

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universitätsklinikum Jena
Förderkennzeichen:	01VSF16005
Akronym:	SAVOIR
Projekttitel:	Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktion, Regionale Unterschiede
Autoren:	Apl. Prof. Dr. Winfried Meißner, Prof. Dr. Friedemann Nauck, PD Dr. Ulrich Wedding, Prof. Dr. Werner Schneider, Dr. Antje Freytag, Cordula Gebel für die SAVOIR-Forschungsgruppe
Förderzeitraum:	1. Juli 2017 – 31. Oktober 2019

Vorbemerkung.....	1
1. Zusammenfassung.....	3
2. Beteiligte Projektpartner	4
3. Einleitung.....	5
4. Projektdurchführung	7
5. Methodik	8
6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen.....	13
7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung	30
8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	31
9. Anlagen.....	38
10. Referenzen.....	39
Abkürzungsverzeichnis	42

Vorbemerkung

Auch wenn der Ausdruck „SAPV-Team“ umgangssprachlich für unterschiedliche Organisationsformen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung geläufig ist, wird im folgenden Text der generische Begriff „SAPV-Leistungserbringer“ verwendet. Der Begriff „SAPV-Team“ bringt oft eine typische Selbstbeschreibung der SAPV-Versorgungsakteure zum Ausdruck, die in unterschiedlichen Weisen und verschiedenen Bedeutungen im Feld verwendet wird und somit als abstrakte Kategorie zur analytischen Strukturbeschreibung untauglich ist, zumal der Begriff „Team“ auch als Kennzeichnung für eine spezifische Form von SAPV-Strukturen (beispielsweise im Kontrast zu „Netzwerk“) verstanden

Akronym: SAVOIR

Förderkennzeichen: 01VSF16005

werden könnte. Wir orientieren uns dabei auch an der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, in der ebenfalls der Begriff „Leistungserbringer“ an Stelle von „SAPV-Team“ verwendet wird.

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Seit 2007 ist die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V ein Bestandteil der Regelleistung der GKV. Diese Versorgungsleistung wurde in der SAPV-Richtlinie (SAPV-RL) ausgearbeitet und umfasst vorrangig Einschlusskriterien sowie Leistungsarten und -umfang. Weniger konkret wurden strukturelle Anforderungen sowie Qualitätskriterien thematisiert. Bundesweit haben sich unterschiedlichste SAPV-Versorgungsformen ausgebildet. Diese unterscheiden sich sowohl in den Vertrags-, Versorgungs- und Finanzierungsmodellen als auch in den Prozessmerkmalen (u.a. Behandlungsintensität, Organisationsstruktur, Kooperationspartner, Netzwerke). Das Projekt SAVOIR (Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede) erforscht die Umsetzung der SAPV-Richtlinie des G-BA (§ 92a Abs. 2 Satz 5 SGB V) unter Einbezug der unterschiedlichen Perspektiven von Patienten¹, Leistungserbringern, Hausärzten und Kostenträgern.

Methodik: Die Evaluation gliedert sich in 5 Teilprojekte mit je eigenen methodischen Herangehensweisen zur Bearbeitung der folgenden Aspekte (TP): 1) Zusammenhang von Strukturmerkmalen der SAPV auf Versorgungsparameter; 2) Patientenperspektive; 3) Perspektive von SAPV-Leistungserbringern und weiterer Versorgungsakteure im Kontext von SAPV; 4) Perspektive der Hausärzte; 5) Perspektive der Kostenträger. Die Datenbasis umfasst Strukturdaten der SAPV-Leistungserbringer, Behandlungs- und Patientendaten extrahiert aus elektronischen Routinedokumentationssystemen, prospektive längsschnittliche Erhebung der Prozess-/Ergebnisqualität aus Patientenperspektive ausgewählter SAPV-Leistungserbringer, qualitative Datenerhebung in ausgewählten SAPV-Leistungserbringern, schriftliche Befragung von Hausärzten und retrospektive Analyse der GKV-Routinedaten von verstorbenen Barmer-Versicherten aus dem Jahr 2016.

Ergebnisse: Das SAPV-Konzept wird von allen an der ambulanten Versorgung von Palliativpatienten Beteiligten im Großen und Ganzen als positiv empfunden. Die Patienten sind sehr zufrieden mit verschiedenen Aspekten der SAPV-Versorgung. Trotz der hohen Symptomlast auf Seiten der Patienten zeigte sich eine Stabilisierung einiger Symptome nach Initiierung der SAPV. Die Zufriedenheit mit SAPV scheint weniger von der Symptomlast bzw. -linderung abzuhängen als von der Qualität der Kommunikation und Erreichbarkeit der SAPV. Nicht onkologische Patienten sind bei der Versorgung mit SAPV gemessen an dem Anteil nicht-onkologischer Diagnosen als Todesursache deutlich unterrepräsentiert. Es zeigte sich eine hohe Heterogenität bei den Strukturen und Prozessen aber auch bei der Versorgungskultur der einzelnen SAPV-Leistungserbringer. Die Projektergebnisse liefern keine

¹ Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche Form gleichberechtigt ein.

eindeutigen Hinweise auf bestimmte strukturelle Merkmale, die mit Versorgungs- bzw. Ergebnisparametern assoziiert sind. Der SAPV-Organisationsstruktur kommt jedoch im Vergleich zu eher ‚kulturellen‘ Aspekten wie Kommunikation, Anerkennung von Autonomie bis hin zur Erreichbarkeit als wesentlichem Faktor für ‚Sicherheit‘ seitens der Patienten und An-/Zugehörigen geringere Relevanz zu. Ca. 20% der SAPV-Verordnungen werden von Krankenhausärzten ausgestellt. Ein Teil der Hausärzte fühlt sich durch die SAPV-Leistungserbringer nicht immer eingebunden und ausreichend informiert. In den Daten ergaben sich Hinweise auf partielle Substitution von AAPV durch SAPV. Insgesamt werden deutlich mehr Patienten mit SAPV versorgt als bislang berichtet. Die GKV-Sekundärdatenanalyse ergab außerdem Hinweise auf eine Reduktion von möglicher Überversorgung bei Patienten mit SAPV gegenüber Patienten, die (ausschließlich) AAPV erhielten.

Diskussion: Auf der Grundlage der Datenanalysen werden Empfehlungen zur Modifikation der SAPV-Richtlinie abgeleitet und mit weiteren Vorschlägen für die Gestaltung der ambulanten Palliativversorgung ergänzt.

2. Beteiligte Projektpartner

Einrichtung/Institut	Projektleitung	Ansprechpartner
Abteilung Palliativmedizin der Klinik für Innere Medizin II des Universitätsklinikums Jena	Apl. Prof. Dr. Winfried Meißner (Konsortionalführung)	Apl. Prof. Dr. Winfried Meißner
Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen	Prof. Dr. med. Friedemann Nauck	Dipl. Psych. Maximiliane Jansky
Abteilung Palliativmedizin der Klinik für Innere Medizin II des Universitätsklinikums Jena	PD Dr. Ulrich Wedding	Dipl. Psych. Cordula Gebel
Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung, Universität Augsburg	Prof. Dr. Werner Schneider	Prof. Dr. Werner Schneider
Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena	Dr. rer. pol. Antje Freytag	Dr. rer. pol. Antje Freytag
Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) SAPV	Michaela Hach	Michaela Hach
Barmer GEK	Dr. Ursula Marschall	Dr. Ursula Marschall
Zentrum für Klinische Studien des Universitätsklinikums Jena	Cornelia Eichhorn	Cornelia Eichhorn Dr. Thomas Lehmann
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	Heiner Melching	Heiner Melching

3. Einleitung

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde 2007 die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V zu einer Regelleistung der GKV. Sie ist u.a. abzugrenzen gegen die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV). Eine Konkretisierung dieser Versorgungsleistung erfolgte durch den G-BA in der SAPV-Richtlinie (SAPV-RL) vor allem hinsichtlich Einschlusskriterien, Leistungsarten und -umfang. Strukturelle Anforderungen sowie Qualitätskriterien wurden in der SAPV-RL nur am Rande thematisiert. Im Jahr 2014 erfolgten 40.913 Erstverordnungen (G-BA 2014). Die Gesamtkosten lagen bei 264 Mio. €, die der ärztlichen und pflegerischen Leistungen bei 216 Mio. € (G-BA 2014). Angaben zu Umfang und Kosten der AAPV fehlen. Im Jahr 2014 existierten in Deutschland 250 SAPV-Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen (G-BA 2014). In den Bundesländern haben sich sehr verschiedene Vertrags-, Versorgungs- und Finanzierungsmodelle entwickelt (Jansky, Lindena & Nauck 2011), die wiederum heterogene Prozesse (Behandlungsintensität und -dauer, Ein- und Ausschlusskriterien, unterschiedliche Vernetzungen und Interaktionen mit Hospizen, Hausärzten, Pflegenden, Kliniken) zur Folge haben.

Bisherige Analysen der SAPV-Versorgung beschränken sich mit wenigen Ausnahmen auf eine Deskription von Strukturen und Versorgungszahlen (Schneider 2013). So untersuchte das Projekt „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann-Stiftung regionale Unterschiede der Anzahl der SAPV-Erstverordnungen in bestimmten Patientenpopulationen (Radbruch, Andersohn & Walker 2015). Die beobachteten Differenzen wurden im Zusammenhang mit Prozessmerkmalen anderer palliativer Versorgung (z.B. AAPV, stationäre Behandlung) diskutiert. Darüber hinaus mangelt es in den bisherigen Analysen an der Berücksichtigung der unterschiedlichen Perspektiven von Patienten / Angehörige, Leistungserbringern, Hausärzten und Kostenträgern. Eine besondere Notwendigkeit einer Evaluation der SAPV-RL besteht bei den folgenden Themenkomplexen:

(1) Heterogenität von Organisationsstrukturen und Versorgungsprozessen in der SAPV: Die offene Formulierung der SAPV-RL ² hat zu einer sehr heterogenen Ausgestaltung konkreter Versorgungspraktiken vor Ort geführt. Dazu zählen insbes. Trägerschaft, Organisationsstruktur, Einbeziehung weiterer Professionen, vertragliche Regelungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Aber auch regionale Faktoren (Land/Stadt) können Unterschiede bedingen (Schneider et al. 2014). Daneben haben sich in einigen KV-Bezirken abweichende Konzeptionen in der SAPV-Praxis entwickelt.

² „...SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der ambulanten Hospizdienste und ggf. der stationären Hospize, organisiert sind...“

Auch die Versorgungsprozesse unterscheiden sich z.T. erheblich (Beratung, Teil-, Vollversorgung). Unbekannt sind die Auswirkungen der verschiedenen Strukturen und Regelungen auf die konkrete Patientenversorgung.

(2) Unterschiedliche Perspektiven: Von besonderer Bedeutung ist die Berücksichtigung der Perspektiven der Betroffenen und der involvierten Versorgungsakteure (Stadelbacher, Eichner & Schneider 2015). (a) Patienten- / An-/Zugehörigenperspektive: Zwar stehen – laut SAPV-RL – die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patienten sowie vertrauter Personen im Zentrum der Versorgungspraxis, jedoch existieren hierzu keine Vorgaben zur Qualitätssicherung aus Patientenperspektive. Auch in den vorhandenen Untersuchungen zu SAPV ist die Patientenperspektive gar nicht (Radbruch et al. 2015) oder nur im ausgewählten qualitativen Zugriff auf konkrete Fallkonstellationen (Schneider et al. 2014; Schneider 2015) berücksichtigt worden. Eine Beurteilung der Evidenz ohne Berücksichtigung der Patienten- / An-/ Zugehörigenperspektive bleibt lückenhaft (Deutscher Ethikrat 2016; Koch et al. 2012). (b) Perspektive der Versorgungsakteure³: Da SAPV neben dem Patienten ein komplexes soziales Umfeld von An-/Zugehörigen und beteiligten Dienstleistern aller Art adressiert (z.B. Hausärzte, Pflegedienste, ambulante Hospizdienste, Sanitätshäuser bis hin z.B. zu Pflegeheimen), genügt es nicht, Evidenz von SAPV im Sinne eines eindimensionalen, kausalen Ursache-Wirkungsmodelles zu fassen. Vielmehr muss SAPV als ein im Umfeld des Patienten lokalisiertes, differenziertes und komplexes soziales Interaktionsgeschehen mit vielfältigen Gleichzeitigkeiten, unterschiedlichen Ursachen-Wirkungs-Zuschreibungen und verschiedenen Folgen für das Versorgungsfeld vor Ort konzeptualisiert werden. Folglich gilt es, empirisch zu rekonstruieren, wie Kooperationen als Versorgungspraxis typischerweise ausgestaltet werden, um so praxisrelevante Kontextfaktoren für Wirkung und Qualität von SAPV identifizieren können. (c) Vernetzung und Rolle der Hausärzte: Die bisherige Praxis zeigt, dass die Hausärzte in der SAPV-Praxis in mehrfacher Hinsicht eine entscheidende Rolle spielen. Erstens „triggern“ sie meist durch ihre Verordnung eine SAPV-Versorgung, zweitens sind sie in aller Regel weiter in die Betreuung „ihrer“ SAPV-Patienten involviert, und drittens verantworten sie parallel die AAPV. Diese Schlüsselposition erfordert eine intensive Evaluierung ihrer Rolle und die Berücksichtigung bei Weiterentwicklung der Bedingungen für die SAPV und der SAPV-RL. (d) Perspektive der Kostenträger: Bisher vorliegende Auswertungen von GKV-Routinedaten bilden spezifische Teilaspekte palliativmedizinischer Versorgung ab (Gaertner et al. 2013). Wie es in der realen Versorgung an ausreichender Trennschärfe zwischen SAPV und AAPV mangelt (G-BA 2014), fehlt bislang auch eine angemessene Abbildung der AAPV an der Grenze zur SAPV mittels GKV-Routinedaten.

³ Die Berücksichtigung weiterer an der Versorgung Beteiligter wird in der aktuellen SAPV-Richtlinie eingefordert, jedoch nur partiell konkretisiert („verbindliche Kooperationsvereinbarungen“, „Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten“).

