                            | 52,1%        | 47,5%        | 57,0%             | 51,9%     | 60,0%     | 52,6%     | 51,1%  | 52,8%         | <0,001* |
| Geschlecht                           | männlich                                     | 43,0%                            | 47,9%        | 52,5%        | 43,0%             | 48,1%     | 40,0%     | 47,4%     | 48,9%  | 47,2%         |         |
|                                      | kein Pflegegrad                              | 5,4%                             | 2,5%         | 1,5%         | 0,5%              | 1,4%      | 4,3%      | 1,6%      | 26,1%  | 19,2%         |         |
| Pflegegrad <sup>1</sup>              | 1  | 0,6%                             | 1,1%         | 0,0%         | 0,0%              | 0,2%      | 0,8%      | 0,0%      | 1,8%   | 1,4%          |         |
|                                      | 2  | 11,6%                            | 15,1%        | 11,3%        | 17,2%             | 8,4%      | 10,7%     | 9,7%      | 16,9%  | 15,0%         |         |
|                                      | 3  | 19,3%                            | 19,5%        | 21,6%        | 19,5%             | 19,6%     | 18,7%     | 19,5%     | 19,1%  | 19,1%         | <0,001* |
|                                      | 4  | 35,6%                            | 34,9%        | 42,6%        | 38,0%             | 42,6%     | 34,2%     | 41,0%     | 21,0%  | 25,8%         |         |
|                                      | 5  | 27,6%                            | 26,9%        | 23,0%        | 24,9%             | 27,8%     | 31,4%     | 28,2%     | 15,1%  | 19,5%         |         |
|                                      |  | Demenzielle Erkrankungen         | 40,9%        | 34,8%        | 16,2%             | 10,0%     | 20,3%     | 46,9%     | 23,0%  | 33,2%         | 34,4%   |
| Erkrankungen <sup>3</sup>            | Diabetes                                     | 38,9%                            | 40,0%        | 38,7%        | 35,3%             | 37,2%     | 38,8%     | 37,9%     | 39,6%  | 39,2%         | 0,418   |
|                                      | Hypertonie                                   | 84,6%                            | 83,6%        | 76,0%        | 73,3%             | 81,5%     | 86,7%     | 84,4%     | 83,0%  | 83,5%         | <0,001* |
|                                      | KHK  | 33,0%                            | 32,6%        | 34,8%        | 25,8%             | 29,9%     | 35,6%     | 31,6%     | 37,6%  | 36,4%         | <0,001* |
|                                      | Herzinsuffizienz                             | 50,3%                            | 47,7%        | 32,8%        | 29,4%             | 36,8%     | 49,9%     | 40,2%     | 50,0%  | 48,7%         | <0,001* |
|                                      | Asthma                                       | 8,1%                             | 8,5%         | 7,4%         | 7,2%              | 7,2%      | 5,9%      | 7,9%      | 6,5%   | 6,5%          | 0,049*  |
|                                      | COPD   | 25,3%                            | 25,2%        | 27,0%        | 25,3%             | 25,6%     | 23,5%     | 26,9%     | 24,3%  | 24,4%         | 0,199   |
|                                      | Depression                                   | 33,9%                            | 31,2%        | 25,5%        | 33,0%             | 28,7%     | 30,8%     | 28,0%     | 24,9%  | 26,5%         | <0,001* |
|                                      | Niereninsuffizienz                           | 51,4%                            | 48,5%        | 41,7%        | 44,3%             | 44,2%     | 53,7%     | 47,8%     | 51,3%  | 51,1%         | <0,001* |
|                                      | Solide Tumore                                | 44,8%                            | 56,2%        | 80,4%        | 86,4%             | 76,7%     | 38,7%     | 70,6%     | 22,1%  | 31,1%         | <0,001* |
|                                      | Metastasierende Tumore                       | 29,3%                            | 38,9%        | 64,2%        | 71,9%             | 60,4%     | 22,4%     | 51,9%     | 8,8%   | 16,8%         | <0,001* |
|                                      | lymphatische, blutbildende Tumore            | 6,0%                             | 6,8%         | 8,8%         | 5,0%              | 5,9%      | 4,2%      | 5,1%      | 3,1%   | 3,7%          | <0,001* |
|                                      | Parkinson                                    | 6,3%                             | 4,7%         | 2,5%         | 3,2%              | 3,5%      | 7,2%      | 4,8%      | 5,1%   | 5,3%          | <0,001* |
|                                      | Herzinfarkt                                  | 3,3%                             | 2,5%         | 1,0%         | 0,9%              | 2,3%      | 3,1%      | 1,9%      | 6,7%   | 5,5%          | <0,001* |
|                                      | Schlaganfall                                 | 4,5%                             | 7,7%         | 3,9%         | 1,8%              | 4,7%      | 6,6%      | 5,2%      | 8,5%   | 7,7%          | <0,001* |
|                                      | Krankenhaus-aufenthalt im letzten Lebensjahr | Anteil mit Krankenhausaufenthalt | 82,8%        | 88,2%        | 89,7%             | 96,4%     | 91,9%     | 81,8%     | 92,7%  | 80,0%         | 81,7%   |
| Im Krankenhaus verstorben            |  | 30,6%                            | 24,7%        | 19,6%        | 15,8%             | 17,8%     | 26,8%     | 17,1%     | 52,6%  | 44,0%         | <0,001* |

68

Legende:

69

BQKPMV= Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, AAPV= Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV= Spezialisierte ambulante

70

Palliativversorgung, OV= Onkologie Vereinbarung, SD= Standardabweichung, KHK= Koronare Herzkrankheit, COPD= Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

71

72

\* Signifikanter Unterschied im Gruppenvergleich: Es wird ein Signifikanzniveau von  $p \leq 0,05$  angenommen.

73

<sup>1</sup> bei n=141 (0,4%) Versicherten keine Angabe zum Pflegegrad vorhanden

74

<sup>2</sup> oder ausschließlich Leistungen der Onkologie Vereinbarung n=144

75

<sup>3</sup> ICD Schlüssel der Erkrankungsgruppen: Demenzielle Erkrankungen (F00, F01, F03, G30), Diabetes (E10-E14), Hypertonie (I10-I15), KHK (I25), Herzinsuffizienz (I50), Asthma

76

(J45), COPD (J44), Depression (F32, F33), Niereninsuffizienz (N17-N19), Solide Tumore (C00 – C76, C80 ohne C44), Metastasierende Tumore (C77, C78, C79), lymphatische,

77

blutbildende Tumore (C81-C96), Parkinson (G20), Herzinfarkt (I21, I22), Schlaganfall (I60-I64)

78

**Tabelle 2.** Kooperationsanfragen an und Tätigkeitsübernahme von SAPV-Leistungserbringenden in der BQKPMV (B1; N = 28 und N = 10)

| Variable   |  |      | n    | %     |
|--|--|------|------|-------|
| <b>Anfrage Kooperation</b><br>(N = 27)                           | durch Hausärzt*innen   | Ja   | 8    | 29,6  |
|  |  | Nein | 19   | 70,4  |
|  | durch Kinderärzt*innen   | Ja   | 0    | 0,0   |
|  |  | Nein | 27   | 100,0 |
|  | durch andere Fachärzt*innen  | Ja   | 4    | 14,8  |
|  |  | Nein | 23   | 85,2  |
|  | Keine Anfrage  | Ja   | 17   | 63,0  |
|  |  | Nein | 10   | 37,0  |
| <b>Anfrage Übernahme<br/>Tätigkeiten</b><br>(N = 10)             | Fallkonferenzen  | Ja   | 0    | 0,0   |
|  |  | Nein | 10   | 100,0 |
|  | Telefonische Beratung  | Ja   | 4    | 40,0  |
|  |  | Nein | 6    | 60,0  |
|  | Beratung/Konsil  | Ja   | 2    | 20,0  |
|  |  | Nein | 8    | 80,0  |
|  | Hausbesuche  | Ja   | 4    | 40,0  |
|  |  | Nein | 6    | 60,0  |
|  | Sicherstellung der palliativmedizinischen<br>Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten  | Ja   | 4    | 40,0  |
|  |  | Nein | 6    | 60,0  |
|  | Koordination der Versorgung von Patient*innen<br>(Case-Management)                     | Ja   | 4    | 40,0  |
|  |  | Nein | 6    | 60,0  |
|  | Koordination der an der Versorgung beteiligten<br>Akteur*innen (Netzwerkarbeit)        | Ja   | 4    | 40,0  |
|  |  | Nein | 6    | 60,0  |
|  | Ersterhebung/ Erstellung des palliativen<br>Basisassessments                           | Ja   | 3    | 30,0  |
|  |  | Nein | 7    | 70,0  |
|  | Erstellung eines Therapie-/Notfallplans inkl.<br>Eruiierung des (mutmaßlichen) Willens | Ja   | 2    | 20,0  |
|  |  | Nein | 8    | 80,0  |
|  | Andere   | Ja   | 1    | 10,0  |
|  |  | Nein | 9    | 90,0  |
| Keine  | Ja   | 3    | 30,0 |       |
|  | Nein   | 7    | 70,0 |       |
| <b>Bereiterklärung<br/>Übernahme<br/>Tätigkeiten</b><br>(N = 10) | Fallkonferenzen  | Ja   | 0    | 0,0   |
|  |  | Nein | 10   | 100,0 |
|  | Telefonische Beratung  | Ja   | 3    | 30,0  |
|  |  | Nein | 7    | 70,0  |
|  | Beratung/Konsil  | Ja   | 2    | 20,0  |
|  |  | Nein | 8    | 80,0  |
|  | Hausbesuche  | Ja   | 3    | 30,0  |
|  |  | Nein | 7    | 70,0  |

|  |  |      |    |       |
|--|--|------|----|-------|
|  | Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten | Ja   | 3  | 30,0  |
|  |  | Nein | 7  | 70,0  |
|  | Koordination der Versorgung von Patient*innen (Case-Management)                    | Ja   | 3  | 30,0  |
|  |  | Nein | 7  | 70,0  |
|  | Koordination der an der Versorgung beteiligten Akteur*innen (Netzwerkarbeit)       | Ja   | 3  | 30,0  |
|  |  | Nein | 7  | 70,0  |
|  | Ersterhebung/ Erstellung des palliativen Basisassessments                          | Ja   | 2  | 20,0  |
|  |  | Nein | 8  | 80,0  |
|  | Erstellung eines Therapie-/Notfallplans inkl. Eruierung des (mutmaßlichen) Willens | Ja   | 2  | 20,0  |
|  |  | Nein | 8  | 80,0  |
|  | Andere   | Ja   | 0  | 0,0   |
|  |  | Nein | 10 | 100,0 |
|  | Keine  | Ja   | 5  | 50,0  |
|  |  | Nein | 5  | 50,0  |

BQKPMV = besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung,  
SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung, \*Rundungsdifferenzen auf 100%

**Tabelle 1.** Patient\*innen und Strukturen der BQKPMV (B2; N = 28)

| Variablen   |   | n    | %    |       |
|---|---|------|------|-------|
| <b>Veränderung Anzahl Patient*innen</b><br>(N = 24)                         | Ja, es sind mehr geworden   | 3    | 12,5 |       |
|   | Ja, es sind weniger geworden  | 1    | 4,2  |       |
|   | Nein, sie ist unverändert   | 20   | 83,3 |       |
| <b>Die SAPV-Patient*innen ... als vor Einführung der BQKPMV</b><br>(N = 23) | ...sind jünger...   | Ja   | 1    | 4,3   |
|   |   | Nein | 22   | 95,7  |
|   | ...sind älter...  | Ja   | 0    | 0,0   |
|   |   | Nein | 23   | 100,0 |
|   | ...haben andere Grunderkrankungen...  | Ja   | 2    | 8,7   |
|   |   | Nein | 21   | 91,3  |
|   | ...haben andere Erkrankungsverläufe...  | Ja   | 2    | 8,7   |
|   |   | Nein | 21   | 91,3  |
|   | ...haben weniger komplexe Symptome...   | Ja   | 1    | 4,3   |
|   |   | Nein | 22   | 95,7  |
|   | ...haben komplexere Symptome...   | Ja   | 2    | 8,7   |
|   |   | Nein | 21   | 91,3  |
|   | ...werden zu einem früheren Zeitpunkt im Erkrankungsverlauf in die SAPV eingeschrieben... | Ja   | 0    | 0,0   |
|   |   | Nein | 23   | 100,0 |
|   | ...werden zu einem späteren Zeitpunkt im Erkrankungsverlauf in die SAPV eingeschrieben... | Ja   | 3    | 13,0  |
| Nein  |   | 20   | 87,0 |       |
| ...sind nicht anders...   | Ja  | 17   | 73,9 |       |
|   | Nein  | 6    | 26,1 |       |

BQKPMV = besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung,  
 SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung

**Tabelle 4.** Aussagen zu Kooperationsvereinbarungen in der BQKPMV (B3; N = 28)

| <b>Mit Kooperationsvereinbarungen zwischen SAPV-Leistungserbringenden und niedergelassenen Ärzt*innen im Zuge der BQKPMV...</b>   | <b>n</b>             | <b>%</b> |      |
|---|----------------------|----------|------|
| <b>...werden Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch festgelegt.*</b><br>(N = 21)  | trifft nicht zu      | 7        | 33,3 |
|   | trifft eher nicht zu | 4        | 19,0 |
|   | trifft eher zu       | 2        | 9,5  |
|   | trifft zu            | 6        | 28,6 |
|   | weiß nicht           | 2        | 9,5  |
| <b>...werden Aufgaben und Leistungsinhalte klar beschrieben.</b><br>(N = 21)  | trifft nicht zu      | 9        | 42,9 |
|   | trifft eher nicht zu | 2        | 9,5  |
|   | trifft eher zu       | 4        | 19,0 |
|   | trifft zu            | 5        | 23,8 |
|   | weiß nicht           | 1        | 4,8  |
| <b>...werden Aufgaben und Leistungsinhalte zwischen den Kooperationspartner*innen (SAPV-Leistungserbringenden und Ärzt*innen) klar verteilt.</b><br>(N = 21)                  | trifft nicht zu      | 10       | 47,6 |
|   | trifft eher nicht zu | 2        | 9,5  |
|   | trifft eher zu       | 3        | 14,3 |
|   | trifft zu            | 5        | 23,8 |
|   | weiß nicht           | 1        | 4,8  |
| <b>...wird vereinbart, dass die niedergelassenen Ärzt*innen die Sicherstellung der Versorgung organisieren.*</b><br>(N = 21)  | trifft nicht zu      | 9        | 42,9 |
|   | trifft eher nicht zu | 4        | 19,0 |
|   | trifft eher zu       | 2        | 9,5  |
|   | trifft zu            | 4        | 19,0 |
|   | weiß nicht           | 2        | 9,5  |
| <b>...wird ein geordnetes Verfahren zur Übergabe von Patient*innen in eine andere Versorgungsform wie AAPV oder SAPV erreicht.*</b><br>(N = 21)                               | trifft nicht zu      | 7        | 33,3 |
|   | trifft eher nicht zu | 5        | 23,8 |
|   | trifft eher zu       | 2        | 9,5  |
|   | trifft zu            | 5        | 23,8 |
|   | weiß nicht           | 2        | 9,5  |
| <b>...wird die Erreichbarkeit der kooperierenden SAPV-Leistungserbringenden und der niedergelassenen Ärzt*innen in der Erbringung von BQKPMV klar definiert.*</b><br>(N = 21) | trifft nicht zu      | 9        | 42,9 |
|   | trifft eher nicht zu | 2        | 9,5  |
|   | trifft eher zu       | 3        | 14,3 |
|   | trifft zu            | 6        | 28,6 |
|   | weiß nicht           | 1        | 4,8  |
| <b>...werden Fragen zu Datenschutz, Haftung und Kündigung klar geregelt.*</b><br>(N = 21)   | trifft nicht zu      | 7        | 33,3 |
|   | trifft eher nicht zu | 3        | 14,3 |
|   | trifft eher zu       | 3        | 14,3 |
|   | trifft zu            | 4        | 19,0 |
|   | weiß nicht           | 4        | 19,0 |

AAPV = allgemeine ambulante Palliativversorgung, BQKPMV = besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung, \*Rundungsdifferenzen auf 100%

**Tabelle 5.** Beurteilung der Schnittstelle SAPV und BQKPMV (B4; N = 28)

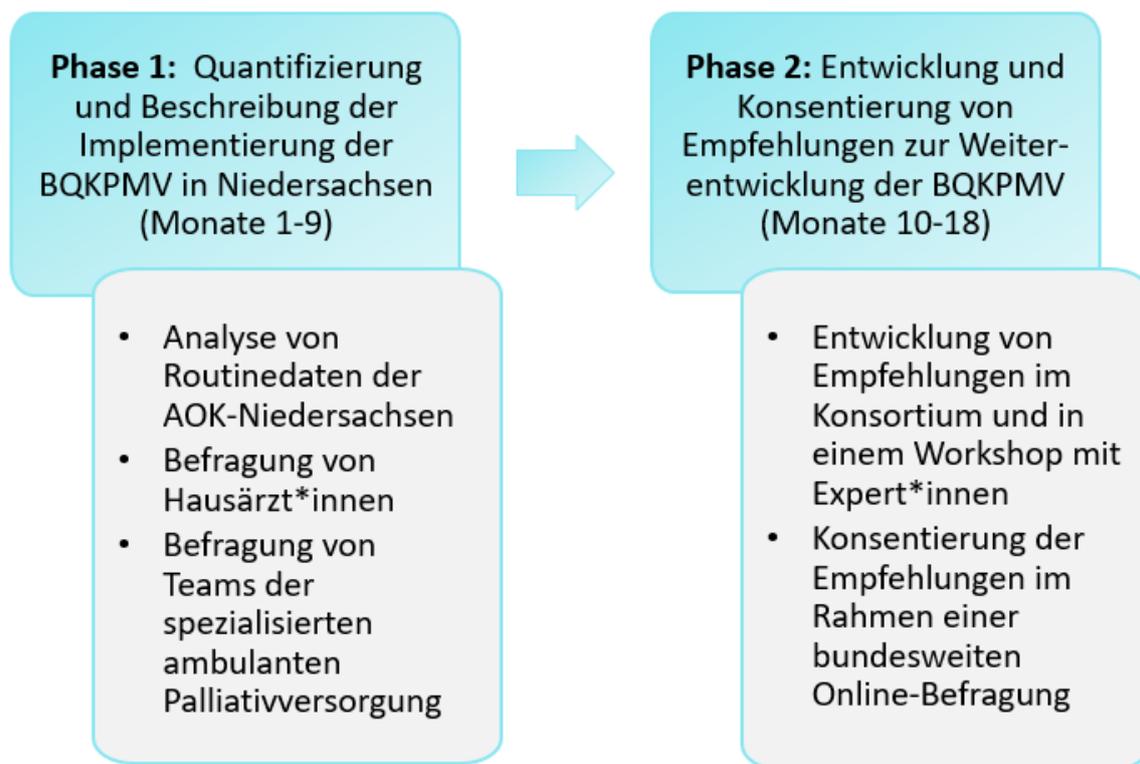
| <b>Aussagen</b>  |                      | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------------------|----------|----------|
| <b>Die BQKPMV spielt in meinem Versorgungsalltag in der SAPV praktisch keine Rolle.</b><br>(N = 21)  | trifft nicht zu      | 2        | 9,5      |
|  | trifft eher nicht zu | 3        | 14,3     |
|  | trifft eher zu       | 2        | 9,5      |
|  | trifft zu            | 13       | 61,9     |
|  | weiß nicht           | 1        | 4,8      |
| <b>Ich weiß nicht, auf welcher Grundlage entschieden wird, ob BQKPMV geleistet oder SAPV verordnet wird.*</b><br>(N = 21)  | trifft nicht zu      | 7        | 33,3     |
|  | trifft eher nicht zu | 4        | 19,0     |
|  | trifft eher zu       | 2        | 9,5      |
|  | trifft zu            | 6        | 28,6     |
|  | weiß nicht           | 2        | 9,5      |
| <b>Ich finde die bestehenden Leistungsausschlüsse zwischen SAPV und BQKPMV unangemessen.</b><br>(N = 20)   | trifft nicht zu      | 2        | 10,0     |
|  | trifft eher nicht zu | 0        | 0,0      |
|  | trifft eher zu       | 2        | 10,0     |
|  | trifft zu            | 11       | 55,0     |
|  | weiß nicht           | 5        | 25,0     |
| <b>Mir ist nicht klar, wie sich der „besondere Versorgungsaufwand“ in der BQKPMV vom „besonders aufwändigen Versorgungsbedarf“ in der SAPV abgrenzt.</b><br>(N = 21) | trifft nicht zu      | 3        | 14,3     |
|  | trifft eher nicht zu | 4        | 19,0     |
|  | trifft eher zu       | 2        | 9,5      |
|  | trifft zu            | 9        | 42,9     |
|  | weiß nicht           | 3        | 14,3     |
| <b>Niedergelassene Ärzt*innen sind für die Erbringung der BQKPMV auf Unterstützung durch ein Team der SAPV Leistungserbringenden angewiesen.</b><br>(N = 21)         | trifft nicht zu      | 3        | 14,3     |
|  | trifft eher nicht zu | 1        | 4,8      |
|  | trifft eher zu       | 0        | 0,0      |
|  | trifft zu            | 15       | 71,4     |
|  | weiß nicht           | 2        | 9,5      |

BQKPMV = besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung,  
SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung, \*Rundungsdifferenzen auf 100%

**Tabelle 6.** Beurteilung der BQKPMV als Versorgungsform (B5; N = 28)

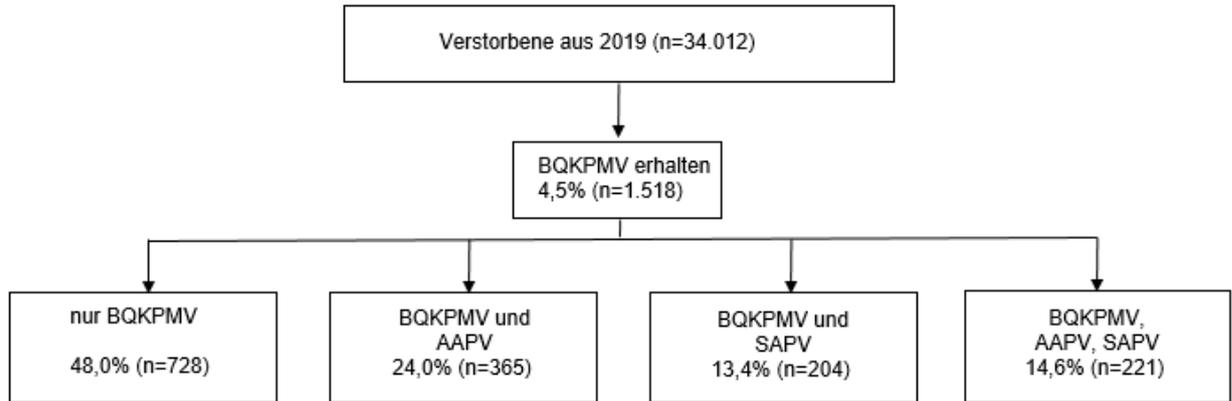
| Mit der BQKPMV...  |                      | n  | %    |
|--|----------------------|----|------|
| <b>...wird dem Versorgungsbedarf von Patient*innen besser begegnet.</b><br>(N = 21)  | trifft nicht zu      | 9  | 42,9 |
|  | trifft eher nicht zu | 3  | 14,3 |
|  | trifft eher zu       | 5  | 23,8 |
|  | trifft zu            | 2  | 9,5  |
|  | weiß nicht           | 2  | 9,5  |
| <b>...wird ein fließender Übergang zwischen ambulanten Formen der Palliativversorgung begünstigt.*</b><br>(N = 21)   | trifft nicht zu      | 10 | 47,6 |
|  | trifft eher nicht zu | 3  | 14,3 |
|  | trifft eher zu       | 4  | 19,0 |
|  | trifft zu            | 2  | 9,5  |
|  | weiß nicht           | 2  | 9,5  |
| <b>...wird sichergestellt, dass die notwendige Koordinierung der beteiligten Akteur*innen in der ambulanten Palliativversorgung geleistet werden kann.</b><br>(N = 21)                               | trifft nicht zu      | 10 | 47,6 |
|  | trifft eher nicht zu | 3  | 14,3 |
|  | trifft eher zu       | 4  | 19,0 |
|  | trifft zu            | 1  | 4,8  |
|  | weiß nicht           | 3  | 14,3 |
| <b>...werden die bestehenden Regelungen der SAPV sinnvoll ergänzt.</b><br>(N = 21)   | trifft nicht zu      | 9  | 42,9 |
|  | trifft eher nicht zu | 5  | 23,8 |
|  | trifft eher zu       | 3  | 14,3 |
|  | trifft zu            | 2  | 9,5  |
|  | weiß nicht           | 2  | 9,5  |
| <b>...wird der aktive Austausch zwischen niedergelassenen Ärzt*innen und anderen Leistungserbringenden in der ambulanten Palliativversorgung gefördert.</b><br>(N = 21)                              | trifft nicht zu      | 10 | 47,6 |
|  | trifft eher nicht zu | 3  | 14,3 |
|  | trifft eher zu       | 2  | 9,5  |
|  | trifft zu            | 3  | 14,3 |
|  | weiß nicht           | 3  | 14,3 |
| <b>...wird Konkurrenzangst zwischen Leistungserbringenden in der ambulanten Palliativversorgung erzeugt.</b><br>(N = 21)   | trifft nicht zu      | 3  | 14,3 |
|  | trifft eher nicht zu | 2  | 9,5  |
|  | trifft eher zu       | 6  | 28,6 |
|  | trifft zu            | 5  | 23,8 |
|  | weiß nicht           | 5  | 23,8 |
| <b>...führt der Ausschluss, dass zur Betreuung im Rahmen der BQKPMV keine kurativen Therapien mehr indiziert und/oder von den Patient*innen gewünscht sein dürfen, zu Problematiken.</b><br>(N = 21) | trifft nicht zu      | 3  | 14,3 |
|  | trifft eher nicht zu | 3  | 14,3 |
|  | trifft eher zu       | 3  | 14,3 |
|  | trifft zu            | 5  | 23,8 |
|  | weiß nicht           | 7  | 33,3 |

BQKPMV = besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung, \*Rundungsdifferenzen auf 100%



**Abbildung 1.** Phasen und Arbeitspakete im Projekt Polite

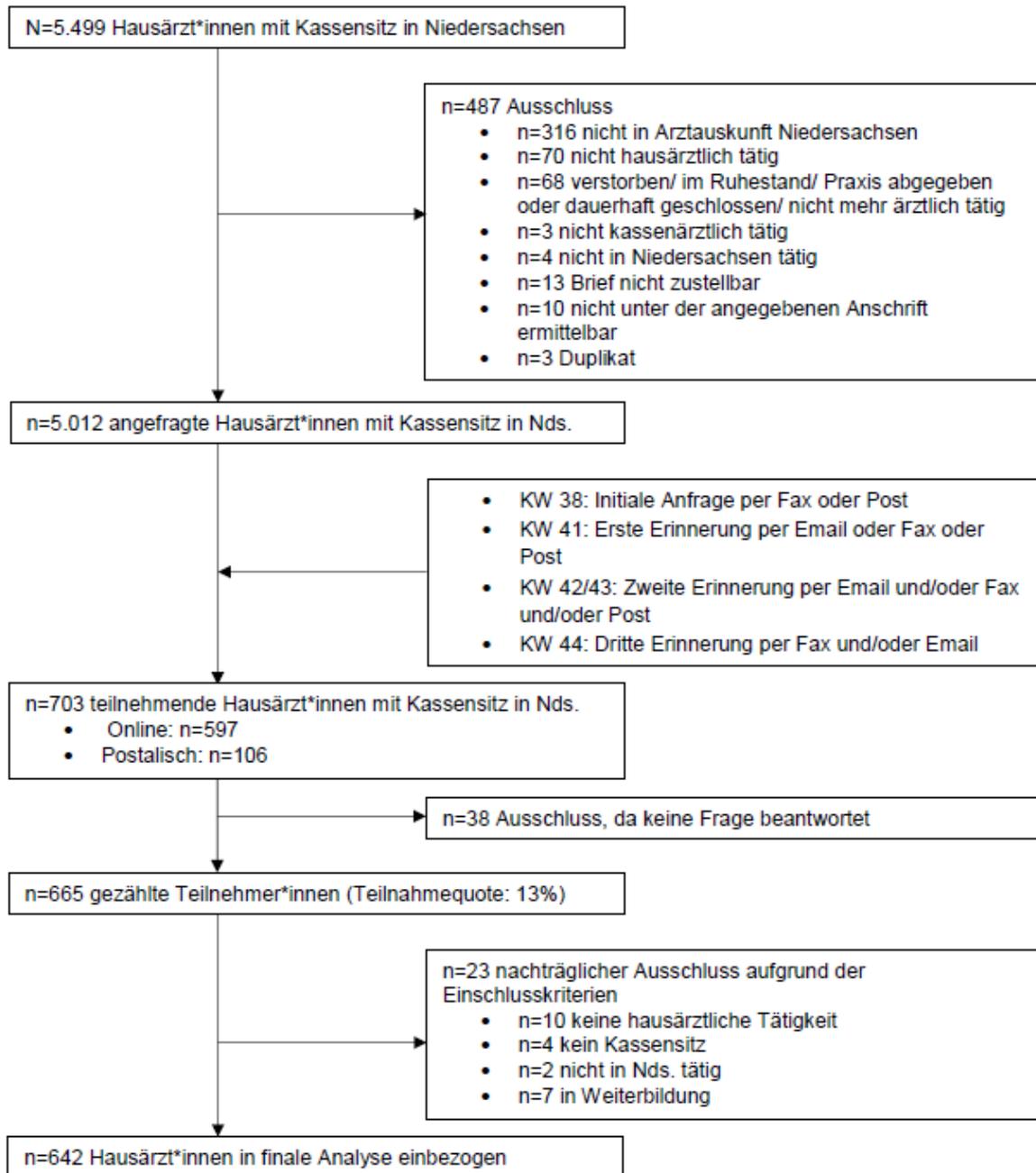
Anhang 2.2: Inanspruchnahme ambulanter Palliativleistungen von verstorbenen Versicherten aus dem Jahr 2019 mit BQKPMV



**Abbildung 2.** Inanspruchnahme ambulanter Palliativleistungen von verstorbenen Versicherten aus dem Jahr 2019 mit BQKPMV

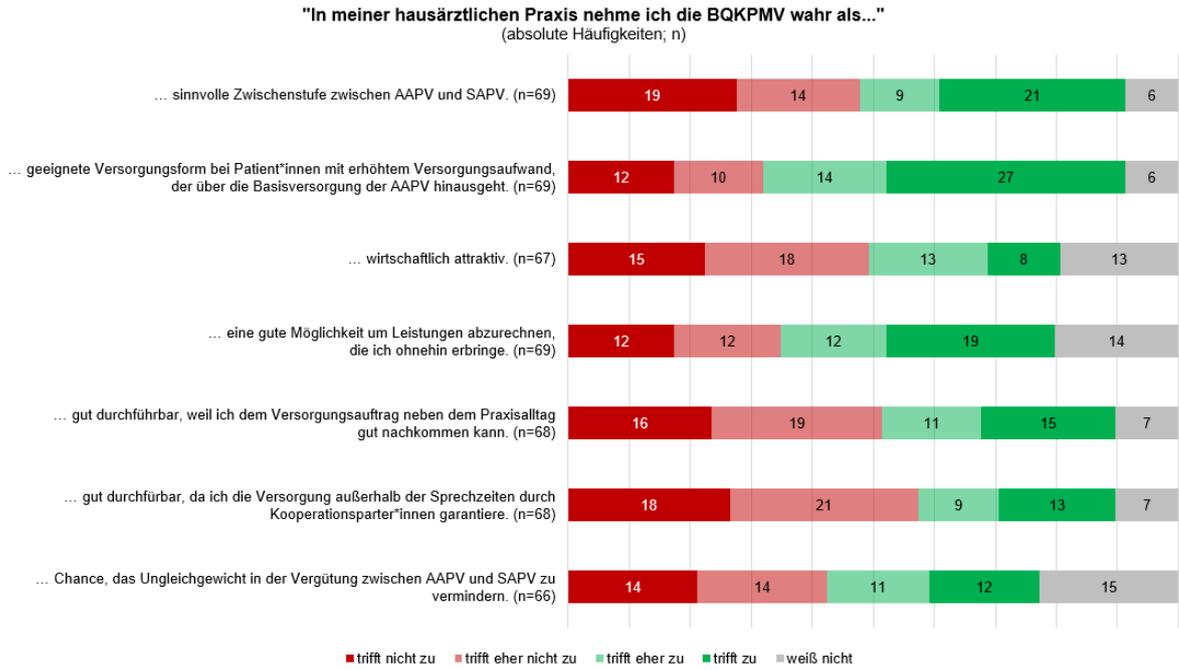
(aus Hemmerling et al. [9])