(3) Gesundheitsökonomische Relevanz: Vorbereitete, strukturierte Therapieentscheidungen am Lebensende und Vermeidung von Übertherapie (z.B. tumorspezifische Therapie, stationäre Krankenhausaufenthalte, Intensivmedizin) sind von hoher gesundheitsökonomischer Relevanz.

(4) Gesellschaftliche Relevanz: Entsprechend der Empfehlungen des nationalen Ethikrates, gilt es das Patientenwohl als wesentliches Leitprinzip der medizinischen Versorgung zu verankern (Deutscher Ethikrat 2016).

(5) Weitere Themen: (a) mögliche Unterversorgung von Patienten mit nicht-onkologischer Erkrankung: Gemäß Statistischem Bundesamt waren im Jahr 2017 rund 25% der Todesfälle in Deutschland auf maligne Erkrankungen zurück zu führen, 80% der in der SAPV versorgten Patienten litten an malignen Erkrankungen. Dies legt eine potentielle Unterversorgung für Betroffene mit anderen Krankheitsbildern nahe, (b) fehlende frühe Einbindung: Viele Untersuchungen zeigen, dass die Einbindung von spezialisierter Palliativversorgung früh im Krankheitsverlauf zu einer Besserung von patientenberichteten Endpunkten führt, SAPV Einbindung erfolgt spät im Krankheitsverlauf (Gaertner, Wedding & Alt-Epping 2015), (c) Eine systematische Erfassung, in welchen Bereichen SAPV Akteure Unter- oder Überversorgung wahrnehmen, steht bisher aus.

Eine systematische, bundesweite Evaluierung des Status quo der SAPV ist bislang nicht vorgenommen worden. Daher ist eine umfassende Bewertung der Versorgungsqualität und des Versorgungsumfangs der SAPV und der sie bestimmenden Faktoren notwendig, um die SAPV-RL weiterzuentwickeln.

4. Projektdurchführung

Das vorliegende Evaluationskonzept gliedert sich in 5 Teilprojekte (TP), die sich jeweils ergänzen. Dazu gehören (siehe Abbildung 1): (a) die standardisiert mess- und analysierbaren Auswirkungen von SAPV-Vertrags- und Strukturmerkmalen auf die Versorgung (TP1) ebenso wie die (b) nicht-standardisiert bzw. qualitativ zu analysierende Versorgungsqualität aus Sicht ausgewählter SAPV-Leistungserbringer (TP3), (c) die Interaktion zwischen den an der SAPV beteiligten Leistungserbringern und weiteren Versorgungsakteuren (Hausärzte, Onkologen, Geriater, Hospiz- und Pflegedienste etc.) (TP3), (d) die Versorgungsqualität aus Sicht der Patienten und An-/Zugehörigen („patient-reported-outcomes“) (TP2), (e) die Wechselwirkungen zwischen SAPV und der Rolle der Hausärzte (u.a. Abgrenzung zu AAPV) (TP4), sowie eine detaillierte quantitative Darstellung der Versorgung palliativer Patienten anhand von GKV-Routinedaten und daraus ableitbaren Hinweisen auf Unter-, Über- und Parallelversorgung (TP 5).

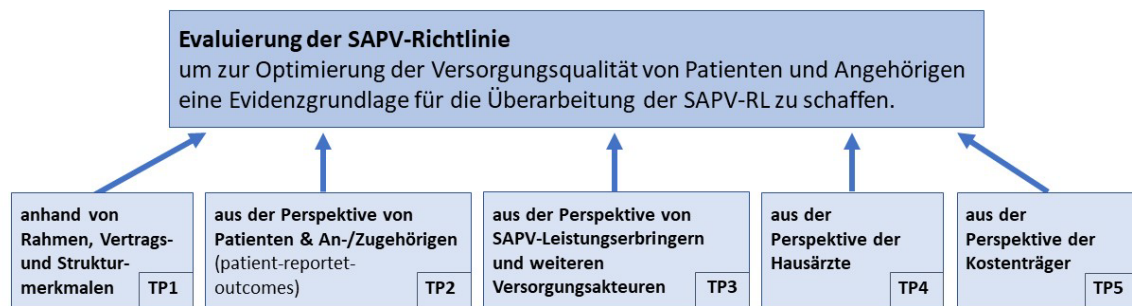


Abbildung 1: Überblick SAVOIR - Evaluierung der SAPV-Richtlinie

Der mit dem Konsortialprojekt verfolgte Ansatz fokussiert auf folgende Aspekte:

- Welche regionalen Unterschiede existieren in der Leistungserbringung der SAPV?
- Gibt es Hinweise auf Unterschiede bei der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der SAPV und auf Zusammenhänge zwischen diesen Qualitätsdimensionen?
- Welche Evidenz liegt vor zur „Wirksamkeit“ der SAPV aus der Perspektive der Beteiligten?
- Gibt es Evidenz für Unter-, Über- und Parallelversorgung?
- Die Ergebnisse aller dieser Analysen münden in Empfehlungen zur Weiterentwicklung der SAPV-RL

Das Projekt zeichnet sich durch die teilprojektübergreifende Nutzung von Daten und eine Kombination quantitativer und qualitativer Ansätze aus. Die Details zur Projektdurchführung sind bei den jeweiligen Teilprojekten im Abschnitt Methodik ausgeführt.

5. Methodik

Teilprojekt TP 1: Strukturmerkmale der SAPV und ihr Einfluss auf Versorgungsparameter

Ziel ist eine umfassende Erfassung und Untersuchung der in der SAPV bestehenden Organisationsstrukturen und Voraussetzungen (formal durch vertragliche Regelungen festgehalten) und deren Auswirkungen auf die konkrete Leistungserbringung.

Design: Die Evaluation erfolgte in mehreren Stufen: Im ersten Schritt (1a) wurden bundesweit die SAPV-Strukturen erhoben. Gleichzeitig (Schritt 1b) wurden die vertraglichen Strukturen mit den Kostenträgern in der SAPV erhoben. Auf Grundlage dieser Merkmale wurden SAPV-Leistungserbringer ausgewählt, bei denen auf Patientenebene Versorgungsdaten erhoben wurden (Schritt 2). Diese wurden in Bezug auf die Versorgungsparameter hinsichtlich regionaler bzw. struktureller Unterschiede analysiert.

Datenerhebung: Schritt 1a: Die Strukturdaten wurden über den Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin (DGP) erhoben (siehe Anlage TP1_A1). Die Vertragsbestandteile (Schritt 1b) wurden durch die BAG-SAPV in enger Absprache mit den TP-Leitern recherchiert und strukturiert (siehe Anlage

TP1_A2). Die prospektive Erhebung der Patienten- und Behandlungsdaten (Schritt 2) erfolgte über 6 Monate. Die anonymisierten Patientendaten wurden anhand elektronischer Patientendokumentationen der Systeme PalliDoc (StatConsult) und ISPC (smart-Q) erhoben. Zusätzlich wurden folgende Patientendaten aus der Dokumentation ausgelesen: letzte Symptomerfassung, Anfahrtsweg, Anzahl Hausbesuche nach Berufsgruppen, Anzahl Krankenhausaufenthalte (siehe Anlage TP1_A3).

Stichprobe: Schritt 1a/1b: umfassende Datenerfassung aller SAPV-Leistungserbringer und deren Verträge. Insgesamt konnten Strukturdaten von 196 SAPV-Leistungserbringern und Palliativ-Konsiliardiensten (PKDs) erhoben werden. Schritt 2: Die Auswahl der Leistungserbringer anhand der in Schritt 1a/1b erhobener Strukturklassifikationen sollte auf der Grundlage einer repräsentativen Stichprobe von SAPV-Leistungserbringern (jeweils 1/3 Leistungserbringer aus jedem der 17 KV-Bezirke) erfolgen. Dieses Vorgehen wurde zugunsten einer möglichst breiten Rekrutierung verworfen. Die Rekrutierung erfolgte mit Unterstützung der DGP sowie der BAG SAPV. Insgesamt wurden dann Daten von 51 SAPV-Leistungserbringern mit insgesamt 3.321 Patienten aus der elektronischen Routedokumentation erfasst, wobei die KV-Bezirke jedoch nicht gleichermaßen repräsentiert waren.

Datenanalyse: Schritt 1a und b: a) Grafische, deskriptive Darstellung von Struktur- und Vertragsvariablen und der Korrelation, b) Variablenreduktion auf der Ebene der Struktur- und Vertragsdaten mittels latenter Klassenanalyse; Schritt 2: hierarchische multiple Mehrebenenmodelle, um den Zusammenhang zwischen den Einflussfaktoren (Prädiktoren) auf der Strukturebene (aus Schritt 1b) und Patientenebene mit den Versorgungsparametern (Kriterien) zu ermitteln.

Teilprojekt TP 2: Qualitätssicherung in der Ambulanten Palliativversorgung (QUAPS) – eine quantitative Erhebung zur Versorgung aus Patienten- und An-/Zugehörigenperspektive

Ziel ist zu untersuchen, inwieweit und unter welchen Bedingungen die in der SAPV-Richtlinie genannten Ziele „die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020, S.3), aus der Perspektive der Patienten erreicht werden. Daraus sollen Empfehlungen zu einer Verbesserung der SAPV-Versorgung aus Patientenperspektive erarbeitet werden.

Design: TP2 umfasst eine prospektive quer- und längsschnittliche Befragung zur Prozess- und Ergebnisqualität aus Patientenperspektive. Es wurden zwei Fragebogeninstrumente verwendet: der IPOS (Integrated Palliative Outcome Scale, u. a. Murtagh et al. 2019, Anlage TP2_A2) in deutscher Übersetzung wurde zweimalig (bei Patienteneinschluss und 4-10 Tage nach Einschluss) eingesetzt, der QUAPS (Qualitätssicherung in der Ambulanten Palliativ-Versorgung, Berghaus et al. 2019, Anlage TP2_A1) einmalig zum zweiten Messzeitpunkt. Qualitative Daten wurden mittels Freitextangaben in den Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten erhoben. Die Patienten füllten den Fragebogen entweder allein oder mit Unterstützung der An-/Zugehörigen aus.

Datenerhebung: Zur Erfassung der patientenbezogenen Outcomedaten wurde ein bundesweit repräsentativer Einschluss der SAPV-Leistungserbringer angestrebt. In einem randomisierten Verfahren wurde die Reihenfolge der anzusprechenden Leistungserbringer festgelegt. Angestrebt wurde der Einschluss von 50 SAPV-Leistungserbringern mit der Befragung von 25 Patienten je Team. Der ursprüngliche Plan aus allen 17 Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) teilnehmende SAPV-Ergebnisbericht

Leistungserbringer zu rekrutieren musste im Verlauf angepasst werden, da sich nicht aus allen KV-Bezirken SAPV-Leistungserbringer zur Mitarbeit bereit erklärten bzw. die Einschlusskriterien erfüllten. Die im TP2 verwendeten Struktur- und Prozessdaten wurden in TP1 erhoben und zur weiteren Verarbeitung an TP2 zur Verfügung gestellt.

Stichprobe: Die an TP 2 teilnehmenden Patienten sind eine Teilmenge der in TP 1 eingeschlossenen Patienten. Die Patientenrekrutierung erfolgte nach einer Schulung der teilnehmenden SAPV-Leistungserbringer. Insgesamt nahmen 1000 Patienten von 42 SAPV –Leistungserbringern teil. Die einzelnen SAPV-Leistungserbringer erhoben zwischen 2 bis 47 Patientendatensätze.

Datenanalyse: Die Auswertung der Daten erfolgte mittels der Software IBM SPSS Statistics 24. Neben der deskriptiven Beschreibung der Ergebnisse wurden inferenzstatistische Tests (Chi2-Tests, T-Tests, Varianzanalysen, multiple Regressionsanalysen) durchgeführt. Bei der Auswertung der qualitativen Aussagen, wurden randomisiert von 20 teilnehmenden Patienten die Freitextangaben aus dem IPOS ausgewählt und für die Entwicklung von Kategorien verwendet. Zunächst wurden 5 Grobkategorien (Körperliche Symptome, Psychische Symptome, Soziale Aspekte, Praktisches/Alltagsbewältigung, Medizinische Versorgung, siehe Tabelle TP2-1) entwickelt, die wiederum in Feinkategorien (u.a. Schläfrigkeit, Schwäche, Angst, Depressivität, Sorge um die Familie, Einsamkeit, Probleme bei der Ernährung) unterteilt wurden. Die Freitextangaben aller Fragebögen wurden daraufhin kategorisiert. Die inhaltliche Interpretation der Ergebnisse wurde in der Diskussion mit drei Experten aus dem Fachbereich Palliativmedizin (Arzt, Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin) durchgeführt.

Teilprojekt TP 3: Was ist gute Versorgungspraxis? – Versorgungsqualität aus Sicht von SAPV-Leistungserbringern und weiterer Leistungserbringer in der SAPV

Ziel ist die Rekonstruktion der Handlungsstrategien, Deutungen und Bewertungskategorien, die SAPV-Leistungserbringer und weitere, mit ihnen vernetzte Leistungserbringer (Hausärzte, Pflegedienste, Hospizdienste etc.) in der alltäglichen SAPV-Praxis vor Ort bei ihrer Einschätzung von Versorgungsqualität verwenden und an denen sie ihr Handeln orientieren.

Design: TP 3 nahm die ‚guten Versorgungspraxis‘ bzw. die Kennzeichen von Versorgungsqualität sowie die praktische Ausgestaltung von SAPV vor Ort in den Blick, wie sie sowohl durch die jeweiligen SAPV-Dienste als auch durch die weiteren beteiligten Versorgungsakteure geleistet, wahrgenommen und gedeutet wird. Die vor Ort vorfindbaren Versorgungspraktiken, die damit einhergehenden Schwierigkeiten und Möglichkeiten wurden mittels ‚vergleichender Einzelfallstudien‘ im Rahmen einer multiperspektivischen Feldstudie entlang eines nicht-standardisierten, qualitativen Evaluationsdesigns rekonstruiert.

Datenerhebung: Die Datenerhebungen erfolgten bundesweit über mehrtätige Feldaufenthalte vor Ort und konzentrierten sich auf qualitative problemzentrierte Leitfadeninterviews mit den in die SAPV-Praxis involvierten Versorgungsakteuren. Für die Interviews wurden Leitfäden mit offenen Fragen entwickelt, welche die Erfassung der jeweiligen subjektiven Perspektiven der Dienstmitglieder sowie der anderen Versorgungsakteure auf die Praxis der SAPV ermöglichen. Der Datenkorpus von TP3 mit den genannten Interviewdaten wurde außerdem durch Feldnotizen, die zu Teambesprechungen und Hausbesuchen erstellt wurden, komplettiert.

Stichprobe: Das Sample bestand aus 10 Sampling Points. Ein Sampling-Point und damit ein Fall setzt sich zusammen aus dem SAPV-Dienst selbst sowie Netzwerkpartnern und weiteren Versorgungsakteuren, z. B. Hausärzten, Pflegeheimen, ambulanten Hospizdiensten bis hin zu Sanitätshäusern. Insgesamt wurden 113 problemzentrierte Leitfadeninterviews durchgeführt

Datenanalyse: Die Auswertung umfasste inhaltsanalytische und sinnrekonstruktive Auswertungstechniken. Detaillierte Informationen zur Datenerhebung und -auswertung siehe Anlagen TP3_A1, TP3_A2 und TP3_A3.

Teilprojekt TP 4: Hausärztlichen Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb von SAPV

Ziel ist die quantitative Analyse der zentralen Rolle der Hausärzte in der Versorgung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV: In welchem Ausmaß und Umfang übernehmen Hausärzte die Verantwortung und Ausübung palliativmedizinischer Tätigkeiten und inwieweit ziehen sie dabei SAPV hinzu?

Design: Teilprojekt 4 beinhaltet eine querschnittliche, quantitative Befragungsstudie von Hausärzten.

Datenerhebung: Die Befragung von Hausärzten aus insgesamt acht KV-Regionen erfolgte mittels eines selbst konzipierten, pilotierten Fragebogens auf postalischem Weg. Der standardisierte Fragebogen (siehe Anlage TP4_A1) wurde literatur- und interviewbasiert entwickelt und in einer mehrstufigen Pilotphase getestet (detaillierte Beschreibung: siehe Anlage TP4_A2). Die Auswahl der KV-Regionen basierte auf den von den Projektpartnern in TP1 recherchierten und systematisch zusammengestellten SAPV-Struktur- und Vertragsparametern und verfolgte das Ziel, größtmögliche diesbezügliche Heterogenität abzubilden.

Stichprobe: Eine Zufallsstichprobe von insgesamt 6000 Hausärzten, hausärztlich tätigen Internisten und praktischen Ärzten aus acht Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) (n=750 pro KV) wurden ermittelt und angeschrieben.

Datenanalyse: Das Ausmaß an hausärztlicher palliativmedizinischer Aktivität wurde über den Aktivitäts-Score (als Mittelwert aus 32 im Fragebogen erhobenen palliativmedizinischen Aktivitäten) abgebildet. Zur Abbildung der hausärztlich empfundenen Wichtigkeit der SAPV wurde analog der Wichtigkeits-Score gebildet. Neben statistisch-deskriptiven Analysen wurden univariate und multiple Regressionsanalysen mittels IBM SPSS Statistics 25 der Tätigkeitsparameter zu den Praxis-, Patienten- und Kontextfaktoren durchgeführt (detaillierte Beschreibung: siehe Anlage TP4_A2).

Teilprojekt TP 5: Darstellung der SAPV im Vergleich mit anderen palliativmedizinischen Versorgungsformen anhand von GKV-Routinedaten

Ziel ist die Abgrenzung und Beschreibung der unterschiedlichen palliativmedizinischen Versorgungsformen, ihrer Inhalte, ihrer Patienten und ihrer weiteren medizinischen Inanspruchnahme auf der Basis von GKV-Routinedaten.

Design: Die GKV-Routinedatenstudie wurde nach den Grundsätzen der Guten Praxis Sekundärdatenanalyse durchgeführt. Auf Basis von im WDW der BARMER zur Verfügung gestellten pseudonymisierten Routinedaten wurde eine retrospektive Kohortenstudie durchgeführt.

Datenerhebung: Es wurden retrospektive Behandlungsdaten bzgl. Inanspruchnahme von palliativmedizinischer Versorgung und anderer medizinischer Leistungen ausgewertet. Dafür wurden pseudonymisierte Versicherten-Stammdaten und Leistungsdaten herangezogen. Als Bezugszeiträume wurden Versicherten- individuell -ausgehend vom Todesdatum- die Zeiträume drei Monate (91 Tage, t1) und sechs Monate (183 Tage, t2) vor dem Tod betrachtet. Der Zeitraum zwischen dem siebten und zwölften Monat vor dem Tod wird als Vorbetrachtungszeitraum (t3) angesehen.

Stichprobe: Primäre Einschlussbedingung für die Studienpopulation war ein Sterbedatum im Jahr 2016. Weitere Einschlussbedingungen waren eine vor dem Tod mind. zweijährige durchgängige Versicherung bei der datenbereitstellenden Krankenkasse (um entsprechende Vorerkrankungen sowie die (palliativ)medizinische Inanspruchnahme vor dem Tod lückenlos analysieren zu können) sowie ein Alter von mindestens 19 Jahren zum Zeitpunkt des Todes. Die Zuordnung der Versicherten zu den entsprechenden Kohorten der palliativmedizinisch versorgten Versicherten erfolgte anhand der Abrechnung/Kodierung einer einschlägigen Abrechnungsziffer innerhalb der letzten sechs Lebensmonate.

Datenanalyse: Die Auswertung der Daten erfolgte überwiegend deskriptiv; für den Kohorten-Vergleich bezüglich der Qualitäts-/ Versorgungsindikatoren wurden zusätzlich multivariate logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Status Pflegeheimbewohner und Charlson-Komorbiditäts-Index als unabhängige Variablen wurden die Odds-Ratios der SAPV-Kohorten gegenüber der Kohorte nur AAPV als Referenzgruppe ermittelt. Die Datenaufbereitung und -auswertung erfolgte mittels SAS Enterprise Guide 7.1.

Methodisches Vorgehen zur Modifikation der SAPV-Richtlinie

Zunächst wurden durch jedes Teilprojekt Vorschläge formuliert, die auf Ergebnissen des jeweiligen TP beruhten. Die Empfehlungen bezogen sich auf:

1. Änderungen des Wortlauts der Richtlinie,
2. Ergänzungen der Richtlinie,
3. Empfehlungen außerhalb der Richtlinie.

Die aus den SAVOIR-Forschungsergebnissen abgeleiteten und begründeten Vorschläge bildeten im zweiten Schritt die Grundlage für die Konsensuskonferenz am 25.10.2019 in Jena. An der Konsensuskonferenz nahmen neben den Experten aus den einzelnen Teilprojekten, eine Vertreterin der BAG-SAPV, sowie Experten aus den Innovationsfondsprojekten ELSAH und APVEL teil. Formal abstimmungsberechtigt waren die offiziellen Konsortialpartner von SAVOIR. Dabei wurden alle Vorschläge im Plenum diskutiert und ggf. modifiziert.

Folgendes Vorgehen wurde gewählt:

- Präsentation der formulierten Empfehlungen mit der Möglichkeit zu Rückfragen bzgl. des methodischen Vorgehens oder der inhaltlichen Interpretation.
- Sammlung aller Kommentare und Zusammenfassung ähnlicher Kommentare
- Diskussion und ggf. Formulierung begründeter Alternativen

Am Ende dieses Diskussionsprozesses stimmten alle Konsortialpartner den modifizierten Änderungsvorschlägen zu.

6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

Teilprojekt TP 1: Strukturmerkmale der SAPV und ihr Einfluss auf Versorgungsparameter

Strukturen: Insgesamt konnten Strukturdaten von 196 SAPV-Leistungserbringern und Palliativ-Konsiliardiensten (PKDs) erhoben werden (bezogen auf die Einträge im Wegweiser der Deutschen Palliativgesellschaft ergibt sich eine Rücklaufquote von 69,3%, die in den einzelnen Bundesländern zwischen 32,4 und 100% liegt) (siehe TP1_A4 – Tabelle 1). Die SAPV-Leistungserbringer werden überwiegend von Pflegefachkräften (34,7%) oder Ärzten (25%) geleitet (siehe TP1_A4 – Tabelle 3) und hatten im Mittel 18,5 Pflegefachkräfte und 10,4 Ärzte (siehe TP1_A4 – Tabelle 4). 37,8% der SAPV-Leistungserbringer gaben an mindestens eine psychosoziale Berufsgruppe im Dienst zu haben (Seelsorge: 23%; Sozialarbeit: 17,9%; Psychologie: 15,3%) (siehe TP1_A4 – Tabelle 5). Die Latente Klassenanalyse, basierend auf den erhobenen Strukturvariablen (n=186, bei 10 Leistungserbringern fehlten Variablen), zeigte die größte Trennschärfe bei vier Klassen von SAPV-Leistungserbringern, die wie folgt charakterisiert werden können⁴: (siehe TP1_A4 – Tabellen 41 und 42 sowie Abbildung 1):

1. Kleine unabhängige SAPV-Teams: Ärzte und Pflegefachkräfte direkt beim SAPV-Leistungserbringer angestellt, kleine Leistungserbringer (Ärzte <9 Personen, Pflegefachkräfte <9 Personen), zentralisierte Patientenversorgung (n=77; 41,4%)
2. Große Netzwerk-Teams: Externe niedergelassene Ärzte, externe Pflegefachkräfte aus Pflegediensten, große Leistungserbringer (Ärzte >9 Personen, Pflegenden >9 Personen), dezentralisierte Patientenversorgung (n=49; 26,3%)
3. Kleine Netzwerk-Teams mit eigenen Pflegefachkräften: niedergelassene Ärzte oder Krankenhausärzte, Pflegefachkräfte direkt beim SAPV-Leistungserbringer angestellt, eher kleine Leistungserbringer (vor allem Pflegekräfte <9 Personen), zentralisierte und dezentralisierte Patientenversorgung (n=42; 22,6%)
4. Kleine klinikbasierte Teams: Ärzte und Pflegefachkräfte beim Krankenhaus angestellt, kleine Leistungserbringer, zentralisierte Patientenversorgung (n=18; 9,7%)

Abbildung 5 zeigt die prozentuale Verteilung der Teamtypen in den KV-Regionen. Hier fällt auf, dass in einigen Regionen große (Niedersachsen) und kleine Netzwerkteams (Thüringen, Westfalen-Lippe) vorherrschend sind, während in anderen Regionen überwiegend kleine unabhängige SAPV-Teams existieren (Hessen, Rheinland-Pfalz/Saarland). Viele Regionen weisen eine gemischte Struktur auf.

Vertragsstrukturen: In ganz Deutschland außer Westfalen-Lippe werden Verträge nach §132d SGB V geschlossen. Es handelt sich überwiegend um Musterverträge, die Vergütungsbedingungen werden zum Teil durch einzelne SAPV-Leistungserbringer ausgehandelt. In allen KV-Regionen wird die Leistung

⁴ In der folgenden Aufzählung wird ausnahmsweise der Begriff „Team“ benutzt, um – konsistent mit den Ergebnissen von TP 3 - das Selbstverständnis der Akteure zum Ausdruck zu bringen

von qualifiziertem⁵, in 11 Regionen auch durch entsprechend in Qualifizierung befindlichem Personal erbracht (siehe TP1_A4 – Tabelle 10). Die Vergütungsmodelle sind überwiegend gemischt (Fallpauschale mit und ohne Leistungstag/Rufbereitschaft, Wochen-, und Tagespauschale, Tagespauschale bei Hausbesuch, Einzelleistungen (z.B. Hausbesuch), ein rein auf Einzelleistungen basierendes Vergütungssystem existiert nicht. Zwei Regionen sehen Mitwirkungspauschalen für Basisversorger vor, in drei Regionen ist die Erbringungen von jeglichen Leistungen nach SGB V bei SAPV-Vollversorgung explizit ausgeschlossen (siehe TP1_A4 – Tabelle 11).

Versorgungsprozesse: Bei 51 Leistungserbringern (siehe TP1_A4 – Tabelle 12) wurden Daten aus der elektronischen Routinedokumentation (PalliDoc oder ISPC) von insgesamt 3.321 Patienten in einem Rekrutierungszeitraum von 6 Monaten prospektiv erfasst (51% männlich, Altersdurchschnitt: 74,3 Jahre); 79,1% hatten mindestens eine Krebsdiagnose. Innerhalb des beobachteten Zeitraums verstarben 75,5% in der SAPV, von diesen verstarben 60,9% zu Hause, 17,2% im Pflegeheim, 14,1% im Krankenhaus (davon etwa die Hälfte, insgesamt 6,2% auf einer Palliativstation) (siehe TP1_A4 – Tabelle 178.). Der mittlere SAPV-Versorgungszeitraum betrug 52,1 Tage (Median 29; SD 65.6). Von den verstorbenen Patienten war ein Fünftel 7 Tage oder weniger (19,4 %), fast ein Drittel weniger als 15 Tage (32,5%) vor dem Tod in die SAPV aufgenommen worden (siehe TP1_A4 – Tabelle 30-32). Dabei wird der Versorgungszeitraum vermutlich überschätzt, da Patienten mit sehr kurzer Versorgung vermutlich eher nicht in die Studie eingeschlossen wurden. Das zeigen auch die Ergebnisse von TP 5, die höhere Anteil von sehr kurz versorgten Patienten aufweisen. Die mittlere Anzahl der Hausbesuche pro Patient betrug 17,1, diese erfolgten vor allem durch Pflegefachkräfte (13,1) und/oder Ärzte (4,2) (siehe TP1_A4 – Tabelle 19). 27,4% der Patienten wurden während der SAPV mindestens einmal in ein Krankenhaus eingewiesen (mittlere Krankenhaustage: 3,58) (siehe TP1_A4 – Tabelle 23 und 24). Schwäche, Hilfebedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) sowie Appetitmangel waren laut Routinedokumentation die häufigsten Symptome sowohl am Anfang als auch am Ende der Versorgung (siehe TP1_A4 – Abbildungen 2-4 sowie Tabellen 35-40). Nicht onkologisch Erkrankte wiesen im Vergleich mit onkologisch erkrankten Patienten höhere Anfangswerte für Luftnot, Schwäche, Hilfebedarf bei ATL, Wunden und Desorientiertheit auf. Onkologisch erkrankte Patienten hatten etwas stärkere Schmerzen und Übelkeit. Die nicht onkologisch erkrankten Patienten waren zudem deutlich stärker eingeschränkt (ECOG 3,14 vs. 2,51 zu Beginn). Eine geringe Reduktion der Symptome konnte für Schmerzen, Übelkeit und Probleme mit der Organisation der Versorgung beobachtet werden, während Müdigkeit, Hilfebedarf bei ATL und Schwäche im Krankheitsverlauf zunahmen. Etwa ein Viertel der Patienten litt zu Beginn der Versorgung an mittlerer bis starker Depressivität (27%), 41% an mittlerer bis starker Angst, mehr als die Hälfte (53,3%) hatte mindestens ein mittel oder stark ausgeprägtes psychisches Symptom (siehe TP1_A4 – Tabelle 26). Dies verweist auf die Wichtigkeit psychischer Unterstützung im Rahmen der SAPV-Versorgung, die jedoch nur sehr selten über den Einbezug externer Dienste geleistet wurde: bei Leistungserbringern, die nicht über eine psychosoziale Berufsgruppe als Teammitglied verfügten, waren nur bei 0,5% der Patienten Psychologen/ Psychotherapeuten, bei 0,4% ein Sozialdienst involviert (n=1711, Angabe zum Ende der Betreuung) (siehe TP1_A4 – Tabelle 27-29)