### Anhang 2.3: Flow Chart zur Befragung von Hausärzt\*innen in Niedersachsen



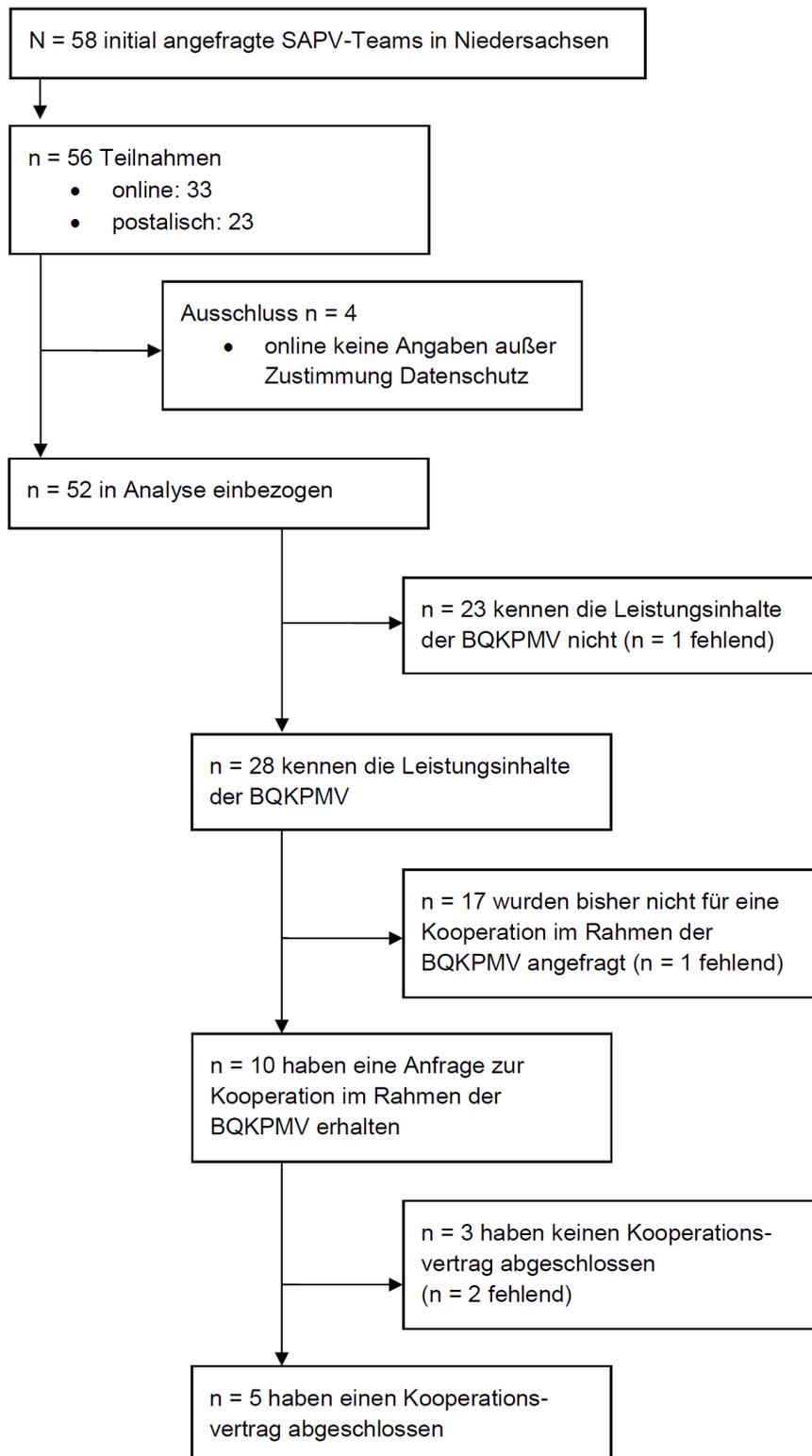
**Abbildung 3.** Flow Chart zur Befragung von Hausärzt\*innen in Niedersachsen (aus Reffke et al. [11])

## Anhang 2.4: Inhaltliche Beurteilung der BQKPMV



**Abbildung 4.** Inhaltliche Beurteilung der BQKPMV  
(adaptiert aus Reffke et al. [11])

## Anhang 2.5: Flow Chart zu den teilnehmenden SAPV-Teams



**Abbildung 1.** Flow Chart zu den teilnehmenden SAPV-Teams  
(aus van Baal et al. [12])

## Anhang 3: Tabellen

### Anhang 3.1: Arztgruppenschlüssel und Gruppenbezeichnungen

**Tabelle 1:** Arztgruppenschlüssel und Gruppenbezeichnungen

| <b>Arztgruppenschlüssel</b>                        | <b>Gruppenbezeichnung</b> |
|--|---------------------------|
| 01, 02, 03   | Hausärztin/ Hausarzt      |
| 27   | Hämatologie/ Onkologie    |
| alle Arztgruppenschlüssel außer 01, 02, 03 und 27  | weitere Fachrichtung      |
| Der Arzt/ die Ärztin hat mehr als eine Fachgruppe. | mehrere Fachgruppen       |

**Tabelle 2: EBM Abrechnungsziffern**

| <b>EBM Ziffern: Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV)</b>                                     |   |
|---|---|
| 03370   | Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungsplan  |
| 03371   | Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis   |
| 03372   | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen (GOPen) 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit   |
| 03373   | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit  |
| <b>EBM Ziffern: Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)</b>                                 |   |
| 01425   | Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung   |
| 01426   | Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung  |
| <b>EBM Ziffern: Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV)</b> |   |
| 37300   | Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan  |
| 37302   | Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt   |
| 37305   | Zuschlag zu den GOPen 01410 und 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit   |
| 37306   | Zuschlag zu den GOPen 01411, 01412 und 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit  |
| 37314   | Konsiliarische Erörterung Arzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin   |
| 37317   | Zuschlag zur GOP 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen  |
| 37318   | Telefonische Beratung   |
| 37320   | Fallkonferenz gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä   |
| <b>EBM Ziffer: Leistungen der Onkologie – Vereinbarung</b>  |   |
| 86518   | Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie- Vereinbarung“, einmal je Behandlungsfall |
|   | <i>Die EBM Ziffern für SAPV stellen Verordnungen dar.</i>   |

**Tabelle 3:** Instrumente in der Datenerhebung (AP1a-c und AP2a/b)

| <b>Arbeitspaket</b> | <b>Bezeichnung</b>                         | <b>Instrumente</b>   |
|---------------------|--|--|
| 1a                  | Analyse von Routinedaten der AOK-N         | Inanspruchnahme ambulanter Palliativleistungen   |
|                     |  | Morbidität verstorbener Versicherter   |
|                     |  | Abrechnende Ärzt*innen   |
| 1b                  | Analyse hausärztlichen Befragungsdaten     | Fragebogen (Anzahl und Charakteristika von Vertrags-Ärzt*innen, Verlauf von Zulassungen und Ablehnungen) |
| 1c                  | Analyse von Befragungsdaten von SAPV-Teams | Fragebogen (Arbeit an der Schnittstelle zwischen SAPV und BQKPMV, Versorgungsmodelle, Kooperationen)     |
| 2a                  | Expert*innen-Workshop                      | Unterlagen zur Vorbereitung auf den Workshop   |
|                     |  | Online-Präsentation als Diskussionsgrundlage   |
| 2b                  | Delphi- Befragung                          | Fragebogen Delphi-Befragung – Runde 1  |
|                     |  | Fragebogen Delphi-Befragung – Runde 2  |
|                     |  | Fragebogen Delphi-Befragung – Runde 3  |

**Tabelle 4:** Ergebnisse der Hausärztlichen Befragung

| BQKPMV- Inhaltliche Beurteilung  |              | n  | %    |
|--|--------------|----|------|
| <b>Bitte bewerten Sie wie häufig die folgenden Aspekte für Sie im Kontext der BQKPMV ausschlaggebend sind.</b> |              |    |      |
| Es liegt eine unheilbare, weit fortgeschrittene Erkrankung vor.<br>(N = 73)                                    | nie          | 3  | 4,1  |
|  | selten       | 2  | 2,7  |
|  | gelegentlich | 2  | 2,7  |
|  | oft          | 25 | 34,2 |
|  | immer        | 35 | 47,9 |
|  | weiß nicht   | 6  | 8,2  |
| AAPV ist als Basisversorgung nicht ausreichend.<br>(N = 72)  | nie          | 4  | 5,6  |
|  | selten       | 8  | 11,1 |
|  | gelegentlich | 9  | 12,5 |
|  | oft          | 24 | 33,3 |
|  | immer        | 17 | 23,6 |
|  | weiß nicht   | 10 | 13,9 |
| Es besteht (noch) keine Indikation für SAPV.<br>(N = 71)   | nie          | 9  | 12,7 |
|  | selten       | 10 | 14,1 |
|  | gelegentlich | 12 | 16,9 |
|  | oft          | 17 | 23,9 |
|  | immer        | 15 | 21,1 |
|  | weiß nicht   | 8  | 11,3 |
| Die Koordination der Versorgung ist besonders aufwendig.<br>(N = 71)   | nie          | 4  | 5,6  |
|  | selten       | 1  | 1,4  |
|  | gelegentlich | 8  | 11,3 |
|  | Oft          | 35 | 49,3 |
|  | immer        | 15 | 21,1 |
|  | weiß nicht   | 8  | 11,3 |
| Die Symptomlast der Patient*innen ist hoch.<br>(N = 70)  | nie          | 4  | 5,7  |
|  | selten       | 2  | 2,9  |
|  | gelegentlich | 7  | 10,0 |
|  | oft          | 34 | 48,6 |
|  | immer        | 17 | 24,3 |
|  | weiß nicht   | 6  | 8,6  |
| Die Patient*innen sind stark pflege-/hilfsbedürftig.<br>(N = 71)   | nie          | 4  | 5,6  |
|  | selten       | 3  | 4,2  |
|  | gelegentlich | 6  | 8,5  |
|  | oft          | 40 | 56,3 |
|  | immer        | 11 | 15,5 |
|  | weiß nicht   | 7  | 9,9  |
| Angehörige der Patient*innen benötigen viel Unterstützung/ Beratung.<br>(N = 71)                               | nie          | 4  | 5,6  |
|  | selten       | 1  | 1,4  |

|   |                      |    |      |
|---|----------------------|----|------|
|   | gelegentlich         | 7  | 9,9  |
|   | oft                  | 34 | 47,9 |
|   | immer                | 19 | 26,8 |
|   | weiß nicht           | 6  | 8,5  |
| Die Patient*innen wünschen eine intensive palliative Betreuung.<br>(N = 71)                           | nie                  | 4  | 5,6  |
|   | selten               | 4  | 5,6  |
|   | gelegentlich         | 8  | 11,3 |
|   | oft                  | 31 | 43,7 |
|   | immer                | 16 | 22,5 |
|   | weiß nicht           | 8  | 11,3 |
| Kurative Therapien der Grunderkrankung sind nicht indiziert/gewünscht.<br>(N = 71)                    | nie                  | 4  | 5,6  |
|   | selten               | 7  | 9,9  |
|   | gelegentlich         | 16 | 22,5 |
|   | oft                  | 19 | 26,8 |
|   | immer                | 17 | 23,9 |
|   | weiß nicht           | 8  | 11,3 |
| Die Patient*innen befinden sich in der Sterbephase.<br>(N = 71)                                       | nie                  | 6  | 8,5  |
|   | selten               | 1  | 1,4  |
|   | gelegentlich         | 15 | 21,1 |
|   | oft                  | 31 | 43,7 |
|   | immer                | 9  | 12,7 |
|   | weiß nicht           | 9  | 12,7 |
| Die Patient*innen brauchen die Sicherheit, 24h jemanden erreichen zu können<br>(N = 71)               | nie                  | 5  | 7,0  |
|   | selten               | 1  | 1,4  |
|   | gelegentlich         | 24 | 33,8 |
|   | oft                  | 34 | 47,9 |
|   | immer                | 7  | 9,9  |
|   | weiß nicht           | 5  | 7,0  |
| <b>Bitte geben Sie zu den folgenden Aussagen an, inwiefern diese aus Ihrer Sicht zutreffend sind.</b> |                      |    |      |
| <b>Aus meiner Sicht wird durch die BQKPMV...</b>  |                      |    |      |
| die Versorgung von Patient*innen in der letzten Lebensphase verbessert.<br>(N = 70)                   | trifft nicht zu      | 9  | 12,9 |
|   | trifft eher nicht zu | 8  | 11,4 |
|   | trifft eher zu       | 14 | 20,0 |
|   | trifft zu            | 32 | 45,7 |
|   | weiß nicht           | 7  | 10,0 |
| die ambulante Palliativversorgung gestärkt.<br>(N = 70)   | trifft nicht zu      | 10 | 14,3 |
|   | trifft eher nicht zu | 12 | 17,1 |
|   | trifft eher zu       | 12 | 17,1 |
|   | trifft zu            | 32 | 45,7 |
|   | weiß nicht           | 4  | 5,7  |
| das Sterben in einer selbstbestimmten Umgebung ermöglicht.  | trifft nicht zu      | 9  | 12,9 |

|  |                      |    |      |
|--|----------------------|----|------|
| (N = 70)   | trifft eher nicht zu | 8  | 11,4 |
|  | trifft eher zu       | 15 | 21,4 |
|  | trifft zu            | 31 | 44,3 |
|  | weiß nicht           | 7  | 10,0 |
| ein sinnvolles Angebot zur Koordination der palliativen Versorgung etabliert.<br>(N = 70)  | trifft nicht zu      | 12 | 17,1 |
|  | trifft eher nicht zu | 11 | 15,7 |
|  | trifft eher zu       | 14 | 20,0 |
|  | trifft zu            | 26 | 37,1 |
|  | weiß nicht           | 7  | 10,0 |
| die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen gestärkt.<br>(N = 70)   | trifft nicht zu      | 10 | 14,3 |
|  | trifft eher nicht zu | 12 | 17,1 |
|  | trifft eher zu       | 17 | 24,3 |
|  | trifft zu            | 23 | 32,9 |
|  | weiß nicht           | 8  | 11,4 |
| dem Versorgungsbedarf von Patient*innen besser begegnet.<br>(N = 69)   | trifft nicht zu      | 10 | 14,5 |
|  | trifft eher nicht zu | 10 | 14,5 |
|  | trifft eher zu       | 17 | 24,6 |
|  | trifft zu            | 25 | 36,2 |
|  | weiß nicht           | 7  | 10,1 |
| die ambulante hausärztliche Betreuung und Begleitung bis an das Lebensende ermöglicht.<br>(N = 70)   | trifft nicht zu      | 8  | 11,4 |
|  | trifft eher nicht zu | 13 | 18,6 |
|  | trifft eher zu       | 14 | 20,0 |
|  | trifft zu            | 30 | 42,9 |
|  | weiß nicht           | 5  | 7,1  |
| eine leistungsgerechte Vergütung geschaffen.<br>(N = 70)   | trifft nicht zu      | 15 | 21,7 |
|  | trifft eher nicht zu | 15 | 21,7 |
|  | trifft eher zu       | 15 | 21,7 |
|  | trifft zu            | 13 | 18,8 |
|  | weiß nicht           | 11 | 15,9 |
| <b>In meiner hausärztlichen Praxis nehme ich die BQKPMV wahr als...</b>  |                      |    |      |
| sinnvolle Zwischenstufe zwischen AAPV und SAPV.<br>(N = 69)  | trifft nicht zu      | 19 | 27,5 |
|  | trifft eher nicht zu | 14 | 20,3 |
|  | trifft eher zu       | 9  | 13,0 |
|  | trifft zu            | 21 | 30,4 |
|  | weiß nicht           | 6  | 8,7  |
| geeignete Versorgungsform bei Patient*innen mit erhöhtem Versorgungsaufwand, der über die Basisversorgung der AAPV hinausgeht.<br>(N = 69) | trifft nicht zu      | 12 | 17,4 |
|  | trifft eher nicht zu | 10 | 14,5 |
|  | trifft eher zu       | 14 | 20,3 |
|  | trifft zu            | 27 | 39,1 |
|  | weiß nicht           | 6  | 8,7  |
| wirtschaftlich attraktiv.  | trifft nicht zu      | 15 | 22,4 |