Im Rahmen der Mehrebenenanalyse konnte kein Zusammenhang zwischen Typ des SAPV-Leistungserbringers, Vertragsstrukturen und verschiedenen Versorgungsparametern (z.B. Dauer der Versorgung,

⁵ Qualifiziert nach der SAPV-RL i.V. m. den Empfehlungen des GKV nach §132d Abs.2 SGBV

Krankenhausaufenthalte, Notfallmaßnahmen, Symptomschwere, detaillierte Liste siehe Anhang TP1_A4) nachgewiesen werden (siehe TP1_A4 – Tabellen 43/1 und 43/2).

Teilprojekt TP 2: Qualitätssicherung in der Ambulanten Palliativversorgung (QUAPS) – eine quantitative Erhebung zur Versorgung aus Patienten- und An-/Zugehörigenperspektive

Im TP 2 wurden die Symptomlast und die Bedürfnisse von SAPV-betreuten Patienten mittels IPOS-Fragebogen und die Qualität der Betreuung durch den QUAPS-Fragebogen erfasst. Ferner konnten Freitextangaben gemacht werden. Die an TP 2 teilnehmenden Patienten sind eine Teilmenge der in TP 1 eingeschlossenen Patienten. Insgesamt beteiligten sich 42 SAPV-Leistungserbringer (geplant: 50) aus 9 Bundesländern an TP 2; 1000 Patienten (geplant: 1250) konnten in die Befragung von TP 2 eingeschlossen werden. Im Folgenden werden bei Angaben die relativen Prozente berichtet. Die Rate der fehlenden Werte bei den demografischen Daten lag je nach Item bei bis zu 30 %. 52% der Patienten waren Männer. Das Altersspektrum reichte von 30 Jahre bis 98 Jahre (Mittelwert: 73 Jahre). 91,5% lebten zu Beginn der Versorgung zu Hause; 7,6% in einem Pflegeheim. Zum Ende des Beobachtungszeitraums lebten 74,4% zu Hause; 9,7% in einem Krankenhaus; 8,6% in einem Pflegeheim und 7,0% in einem Hospiz. 85,6% der Patienten hatten eine onkologische Diagnose.

Die befragten Patienten gaben zum ersten Messzeitpunkt die häufigste körperliche Symptomlast (Angabe: mäßig / stark / sehr stark) für die Bereiche Schwäche (92,7%), eingeschränkte Mobilität (92%) und Müdigkeit (80,2%) an. Weniger intensiv wurden Appetitlosigkeit (67,8%), Schmerzen (62,2%), Atemnot (42,9%) und gastrointestinale Symptome (Obstipation 41,2%; Übelkeit 34,3%; Erbrechen 17,3%) beurteilt. Aus dem psychosozialen Symptomkomplex gaben die Patienten hohe Werte (Angabe: manchmal / meistens / immer) für die Items Besorgtheit/ Beunruhigung von Familie/ Freunden (96,6%), der eigenen Person gegenüber (86,7%) sowie Traurigkeit (82,7%) an (Mittelwerte und Standardabweichungen vom IPOS siehe Anlage TP2_A3).

Zwei Drittel der Patienten konnten im Verlauf der SAPV-Behandlung ein zweites Mal zur Symptomlast und ihren Bedürfnissen befragt werden, diese Zweitbefragung fand im Mittel 12 Tage nach SAPV-Einschluss statt.

Dabei zeigte sich im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt eine geringe, jedoch statistisch signifikante Verringerung der Symptomlast im Bereich Schmerz, Appetitlosigkeit und bei gastrointestinalen Symptomen. Im Bereich Schläfrigkeit und im Bereich eingeschränkter Mobilität erhöhte sich die Symptomlast geringfügig. Keine Änderung der Symptomintensität berichteten die Patienten in den Bereichen Schwäche und Atemnot. Im psychosozialen Bereich verringerten sich statistisch signifikant die empfundene Besorgtheit und Beunruhigung von Familie und Freunden, der eigenen Person und die eigene Traurigkeit (siehe Anlage TP2_A3).

Offenbar gelang es zumindest teil- und zeitweise, die Verschlechterung der begleitenden Symptome aufzuhalten. Diese Ergebnisse sind insbesondere vor dem Hintergrund der in TP1 berichteten Überlebenszeiten bemerkenswert, da es sich um schwerkranke Menschen in der letzten Phase ihres Lebens handelt, die generell stark belastet sind. So schätzten die Patienten ihre globale Belastung als hoch ein (Distress-Thermometer Skala von 0 bis 10, MW=6,52). 81,3% der Patienten berichteten im Screeninginstrument Distress-Thermometer einen Score über 4, was auf einen dringenden weiterführenden Betreuungsbedarf hinweist.

In der qualitativen Analyse der Freitextangaben, die zu beiden Befragungszeitpunkten möglich waren, gaben die Patienten wenig überraschend am häufigsten (in 70-80%) körperliche Beschwerden an (vgl. Tabelle TP2–1). Am zweithäufigsten wurden psychische Symptome benannt, die zwischen 14 bis 25% der Nennungen ausmachten. Auffällig war dabei die häufige Benennung von Symptomen, die in einigen Fällen an eine psychiatrische Erkrankung im engeren Sinne denken ließen. Marginal war die Nennung sozialer Aspekte, die nur zwischen 1-3% der Fälle ausmachte. Dieser deutliche Unterschied legt eine Differenzierung zwischen psychischen und sozialen Belangen nahe, die sich auch auf die involvierten Berufsgruppen beziehen sollte. Ein pauschales Einstufen aller nicht-körperlichen Beschwerden als ‚psycho-sozial‘ verwischt die Bedarfslage und schlimmstenfalls die psychologisch-psychiatrische Unterversorgung der hier untersuchten Patientenpopulation.

Tabelle TP2–1: Zusammenfassung der qualitativen Äußerungen (Häufigkeitsauszählung in Kategorien)

	Items	Körperliche Symptome	Psychische Symptome	Soziale Aspekte	Praktisches/ Alltags- bewältigung	Medizinische Versorgung	Rest	Σ
IPOS t1	F1.1-F1.6 Σ	1130	264	48	43	25	22	1532
	% (von 1507)	75	17,5	3,2	2,8	1,6	1,4	
	Weitere Symptome 1-4 Σ	542	190	6	8	11	10	767
	% (von 772)	70,2	24,6	0,8	1	1,4	1,3	
IPOS t2	F1.1-F1.8 Σ	801	139	27	11	24	19	1021
	% (von 1005)	80	14	3	1	2	2	
	Weitere Symptome 1-4 Σ	353	119	2	6	1	9	490
	% (von 489)	72	24	0,4	1,2	0,2	1,8	

Betrachtet man die Subpopulation der onkologisch erkrankten Patienten mit denen, die nicht onkologisch erkrankt sind, mittels ANOVA mit Messwiederholung, zeigte sich, dass die Gesamtsymptomlast (IPOS-Gesamtskala) beider Gruppen über die Messzeitpunkte sinkt (Haupteffekt der Zeit). Außerdem trat ein Haupteffekt der Subpopulationen auf, was auf einen bedeutsamen Unterschied zwischen den Patientengruppen hindeutet. Die nicht onkologisch erkrankten Patienten litten etwas stärker unter Atemnot, Schwäche, Mundtrockenheit, Schläfrigkeit und eingeschränkter Mobilität als onkologische Patienten. Demgegenüber gaben onkologische Patienten ein höheres Ausmaß an Übelkeit an. Auch die globale eingeschätzte Belastung im Distress-Thermometer fiel bei den nicht onkologisch erkrankten Patienten generell etwas höher aus. Der Anteil an onkologischen Patienten unterschied sich zwischen den einzelnen SAPV- Leistungserbringern erheblich (Range: 63,2% bis 100%).

Die Qualität der Betreuung durch die SAPV- Leistungserbringer wurde von den Patienten als sehr gut bewertet, so äußerten 80,3% der Befragten mit der SAPV-Betreuung voll zufrieden zu sein. 88,4% der Patienten gaben an, dass sie meistens so viele Informationen erhalten hätten, wie sie gewollt haben und 84,5 % der Patienten, dass praktische Probleme immer oder größtenteils bearbeitet wurden. In Tabelle TP2-2 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen des QUAPS-Fragebogens dargestellt.

Die Prozessitems „telefonische Erreichbarkeit“ (Einschätzung „sehr gut“ $t_2=82,9\%$) und das „Zeit nehmen für die Patienten“ (Einschätzung „sehr gut“ $t_2=83,5\%$) wurde von den Patienten hervorgehoben. Hierbei ergaben sich signifikante Korrelationen mit der Gesamtbetreuungszufriedenheit (telefonische Erreichbarkeit $r=0,49$, Zeit nehmen $r=0,45$), was darauf hindeutet, dass für die Patienten nicht nur die konkrete Behandlung von Symptomen, sondern das Wissen um die Erreichbarkeit und Kontaktierung im SAPV-Kontext wichtig ist (Sicherheitsbedürfnis).

Tabelle TP2-2: Mittelwerte des QUAPS-Fragebogens

Item	MW	SD
Zeit, die sich das Team für mich nimmt,	3,81	0,46
telefonische Erreichbarkeit	3,78	0,56
Gespräche/ Kommunikation	3,69	0,61
Unterstützung bei praktischen und organisatorischen Problemen	3,67	0,59
Achten meiner Entscheidungen	3,66	0,61
Wartezeit auf Hausbesuche	3,64	0,59
Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten	3,58	0,65
Vermitteln von Sicherheit und Geborgenheit	3,57	0,64
Die Einweisung in Pflegemaßnahmen	3,54	0,67
Hilfe beim Akzeptieren meiner Situation	3,50	0,68
Auffangen bei seelischen Nöten	3,47	0,72
Fördern meiner Selbständigkeit	3,42	0,77
Die Linderung von Beschwerden	3,42	0,73
Begleiten bei der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod	3,37	0,83
QUAPS-Gesamtskala	3,59	0,47
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Betreuung durch das Palliativteam?	3,78	0,47
Wurden Ihre Erwartungen an das Palliativteam erfüllt?	3,71	0,55

Note: 0 „sehr schlecht“ bis 4 „sehr gut“, QUAPS Gesamtskala = Mittelwert Items 1- 14

In einer linearen Regression haben sich 67% der Gesamtzufriedenheit mit der SAPV-Versorgung durch die Fragen des QUAPS- Fragebogens erklären lassen. Dabei waren vor allem die Items „Zeit die sich das Team nimmt“, „Wartezeit auf Hausbesuche“, „Gespräche/Kommunikation“, „Achten meiner Entscheidungen“, sowie die „Erwartungen an das SAPV-Team“ relevant. Die Gesamtsymptomlast (IPOS) der Patienten war dagegen kaum mit der Gesamtzufriedenheit der Betreuung durch die SAPV- Leistungserbringer assoziiert.

Bezüglich der verschiedenen Strukturen und Prozesse der einzelnen SAPV-Leistungserbringer zeigten sich nur geringe Zusammenhänge mit den untersuchten patientenberichteten Outcomevariablen.

Betrachtet man die in TP 1 auf Basis der Strukturdaten ermittelten Klassen der SAPV-Leistungserbringer mittels ANOVA mit Messwiederholung, zeigte sich wie bereits berichtet, dass die Gesamtsymptomlast (IPOS-Gesamtskala) über die Messzeitpunkte sinkt (Haupteffekt der Zeit). Außerdem trat kein statistisch bedeutsamer Haupteffekt der in TP1 klassifizierten Strukturmerkmale (z.B. klinikbasierte vs. unabhängige oder kleine vs. große Teams) der SAPV-Leistungserbringer auf. Zwar zeigte sich eine statistisch bedeutsame Interaktion zwischen den Klassen der SAPV-Leistungserbringer und der Zeit. Diese fiel jedoch in ihrer Effektgröße vernachlässigbar gering aus. Dementsprechend sollten Ansätze, die eine Verbesserung der Qualität der Patientenbetreuung zum Ziel haben, weniger die Strukturoptimierung in den Mittelpunkt stellen, als eher in den Blick zu nehmen, wie die Prozesse der Betreuung durch die SAPV-Leistungserbringer hochwertig gestaltet werden können: Diese Schlussfolgerungen korrespondieren auch mit den Ergebnissen von TP3 - „Kultur“ ist ebenso wichtig wie „Struktur“.

Limitationen dieses TP liegen in einem möglichen Befragungsbias (Teilnahmeentscheidung durch SAPV-Leistungserbringer, Antwortverzerrung bei Befragung durch SAPV-MA, Nicht-Einschluss sehr kranker Patienten), der nicht repräsentativen Abbildung der KV-Bezirke und einem fehlenden Vergleich mit nicht SAPV-betreuten Patienten.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse des TP2 deutlich die hohe körperliche und psychische Belastung der palliativmedizinischen Patientenpopulation bei gleichzeitiger sehr hoher Zufriedenheit mit der von den SAPV-Leistungserbringern bereitgestellten Versorgung. Die Zufriedenheit scheint weniger von der Symptomlast bzw. -besserung abzuhängen, als von der Zeit, Kommunikation und Erreichbarkeit, also insgesamt dem Ermöglichen von Sicherheit in unsicherer Situation. Zudem ist die hohe Zufriedenheit weitgehend unabhängig von Strukturmerkmalen der untersuchten SAPV- Leistungserbringer.

Teilprojekt TP 3: Was ist gute Versorgungspraxis? – Versorgungsqualität aus Sicht von SAPV-Teams und weiterer Leistungserbringer in der SAPV

Der systematische Fallvergleich von zehn ausgewählten qualitativen Feldstudien in TP3 zeigt, dass sich die Sichtweisen auf Qualität zwischen verschiedenen SAPV-Leistungserbringern und den weiteren Versorgungsakteuren grundlegend unterscheiden. Dabei kann die SAPV-Praxis in der Wahrnehmung und Deutung der Versorgungsakteure entlang a) zweier idealtypischer organisationaler *Struktur*charakteristika sowie b) dreier idealtypischer *Versorgungskulturen* unterschieden und hinsichtlich der jeweiligen Perspektiven der Versorgungsakteure, der Ausgestaltung der Versorgungspraxis sowie der jeweils typischen Bewertungskriterien für gute Versorgungsqualität beschrieben werden.

- a) Mit Blick auf die *Organisationsstruktur* der SAPV variieren die Perspektiven der Versorgungsakteure entlang der grundlegenden Unterscheidung, inwieweit das praktische Organisationsmuster der Versorgung dem Konzept der Einheit oder der Plattform folgt. *Einheit*: Die SAPV-Leistungen werden in einem Kernteam (siehe TP 1, Klasse 1 und 4, teilw. Klasse 3) arbeitsvertraglich angestellter Mitarbeiter in einem dauerhaft stabilen Versorgungszusammenhang erbracht (im Weiteren auch „Einheits-SAPV“). *Plattform* (siehe TP 1, Klasse 2, teilw. Klasse 3): Lediglich Beratung und Koordination werden von angestellten Mitarbeitern, die medizinischen und pflegerischen Leistungen der Teil- und Vollversorgung werden jeweils von kooperierenden, externen niedergelassenen Haus- und Fachärzten bzw. Pflegediensten erbracht (im Weiteren auch „Plattform-SAPV“). In Bezug auf förderliche

Faktoren für die Versorgungsqualität werden sowohl von den Akteuren der Plattform als auch von den Akteuren der Einheit eine Reihe von Argumenten und ‚Belegen‘ für die Vorteile ihres jeweils verfolgten Strukturkonzepts ausgewiesen. Dies sind bei der *Plattform* insbesondere die Flexibilität je nach Anzahl zu versorgender Patienten durch die Einbindung einer Vielzahl von Versorgungspartnern in die SAPV, welche die Versorgung auch in räumlich großen Gebieten eher möglich machen. Von den Akteuren der *Einheits-SAPV* wird dagegen vor allem ihr hohes, erfahrungsgesättigtes Fachwissen hervorgehoben, das durch die Spezialisierung auf SAPV-Patienten und den täglichen engen fachlichen Austausch in der Kooperation im Sinne eines ‚Teams‘ gefördert und gestärkt wird bzw. werden soll.

- b) Die empirisch beobachtbare SAPV-Praxis vor Ort kann entlang drei verschiedener Versorgungskulturen rekonstruiert und systematisiert werden, welche die jeweiligen konkreten Handlungsstrategien, Deutungsmuster und Bewertungskategorien der Akteure orientieren: Dualismus, Prozeduralismus und Holismus. In der *dualistischen* Versorgungskultur liegt der Fokus auf der Behandlung physischer Symptome (Symptomlinderung) des Patienten mit dem Ziel einer möglichst weitgehenden ‚Schmerzfreiheit‘. An-/Zugehörige werden hier als Teil der Versorgungsstruktur betrachtet. Entstehungsgeschichtlich ist sie am Krankenhaus oder Pflegedienst orientiert und in einer – gleichviel ob als Einheit oder als Plattform – meist klaren hierarchischen Struktur organisiert. In der *prozeduralistischen* Kultur wird besonders auf die Sondierung und praktische Umsetzung des Patientenwillens Wert gelegt, um die Gefahr einer drohenden ungeordneten und ungesicherten Versorgung zu verhindern. An-/Zugehörige fungieren hier vor allem als Ko-Akteure in den Entscheidungsfindungsverfahren. Es gibt in der Regel keine organisationalen Vorstrukturen, die als ‚Blaupause‘ dienen, und die Arbeitsstruktur ist – wiederum gleichviel ob als Einheit oder als Plattform – weniger hierarchisch, aber dennoch mit einer klaren Verantwortungsverteilung. Die *holistische* Kultur sieht als Ziel der SAPV primär die Ermöglichung eines ‚guten‘ Sterbens im Sinne einer für alle Beteiligten sinnstiftenden Lebenserfahrung. An-/Zugehörige werden hier als Teil des Falles und ebenfalls als Adressaten bzw. als Ziel einer guten Versorgung betrachtet. Diese Versorgungskultur entsteht typischerweise aus dem hospizlichen Kontext und vermeidet sowohl in der Variante ‚Einheit‘ wie auch ‚Plattform‘ hierarchische zugunsten egalitär-kooperativer Strukturen.

Alle drei Versorgungskulturen finden sich folglich in ihren verschiedenen Ausprägungen bei den beiden Strukturvarianten ‚Einheit‘ und ‚Plattform‘. Hieraus folgt, dass die unter a) genannten Strukturmerkmale – konkret: die Organisationsformen von SAPV als mehr oder weniger abgegrenztes Team oder als Organisationsplattform mit entsprechenden Netzwerkstrukturen – die jeweils gelebte Versorgungskultur vor Ort weder determinieren noch mit ihr systematisch korrespondieren. Umgekehrt gilt ebenso: Die jeweils gelebte Kultur ist nicht per se mit einer spezifischen Strukturpräferenz assoziiert.

Die qualitativen Ergebnisse aus TP3 unterstützen und ‚abstrahieren‘ die quantitativen Ergebnisse von TP1, welches eine entsprechende Strukturheterogenität der SAPV-Leistungserbringer (siehe TP 1) zeigen konnte. Darüber hinaus ergänzen sie diese Befunde insofern, als zusätzlich auch unterschiedliche Versorgungskulturen, die sich unmittelbar auf die Behandlungsprozesse und -qualitäten auswirken und strukturunabhängig sind, identifiziert werden konnten. Und diese Ergebnisse korrespondieren ebenso mit den Befunden von TP2 bezüglich der geringeren Relevanz der SAPV-Organisationsstruktur im Vergleich zu den eher ‚kulturellen‘ Aspekten wie Kommunikation, Anerkennung von Autonomie bis hin zur Erreichbarkeit als wesentliche Faktor für ‚Sicherheit‘ seitens der Patienten und An-/Zugehörigen. Die Unterschiede in den Versorgungskulturen weisen darüber

hinaus darauf hin, dass allein die Verfügbarkeit von Mitarbeitern psychosozialer Berufsgruppen in der SAPV nicht automatisch zur Berücksichtigung sozialer und psychischer Probleme der An-/Zugehörigen als ‚unit of care‘ führt, sondern im jeweiligen ‚Teamverständnis‘ eine Offenheit und Sensibilität für diese Fragen vorhanden sein muss. Denn während An-/Zugehörige bei holistisch orientierten SAPV-Leistungserbringern zum Bestandteil ‚des Falles‘ werden können, werden sie in dualistischen und prozeduralistischen Versorgungskulturen primär unter versorgungsinstrumentellen Gesichtspunkten betrachtet. Auch die Frage, was typischerweise ein SAPV-Fall ist, variiert entlang der Versorgungskultur. So wird bei SAPV-Leistungserbringern mit dualistischer Versorgungskultur ein Anspruch auf SAPV in der Regel noch immer eher mit einer onkologischen Grunderkrankung assoziiert, während die Indikation für eine SAPV-Behandlung in holistischen und prozeduralistischen Kulturen eher an Hand der jeweiligen Symptomlast insgesamt gestellt wird.

Somit kann die empirisch rekonstruierbare Kombinatorik von Organisationsstrukturen und Organisations- bzw. Versorgungskulturen, welche die jeweilige SAPV-Praxis bis hin zu den vor Ort verfolgten Qualitätskriterien beschreibt, sowohl als Ergebnis je historisch gewachsener, divergierender Deutungen und Bewertungen von guter Versorgungspraxis interpretiert werden, die z.B. mit der beruflichen Sozialisation der Versorgungsakteure sowie den konkreten Möglichkeiten und Grenzen der Versorgungsregionen (z.B. hinsichtlich Vernetzung) zusammenhängen, als auch als ein Resultat der regional sehr unterschiedlich ausgestalteten SAPV-Verträge (so wird beispielsweise im Mustervertrag Niedersachsen die Vernetzung aller Beteiligten hervorgehoben, während im Mustervertrag Bayern der interdisziplinäre Charakter der SAPV betont wird; siehe zu den Verträgen TP1). Dabei ist festzuhalten, dass – den Befunden von TP3 folgend – Empfehlungen für die SAPV-Richtlinie weniger an den Strukturen als vielmehr auch und vor allem an versorgungskulturellen Aspekten ansetzen sollten, da dort, wo ein ‚kultureller Wandel‘ der Versorgung erforderlich erscheint, Veränderungen in der Praxis sich nicht allein durch den ‚Hebel‘ einer Modifikation von Strukturbedingungen herbeiführen lassen.

Was gute SAPV-Praxis aus Sicht der Versorgungsakteure – insbesondere der SAPV-Leistungserbringer – kennzeichnet, ist vor dem Hintergrund der Ergebnisse differenziert zu beantworten: Die Deutung, Bewertung und Herstellung guter Versorgungspraxis ist immer Effekt der jeweiligen Versorgungskultur und der präferierten Organisationsstruktur, die beide wiederum eingebunden sind in die vor Ort gegebenen und z.T. sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Daraus folgt: SAPV braucht Offenheit, Flexibilität und Gestaltungsspielräume vor Ort, um jeweils ‚gut‘ ausgestaltet werden zu können.

Hinsichtlich der im Förderantrag entwickelten Forschungsfrage, welche förderlichen und hemmenden Faktoren für eine erfolgreiche SAPV von den Leistungserbringern wahrgenommen werden, ist daher festzustellen, dass es sich bei der SAPV um eine flexibel gestaltbare Form der Versorgung handelt, die sich sowohl an die vor Ort gegebenen Rahmenbedingungen anpassen, als auch auf ihre Organisationsumwelt Einfluss nehmen kann. Aus Sicht von SAPV-Akteuren und weiterer Leistungserbringer lassen sich dafür die im Anhang (siehe Anlage TP3_A4) näher ausgeführten förderlichen und hemmenden Faktoren benennen.

Teilprojekt TP 4: Hausärztlichen Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb von SAPV

TP4 hatte zum Ziel, zu untersuchen, in welchem Ausmaß und Umfang Hausärzte die Verantwortung und Ausübung für palliativmedizinische Tätigkeiten übernehmen, und inwieweit sie dabei SAPV hinzuziehen.

Die Netto-Rücklaufquote der postalischen Hausärzte-Befragung betrug insgesamt 19,1% (n=1144 von 6000) mit deutlichen Unterschieden innerhalb der einzelnen KV-Regionen (vgl. Tabelle TP4-1). Mit 16,3% der Hausärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (vs. 3,5% bei allen Hausärzten) handelt es sich um eine Stichprobe mit überdurchschnittlich intensiven Berührungen mit der Palliativmedizin. Etwa 10% der befragten Hausärzte gaben an, auch als Teil eines SAPV-Leistungserbringers tätig zu sein.

Die teilnehmenden Hausärzte gaben an, in hohem Maß palliativmedizinisch aktiv zu sein. Der aggregierte Aktivitäts-Score betrug im Mittel 3,06 (1=nie; 4=immer) und variierte regional zwischen 2,77 (Berlin) und 3,23 (Westfalen-Lippe). Die palliativmedizinische Aktivität der Hausärzte umfasste sehr häufig (>90% der Antwortenden) die Behandlung von Nebenerkrankungen/chronischen Erkrankungen, die Einbeziehung eines Pflegedienstes, die Verordnung häuslicher Krankenpflege, die Linderung von Symptomen sowie Beratung/Hilfestellung zu Patientenverfügungen/Vorsorgevollmacht. Seltener (<70%) wurden apparative bzw. invasive Behandlungsmaßnahmen, Besuche und Telefonate außerhalb der Praxiszeiten und konsiliarische Erörterungen/Beurteilungen durchgeführt.

Tabelle TP4-1: Rücklauf (netto)

KV-Region	n	Anteil (%) an N=750
Bayern	153	20,4
Berlin	95	12,7
Hessen	122	16,3
Niedersachsen	146	19,5
Sachsen-Anhalt	171	22,8
Schleswig-Holstein	142	18,9
Thüringen	196	26,1
Westfalen-Lippe	119	15,9
Summe	1144	19,1

Die eigene palliativversorgende Aktivität ist umso höher, je länger die Niederlassung bereits andauert, je mehr Palliativversorgung als ein zentraler Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit betrachtet wird, je höher die selbst eingeschätzte palliativversorgende Kompetenz und die formale Qualifikation zur Palliativversorgung sind und je höher der Hausarzt die Qualität der umgebenden palliativen Versorgungsstrukturen (ohne SAPV) einschätzt. Aber auch die Qualität des eigenen Personals, das bspw. Hausbesuche übernehmen kann, führt zu einer höheren palliativmedizinischen Aktivität unter den befragten Hausärzten.