|  |                      |    |      |
|--|----------------------|----|------|
| (N = 69)   | trifft eher nicht zu | 18 | 26,9 |
|  | trifft eher zu       | 13 | 19,4 |
|  | trifft zu            | 8  | 11,9 |
|  | weiß nicht           | 13 | 19,4 |
| eine gute Möglichkeit um Leistungen abzurechnen, die ich ohnehin erbringe.<br>(N = 69)                                     | trifft nicht zu      | 12 | 17,4 |
|  | trifft eher nicht zu | 12 | 17,4 |
|  | trifft eher zu       | 12 | 17,4 |
|  | trifft zu            | 19 | 27,5 |
|  | weiß nicht           | 14 | 20,3 |
| gut durchführbar, weil ich dem Versorgungsauftrag neben dem Praxisalltag gut nachkommen kann.<br>(N = 69)                  | trifft nicht zu      | 16 | 23,5 |
|  | trifft eher nicht zu | 19 | 27,9 |
|  | trifft eher zu       | 11 | 16,2 |
|  | trifft zu            | 15 | 22,1 |
|  | weiß nicht           | 7  | 10,3 |
| gut durchführbar, da ich die Versorgung außerhalb der Sprechzeiten durch Kooperationspartner*innen garantiere.<br>(N = 69) | trifft nicht zu      | 18 | 26,5 |
|  | trifft eher nicht zu | 21 | 30,9 |
|  | trifft eher zu       | 9  | 13,2 |
|  | trifft zu            | 13 | 19,1 |
|  | weiß nicht           | 7  | 10,3 |
| Chance, das Ungleichgewicht in der Vergütung zwischen AAPV und SAPV zu vermindern.<br>(N = 69)                             | trifft nicht zu      | 14 | 21,2 |
|  | trifft eher nicht zu | 14 | 21,2 |
|  | trifft eher zu       | 11 | 16,7 |
|  | trifft zu            | 12 | 18,2 |
|  | weiß nicht           | 15 | 22,7 |

**Tabelle 5:** Jahresvergleich der in 2017 und 2019 verstorbenen Versicherten der AOKN

(adaptiert aus Hemmerling et al. [10])

|   |  | <b>Verstorbene<br/>aus 2017<br/>(N = 34.506)</b> | <b>Verstorbene<br/>aus 2019<br/>(N = 34.012)</b> |
|---|--|--|--|
| <b>Ambulante<br/>Palliativleistungen<br/>erhalten</b> | Anteil mit ambulanter<br>Palliativleistung | 30,0%  | 30,5%  |
|   | BQKPMV                                     | nicht<br>zutreffend <sup>2</sup>                 | 4,5%   |
|   | AAPV*                                      | 26,1%  | 23,6%  |
|   | SAPV*                                      | 8,8%   | 10,0%  |
|   | Onkologie Vereinbarung                     | 1,7%   | 1,8%   |
| <b>Weitere<br/>Palliativleistungen<br/>erhalten</b>   | Stationäre Hospizleistung                  | 2,4%   | 2,6%   |
|   | Stationäre Palliativleistung               | 6,4%   | 6,4%   |
| <b>Alter bei Versterben<br/>(in Jahren)</b>           | Mittelwert                                 | 79,40  | 79,46  |
|   | SD±  | 12,70  | 12,80  |
| <b>Geschlecht</b>                                     | weiblich                                   | 53,1%  | 52,8%  |
|   | männlich                                   | 46,9%  | 47,2%  |
| <b>Pflegegrad<sup>1*</sup></b>                        | kein Pflegegrad                            | 20,9%  | 19,2%  |
|   | 1  | 0,6%   | 1,4%   |
|   | 2  | 16,1%  | 15,0%  |
|   | 3  | 18,0%  | 19,1%  |
|   | 4  | 23,9%  | 25,8%  |
|   | 5  | 19,4%  | 19,5%  |
| <b>Erkrankungen<sup>3</sup></b>                       | Demenzielle Erkrankungen*                  | 36,0%  | 34,4%  |
|   | Diabetes                                   | 39,7%  | 39,2%  |
|   | Hypertonie                                 | 83,0%  | 83,5%  |
|   | KHK*                                       | 37,6%  | 36,4%  |
|   | Herzinsuffizienz*                          | 49,8%  | 48,7%  |
|   | Asthma                                     | 6,4%   | 6,5%   |
|   | COPD*                                      | 25,1%  | 24,4%  |
|   | Depression                                 | 26,2%  | 26,5%  |
|   | Niereninsuffizienz                         | 49,9%  | 51,1%  |
|   | Solide Tumore                              | 30,7%  | 31,1%  |
|   | Metastasierende Tumore                     | 16,8%  | 16,8%  |
|   | lymphatische, blutbildende<br>Tumore       | 3,5%   | 3,7%   |
|   | Parkinson                                  | 5,4%   | 5,3%   |
|   | Herzinfarkt*                               | 6,5%   | 5,5%   |
| Schlaganfall*   | 8,3%                                       | 7,7%   |  |

|  |                                     |       |       |
|--|-------------------------------------|-------|-------|
| <b>Krankenhausaufenthalt<br/>im letzten Lebensjahr</b> | Anteil mit<br>Krankenhausaufenthalt | 82,0% | 81,7% |
|  | Im Krankenhaus verstorben*          | 44,8% | 44,0% |

\* signifikanter Unterschied im Jahresvergleich,  $p \leq 0,05$

<sup>1</sup> bei n = 141 (0,4%; 2019) und n = 369 (1,1%; 2017) Versicherten keine Angabe zur Pflegestufe vorhanden

<sup>2</sup> Leistungen der BQKPMV können erst seit dem 4. Quartal 2017 abgerechnet werden

<sup>3</sup> ICD Schlüssel der Erkrankungsgruppen: Demenzielle Erkrankungen (F00, F01, F03, G30), Diabetes (E10-E14), Hypertonie (I10-I15), KHK (I25), Herzinsuffizienz (I50), Asthma (J45), COPD (J44), Depression (F32, F33), Niereninsuffizienz (N17-N19), Solide Tumore (C00 – C76, C80 ohne C44), Metastasierende Tumore (C77, C78, C79), lymphatische, blutbildende Tumore (C81-C96), Parkinson (G20), Herzinfarkt (I21, I22), Schlaganfall (I60-I64)

Anhang 3.6: Demografische Daten zu den teilnehmenden Hausärzt\*innen

**Tabelle 6:** Demografische Daten zu den teilnehmenden Hausärzt\*innen  
(adaptiert aus Reffke et al. [11])

| Merkmal/Variable                        |                                      | n    | %    |      |
|---|--------------------------------------|------|------|------|
| <b>Geschlecht</b><br>(n=627)            | Weiblich                             | 295  | 47,1 |      |
|   | Männlich                             | 330  | 52,6 |      |
|   | Divers                               | 2    | 0,3  |      |
| <b>Facharzt/Fachärztin</b><br>(n=627)   | Allgemeinmedizin                     | ja   | 465  | 74,2 |
|   |                                      | nein | 162  | 25,8 |
|   | Innere Medizin                       | ja   | 174  | 27,8 |
|   |                                      | nein | 453  | 72,2 |
|   | Andere                               | ja   | 71   | 11,3 |
|   |                                      | nein | 555  | 88,7 |
| <b>Praxisform</b><br>(n=626)            | Einzelpraxis                         | 233  | 37,2 |      |
|   | Gemeinschaftspraxis                  | 327  | 52,2 |      |
|   | Praxisgemeinschaft                   | 38   | 6,1  |      |
|   | Medizinisches Versorgungszentrum     | 28   | 4,5  |      |
| <b>Anstellungsverhältnis</b><br>(n=624) | Ja                                   | 87   | 13,9 |      |
|   | Nein                                 | 537  | 86,1 |      |
| <b>Versorgungsregion</b><br>(n=626)     | Ländlich (<=5.000 EW)                | 160  | 25,6 |      |
|   | Kleinstädtisch (5.000-<20.000 EW)    | 194  | 31   |      |
|   | Mittelstädtisch (20.000-<100.000 EW) | 154  | 24,6 |      |
|   | Großstädtisch (≥100.000 EW)          | 118  | 18,8 |      |

EW = Einwohner\*innen

**Tabelle 7:** Demografische Angaben zu den teilnehmenden SAPV-Teams

(aus van Baal et al. [12])

| <b>Merkmal der SAPV-Teams, n=52</b>  |                                      | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|--------------------------------------|----------|----------|
| <b>Geschlecht</b><br>(N = 50)  | Weiblich                             | 39       | 78,0     |
|  | Männlich                             | 11       | 22,0     |
|  | Divers                               | 0        | 0,0      |
| <b>Leitungsposition</b><br>(N = 49)  | Ja                                   | 40       | 81,6     |
|  | Nein                                 | 9        | 18,4     |
| <b>Zusatzweiterbildung Palliative Care/<br/>Zusatzbezeichnung Palliativmedizin</b><br>(N =50 ) | Ja                                   | 48       | 96,0     |
|  | Nein                                 | 1        | 2,0      |
|  | Nicht zutreffend                     | 1        | 2,0      |
| <b>Einzugsgebiet</b><br>(N = 50)   | Ländlich (<5.000 EW)                 | 9        | 18,0     |
|  | Kleinstädtisch (5000-<20.000 EW)     | 9        | 18,0     |
|  | Mittelstädtisch (20.000-<100.000 EW) | 16       | 32,0     |
|  | Großstädtisch (≥100.000 EW)          | 16       | 32,0     |

EW = Einwohner\*innen

Anhang 3.8: Beurteilung der BQKPMV als Versorgungsform (N = 28)

**Tabelle 8:** Beurteilung der BQKPMV als Versorgungsform (N = 28)

(aus van Baal et al. [12])

| Mit der BQKPMV...   |                      | n  | %    |
|---|----------------------|----|------|
| <b>...wird dem Versorgungsbedarf von Patient*innen besser begegnet. (N = 21)</b>  | trifft nicht zu      | 9  | 42,9 |
|   | trifft eher nicht zu | 3  | 14,3 |
|   | trifft eher zu       | 5  | 23,8 |
|   | trifft zu            | 2  | 9,5  |
|   | weiß nicht           | 2  | 9,5  |
| <b>...wird ein fließender Übergang zwischen ambulanten Formen der Palliativversorgung begünstigt.* (N = 21)</b>   | trifft nicht zu      | 10 | 47,6 |
|   | trifft eher nicht zu | 3  | 14,3 |
|   | trifft eher zu       | 4  | 19,0 |
|   | trifft zu            | 2  | 9,5  |
|   | weiß nicht           | 2  | 9,5  |
| <b>...wird sichergestellt, dass die notwendige Koordinierung der beteiligten Akteur*innen in der ambulanten Palliativversorgung geleistet werden kann. (N = 21)</b>                               | trifft nicht zu      | 10 | 47,6 |
|   | trifft eher nicht zu | 3  | 14,3 |
|   | trifft eher zu       | 4  | 19,0 |
|   | trifft zu            | 1  | 4,8  |
|   | weiß nicht           | 3  | 14,3 |
| <b>...werden die bestehenden Regelungen der SAPV sinnvoll ergänzt. (N = 21)</b>   | trifft nicht zu      | 9  | 42,9 |
|   | trifft eher nicht zu | 5  | 23,8 |
|   | trifft eher zu       | 3  | 14,3 |
|   | trifft zu            | 2  | 9,5  |
|   | weiß nicht           | 2  | 9,5  |
| <b>...wird der aktive Austausch zwischen niedergelassenen Ärzt*innen und anderen Leistungserbringenden in der ambulanten Palliativversorgung gefördert. (N = 21)</b>                              | trifft nicht zu      | 10 | 47,6 |
|   | trifft eher nicht zu | 3  | 14,3 |
|   | trifft eher zu       | 2  | 9,5  |
|   | trifft zu            | 3  | 14,3 |
|   | weiß nicht           | 3  | 14,3 |
| <b>...wird Konkurrenzangst zwischen Leistungserbringenden in der ambulanten Palliativversorgung erzeugt. (N = 21)</b>   | trifft nicht zu      | 3  | 14,3 |
|   | trifft eher nicht zu | 2  | 9,5  |
|   | trifft eher zu       | 6  | 28,6 |
|   | trifft zu            | 5  | 23,8 |
|   | weiß nicht           | 5  | 23,8 |
| <b>...führt der Ausschluss, dass zur Betreuung im Rahmen der BQKPMV keine kurativen Therapien mehr indiziert und/oder von den Patient*innen gewünscht sein dürfen, zu Problematiken. (N = 21)</b> | trifft nicht zu      | 3  | 14,3 |
|   | trifft eher nicht zu | 3  | 14,3 |
|   | trifft eher zu       | 3  | 14,3 |
|   | trifft zu            | 5  | 23,8 |
|   | weiß nicht           | 7  | 33,3 |

BQKPMV = besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung, \*Rundungsdifferenzen auf 100%

## Anhang 3.9: Soziodemographische Angaben der Expert\*innen in der Delphi-Befragung

**Tabelle 9:** Soziodemographische Angaben der Expert\*innen in der Delphi-Befragung

(aus van Baal et al. [13])

| <b>Merkmal</b>  |  | <b>n</b> | <b>%</b> |
|---|--|----------|----------|
| <b>Geschlecht</b>   | Weiblich   | 13       | 43,3     |
|   | Männlich   | 17       | 56,7     |
|   | Divers   | 0        | 0,0      |
| <b>Berufsgruppe</b>   | Hausarzt/Hausärztin<br>(ohne Zusatzbezeichnung Palliativmedizin) | 2        | 6,7      |
|   | Hausarzt/Hausärztin<br>(mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin)  | 11       | 36,7     |
|   | Pflegefachkraft  | 1        | 3,3      |
|   | Wissenschaftler*in   | 4        | 13,3     |
|   | Verwaltungsangestellte*r   | 5        | 16,7     |
|   | Sozialarbeiter*in  | 1        | 3,3      |
|   | Sonstige (z.B. Palliativmediziner*in,<br>Verbandvorsitzende)     | 6        | 20,0     |
| <b>Zusatzweiterbildung/<br/>bezeichnung Palliative Care/<br/>Palliativmedizin</b> | Ja   | 11       | 36,7     |
|   | Nein   | 2        | 6,7      |
|   | Nicht zutreffend   | 17       | 56,6     |
| <b>Tätigkeitsbereich</b>  | Hausärztliche Versorgung (Inhaber*in)                            | 9        | 30,0     |
|   | SAPV Team  | 6        | 20,0     |
|   | Forschung  | 5        | 16,7     |
|   | Kostenträger   | 3        | 10,0     |
|   | Fachgesellschaft/ Verband  | 4        | 13,3     |
|   | Hausärztliche Versorgung (Anstellung)                            | 1        | 3,3      |
|   | Sonstiges  | 2        | 6,7      |