85,5% der befragten Hausärzte geben an, in ihrer hausärztlichen Tätigkeit bereits mindestens einmalig eine SAPV-Verordnung ausgestellt zu haben. Nach SAPV-Involvierung bleiben die Hausärzte in 77% der Fälle „immer“ oder „häufig“ eingebunden. Das restliche Viertel der Hausärzte fühlt sich während einer SAPV-Behandlung ihrer Patienten – insbesondere bei der Verordnung von SAPV durch das Krankenhaus – unzureichend eingebunden und informiert. Bei nur 4% der Befragten wird eine SAPV-Verordnung häufig oder immer durch den MDK abgelehnt.

Hausärzte schätzen die Bedeutung der SAPV bei der Bewältigung der eigenen palliativen Versorgungsaufgaben bei ihren Patienten in der Häuslichkeit als hoch ein: Der aggregierte Wichtigkeits-Score betrug im Mittel 2,27 (1=nicht erforderlich; 2=wichtig; 3=sehr wichtig). Die von Hausärzten als am wichtigsten eingeschätzten SAPV-Aktivitäten liegen dabei in der Unterstützung bei apparativen Maßnahmen (z.B. Morphinpumpen, Infusionen, Portsysteme), der 24/7-Verfügbarkeit und der Unterstützung in der finalen Phase.

Je mehr der Hausarzt selbst palliativmedizinisch aktiv ist, umso weniger wichtig beurteilt er die SAPV. Ist die palliativmedizinische Aktivität gering, steigt die Wichtigkeit der SAPV. Die hausärztliche Einschätzung der SAPV-Bedeutung korrespondiert mit der (selbst angegebenen) Anzahl an SAPV-Verordnungen (vgl. Tabelle TP4-2). Bei BQKPMV-abrechnenden Ärzten ist die Wertschätzung der SAPV geringer, möglicherweise weil BQKPMV nicht ergänzend zur SAPV beim gleichen Patienten abgerechnet werden kann.

Tabelle TP4-2: Multivariate Regressionsanalyse, abhängige Variable: SAPV-Wichtigkeits-Score, Stichprobe ohne Hausärzte mit „aktueller Mitarbeit als Teil des SAPV-Teams“

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
					Unter-grenze	Ober-grenze
Konstanter Term	2,302	0,315	7,318	<,001	1,684	2,920
Alter	0,006	0,004	1,598	0,111	-0,001	0,013
Geschlecht (weiblich)	0,076	0,041	1,840	0,066	-0,005	0,157
Tätigkeitsdauer	-0,003	0,003	-0,828	0,408	-0,009	0,004
Tätigkeitsform						
Einzelpraxis	-0,025	0,114	-0,221	0,825	-0,249	0,199
Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis	-0,006	0,114	-0,049	0,961	-0,230	0,219
MVZ*	0a					
Angestelltenverhältnis (nicht angestellt)	0,092	0,079	1,166	0,244	-0,063	0,246
Region der Praxis						
Landgemeinde	0,017	0,058	0,285	0,776	-0,098	0,131
Kleinstadt	-0,022	0,058	-0,371	0,710	-0,137	0,093
Mittelstadt	-0,008	0,062	-0,133	0,894	-0,129	0,113
Großstadt*	0					
Qualifikationslevel						
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	0,229	0,218	1,049	0,295	-0,200	0,658
BQKPMV	0,085	0,274	0,309	0,758	-0,455	0,624
40h-Kursweiterbildung	0,037	0,054	0,687	0,492	-0,068	0,142
3 Monate in PV gearbeitet	0,109	0,079	1,381	0,168	-0,046	0,265
keine+ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit*	0					
Abrechnungslevel						
Abrechnung über Selektivverträge	0,097	0,158	0,613	0,540	-0,214	0,407
BQKPMV	-0,227	0,266	-0,855	0,393	-0,749	0,295
AAPV+Zusatzbezeichnung	-0,289	0,228	-1,268	0,205	-0,737	0,159
AAPV*	0					
Arbeitsbelastung proWoche	-0,002	0,002	0,961	0,337	-0,005	0,002
Patienten pro Quartal	-2,002	6,208	-0,323	0,747	0,000	0,000
	*10-5	*10-5				

	β	SD	T	p-Wert	95%-KI	
palliative Patienten pro Quartal	0,001	0,001	1,015	0,311	-0,001	0,003
Hausbesuche pro Woche	0,001	0,001	1,069	0,286	-0,001	0,004
Hausbesuche bei palliativen Patienten pro Quartal	-0,002	0,001	-1,589	0,113	-0,004	0,000
Selbstverständnis	-0,062	0,027	-2,246	0,025	-0,116	-0,008
Kompetenzempfinden/Sicherheitsgefühl	-0,011	0,036	-0,291	0,771	-0,082	0,061
hausärztliche Aktivität	-0,283	0,051	-5,512	<,001	-0,384	-0,182
SAPV-Verordnungen durch andere Leistungserbringer	-0,003	0,004	-0,712	0,477	-0,010	0,005
Eingebundensein nach SAPV-Involvierung	0,088	0,023	3,752	<,001	0,042	0,134
Ablehnung der SAPV-Verordnung durch MDK	-0,007	0,039	-0,185	0,854	-0,084	0,069
Versorgungsqualität der (allgemeinen) Infrastruktur	-0,016	0,055	-0,284	0,776	-0,124	0,092
Versorgungsqualität SAPV-Team/PKD	0,119	0,036	3,273	0,001	0,048	0,190
KV-Zugehörigkeit						
Bayern	0,037	0,105	0,356	0,722	-0,169	0,243
Berlin	0,126	0,131	0,958	0,338	-0,132	0,383
Hessen	0,128	0,110	1,159	0,247	-0,089	0,344
Niedersachsen	0,153	0,109	1,407	0,160	-0,061	0,367
Sachsen-Anhalt	0,092	0,109	0,844	0,399	-0,122	0,307
Schleswig-Holstein	0,179	0,110	1,620	0,106	-0,038	0,396
Thüringen	0,145	0,106	1,369	0,172	-0,063	0,353
Westfalen-Lippe*	0					

Note: β =Regressionskoeffizient, SD= Standardabweichung, T= empirischer T-Wert, 95%KI= 95%iges Konfidenzintervall für β , n=Fallzahl, *Referenz, korrigiertes R-Quadrat= 0,183, F(36, 559)=4,465, n=559

Hausärzte schätzen die Qualität des kooperierenden SAPV-Leistungserbringers (im Fragebogen wurde als allgemein gebräuchlicher Oberbegriff für jedwede SAPV-Leistungserbringerstruktur der Begriff „SAPV-Team“ verwendet) umso höher ein, wenn der SAPV-Leistungserbringer bei Fragen zu jeder Zeit erreichbar ist, wenn regelmäßige Fallbesprechungen mit ihm durchgeführt werden können, wenn SAPV-Vollversorgung angeboten wird, je weniger Hausärzte selbst palliativversorgend aktiv sind und je mehr sie sich durch den SAPV-Leistungserbringer eingebunden fühlen. Hingegen nehmen Hausärzte das Vorhandensein einer dritten (psychosozialen) Berufsgruppe offenbar nicht als relevantes SAPV-Qualitätsmerkmal wahr.

Für eine vollumfängliche Darstellung der Ergebnisse und deren Diskussion siehe Anlage TP4_A2.

Die Befragungsergebnisse unterliegen zum Einen der Limitation, dass es sich um Eigenangaben der befragten Hausärzte handelt und zum Anderen der Einschränkung, dass palliativmedizinisch aktive Hausärzte unter den Respondern stärker vertreten sind als in der Grundgesamtheit, hier also ein Selektionsbias vorliegt, der in multiplen Analysen jedoch isoliert werden konnte.

Aus den oben genannten Befunden leiten sich folgende Einsichten ab: Hausärzte schätzen die Bedeutung der SAPV bei der Bewältigung der eigenen palliativen Versorgungsaufgaben bei ihren Patienten in der Häuslichkeit. Neben der objektiven Indikation für SAPV und dem möglicherweise expliziten Patienten- und/oder An-/Zugehörigenwunsch nach SAPV – der in der Erhebung nicht erfasst wurde – wird die Wertschätzung und Hinzuziehung von SAPV durch Hausärzte wesentlich beeinflusst durch die unterschiedlich ausgeprägte eigene palliativmedizinische Aktivität. SAPV wird insofern in

einem gewissen Maße „substitutiv“ genutzt und ersetzt mancherorts möglicherweise die AAPV. Darüber hinaus leitet sich folgende Überlegung ab: Da neben den objektiven Indikationskriterien auch andere Faktoren die hausärztliche SAPV-Verordnung triggern, ist nicht davon auszugehen, dass zukünftig eine alleinige Einschränkung oder Ausweitung der Indikationskriterien für SAPV mittels Richtlinie eine unmittelbare Wirkung auf die Menge der verordneten SAPV zeigen würde.

Teilprojekt TP 5: Darstellung der SAPV im Vergleich mit anderen palliativmedizinischen Versorgungsformen anhand von GKV-Routinedaten

TP5 hatte zum Ziel, die spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung im Vergleich zu anderen palliativen Versorgungsformen in Deutschland auf der Basis von GKV-Routinedaten zu beschreiben.

In der Studienpopulation von 95.962 in 2016 verstorbenen erwachsenen BARMER-Versicherten wurde im letzten halben Jahr vor dem Tod insgesamt bei 32,7% der Versicherten (VS) mindestens eine palliative Leistung (SAPV, AAPV, Palliativversorgung im Krankenhaus, stationäres Hospiz) abgerechnet: SAPV: 13,1%; AAPV: 24,4% (BQKPMV war vor 2017 noch nicht abrechenbar). Bei 8,1% der VS wurde mind. eine stationäre palliativmedizinische und bei 3,3% eine stationäre Hospizleistung abgerechnet. Der Anteil der mit SAPV versorgten Versicherten fällt mit 13,1% deutlich höher aus als dieser im Bertelsmann-Faktencheck für die Jahre 2010-2014 mit 3,5% berichtet wird (Radbruch et al., 2015), der SAPV-Verordnungen im Krankenhaus nicht erfasste. Der Anteil von Verstorbenen mit AAPV-Leistungen lag mit 24,4% im Jahr 2016 auf demselben Niveau wie es von Radbruch et al. für 2014 berichtet wurde. Zieht man aber (wie bei Radbruch et al.) ausschließlich die EBM-Ziffern der AAPV heran, so lag die Inanspruchnahme in 2016 bei nur noch 19,3%. Während also bei der SAPV eine starke Zunahme festzustellen ist, ist die Inanspruchnahme von AAPV deutlich zurückgegangen.

Zwischen den KV-Regionen ist eine deutliche regionale Ungleichverteilung festzustellen: so schwankt der Anteil der VS mit SAPV zwischen 6,3% in Rheinland-Pfalz und 22,9% Westfalen-Lippe⁶, mit AAPV zwischen 16,9% in Brandenburg und 34,1% in Bayern, mit stationärer Palliativversorgung zwischen 6,7% in Schleswig-Holstein und Hessen und 13,0% in Thüringen.

Einschränkend zu bemerken ist, dass die Inanspruchnahme von SAPV immer noch unterschätzt ist: Es konnten nur die SAPV-Abrechnungen herangezogen werden, die in elektronischer Form vorlagen; SAPV-Abrechnungen in Papierform waren nicht auswertbar. Diese Limitation macht sich insbesondere bei der KV-Region Berlin bemerkbar. Ebenso kann auch für die AAPV davon ausgegangen werden, dass diese tendenziell unterdokumentiert ist (z.B. durch die fehlende Abrechnung palliativer Ziffern bzw. geriatrischer Pauschalen anstelle von AAPV-Ziffern).

SAPV beginnt bei 15,6% der Versicherten erstmalig 3 Tage vor dem Todestag, bei 28,1% erstmalig 7 Tage vor dem Todestag, bei 43,5% erstmalig 15 Tage vor dem Todestag. Auch diese Kenngröße variiert zwischen den KV-Regionen. Die Ergebnisse deuten außerdem an, dass viele SAPV-Verordnungen aus dem Krankenhaus heraus erfolgen: Bei 20,6% der VS mit SAPV beginnt diese innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Bei mehr als der Hälfte der betroffenen Patienten wurde im

⁶ Patienten, die vom Palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD) behandelt wurden, werden als SAPV-Patient gezählt (siehe „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ der KV Westfalen-Lippe),

selben Zeitraum keine AAPV (mehr) abgerechnet, was bedeuten kann, dass hier keine Einbindung eines Hausarztes nach Krankenhausentlassung mehr erfolgte.

VS, die SAPV erhalten, sind jünger, häufiger männlich, und seltener Pflegeheimbewohner als Patienten die nur AAPV erhalten. Weiterhin weisen VS mit SAPV noch immer (2016) einen deutlich höheren Anteil an Krebserkrankten auf als diejenigen, die ausschließlich AAPV erhalten haben (76,0% in der Kohorte „nur SAPV“ bzw. 81,3% in der Kohorte „SAPV+AAPV“ vs. 52,8% in der Kohorte „nur AAPV“). Auch lässt sich bei SAPV-Patienten ein höherer Charlson-Morbiditätsindex feststellen, was auf einen erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf von Patienten mit SAPV-Verordnung hindeutet (vgl. Tabelle TP5-1).

Tabelle TP5-1: Soziodemographische und versorgungsbezogene Merkmale der Versicherten nach Kohorten, alters- und geschlechtsstandardisiert

Merkmale	Kohorten						
	Ausprägung	keine PV	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+AAPV	nur stat. PV	gesamt
Geschlecht	weiblich [%]	49,8	55,9	48,6	51,3	49,0	50,8
Alter	Mean	78,8	78,7	76,4	75,3	74,1	78,3
	Std	13,2	12,9	14,9	15,1	15,7	13,6
Kreistyp	städtisch [%]	72,0	70,5	71,0	73,0	70,2	71,7
Pflegestufe	keine [%]	40,2	13,3	7,4	6,9	44,2	31,5
Pflegeheimbewohner	ja [%]	26,8	44,1	28,6	30,2	10,8	29,5
Stationäres Hospiz	ja [%]	0,0	6,9	13,9	16,8	2,3	3,3
Stationäre PV	ja [%]	0,0	11,7	22,8	25,0	100,0	8,1
Morbidität (Charlson-Index)	Mean	3,6	4,9	5,7	6,1	5,3	4,2
	Std	3,2	3,9	4,3	4,4	4,3	3,7
Tumor	ja [%]	27,8	52,8	76,0	81,3	79,6	40,3

Die durchschnittlichen Gesamtkosten je Versichertem innerhalb der letzten 3 Lebensmonate betrugen:

- in der Kohorte „nur AAPV“: 10.821€ (SD 13.762€)
- in der Kohorte „nur SAPV“: 17.038€ (SD 15.028€)
- in der Kohorte „SAPV+AAPV“: 16.632€ (SD 14.054€)
- in der Kohorte „keine PV“: 12.061€ (SD 22.133€).

Dabei wurden Kosten für AAPV und SAPV, (sonstige) ambulante ärztliche Leistungen, stationäre Palliativversorgung, (sonstige) stationäre Versorgung, Versorgung in stationären Hospizen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel (dabei auch die von SAPV-Leistungserbringern verordneten), Rehabilitation und häusliche Krankenpflege⁷ berücksichtigt (vgl. Anhang TP5_A1). Kosten von

⁷ Dabei ist zu berücksichtigen, dass in einigen Bundesländern im Rahmen von SAPV-Vollversorgung keine zusätzliche Verordnung häuslicher Krankenpflege möglich ist.

Rettungsdiensteinsätzen, zahnärztlicher Versorgung sowie der Pflege nach SGB XI⁸ wurden nicht berücksichtigt. Die ermittelten Kostenunterschiede verstehen sich rein deskriptiv. Neben der Tatsache, dass die Versorgung in der SAPV kostenintensiver ist als die Versorgung in der AAPV, ist davon auszugehen, dass die Gesamtkostenunterschiede zu einem großen Teil durch die höhere versorgungsrelevante Morbiditätslast von SAPV-versorgten Patienten begründet sind (s.o.). Zwischen den KV-Regionen lassen sich auch bei den Versorgungskosten große Schwankungen feststellen, die einerseits auf die unterschiedlich vergüteten palliativen Versorgungsleistungen, andererseits auf die unterschiedliche Höhe der Inanspruchnahme sonstiger medizinischer Leistungen zurückzuführen sein dürften.

Adjustierte Auswertungen (Adjustierungsfaktoren: Alter, Geschlecht, Charlson-Morbiditätsindex, Pflegeheim-Aufenthalt, (ggf.) Tumor-Erkrankung) zur Versorgungsqualität für die ambulanten palliativen Versorgungsformen AAPV, SAPV sowie AAPV+SAPV zeigen, dass es unter SAPV, die mindestens 14 Tage bzw. 30 Tage vor dem Tod begann, in diesen letzten 14 bzw. 30 Lebenstagen zu weniger Krankenhausaufenthalten, zu weniger intensivmedizinischen Aufenthalten, zu weniger Chemotherapien und einem geringfügigeren Einsatz von Magensonden (PEG) kam. Dies weist auf einen potenziell geringeren Grad an Überversorgung am Lebensende in der SAPV hin. Eine Ausnahme davon bildet die parenterale Ernährung, die unter SAPV häufiger zum Einsatz kam. Der Sterbeort war unter SAPV seltener das Krankenhaus als unter nur AAPV: 22,0% der VS mit SAPV; 18,7% mit SAPV+AAPV und 36,9% mit nur AAPV verstarben im Krankenhaus (vgl. Tabelle TP5-2 & Tabelle TP5-3).

Wesentliche Limitationen dieser Analysen bestehen a) in der Unsicherheit darüber, inwieweit die jeweiligen Versorgungsentscheidungen, die den gemessenen aggregierten Qualitätsindikatoren zugrunde liegen, im Einzelfall angemessen oder unangemessen waren, und b) in der fehlenden Verknüpfung mit patienten-berichteter Versorgungsqualität.

Tabelle TP5-2: Bildung von Subgruppen für Analysen zur Versorgungsqualität

Qualitäts- /Versorgungsindikatoren	Kohorten/Subgruppen					
	nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV	
	n	%	n	%	n	%
VS in Kohorten	16.294	100,0	4.934	100,0	7.591	100,0
Krankenhausaufenthalt (ohne pall. OPS) Behandlung auf Intensivstation						
VS mit Beginn der PV mind. 30 Tage vor dem Tod	9.633	59,1	1.785	36,2	2.998	39,5
Chemotherapie						
VS mit Beginn der PV mind. 30 Tage vor dem Tod & mit Tumor	5.532	34,0	1.482	30,0	2.611	34,4
Anlage/Wechsel einer PEG Parenterale Ernährung						
VS mit Beginn der PV mind. 30 Tage vor dem Tod & ohne gastrointestinalen Tumor	7.860	48,2	1.264	25,6	2.077	27,4

Note: (VS Versicherte, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, PV Palliativversorgung, OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel, PEG Perkutane endoskopische Gastrostomie, mind. mindestens)

⁸ Aufgrund eines Umbruchs in der Datenstruktur der SGB XI-Daten im W-DWH der BARMER im Jahr 2016 waren die Pflegekosten nicht auswertbar.

Tabelle 5-3: Indikatoren zur Versorgungsqualität im Vergleich zwischen Versicherten mit AAPV und SAPV, Ergebnisse logistischer Regressionsanalysen¹

Qualitäts-/ Versorgungsindikatoren	Kohorten [% (n)]			Odds Ratios [CI]	
	nur AAPV	nur SAPV	SAPV+ AAPV	nur SAPV vs. nur AAPV	SAPV+AAPV vs. nur AAPV
Versterben im Krankenhaus, % (n)**	36,9 (3.558)	22,0 (392)	18,7 (560)	0,274 [0,241-0,312]	0,229 [0,205-0,257]
Krankenhausaufenthalt ² innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod, % (n)**	41,6 (4.006)	27,2 (485)	26,7 (800)	0,328 [0,290-0,371]	0,338 [0,305-0,374]
Behandlung auf Intensivstation innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod, % (n)**	5,9 (571)	1,3 (24)	1,7 (52)	0,165 [0,109-0,250]	0,223 [0,166-0,298]
Chemotherapie innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod, % (n)**	13,6 (752)	10,0 (148)	7,5 (196)	0,537 [0,441-0,654]	0,403 [0,338-0,480]
Parenterale Ernährung innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod, % (n)**	1,5 (121)	4,8 (61)	5,5 (115)	1,892 [1,363-2,626]	2,262 [1,723-2,968]
Anlage/Wechsel einer PEG innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod, % (n)	0,7 (58)	0,6 (8)	0,6 (13)	0,609 [0,286-1,295]	0,610 [0,329-1,134]

Note: CI Konfidenzintervall, OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel, PEG Perkutan-endoskopische Gastrostomie;

¹Chi-Q-Test (Adjustierungsfaktoren: Geschlecht, Alter, Pflegeheimbewohner und Charlson-Komorbiditätsindex),
*p<.05, **p<.001; ²ohne palliative OPS (8-982, 8-98e)

Zusammengefasst weisen die Ergebnisse von TP5 zur Versorgungsqualität darauf hin, dass Patienten in der SAPV hinsichtlich Sterbeort und Vermeidung von Übertherapie am Lebensende im Bundesdurchschnitt günstigere Ergebnisse erreichen als AAPV-behandelte Patienten. Gleichzeitig ist festzustellen, dass im Zuge der Verbesserung der palliativen Versorgungssituation in Deutschland auch die Inanspruchnahme von SAPV gegenüber früheren Erhebungen bzw. Bedarfsschätzungen deutlich zugenommen hat, während die Inanspruchnahme von AAPV zurückgeht, und dies obwohl der Bedarf an palliativer Versorgung insgesamt allgemein deutlich höher eingeschätzt wird (Radbruch et al. 2015; Melching 2015). Wie bereits in TP4 herausgearbeitet, deuten auch diese Ergebnisse daraufhin, dass SAPV teilweise AAPV zu ersetzen scheint. Dass dabei neben der objektiven Indikation für SAPV auch die Verfügbarkeit anderer palliativer Versorgungsformen für die Verordnung von SAPV eine Rolle spielt, hat nicht nur TP4 gezeigt, sondern kommt auch in der in TP5 dargestellten großen regionalen Heterogenität der Inanspruchnahme zum Ausdruck.

Die zukünftige Ausgestaltung der SAPV kann insofern nicht isoliert von der Entwicklung und Ausgestaltung der übrigen palliativen Versorgungsformen betrachtet werden. Eine vielmehr integrierte Betrachtungsweise sollte davon geleitet sein, die jeweils niederschwelligste, ressourcenschonendste Versorgungsform zur Anwendung zu bringen, mit der die palliativen Versorgungsziele für jeden Patienten und seine Zugehörigen in der jeweiligen Versorgungsregion erreicht werden können.

Schließlich ist in einem erweiterten Kontext zu berücksichtigen, dass die für palliative Zwecke eingesetzten Ressourcen (u.a. Pflegekräfte, Hausärzte) mit anderen, nicht palliativen Verwendungen konkurrieren können. Auch diese Opportunitätskosten palliativer Versorgung(sformen) sind bei deren weiterer Ausgestaltung zu bedenken, so z.B. wenn an eine weitere Ausweitung der SAPV gedacht wird.

Für eine vollumfängliche Darstellung der Ergebnisse und deren Diskussion siehe Anlage TP5_A2.

Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse des Projektes verdeutlichen zunächst, dass aus der Perspektive nahezu aller an der ambulanten Versorgung von Palliativpatienten Beteiligter das SAPV-Konzept als positiv eingeschätzt wird. Erstmals konnte dabei auch die Sicht von Patienten einbezogen werden, die – trotz teilweise hoher Symptomlast – eine hohe Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der SAPV-Versorgung zum Ausdruck bringen. Sowohl die Analyse der Daten aus der elektronischen Routinedokumentation der SAPV-Leistungserbringer (TP 1) als auch die Patientenbefragung (TP 2) zeigte eine Stabilisierung und sogar partielle Verbesserung einiger Symptome nach Initiierung der SAPV, was angesichts der Erkrankungsschwere, einer fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung und der kurzen Lebenszeit der Patienten (32,5% der Patienten verstarb in weniger als 15 Tagen nach Beginn der SAPV) nicht selbstverständlich erscheint.

Die GKV-Sekundärdatenanalyse ergab Hinweise auf eine Reduktion von möglicher Überversorgung bei 3 von 4 Indikatoren bei Patienten mit SAPV gegenüber Patienten, die AAPV erhielten (Durchführung von Chemotherapie, Krankenhauseinweisung, Behandlung auf einer Intensivstation kurz vor Lebensende). Allerdings erhielten SAPV-Patienten häufiger eine parenterale Ernährung als AAPV-Patienten.

- ➔ **Das Konzept der SAPV ist auch in der derzeitigen Form als sehr erfolgreich zu bewerten. Überversorgung kann durch SAPV teilweise reduziert werden. Dabei sind die Vorteile einer vermehrten oder früheren Einbeziehung von SAPV (ebenso wie die damit verbundene Kosten-Effektivität) jedoch ungeklärt.**

Es zeigte sich erwartungsgemäß eine ausgesprochen hohe Heterogenität zwischen den Strukturen und Prozessen aber auch des Grundverständnisses (TP3) unterschiedlicher SAPV-Leistungserbringer. Diese Unterschiede waren jedoch nicht mit untersuchten Versorgungs- bzw. Ergebnisparametern assoziiert.

- ➔ **Die Projektergebnisse liefern keine eindeutigen Hinweise auf bestimmte strukturelle Merkmale, die mit besserer oder schlechterer Versorgungsqualität assoziiert sind. Die Heterogenität spiegelt möglicherweise unterschiedliche Versorgungssettings (Verfügbarkeit von Hospizen, ambulanter Pflege etc.) und damit den Einfluss regionaltypischer Strukturen und Prozesse wider. Zu beachten ist, dass aus den beiden KV-Regionen mit deutlich abweichenden SAPV-Strukturen (Berlin, Westfalen-Lippe) keine Daten aus den TP 1 und 2 vorlagen.**

Nicht onkologische Patienten sind – trotz ausgeprägter Symptombelastung - bei der Versorgung mit SAPV gemessen am Anteil nicht-onkologischen Diagnosen unter den Todesursachen noch immer deutlich unterrepräsentiert, auch wenn ihr Anteil gegenüber früheren Erhebungen zugenommen hat.

- ➔ **Die palliative Versorgungssituation und die Bedürfnisse nicht-onkologischer Patienten im fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung, die bisher keine palliative Betreuung erhalten, sollte weiter untersucht und ihr möglicher Bedarf an SAPV überprüft werden.**

Ca. 20% der SAPV-Verordnungen werden von Krankenhausärzten ausgestellt. Ein Teil der Hausärzte fühlt sich nicht immer eingebunden und ausreichend informiert.

➔ **Hausärzte sollen bei der Initiierung von SAPV frühzeitig eingebunden und informiert werden.**

Die Inanspruchnahme von SAPV hat gegenüber früheren Jahren deutlich zugenommen und hat anteilmäßig inzwischen einen Umfang erreicht (13,1% der Verstorbenen), der höher liegt als frühere, wenngleich grobe SAPV-Bedarfsschätzungen ergaben. Weiter gibt es Hinweise auf partielle Substitution von AAPV durch SAPV; fehlende AAPV-Strukturen werden teilweise durch die SAPV ersetzt.