**Tabelle 10:** Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV (Runde 1)

| Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV (N=43)  | Zustimmung<br>Deutlichkeit % | Zustimmung<br>Relevanz % | Entscheidung<br>✓ → ⊗ |
|---|------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <b>1. Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV</b>  |                              |                          |                       |
| Der Gesetzgeber sollte die Bezeichnung "Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV)" ändern.   | 75,0                         | 63,6                     | →                     |
| Die Medien der Niedergelassenen, z.B. der Hausärzteverband und die DEGAM, sollten zur Steigerung der Bekanntheit der BQKPMV verstärkt über diese Versorgungsform informieren (u.a. in Publikationen und auf Kongressen).  | 86,0                         | 74,5                     | →                     |
| Die Medien der Niedergelassenen sollten den Leistungsumfang und die Rahmenbedingungen der BQKPMV erläutern.   | 88,4                         | 79,1                     | ✓ aber →              |
| Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollte ein FAQ zur BQKPMV entwickeln und für Hausärzt*innen zugänglich machen, in dem konkret die praktische Umsetzung der BQKPMV und ihre Vorteile geschildert werden (Bsp. KV-Bayern).  | 90,7                         | 72,1                     | →                     |
| Alle Beteiligten sollten in der Kommunikation zur BQKPMV deutlich machen, dass es sich bei den EBM-Ziffern um Einzelleistungen handelt, die einzeln erbracht werden können und nicht um ein Gesamtpaket – das bezieht auch die 24h-Erreichbarkeit mit ein, die erbracht werden kann, aber nicht muss. | 83,7                         | 76,7                     | ✓                     |
| Hausärzt*innen sollten BQKPMV-Leistungen frühzeitig im Versorgungsverlauf initiieren.   | 76,8                         | 67,4                     | →                     |
| <b>2. Rahmenbedingungen der BQKPMV</b>  |                              |                          |                       |
| Der Gesetzgeber sollte die Qualifikationsvoraussetzungen für Hausärzt*innen in der Vereinbarung anpassen.   | 46,6                         | 44,2                     | →                     |
| Der Gesetzgeber sollte die geforderten regelmäßigen palliativmedizinischen Fortbildungen im Umfang von 8 Fortbildungspunkten pro Jahr anpassen.   | 41,8                         | 46,5                     | →                     |
| Der Gesetzgeber sollte die Höhe der Vergütung für Leistungen der BQKPMV anpassen.   | 62,8                         | 58,1                     | →                     |
| Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband sollten Leistungen der BQKPMV weiterhin extrabudgetär vergüten. (N=42)   | 90,4                         | 85,7                     | ✓                     |

| <b>3. Abgrenzung der Versorgungsformen</b>   |      |      |   |
|--|------|------|---|
| Fachgesellschaften, Verbände, Leistungserbringende, Wissenschaftler*innen sollten die BQKPMV in der Kommunikation als Teil/Erweiterung der AAPV darstellen und nicht als eigenständige, neue Versorgungsform (und nicht als dreistufiges Modell). (N=42) | 78,5 | 80,9 | ✓ |
| Der Gesetzgeber sollte in der Vereinbarung zur BQKPMV in einem einleitenden Satz präzisieren, dass die BQKPMV ein Teil der AAPV ist. (N=42)  | 85,7 | 83,3 | ✓ |
| Der Gesetzgeber sollte die Merkmale der Patient*innengruppe, für die die BQKPMV in Frage kommt, deutlicher definieren (z.B. bezüglich der Indikation kurativer Therapien). (N=42)  | 78,6 | 76,2 | ✓ |
| Der Gesetzgeber sollte die Regelungen zum Nebeneinander der verschiedenen Versorgungsformen in der ambulanten Palliativversorgung (z.B. Leistungsausschluss zwischen BQKPMV und SAPV) in der Vereinbarung anpassen. (N=42)                               | 76,2 | 66,6 | → |
| <b>4. Zusammenarbeit an den Schnittstellen</b>   |      |      |   |
| Der Gesetzgeber sollte in der Vereinbarung explizit begründen, dass die geforderten Kooperationen z.B. zwischen Hausärzt*innen und SAPV-Teams notwendig sind, um einen fließenden Übergang zwischen den Versorgungsformen zu begünstigen. (N=42)         | 85,7 | 78,6 | ✓ |
| Der Gesetzgeber sollte in der Vereinbarung explizit vorsehen, dass einzelne BQKPMV-Leistungen an palliativmedizinisch weitergebildete Medizinische Fachangestellte delegiert werden können. (N=42)   | 73,8 | 71,5 | → |
| Der Gesetzgeber sollte definieren, welche Qualifizierungsanforderungen für Medizinische Fachangestellte gelten, um spezifische BQKPMV-Leistungen übernehmen zu können. (N=42)  | 78,5 | 78,5 | ✓ |
| Der Gesetzgeber sollte in der Vereinbarung explizit vorsehen/darüber diskutieren, dass einzelne BQKPMV-Leistungen an SAPV-Teams delegiert werden können. (N=42)  | 64,3 | 54,8 | → |
| Der Gesetzgeber sollte in der Vereinbarung explizit begründen, dass die geforderten Kooperationen z.B. zwischen Hausärzt*innen und SAPV-Teams notwendig sind, um einen fließenden Übergang zwischen den Versorgungsformen zu begünstigen. (N=42)         | 85,7 | 78,6 | ✓ |
| Der Gesetzgeber sollte in der Vereinbarung explizit vorsehen, dass einzelne BQKPMV-Leistungen an palliativmedizinisch weitergebildete Medizinische Fachangestellte delegiert werden können. (N=42)   | 73,8 | 71,5 | → |
| Der Gesetzgeber sollte definieren, welche Qualifizierungsanforderungen für Medizinische Fachangestellte gelten, um spezifische BQKPMV-Leistungen übernehmen zu können. (N=42)  | 78,5 | 78,5 | ✓ |
| Der Gesetzgeber sollte in der Vereinbarung explizit vorsehen/darüber diskutieren, dass einzelne BQKPMV-Leistungen an SAPV-Teams delegiert werden können. (N=42)  | 64,3 | 54,8 | → |

BQKPMV = besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung,

✓ mit finalem Konsens angenommen, → nach Änderung in Runde 2 integriert, ⊗ wurde entfernt/nicht mitgenommen

**Tabelle 11:** Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV (Runde 2)

| Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV (N=31)   | Zustimmung<br>Deutlichkeit % | Zustimmung<br>Relevanz % | Entscheidung<br>✓ → ⊗ |
|--|------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <b>1. Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV</b>   |                              |                          |                       |
| Die Bezeichnung "Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV)" sollte in "Allgemeine Ambulante Palliativversorgung +" (AAPV+) geändert werden.   | 71,0                         | 58,1                     | ⊗                     |
| Die Bezeichnung "Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV)" sollte <u>nicht</u> geändert werden.  | 51,6                         | 35,5                     | ⊗                     |
| Medien mit Reichweite unter Hausärzt*innen sollten verstärkt über die BQKPMV informieren und den Mehrwert für teilnehmende Ärzt*innen und für die Qualität der ambulanten Palliativversorgung herausstellen.   | 83,9                         | 80,7                     | ✓                     |
| Medien mit Reichweite unter Hausärzt*innen sollten den Leistungsumfang und die Rahmenbedingungen der BQKPMV inkl. gesetzlicher Vorgaben in Abgrenzung zur AAPV und SAPV erläutern. Dies sollte insbesondere nach einer inhaltlichen Anpassung der BQKPMV geschehen.  | 83,9                         | 87,1                     | ✓                     |
| Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Gemeinsame Bundesausschuss, Fachgesellschaften und Fachverbände sollten ein FAQ zur BQKPMV entwickeln und für Hausärzt*innen zugänglich machen, in dem konkret die praktische Umsetzung der BQKPMV in Abgrenzung zur AAPV und SAPV geschildert werden.  | 80,6                         | 80,7                     | ✓                     |
| Alle Beteiligten sollten in der Kommunikation zur BQKPMV deutlich machen, dass es sich bei den EBM-Ziffern um Einzelleistungen handelt. Diese können bei Bedarf einzeln erbracht werden, müssen aber nicht als Gesamtpaket zum Einsatz kommen. Dies gilt auch für die 24-Erreichbarkeit, die in der BQKPMV bei Bedarf der Patient*innen geleistet und abgerechnet werden kann. | 74,2                         | 74,2                     | →                     |
| Hausärzt*innen sollten BQKPMV-Leistungen abhängig vom palliativen Versorgungsbedarf frühzeitig im Versorgungsverlauf initiieren.   | 77,4                         | 83,9                     | ✓                     |
| <b>2. Rahmenbedingungen der BQKPMV</b>   |                              |                          |                       |
| Kursanbieter und Akademien sollten 40-stündige Palliativkurse für Hausärzt*innen in niedrigschwelligen Formaten anbieten (z.B. 3-Tage Kurs, hybride Formate), um eine Teilnahme mit geringerem Zeitaufwand und guter Vereinbarkeit mit der Praxistätigkeit zu ermöglichen.   | 71,0                         | 64,5                     | →                     |
| Die Qualifizierungsvoraussetzungen für Hausärzt*innen mit jahrelanger Expertise in der hausärztlichen Versorgung (z.B. mind. 25 Jahre) sollten aus der BQKPMV-Vereinbarung entfernt werden.  | 45,2                         | 29,0                     | ⊗                     |
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollte die Qualifizierungsvoraussetzung, dass eine Mindestanzahl von 15 Patient*innen in den letzten drei Jahren palliativ betreut wurden, auf 30 heraufgesetzt werden.   | 67,7                         | 42,0                     | ⊗                     |
| Die Qualifizierungsvoraussetzungen für Hausärzt*innen in der BQKPMV-Vereinbarung sollten unverändert beibehalten werden.   | 74,2                         | 54,8                     | ⊗                     |
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollte der geforderte Umfang palliativmedizinischer Fortbildungen von 8 Fortbildungspunkten pro Jahr beibehalten werden.  | 71,0                         | 61,3                     | ⊗                     |
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollte der geforderte Umfang palliativmedizinischer Fortbildungen von 8 auf 12 Fortbildungspunkte heraufgesetzt werden.   | 61,3                         | 35,5                     | ⊗                     |

|  |      |      |   |
|--|------|------|---|
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollte der geforderte Umfang palliativmedizinischer Fortbildungen von 8 auf 4 Fortbildungspunkte pro Jahr reduziert werden.   | 51,6 | 32,3 | ⊗ |
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollte der Nachweis palliativmedizinischer Fortbildungen abgeschafft werden.  | 51,7 | 29,1 | ⊗ |
| Die Höhe der Vergütung von Leistungen der BQKPMV sollte die Vergütung von Leistungen der AAPV übersteigen, jedoch nicht höher vergütet werden als Leistungen der SAPV. Die Vergütung für BQKPMV-Leistungen sollte damit wirtschaftlich ins Gesamtgefüge passen. (N=30) | 83,8 | 87,1 | ✓ |
| <b>3. Abgrenzung der Versorgungsformen</b>   |      |      |   |
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollten grundsätzlich Patient*innen mit palliativem Versorgungsbedarf adressiert werden.  | 77,4 | 80,6 | ✓ |
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollte die Voraussetzung auf Seiten von Patient*innen, dass "keine kurative Behandlungen der Grunderkrankung mehr indiziert oder gewünscht" sein dürfen, gestrichen werden.   | 71,0 | 70,9 | → |
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollte explizit beschrieben werden, dass die BQKPMV unabhängig von der Grunderkrankung eine geeignete Versorgungsform für Patient*innen sein kann.  | 71,0 | 74,2 | → |
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollte der Leistungsausschluss zwischen BQKPMV und SAPV abgeschafft werden.   | 64,5 | 41,9 | ⊗ |
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollte der Leistungsausschluss zwischen BQKPMV und SAPV beibehalten werden. Gleichzeitig sollte präzisiert werden, dass es sich hierbei um die Vermeidung doppelter Finanzierung von identischen Leistungen handelt.                        | 80,7 | 64,5 | ⊗ |
| <b>4. Zusammenarbeit an den Schnittstellen</b>   |      |      |   |
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollte explizit spezifiziert werden, dass einzelne BQKPMV-Leistungen an palliativmedizinisch weitergebildete Medizinische Fachangestellte delegiert und in gleicher Höhe vergütet werden können.  | 67,7 | 64,5 | ⊗ |
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollte formuliert werden, dass einzelne BQKPMV-Leistungen an SAPV-Teams delegiert werden können.  | 67,7 | 61,3 | ⊗ |
| Die Vergütung für BQKPMV-Leistungen von SAPV-Teams sollte in gleicher Höhe erfolgen und entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten sollten in der BQKPMV-Vereinbarung definiert werden.  | 58,1 | 58,1 | ⊗ |

BQKPMV = besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung, SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung,

✓ mit finalem Konsens angenommen, ⊗ wurde entfernt/nicht mitgenommen

**Tabelle 12:** Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV (Runde 3)

| <b>Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV (N=30)</b>  | <b>Zustimmung<br/>Deutlichkeit %</b> | <b>Zustimmung<br/>Relevanz %</b> | <b>Konsens<br/>✓ ⊗</b> |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| <b>1. Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV</b>   |                                      |                                  |                        |
| Alle Beteiligten sollten in der Kommunikation zur BQKPMV deutlich machen, dass es sich bei allen EBM-Ziffern jeweils um Einzelleistungen handelt. Diese können bei Bedarf der Patient*innen einzeln erbracht werden und müssen nicht zwingend als Gesamtpaket zum Einsatz kommen. Dies gilt z.B. auch für die 24-h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft, die in der BQKPMV bei Bedarf der Patient*innen geleistet und abgerechnet werden kann, aber nicht muss.  | 90,0                                 | 73,3                             | ⊗                      |
| Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Gemeinsame Bundesausschuss sollten in der Vereinbarung zur BQKPMV präzisieren, dass mit einer Teilnahme an der Vereinbarung für Ärzt*innen keine Verpflichtung zur Erbringung einzelner Leistungen einhergeht. Dies gilt auch für die 24h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft. Für den Fall, dass Hausärzt*innen eine 24h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft nicht ausüben können oder wollen, sollte in der Vereinbarung präzisiert werden, wie die Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten alternativ sichergestellt werden kann. (N=29) | 89,4                                 | 79,3                             | ✓                      |
| Die Sicherstellung der Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten mit einer 24h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft sollte als Aufgabe der teilnehmenden Ärzt*innen aus der BQKPMV-Vereinbarung gestrichen werden. Damit einhergehend sollte auch die entsprechende EBM-Ziffer 37317 entfallen. (N=29)  | 58,6                                 | 27,5                             | ⊗                      |
| <b>2. Rahmenbedingungen der BQKPMV</b>   |                                      |                                  |                        |
| Kursanbieter sollten vermehrt 40-stündige Palliativkurse für Hausärzt*innen in Formaten anbieten, die gut mit der Praxistätigkeit vereinbar sind. Dies können z.B. Wochenend-Kurse oder hybride Formate sein.  | 96,6                                 | 86,7                             | ✓                      |
| <b>3. Abgrenzung der Versorgungsformen</b>   |                                      |                                  |                        |
| Die in der BQKPMV-Vereinbarung beschriebene Voraussetzung, dass für eine Erbringung und Abrechnung von BQKPMV-Leistungen "keine kurativen Behandlungen der Grunderkrankung mehr indiziert oder gewünscht" sein dürfen, sollte entfallen.   | 86,6                                 | 73,4                             | ⊗                      |
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollte explizit beschrieben werden, dass die BQKPMV bei allen unheilbaren, lebenslimitierenden Grunderkrankungen eine geeignete Versorgungsform für Patient*innen in der letzten Lebensphase sein kann.   | 96,6                                 | 90,0                             | ✓                      |

BQKPMV = besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung,

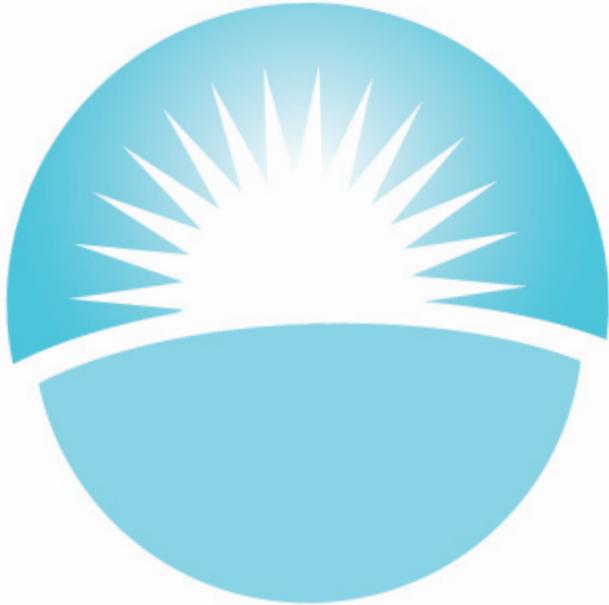
✓ finaler Konsens erreicht ⊗ wurde entfernt/nicht mitgenommen

**Tabelle 13:** Finales Set von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV

(aus van Baal et al. [13])

| <b>Konsentierete Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV</b>  |
|---|
| <b>1. Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV</b>  |
| Alle Beteiligten sollten in der Kommunikation zur BQKPMV deutlich machen, dass es sich bei den EBM-Ziffern um Einzelleistungen handelt, die einzeln erbracht werden können und nicht um ein Gesamtpaket – das bezieht auch die 24h-Erreichbarkeit mit ein, die erbracht werden kann, aber nicht muss.   |
| Medien mit Reichweite unter Hausärzt*innen sollten verstärkt über die BQKPMV informieren und den Mehrwert für teilnehmende Ärzt*innen und für die Qualität der ambulanten Palliativversorgung herausstellen.  |
| Medien mit Reichweite unter Hausärzt*innen sollten den Leistungsumfang und die Rahmenbedingungen der BQKPMV inkl. gesetzlicher Vorgaben in Abgrenzung zur AAPV und SAPV erläutern. Dies sollte insbesondere nach einer inhaltlichen Anpassung der BQKPMV geschehen.   |
| Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Gemeinsame Bundesausschuss, Fachgesellschaften und Fachverbände sollten ein FAQ zur BQKPMV entwickeln und für Hausärzt*innen zugänglich machen, in dem konkret die praktische Umsetzung der BQKPMV in Abgrenzung zur AAPV und SAPV geschildert werden.   |
| Hausärzt*innen sollten BQKPMV-Leistungen abhängig vom palliativen Versorgungsbedarf frühzeitig im Versorgungsverlauf initiieren.  |
| Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Gemeinsame Bundesausschuss sollten in der Vereinbarung zur BQKPMV präzisieren, dass mit einer Teilnahme an der Vereinbarung für Ärzt*innen keine Verpflichtung zur Erbringung einzelner Leistungen einhergeht. Dies gilt auch für die 24h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft. Für den Fall, dass Hausärzt*innen eine 24h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft nicht ausüben können oder wollen, sollte in der Vereinbarung präzisiert werden, wie die Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten alternativ sichergestellt werden kann. |
| <b>2. Rahmenbedingungen der BQKPMV</b>  |
| Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband sollten Leistungen der BQKPMV weiterhin extrabudgetär vergüten.  |
| Die Höhe der Vergütung von Leistungen der BQKPMV sollte die Vergütung von Leistungen der AAPV übersteigen, jedoch nicht höher vergütet werden als Leistungen der SAPV. Die Vergütung für BQKPMV-Leistungen sollte damit wirtschaftlich ins Gesamtgefüge passen.   |
| Kursanbieter sollten vermehrt 40-stündige Palliativkurse für Hausärzt*innen in Formaten anbieten, die gut mit der Praxistätigkeit vereinbar sind. Dies können z.B. Wochenend-Kurse oder hybride Formate sein.   |
| <b>3. Abgrenzung der Versorgungsformen</b>  |
| Fachgesellschaften, Verbände, Leistungserbringende, Wissenschaftler*innen sollten die BQKPMV in der Kommunikation als Teil/Erweiterung der AAPV darstellen und nicht als eigenständige, neue Versorgungsform (und nicht als dreistufiges Modell).   |
| Der Gesetzgeber sollte in der Vereinbarung zur BQKPMV in einem einleitenden Satz präzisieren, dass die BQKPMV ein Teil der AAPV ist.  |
| Der Gesetzgeber sollte die Merkmale der Patient*innengruppe, für die die BQKPMV in Frage kommt, deutlicher definieren (z.B. bezüglich der Indikation kurativer Therapien).  |
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollten grundsätzlich Patient*innen mit palliativem Versorgungsbedarf adressiert werden.   |
| In der BQKPMV-Vereinbarung sollte explizit beschrieben werden, dass die BQKPMV bei allen unheilbaren, lebenslimitierenden Grunderkrankungen eine geeignete Versorgungsform für Patient*innen in der letzten Lebensphase sein kann.  |
| <b>4. Zusammenarbeit an den Schnittstellen</b>  |
| Der Gesetzgeber sollte in der Vereinbarung explizit begründen, dass die geforderten Kooperationen z.B. zwischen Hausärzt*innen und SAPV-Teams notwendig sind, um einen fließenden Übergang zwischen den Versorgungsformen zu begünstigen.   |
| Der Gesetzgeber sollte definieren, welche Qualifizierungsanforderungen für Medizinische Fachangestellte gelten, um spezifische BQKPMV-Leistungen übernehmen zu können.  |

Anlage 1: Projektlogo



Polite  
Ambulante  
Palliativversorgung

Herrn  
Prof. Dr. med. Nils Schneider  
Institut für Allgemeinmedizin  
OE 5440 – im Hause

Sekretariat:

Marion Lange  
Telefon: 0511 532-3443

Liane Höft  
Telefon: 0511 532-9812

Fax: 0511 532-16 3443  
ethikkommission@mh-hannover.de

Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover  
Telefon: 0511 532-0  
www.mh-hannover.de

– E-Mail: schneider.nils@mh-hannover.de

23.02.2021/Ka

**Nr. 9629\_BO\_K\_2021**

**„Analyse der Implementierung der Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV) in der Versorgungsrealität und Empfehlungen zur Weiterentwicklung im Bundesland Niedersachsen (Polite)“**

**Beratungsergebnis: Ohne Bedenken -**

Sehr geehrter Herr Kollege Schneider,

als Vorsitzender habe ich im Auftrag der Mitglieder der Ethikkommission Ihr Schreiben vom 15.02.2021 und die Angaben zu Ihrem Vorhaben geprüft.

Die Ethikkommission hat keine Bedenken gegenüber der Durchführung des Studienvorhabens.

Der Antragsteller ist seiner berufsrechtlichen Pflicht entsprechend § 15 (1) Berufsordnung für Ärzte in Niedersachsen bzw. Dienstanweisung des Präsidiums der Medizinischen Hochschule Hannover (September 2012) nachgekommen. Eine Wiedervorlage wird erst bei Änderungen des Vorhabens nötig. Das Beratungsverfahren ist hiermit abgeschlossen.

Die Ethikkommission weist darauf hin, dass die ärztliche und juristische Verantwortung bei den jeweiligen Prüfarzten verbleibt.

Datenschutzrechtliche Aspekte von Forschungsvorhaben werden durch die Ethikkommission grundsätzlich nur cursorisch geprüft. Dieses Votum / diese Bewertung ersetzt mithin nicht die Konsultation des zuständigen Datenschutzbeauftragten.

Mit freundlichen Grüßen



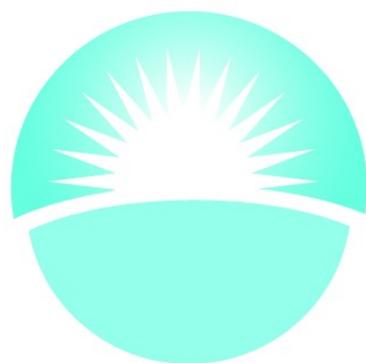
Prof. Dr. Urs-Vito Albrecht  
Kommissarischer Vorsitzender

Nachrichtlich:  
stiel.stephanie@mh-hannover.de



## Polite

Analyse der Implementierung der "Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung" (BQKPMV) in der Versorgungsrealität und Empfehlungen zur Weiterentwicklung im Bundesland Niedersachsen



**Polite**  
Ambulante  
Palliativversorgung

Copyright: Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin/MHH

## Hintergrund

Die Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen mit nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankungen hat sich in den vergangenen Jahren wesentlich weiterentwickelt. Mit der Einführung der „Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV) im Jahr 2017 beabsichtigte der Gesetzgeber eine weitere Verbesserung der ambulanten Versorgung schwerkranker



Copyright: chokniti - stock.adobe.com /Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin/MHH

## Ziele

Ziel des Projekts Polite ist es, die bisherige Implementierung der BQKPMV zu untersuchen sowie Möglichkeiten zur Weiterentwicklung zu identifizieren. Im Ergebnis sollen Empfehlungen stehen, die die gesetzlich vorgesehene Evaluation ergänzen. So kann ein schneller bundesweiter Transfer der Ergebnisse ermöglicht und die palliativmedizinische Versorgung weiter optimiert werden.

## Methoden

Im Projektverlauf soll zunächst eine Analyse zur Umsetzung der BQKPMV im



## Publikationen

[Flyer](#) zu Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV – Ergebnisse einer Delphi-Befragung

Hemmerling M, Stahmeyer JT, Schütte S, van Baal K, Stiel S. Neue Form der ambulanten Palliativversorgung – Eine Auswertung von GKV-Routinedaten nach der Einführung. Deutsches Ärzteblatt. 2022; 119(31-32): 548-549 ([Deutsches Ärzteblatt](#))

Stiel S, van Baal K, Ülgüt R, Stahmeyer JT, Schneider N. Analysing the administration of an intermediate level of outpatient palliative care in Germany and developing recommendations for improvement (Polite): A study protocol for a mixed-methods study. PLoS One. 2021;16(9):e0256467. DOI: 10.1371/journal.pone.0256467 ([PLoS One](#))

Ülgüt R, van Baal K, Köpping L, Schneider N, Stiel S. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung – eine Analyse von Stellungnahmen. Z Palliativmed. 2022; DOI: 10.1055/a-1749-9536 ([Z Palliativmed](#))

van Baal K, Ülgüt R, Schulze C, Schneider N, Stiel S. Implementierung der „Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV) – Erfahrungen und Sichtweisen von SAPV-Teams. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2022; DOI: 10.1016/j.zefq.2022.03.005 ([ZEFQ](#))

## Relevanz der erwarteten Ergebnisse

Langfristig sollen die Projektergebnisse zu einer verbesserten Versorgung der Betroffenen beitragen. Eine gute ambulante Palliativversorgung ermöglicht es Menschen im häuslichen Umfeld zu sterben. Sie hilft Krankenhauseinweisungen und kostenintensive Therapien zu vermeiden, Lebensqualität zu erhöhen und Symptome am Lebensende besser zu kontrollieren.

## Förderung

Das Projekt wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses für den Bereich Versorgungsforschung (Förderkennzeichen 01VSF20028) für 18 Monate



Immerhin kooperiert die Medizinische Hochschule Hannover in Polite mit dem Landesstützpunkt für Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. (LSHPN) und mit dem Fachverband spezialisierte ambulante Palliativversorgung Niedersachsen e.V.

## Polite Team



*Hannah Frerichs, Johanna Scheck, Stephanie Stiel, Katharina van Baal (v.l.n.r.) Copyright: Hanna Röwer/Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin/MHH*

Prof. Dr. Stephanie Stiel (Projektleitung)

Tel.: +49 511 532-4548

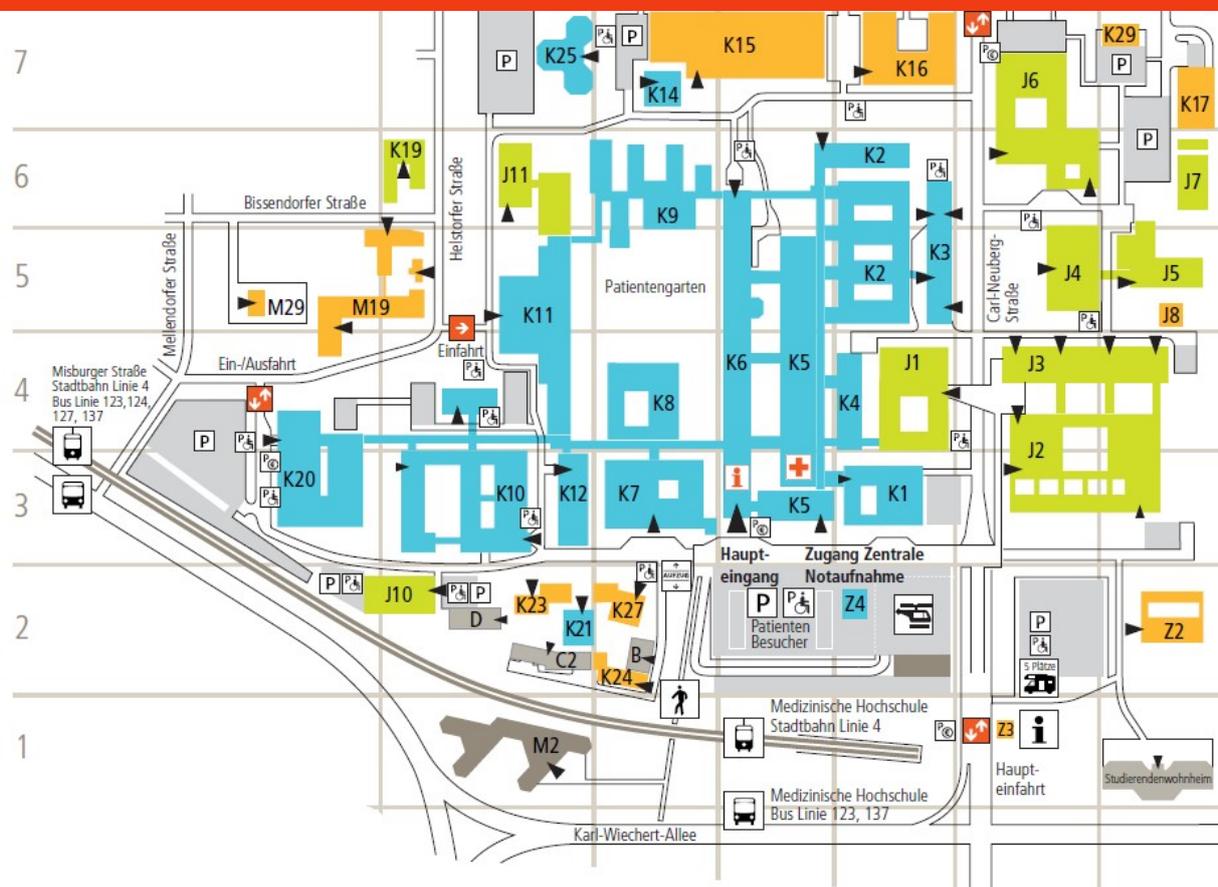
Dr. Katharina van Baal (stellv. Projektleitung)

Tel.: +49 511 532-4506



Medizinische Hochschule  
Hannover

MENÜ



Copyright: MHH

## Polite – Projektbüro:

Tel.: +49 511 532-4506

Fax: +49 511 532-16-1177

E-Mail: [polite@mh-hannover.de](mailto:polite@mh-hannover.de)

## Anschrift:

Medizinische Hochschule Hannover

Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin

Carl-Neuberg-Straße 1



[Impressum](#)   [Intranet](#)   [Kontakt](#)   [Datenschutz](#)   [Barrierefreiheit](#)

Das Klinikum der MHH ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit einem überregionalen Einzugsbereich. An der Hochschule werden Medizin, Zahnmedizin, Biochemie, Biomedizin, Hebammenwissenschaft und Gesundheitswissenschaften unterrichtet. Die Forschungsschwerpunkte sind Transplantations- und Stammzellforschung/Regenerative Medizin, Infektions- und Immunitätsforschung sowie Biomedizinische Technik und Implantatforschung.

### **Auch interessant**

[Hannover Biomedical Research School](#)

[Blutspende-Dienst](#)

[Gleichstellung](#)

[Qualitätsbericht der MHH](#)

[MHH-Alumni e.V.](#)

[Babygalerie](#)



[Campusleben](#)

[Fit for Work and Life](#)

**Folgen Sie uns auf**

[Facebook](#)

[Instagram](#)

[YouTube](#)

[Twitter](#)

[Xing](#)

[LinkedIn](#)

## Anlage 4: Projektflyer zu Projektbeginn

**FÜR WEITERE FRAGEN ODER ANREGUNGEN STEHEN  
WIR IHNEN GERNE ZUR VERFÜGUNG!**

### **POLITE PROJEKTTEAM**

---

#### **Prof. Dr. Stephanie Stiel**

Projektleitung

#### **Katharina van Baal**

stellv. Projektleitung

Tel.: 0511 532-4506

Fax: 0511 532-16-1177

E-Mail: [polite@mh-hannover.de](mailto:polite@mh-hannover.de)

Besuchen Sie uns auch gerne auf unserer Homepage:

<https://www.mhh.de/allpallmed/polite>



Medizinische Hochschule  
Hannover



Polite  
Ambulante  
Palliativversorgung

Analyse der Implementierung der  
„Besonders qualifizierten und koordinierten  
palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV)  
in der Versorgungsrealität und Empfehlungen  
zur Weiterentwicklung im Bundesland  
Niedersachsen

Medizinische Hochschule Hannover  
Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin  
Bereich Forschung  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover



## HINTERGRUND

---

Die Hospizarbeit und Palliativversorgung für Menschen mit nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankungen hat sich in den vergangenen Jahren in Deutschland erheblich weiterentwickelt.

Mit der Einführung der „**Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung**“ (BQKPMV) im Jahr 2017 beabsichtigt der Gesetzgeber eine Erweiterung der Angebote der ambulanten Palliativversorgung.

## ZIELSETZUNG

---

Ziel des Projekts Polite ist

- die **Untersuchung und Beschreibung** der aktuellen Implementierung der BQKPMV in die Versorgung und der Einschätzungen verschiedener Versorger\*innen in Niedersachsen sowie
- die **Entwicklung von Empfehlungen** für eine zukunftsorientierte und bedarfsgerechte Weiterentwicklung und Optimierung der BQKPMV.



**Perspektivisch sollen die Projektergebnisse zu einer verbesserten ambulanten Palliativversorgung beitragen.**

## METHODEN

---

Das Projekt ist in zwei Phasen gegliedert:

### 1. Quantifizierung und Beschreibung der Implementierung der BQKPMV in Niedersachsen

- Analyse von Routinedaten der AOK-Niedersachsen zu BQKPMV-Leistungen
- Befragung von Hausärzt\*innen
- Befragung von Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

### 2. Systematische Entwicklung und bundesweite Konsentierung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Optimierung der BQKPMV

- Entwicklung von Empfehlungen unter Einbeziehung interner und externer Expert\*innen
- Konsentierung der Empfehlungen im Rahmen einer bundesweiten Online-Befragung

## KOOPERATION UND FÖRDERUNG

---

Es handelt sich um ein Kooperationsprojekt mit der **AOK-Niedersachsen**. Das Projekt wird unterstützt von dem Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. und dem Fachverband spezialisierte ambulante Palliativversorgung Niedersachsen e.V.

Gefördert wird das Projekt Polite vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss.

Gefördert durch:



Förderkennzeichen: 01VSF20028  
Laufzeit: 01.05.2021 – 31.10.2022



## PROJEKTSTART POLITE

Am 01.05.2021 startet unser neues Projekt Polite („Analyse der Implementierung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV)“).

Im Rahmen des Projektes werden Routinedaten der AOK-Niedersachsen analysiert sowie Hausärzt\*innen und Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Niedersachsen befragt. Gefördert wird Polite durch den Innovationsfonds des G-BA.

**Kontakt:** [vanBaal.Katharina@mh-hannover.de](mailto:vanBaal.Katharina@mh-hannover.de)

## Pressemitteilung AOK Niedersachsen

### MHH und AOK starten Studie zu palliativmedizinischer Versorgung in Niedersachsen

Schwerkranke und sterbende Menschen benötigen in der letzten Phase ihres Lebens bestmögliche Betreuung und menschliche Zuwendung. Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) und die AOK Niedersachsen wollen daher in einer aktuellen Studie untersuchen, wie neue Versorgungsformen in der ambulanten Palliativversorgung in Niedersachsen umgesetzt werden.

Um die Versorgung schwerkranker Menschen zu verbessern, hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren unterschiedliche Formen der ambulanten und stationären Palliativversorgung eingeführt. Unter anderem die ?Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinischen Versorgung? (BQKPMV) im Jahr 2017, die eine bessere Betreuung schwerkranker Menschen in der häuslichen Umgebung und in Pflegeheimen gewährleisten soll.

Die Studie ?Polite? von MHH und AOK wertet unter anderem auch aus, welche Erfahrungen Hausärzte und Pflegende gemacht haben. Unter Federführung des Instituts für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover soll ?Polite? wichtige Erkenntnisse zur Entwicklung der Palliativversorgung und Empfehlungen zur Weiterentwicklung liefern.

Das Projekt wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses für 18 Monate gefördert.

?Am Lebensende geht es nicht mehr darum, mit allen Mitteln das Leben zu verlängern. Es geht vor allem darum, die Lebensqualität zu erhalten. Entscheidend ist es dabei, die Wünsche der schwerkranken Menschen zu berücksichtigen und eine enge Betreuung zu gewährleisten. Hier hat sich in den vergangenen Jahren einiges bewegt: Wir möchten nun wissen, welche Versorgungsformen erfolgreich sind und was sich weiter verbessern lässt. Mit dem Studienprojekt bauen wir die Forschungskooperation zur Palliativversorgung zwischen MHH und AOK Niedersachsen weiter aus?, erläutert AOK-Vorstandschef Dr. Jürgen Peter.

?In den letzten Jahren sind erhebliche Anstrengungen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen am Lebensende unternommen worden. Bei der Einführung neuer Leistungen gilt es aber immer zu überprüfen, wie diese umgesetzt werden und ob auch der gewünschte Effekt erzielt wird. Nur so lässt sich die Qualität der Versorgung im Sinne der betroffenen Menschen steigern?, so Prof. Dr. Nils Schneider, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der MHH.

Hintergrund:

Im Zuge des soziodemografischen Wandels wird geschätzt, dass im Jahr 2030 mindestens 23,3% der Einwohner in Deutschland über 67 Jahre alt sind. Die absolute Anzahl an Einwohnern über 80 Jahren wird sich voraussichtlich von 4,4 Millionen Einwohnern im Jahr 2013 auf über 9 Millionen im Jahr 2060 erhöhen. Dies entspricht in etwa 10-13% der Gesamteinwohnerzahl. Im letzten Lebensabschnitt spielt eine adäquate Betreuung eine bedeutende Rolle. Um angemessen auf diese bevorstehenden Veränderungen reagieren zu können, hat sich die ambulante und stationäre Palliativversorgung in den letzten Jahren in Deutschland stark entwickelt.



DEUTSCHER

HAUSÄRZTEVERBAND

Landesverband Niedersachsen e.V.

Hannover, 28. September 2021

## **Rundschreiben September 2021/ II**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

aus aktuellem Anlass folgende Hinweise und Informationen:

### **1. Warnung: Vorsicht bei irreversiblen EDV-Einstellungen in der Praxis!**

Aufgrund von Mitgliederrückmeldungen möchten wir an dieser Stelle darüber informieren, dass es derzeit nach dem Einspielen von EDV-Updates (Konnektor, ePA-Upgrade) zu Anwendungsproblemen kommen kann. Weiterhin haben wir erfahren, dass aktuell nicht einmal 10% der Krankenkassen die eAU annehmen können. Insofern empfehlen wir dringend im Interesse aller Beteiligten in der aktuellen Situation noch um Zurückhaltung bei der Nutzung der ePA und eAU. Das Chaos in Ihrer Praxis ist ansonsten vorprogrammiert.

### **2. Impfen in Apotheken**

Als Hausärztesverband Niedersachsen sehen wir den (erneuten) Vorstoß des ABDA kritisch, (Corona und/ oder Grippe-Schutz-) Impfungen flächendeckend in Apotheken zu etablieren. Ohne ein geregeltes Notfallmanagement ist das gegenüber den Patientinnen und Patienten grob fahrlässig und legt die Vermutung nahe, dass hier erneut rein wirtschaftliche Überlegungen eine Rolle gespielt haben könnten. Und zeigt darüber hinaus, dass die bewährte Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Apotheken trotz aller Beschwichtigungen von offizieller Seite aufgekündigt wird. Der Deutsche Hausärztesverband auf Bundesebene hat daher gefordert, das Dispensierrecht auf die Hausarztpraxen auszuweiten, auch um Apotheken – bei der neuen Impftätigkeit – „zu entlasten“.

### **3. AOK-HZV-Check-UP 45: GOP 99315!**

Leider hat sich beim Update-Rundschreiben am vergangenen Donnerstag ein Zahlendreher in der Abrechnungsziffer für den Check Up 45 bei den HZV-Teilnehmern der AOK ab 45 Jahren (alle zwei Jahre!) eingeschlichen: Richtig ist die GOP 99315. Wir bitten um Entschuldigung!

### **4. Hausärztesverband Niedersachsen unterstützt Forschungsprojekt „Polite zur Versorgung von Menschen am Lebensende“**

Das Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) führt das Forschungsprojekt Polite zur Analyse der Implementierung der „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV) in der Versorgungsrealität durch. Ein Teil des laufenden ersten Arbeitspaketes ist eine Online-Befragung aller Hausärztinnen und Hausärzte in Niedersachsen. Sie haben bereits per Fax oder Post eine Einladung von der Projektleitung der MHH erhalten. Die Teilnahme möglichst vieler hausärztlicher Kolleginnen und Kollegen ist wichtig, um die Versorgung von Menschen am Lebensende verbessern zu können. Bitte nehmen Sie an der Befragung teil, auch wenn Sie bisher noch nicht von der BQKPMV gehört haben. Ihre Angaben sind in jedem Fall wertvoll und tragen zur Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen am Lebensende durch Hausärztinnen und Hausärzte bei. Das Ausfüllen des Fragebogens wird zwischen 5 und 15 Minuten in Anspruch nehmen. Um zum Fragebogen zu gelangen, können Sie folgenden Link in den Browser Ihrer Wahl eingeben: <https://webext.mh-hannover.de/soscisurvey/polite-hausaerztlich/>. Wir bitten um Ihre Teilnahme bis zum 31.10.2021.

Ihr



Dr. Matthias Berndt  
Landesvorsitzender



Start » Aktuelles » **Polite – Start der (online) Fragebogenerhebung**

## Aktuelles

### Online Präsenz des GVP-Projektes freigeschaltet

17. September 2021

### Wie wollen wir sterben? – Festveranstaltung in der Marktkirche Hannover über das Lebensende

9. September 2021

### G-BA verlängert Corona-Sonderregeln für SAPV

30. August 2021

## Archiv

## LSHPN-Termine

Mittwoch, 06.10.2021 bis Donnerstag, 07.10.2021  
14:30 – 13:00 Uhr

„Digital souverän sein und begleiten“

Mittwoch, 13.10.2021  
18:00 – 19:30 Uhr

## Polite – Start der (online) Fragebogenerhebung

24.09.2021

Das Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) führt ein Forschungsprojekt zur Analyse der Implementierung der „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV) in der Versorgungsrealität durch (Projekt Polite). Sie sind Leistungserbringende der SAPV in Niedersachsen und Ihnen liegt die Versorgung von Menschen am Lebensende am Herzen? In diesem Fall bitten wir Sie um die Teilnahme an unserer Befragung. Sie haben den Fragebogen bereits postalisch von uns erhalten und wir werden in den nächsten Wochen erneut auf Sie zukommen. Melden Sie sich bei Fragen oder Anregungen gern per E-Mail unter [polite@mh-hannover.de](mailto:polite@mh-hannover.de) oder telefonisch unter der 0511-532-4506.

Weitere Infos: <https://mhh.de/allgmed/polite>

« Vorherige Meldung

## **BEFRAGUNG VON HAUSÄRZT\*INNEN: NEHMEN SIE TEIL!** \_\_\_\_\_

Wir führen das Forschungsprojekt Polite zur Analyse der Implementierung der „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV) in der Versorgungsrealität durch. Ein Teil des begonnenen ersten Arbeitspaketes ist die Befragung von Hausärzt\*innen in Niedersachsen. Die Teilnahme möglichst vieler hausärztlich tätiger Kolleg\*innen mit Kassensitz in Niedersachsen ist wichtig, um ein realistisches Bild der Versorgungssituation zu erhalten.

Bitte nehmen Sie an der Befragung teil, auch wenn Sie bisher noch nicht von der BQKPMV gehört haben sollten. Ihre Angaben sind in jedem Fall wertvoll und tragen zur Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen am Lebensende bei.

Um zum Fragebogen zu gelangen, können Sie den QR-Code scannen oder den folgenden Link in den Browser Ihrer Wahl eingeben:

<https://webext.mh-hannover.de/soscisurvey/polite-hausaerztlich/>

**Weitere Informationen:** <https://www.mhh.de/allgmed/polite>

**Kontakt:** [Polite@mh-hannover.de](mailto:Polite@mh-hannover.de)



## Palliativmedizin in der Versorgungsrealität

Forschungsprojekt zur Implementierung der neuen Versorgungsform „besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ (BQKPMV) – Ihre Teilnahme ist wichtig!

**Sie sind Hausärztin oder Hausarzt in Niedersachsen und Ihnen liegt die Versorgung von Menschen am Lebensende am Herzen? In dem Fall bitten wir Sie um die Teilnahme an unserer Befragung.**

Das Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover führt das Forschungsprojekt **Polite** zur Analyse der Implementierung der „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV) in der Versorgungsrealität durch. Diese neue Versorgungsform der BQKPMV ist im Jahr 2017 als eine Zwischenstufe zwischen der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV/SAPV) im Sinne einer Erweiterung der ambulanten Versorgungsangebote von Hausärztinnen und Hausärzten für Menschen am Lebensende eingeführt worden.

Das Projekt Polite verfolgt das Ziel, die praktische Umsetzung der BQKPMV systematisch zu erfassen und zu analysieren. Ein Teil des laufenden ersten Arbeitspaketes ist die Befragung der Hausärzte und Hausärztinnen in Niedersachsen. Darauf aufbauend sollen im zweiten Arbeitspaket Empfehlungen zur Optimierung der BQKPMV entwickelt werden.

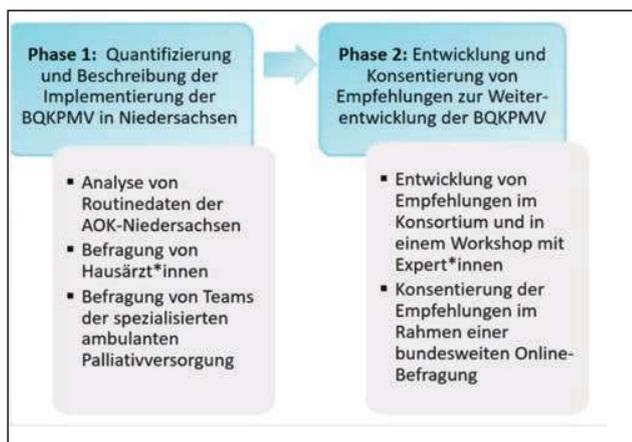


Abbildung 1: Projektphasen Polite

Die Teilnahme möglichst vieler hausärztlich tätiger Kolleginnen und Kollegen mit Kassensitz in Niedersachsen ist wichtig, um die Versorgung von Menschen in Ihrer letzten Lebensphase verbessern zu können. Bitte nehmen Sie an der Befragung teil, auch wenn Sie bisher die BQKPMV noch nicht angewendet haben oder in Ihrem Praxisalltag selten damit in Berührung kommen. Ihre Angaben sind in jedem Fall wertvoll und tragen zur Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen am Lebensende bei.

Das Ausfüllen des Fragebogens wird zwischen 5 und 15 Minuten in Anspruch nehmen. Um zum Fragebogen zu gelangen, können Sie den QR-Code scannen oder den folgenden Link in den Browser Ihrer Wahl eingeben:

<https://webext.mh-hannover.de/soscisurvey/polite-hausaerztlich/>

Sprechen Sie gerne mit hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen über die Befragung und geben Sie den Zugangslink weiter. Wir bitten um Ihre Teilnahme bis zum 31. Oktober 2021. Für Anregungen und Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Stephanie Stiel  
Katharina van Baal  
und das Projektteam Polite

### Kontakt

Projektleitung: Prof. Dr. Stephanie Stiel  
Stellv. Projektleitung: Katharina van Baal M.Sc.  
Medizinische Hochschule Hannover  
Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin  
Direktor: Prof. Dr. Nils Schneider  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover  
Telefon: 0511 532-4506  
Fax: 0511 532-16-1177  
E-Mail: [polite@mh-hannover.de](mailto:polite@mh-hannover.de)



## Auf den Punkt

Zitat des Monats

### Das ist was für die Heute-Show.

[KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen kritisiert die Art und Weise, wie die Digitalisierung derzeit in den Praxisalltag hineingebracht wird; Quelle: [änd.de](https://www.kbv.de), „Das ist was für die Heute-Show“, 17.09.2021]

## Befragung im Projekt Polite

### Forschungsprojekt zur Implementierung der neuen Versorgungsform „besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ (BQKPMV)

Ein Teil des laufenden ersten Arbeitspaketes ist die Befragung aller Hausarzt\*innen und SAPV-Leistungserbringenden in Niedersachsen. Die Teilnahme möglichst vieler hausärztlich tätiger Kolleg\*innen mit Kassensitz in Niedersachsen sowie Leistungserbringenden der SAPV ist wichtig, um die Versorgung von Menschen am Lebensende verbessern zu können.

- Sie sind in Niedersachsen hausärztlich tätig? Dann nehmen Sie bitte teil: <https://webext.mh-hannover.de/soscisurvey/polite-hausaerztlich/>
- Sie erbringen Leistungen der SAPV in Niedersachsen? Dann nehmen Sie bitte teil: <https://webext.mh-hannover.de/soscisurvey/polite-sapv/>



Copyright: Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin/MHH

Anlage 12: Aufruf zur Teilnahme an der Befragung auf der Facebookseite des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin und Palliativmedizin der MHH

 **Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin**  
30. September 2021 · 🌐

Sie sind Hausärztin oder Hausarzt in Niedersachsen und Ihnen liegt die Versorgung von Menschen am Lebensende am Herzen? In dem Fall bitten wir Sie um die Teilnahme an unserer Befragung: <https://webext.mh-hannover.de/socis.../polite-hausaerztlich>

Projekt Polite zur Untersuchung der Implementierung einer neuen Versorgungsform in der ambulanten Palliativversorgung, die „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV), startet eine Befra... Mehr anzeigen



**Projekt Polite – die Befragung beginnt!**  
Sie sind Hausärztin oder Hausarzt in Niedersachsen und Ihnen liegt die Versorgung von Menschen am Lebensende am Herzen? In dem Fall bitten wir Sie um die Teilnahme an unserer Befragung!



**Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin @.** · 4. Okt. 2021



Aktuelles Projekt "Polite" untersucht die Umsetzung einer neuen Versorgungsform in der ambulanten Palliativversorgung. Die Befragung von Hausärzt\*innen hat begonnen!

Bitte nehmen Sie teil, wenn Sie in Niedersachsen hausärztlich tätig sind:  
[webext.mh-hannover.de/soscisurvey/po...](https://webext.mh-hannover.de/soscisurvey/po...)

Vielen Dank!





Institut für  
Allgemeinmedizin  
und Palliativmedizin

MHH

Projekt Polite – die Befragung beginnt!  
Sie sind Hausärztin oder Hausarzt in Niedersachsen  
und Ihnen liegt die Versorgung von Menschen am  
Lebensende am Herzen? In dem Fall bitten wir Sie um  
die Teilnahme an unserer Befragung!

Polite



mhh\_allpallmed · Folgen



**mhh\_allpallmed** Sie sind Hausärztin oder Hausarzt in Niedersachsen und Ihnen liegt die Versorgung von Menschen am Lebensende am Herzen? In dem Fall bitten wir Sie um die Teilnahme an unserer Befragung: <https://webext.mh-hannover.de/soscisurvey/polite-hausaerztlich>

Projekt Polite zur Untersuchung der Implementierung einer neuen Versorgungsform in der ambulanten Palliativversorgung, die „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV), startet eine Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Niedersachsen. Ein Ergebnis des Projektes sollen Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Optimierung der Versorgung sein. Weitere Infos finden Sie unter [www.mhh.de/allpallmed/forschungsprojekt-polite-fragebogen](http://www.mhh.de/allpallmed/forschungsprojekt-polite-fragebogen)

#palliativmedizin #versorgungsforschung #allgemeinmedizin

20 Wo.



Gefällt **facharztvermittlung** und weiteren Personen

30. SEPTEMBER 2021



Kommentieren ...

Posten



**Medizinische Hochschule  
Hannover**

**Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin  
Direktor: Prof. Dr. med. Nils Schneider, MPH**

MHH • Allgemeinmedizin und Palliativmedizin • OE 5440 • 30625 Hannover

Adresse

Projekt Polite  
Prof. Dr. Stephanie Stiel, Katharina van Baal  
Telefon: 0511 532-4506/4548  
Fax: 0511 532-161177  
polite@mh-hannover.de

Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover  
www.mhh.de/allpallmed/polite

## **Einladung zu einem Online-Workshop mit Expert\*innen für die ambulante Palliativversorgung: Forschungsprojekt Polite**

Hannover, im Frühjahr 2022

Anrede,

das Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover führt das Forschungsprojekt Polite „Analyse der Implementierung der **besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung** (BQKPMV) in der Versorgungsrealität und Empfehlungen zur Weiterentwicklung“ durch. Das Projekt Polite wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (Förderkennzeichen 01VSF20028) und verfolgt das Ziel, den aktuellen Stand der Implementierung der BQKPMV zu untersuchen. Darauf aufbauend werden **Empfehlungen für eine Optimierung der BQKPMV** entwickelt.

Nachdem wir den Stand der Implementierung gut beleuchtet haben, möchten wir nun einen Workshop mit Expert\*innen für die ambulante Palliativversorgung durchführen. Darin werden erste Projektergebnisse präsentiert und diskutiert sowie gemeinsam mit Ihnen Ideen für mögliche Anpassungen und Optimierungen der BQKPMV entwickelt.

Wir laden Sie als Expert\*in für XY ganz herzlich zur Teilnahme ein:

**Datum und Zeit:** **Mittwoch, den 27.04.2022 von 14:00 bis 17:00 Uhr oder  
Freitag, den 29.04.2022 von 13:00 bis 16:00 Uhr**  
**Ort:** **Online-Veranstaltung**

Wir bitten Sie, uns auf dem beiliegenden Antwortschreiben mitzuteilen, ob Sie an einem der Termine teilnehmen können. Senden Sie uns dazu gerne den Rückantwortbogen per Post, Mail oder Fax zurück. Falls Sie an keinem der Termine teilnehmen können, finden wir eine Lösung für eine schriftliche Beteiligung an der Entwicklung von Empfehlungen für eine Optimierung der BQKPMV.

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie im Flyer anbei.

Für Anregungen und Fragen stehen wir Ihnen unter den oben genannten Kontaktdaten gerne, auch telefonisch, zur Verfügung.

Herzliche Grüße

Prof. Dr. Stephanie Stiel, Katharina van Baal und das Projektteam Polite



Präsidium / Vorstand  
Ressort Forschung und Lehre: Prof. Dr. med. Michael P. Manns  
Ressort Krankenversorgung: Prof. Dr. med. Frank Lammert  
Ressort Wirtschaftsführung und Administration: Dipl.-Kffr. Martina Saurin  
Ressort Infrastruktur: Dipl.-Ing. Architekt Andreas Fischer

Sparkasse Hannover  
IBAN DE15 2505 0180 0000 3703 71  
BIC SPKHDE2HXXX  
USt-ID-Nr.: DE 115650503

## Rückantwort

### Teilnahme am Expert\*innenworkshop

Analyse der Implementierung der „**Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung**“ (BQKPMV) in der Versorgungsrealität und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – **Projekt Polite**

Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover  
Prof. Dr. Stephanie Stiel, Katharina van Baal  
Tel.: 0511 532 – 4506/4548

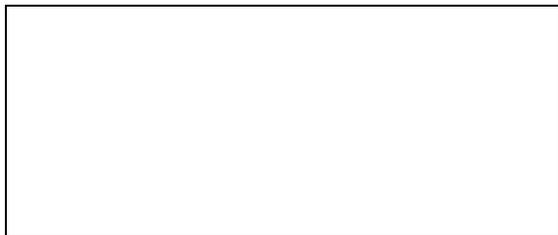
per Fax: 0511 532 - 161177

per E-Mail: polite@mh-hannover.de

Bitte wählen Sie aus:

- Ja, ich nehme am **Mittwoch, den 27.04.2022 von 14:00 bis 17:00 Uhr** teil.
- Ja, ich nehme am **Freitag, den 29.04.2022 von 13:00 bis 16:00 Uhr** teil.
- Nein, ich kann an keinem der genannten Termine teilnehmen.

\_\_\_\_\_ (Name, Funktion, Telefonnummer)



Stempel

### BEKANNTHEIT UND IMPLEMENTIERUNG DER BQKPMV

- EBM-Ziffern zur BQKPMV als **Einzelleistungen darstellen**, die nicht im Gesamtpaket erbracht werden müssen
- Verstärkt **Informationen** über die BQKPMV und ihren Mehrwert verbreiten
- **Leistungsumfang**, Rahmenbedingungen und Vorgaben zur Abgrenzung der BQKPMV erläutern
- Bundesweit gültiges **FAQ** zur praktischen Umsetzung und Abgrenzung der BQKPMV zur AAPV und SAPV erstellen
- **Frühzeitige Initiierung** von BQKPMV-Leistungen im Versorgungsverlauf umsetzen
- Regelungen zur **24h-Erreichbarkeit/ Rufbereitschaft** präzisieren, für die keine Verpflichtung besteht; Alternativen zur Sicherstellung der Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten anbieten

### RAHMENBEDINGUNGEN DER BQKPMV

- Weiterhin extrabudgetäre **Vergütung** von BQKPMV-Leistungen vorsehen
- Höhe der Vergütung für BQKPMV anpassen, sodass diese wirtschaftlich in das **Gesamtgefüge** zwischen AAPV und SAPV passt
- Vermehrt **Palliativkurse** für Hausärzt\*innen anbieten, die gut mit der Praxistätigkeit vereinbar sind (z.B. hybride Formate)

### ABGRENZUNG DER VERSORGUNGSFORMEN

- Über die BQKPMV als einen **Teil der AAPV** kommunizieren und nicht als eigenständige Versorgungsform
- BQKPMV in der Vereinbarung als Teil der AAPV darstellen
- Merkmale der **Patient\*innengruppe** mit BQKPMV deutlicher definieren
- In der BQKPMV grundsätzlich alle Patient\*innen mit **palliativem Versorgungsbedarf** adressieren
- BQKPMV als geeignete Versorgungsform für alle Patient\*innen in der letzten Lebensphase unabhängig von deren **Grunderkrankung** darstellen

### ZUSAMMENARBEIT AN DEN SCHNITTSTELLEN

- **Kooperation** zwischen Hausärzt\*innen und SAPV-Teams als erforderlich für einen fließenden Übergang zwischen den Versorgungsformen benennen
- **Qualifizierungsvoraussetzungen** für Medizinische Fachangestellte klar definieren, damit diese BQKPMV-Leistungen übernehmen können

### AUSBLICK

Die Ergebnisse aus dem Projekt Polite spiegeln einen **konkreten Veränderungsbedarf** wider und unterstreichen, dass eine Weiterentwicklung und Optimierung der BQKPMV erforderlich ist.

## Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV

### Ergebnisse einer Delphi-Befragung im Projekt Polite

Analyse der Implementierung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV) in der Versorgungsrealität und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – Polite



## HINTERGRUND

Die Versorgung von Menschen mit nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankungen in der letzten Lebensphase hat sich in den vergangenen Jahren in Deutschland erheblich weiterentwickelt.

Mit der **Einführung der „Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV)** im Jahr 2017 beabsichtigte die Gesetzgebung eine Erweiterung der Angebote der ambulanten Palliativversorgung in Deutschland. Insbesondere die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) sollte gestärkt werden.

## PROJEKTZIELE

Ziel des Projekts Polite war die **Untersuchung und Beschreibung der aktuellen Implementierung der BQKPMV** und der Einschätzungen verschiedener Versorger\*innen in Niedersachsen.

Zusätzlich sollten Empfehlungen für eine zukunftsorientierte und bedarfsgerechte **Weiterentwicklung der BQKPMV** entwickelt und konsentiert werden.

## METHODIK

**Phase 1** (Mai 2021 – Januar 2022)

Zu Beginn erfolgte eine Analyse der **Umsetzung der BQKPMV** im Bundesland Niedersachsen.

Hierbei wurden Routinedaten der AOK Niedersachsen zu BQKPMV-Leistungen analysiert.

Zudem wurden Hausärzt\*innen und Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) aus Niedersachsen befragt.

**Phase 2** (Februar 2022 – Oktober 2022)

Aufbauend auf den Ergebnissen von Phase 1 hat ein **bundesweiter Workshop** mit Expert\*innen stattgefunden, um Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV abzuleiten.

Im Rahmen einer sich daran anschließenden **bundesweiten Online-Delphi-Befragung** mit Expert\*innen für die ambulante Palliativversorgung wurden diese Empfehlungen konsentiert.

## ERGEBNISSE

Die Online-Delphi-Befragung fand von Juni bis Oktober 2022 statt und war in **drei Runden** gegliedert.

- **Runde 1**  
Teilnahme von 45 Expert\*innen,  
7 konsentierte Empfehlungen
- **Runde 2**  
Teilnahme von 31 Expert\*innen,  
6 konsentierte Empfehlungen
- **Runde 3**  
Teilnahme von 30 Expert\*innen,  
3 konsentierte Empfehlungen

Insgesamt wurden **16 Empfehlungen in vier Themenkomplexen** konsentiert, die sich auf die

- Bekanntheit und Implementierung der BQKPMV,
- Rahmenbedingungen der BQKPMV,
- Abgrenzung der Versorgungsformen und
- Zusammenarbeit an den Schnittstellen beziehen.

## POLITE-TEAM

**Prof. Dr. Stephanie Stiel** (Projektleitung)  
**Dr. Katharina van Baal** (stv. Projektleitung)  
**Hannah Frerichs** (Studienassistentin)

Mit Unterstützung von Sabrina Reffke und Lorinna Köpping

**Medizinische Hochschule Hannover  
Institut für Allgemeinmedizin und  
Palliativmedizin**

OE 5440, Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover

Tel: 0511/532 2744; Fax: 0511/532 16 2744

allgemeinmedizin@mh-hannover.de  
www.mhh.de/allgmed/polite

## FÖRDERUNG



Förderdauer: 01.05.2021 – 31.10.2022  
Förderkennzeichen: 01VSF20028

## KOOPERATION



Landesstützpunkt  
Hospizarbeit und  
Palliativversorgung  
Niedersachsen e.V.



Copyright: chokniti - stockadobe.com / Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin/MHH