➔ **Bei Untersuchungen zur Angemessenheit palliativmedizinischer Leistungen, ebenso wie bei der Weiterentwicklung ambulanter Palliativstrukturen sollten SAPV und AAPV immer gemeinsam betrachtet werden.**

Das Konsortium empfiehlt folgende Modifikationen der SAPV-Richtlinie, die aus Ergebnissen dieses Projektes abgeleitet werden können:

Paragraph SAPV-Richtlinie	(ausformulierte) Empfehlungen zum Wording der RL	Ableitung aus Ergebnissen der Teilprojekte:
§1 Grundlagen und Ziele	(1) Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern <u>und dem Sicherheitsbedürfnis von Patienten und An-/Zugehörigen Rechnung zu tragen.</u>	TP 2
§2 Anspruchsvoraussetzungen	Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung <u>jeglicher Genese</u> leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist	TP 1 TP 5
§3 Anforderung an die Erkrankungen		
§4 Besonders aufwändige Versorgung	(4) Ergänzung: <u>Die Versorgung des Patienten berücksichtigt die individuellen physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Betroffenen und</u> bezieht die An-/Zugehörigen und deren Bedürfnisse mit ein.	TP 1 TP 2
§5 Inhalt und Umfang der SAPV		
§6 Zusammenarbeit Leistungserbringer		
§7 Verordnung von SAPV	(1) kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, in der Regel jedoch längstens für <u>7 Tage, wobei der Hausarzt im Rahmen des Entlassmanagements zeitnah zu informieren ist.</u>	TP 4 TP 5
§8 Prüfung der Leistungsansprüche		

7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

Das Konsortium empfiehlt ferner folgende Modifikationen der SAPV-RL auf der Basis von Projektergebnissen und/oder Expertenkonsens:

§1 Grundlagen und Ziele

(6) ~~²Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden~~

Satz hier streichen, da dieser Sachverhalt in §5 wiederholt wird

§3 Anforderung an die Erkrankungen

(3) ¹Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychischen und sozialen **Begleitung** im Vordergrund der Versorgung stehen ...

Begr.: Begleitung ist aus sozialrechtlicher Sicht der adäquatere Begriff

§5 Inhalt und Umfang der SAPV

Es soll in geeigneter Weise sichergestellt werden, dass die Beteiligung der Hospizdienste deren unterschiedliche Selbstverständnisse und Unterstützungsmöglichkeiten ausreichend berücksichtigt.

Begr. In TP3 ergaben sich Hinweise darauf, dass sich Hospizdienste bisweilen von den Erwartungen der SAPV-Erbringer hinsichtlich der zeitlichen Verfügbarkeit der Ehrenamtlichen sowie der zu übernehmenden psychischen und sozialen Aufgaben sowohl überfordert als auch unterfordert sehen.

§5 Inhalt und Umfang der SAPV

Streichen: (2) ~~⁴Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen~~

Begr. Dies ist eine Wiederholung allgemeingültiger sozialrechtlicher Vorschriften (TP3).

§6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer

Hausärzte, die BQKPMV abrechnen, schätzen die SAPV als weniger wichtig ein und ziehen diese seltener hinzu. Dies könnte einerseits daran liegen, dass diese Ärzte tatsächlich weniger SAPV-Bedarf sehen, andererseits aber auch an der fehlenden parallelen Abrechenbarkeit von BQKPMV und SAPV, die das Hinzuziehen eines SAPV-Leistungserbringers unattraktiv machen. Es sind weitere Untersuchungen erforderlich, um die daraus möglicherweise resultierenden Versorgungsdefizite gegen eine GKV-Ausgabenausweitung, die mit einer parallelen Abrechenbarkeit von BQKPMV und SAPV verbunden sein könnte, abwägen zu können.

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung soll die Patienten- und An-/Zugehörigenperspektive berücksichtigen. Qualitätssicherung stellt für die SAPV-Leistungserbringer eine zusätzliche Aufgabe dar. Zur Erleichterung der Wahrnehmung dieser Aufgabe ist die Integration von patient-reported outcome (PRO)- und patient-reported-experience (PRE)- Items in die vorhandenen Dokumentationssysteme sinnvoll. Hierzu ist u.a. eine Abstimmung der Dokumentationssysteme auf gemeinsame Standards der Erfassung und Datenübermittlung erforderlich.

8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Gesamtkonsortium:

Freytag A, Jansky M, Schneider W, Vollmar H, Wedding U, & Meißner W. SAVOIR – ein vom Innovationsfond gefördertes Projekt zur Evaluierung der SAPV-Richtlinie (Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede). s-0038-1669261.12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 2018; 19(05).

Freytag A, Krause M, Bauer A, Ditscheid B, Jansky M, Krauss S, Lehmann T, Marschall U, Nauck F, Schneider W, Stichling K, Vollmar HC, Wedding U, Meissner. Savoir Study group. Study protocol for a multi-methods study: SAVOIR - evaluation of specialized outpatient palliative care (SAPV) in Germany: outcomes, interactions, regional differences. BMC Palliat Care. 2019;18(1):12. Verfügbar unter:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6348077/>

TP1 (KP-Universitätsmedizin Göttingen):

Hach M, Jansky M, Parhizkari S, Nauck F. Gesetzliche und vertragliche Rahmenbedingungen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland. s-0038-1669340. 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 2018; 19(05).

Jansky M, Parhizkari S, Hach M, Bergmann L, Nauck F. Structures and Policy Framework in Specialized Outpatient Palliative Care (SAPV) in Germany—A Nationwide Assessment. PO14 10th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC). Palliative Medicine. 2018; 32(1_suppl):3–330.

Jansky M, Parhizkari S, Nauck F. Influence of Structures and Policy Framework on Patient Care in Specialized Outpatient Palliative Care (SAPV) in Germany—An Analysis of Routine Documentation Data. PO255 10th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC). Palliative Medicine. 2018; 32(1_suppl):3–330.

Jansky M, Bergmann L, Freytag A, Hach M, Lehmann T, Meißner W, Mühler F, Parhizkari S, Schneider W, Wedding U, Nauck F, SAVOIR Study Group. EAPC Abstracts—Structures of Specialized Outpatient Palliative Care (SAPV) in Germany—A Nationwide Assessment P01-231. Palliative Medicine. 2019; 33(1):158.

Parhizkari S, Jansky M, Bergmann L, Nauck F. Strukturmerkmale der SAPV und regionale Versorgungsstrukturen – Ergebnisse einer Erhebung über den Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung. s-0038-1669339. 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin. 2018; 19(05).

Geplante Veröffentlichungen

Jansky M et al. Organisatorische und personelle Strukturen der SAPV.

Jansky M et al. Gesetzliche und vertragliche Rahmenbedingungen der SAPV.

Jansky M et al. Patientenversorgung in der SAPV - eine bundesweite Erhebung von Daten der Routinedokumentation.

TP2 (Abt. für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Jena):

Geplante Veröffentlichungen

Gebel C, Kruschel I, Rothaug J, Nageler C, Jansky M, Meissner W, Wedding U. Patientenperspektive auf die Wirkung und Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Vorstellung der Ergebnisse des Teilprojekt 2 der SAVOIR-Studie auf dem 13. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin; 09.-12.09.2020; Wiesbaden, Deutschland.

Gebel C, Kruschel I, Rothaug J, Nageler C, Jansky M, Meissner W, Wedding U. Patientenperspektive auf die Wirkung und Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Deutsche Publikation zu den Ergebnissen der Outcomeparameter.

TP3 (KP-Universität Augsburg):

Bauer A, Krauss SH. Kulturen der Palliativversorgung – Dualismus, Prozeduralismus, Holismus. Vortrag auf dem Workshop transmortale X: Neue Forschungen zum Thema Tod; 21. März 2020; Kassel, Deutschland – abgesagt aufgrund der COVID-19-Pandemie.

Krauss SH. Care und Dienstleistung: Versuch einer Synthese am Beispiel spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. Vortrag auf der Frühjahrstagung der Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie; 19./20. März 2020; Leipzig, Deutschland – abgesagt aufgrund der COVID-19-Pandemie.

Bauer A. Rationalitäten und Routinen des Sterben-Machens – Normative Orientierungen und professionelle Problemlösungskompetenz in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. In: Bauer A, Greiner F, Lippok M, Krauss SH, Peuten S (Hg.). Rationalitäten des Lebensendes - Interdisziplinäre Perspektiven auf Sterben, Tod und Trauer. Sonderband in der Reihe: Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven – G.IP. 2020, Baden-Baden: Nomos. (angenommen)

Krauss SH. Who cares? Rationalitäten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung am Beispiel Zeit. In: Bauer A, Greiner F, Lippok M, Krauss SH, Peuten S (Hg.). Rationalitäten des Lebensendes - Interdisziplinäre Perspektiven auf Sterben, Tod und Trauer. Sonderband in der Reihe: Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven – G.IP.2020, Baden-Baden: Nomos. (angenommen)

Bauer A. Sterbeideale in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Ansprüche und Erwartungen an Sterbeprozesse bei der Begleitung Sterbender zu Hause. Vortrag auf dem Dreiländerkongress Gesundheits- und Medizinsoziologie; 28. August 2019; Winterthur, Schweiz.

Bauer A. Atopie des Sterbens. Raum und Zeit bei der organisierten, palliativmedizinischen Begleitung Sterbender zu Hause. Vortrag im Rahmen des Nachwuchsworkshops des Zentrums für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung: Rationalitäten des Lebensendes. Sterbekulturen in Vergangenheit und Gegenwart; 8. März 2019; Augsburg, Deutschland.

Krauss S H. Who cares? Rationalitäten der Versorgung Sterbender zwischen Über- und Unterversorgung. Vortrag im Rahmen des Nachwuchsworkshops des Zentrums für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung: Rationalitäten des Lebensendes. Sterbekulturen in Vergangenheit und Gegenwart; 7. März 2019; Augsburg, Deutschland.

Krauss SH. Notions of Care in Palliative Care: SOPC in Germany. Vortrag auf der Abschlusskonferenz des Forschungsverbunds ForGenderCare: Blurring Boundaries: Rethinking Gender and Care; 14. März 2019; Augsburg, Deutschland.

Krauss SH, Bauer A, von Hayek J, Jansky M, Stichling K, Schneider W, SAVOIR Study Group. Factors for a Successful Performance: Specialized Outpatient Palliative Care (SAPV) in Germany - Outcomes on the Basis of Interviews with SAPV Teams and Network Partners. Posterpräsentation am 16. Weltkongress der European Association for Palliative Care (EAPC); 23. Mai 2019; Berlin, Deutschland.

Geplante Veröffentlichungen

Bauer A, Krauss SH, Schneider W: Versorgungsqualität in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – eine qualitative Studie, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFG). (Manuskript in Vorbereitung)

Krauss SH, Bauer A, Schneider W: Versorgungskulturen in der ambulanten Palliativversorgung: An- und Zugehörige aus Sicht von SAPV-Diensten, in: Pflege und Gesellschaft (PfleGe). (Manuskript in Vorbereitung)

TP4 (Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena)

Freytag A, Krause M, Lehmann T, Völker ML, Kaufmann M, Ditscheid B, Schulz S, Schneider W, Meissner W, Stichling K, SAVOIR-Studiengruppe. Einflussfaktoren für den Umfang hausärztlicher Palliativversorgung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie (Poster). 53 Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 12.09.-14.09.2018; Erlangen, Deutschland.

Krause M, Stichling K, Kaufmann M, Babin L, Berg C, Prässler A, Ditscheid B, Vollmar HC, Freytag A, SAVOIR-Studiengruppe. Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV - Maßnahmen zur Steigerung des Rücklaufs einer schriftlichen Hausarzt-Befragung (Poster). 52 Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 13.09.-15.09.2018; Innsbruck, Österreich.

Stichling K, Krause M, Kaufmann M, Ditscheid B, Lehmann T, Wolf F, Schulz S, Jansky M, Krauss S, Bauer A, Schneider W, Gaser E, Meissner W, Vollmar HC, Freytag A, SAVOIR-Studiengruppe. Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV: Eine bundesweite Befragungsstudie im Rahmen des G-BA-Innovationsfonds-geförderten Projekts SAVOIR (Vortrag). 52 Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 13.09.-15.09.2018; Innsbruck, Österreich.

Stichling K, Krause M, Bauer A, Ditscheid B, Hach M, Jansky M, Kaufmann M, Krauss S, Lehmann T, Meißner W, Schulz S, Vollmar HC, Wedding U, Freytag A, SAVOIR Study Group. General Practicioners' Evaluation of Specialized Outpatient Palliative Care (SAPV) in Germany (Poster). 16th World Congress of the European Association for Palliative Care; 23.05.-25.05.2019; Berlin, Deutschland.

Stichling K. Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV - Eine bundesweite Befragungsstudie im Rahmen des G-BA-Innovationsfonds-geförderten Projekts SAVOIR. (Dissertationsschrift). Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena; 2019.

Stichling K, Ditscheid B, Hach M, Jansky M, Kaufmann M, Lehmann T, Meißner W, Nauck F, Schneider W, Schulz S, Vollmar HC, Wedding U, Bleidorn J, Freytag A, SAVOIR Study Group. Factors influencing GPs' perception of specialised outpatient palliative care (SAPV) importance – results of a cross-sectional study. (under review bei BMC Palliative Care)

Stichling K. Bericht über die Ergebnisse der SAVOIR-Studie zum 36. Runden Tisch Hospizarbeit und Palliativmedizin Thüringen; 26.2.2020; Erfurt, Deutschland.

Factsheet/Flyer: Hausärztliche Palliativversorgung und SAPV. Zusammenfassung der Ergebnisse der Fragenbogenerhebung 2018. <https://www.uniklinikum-jena.de/allgemeinmedizin/Forschung/Laufende+Projekte.html>

Geplante Veröffentlichungen

Freytag A. Von der Ökonomie in die Praxis - wie unterschiedlich sehen die SAPV-Strukturen in Deutschland aus?, eingeladener Vortrag im Klinischen Symposium: Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung revisited - wissenschaftliche Evaluation der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). 126. DGIM Kongress; 25.4.2020; Wiesbaden, Deutschland – abgesagt aufgrund der COVID-19-Pandemie,

Freytag A. Vorstellung der Ergebnisse der Teilprojekte 4 und 5 der SAVOIR-Studie auf dem 13. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin; 09.-12.09.2020; Wiesbaden, Deutschland.

Stichling K, Schulz S. Freytag A. (für die SAVOIR-Studiengruppe): Deutsche Publikation zu den Ergebnissen der Freitextanalyse.

Gemeinsame Publikation mit Projekt APVEL Arbeitspaket 1.2 zu hausärztlichen Berührungen mit und Fortbildungen auf dem Gebiet der Palliativversorgung.

TP5 (Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena)

Ditscheid B, Krause M, Eichhorn C, Lehmann T, Marschall U, Meißner W, Vollmar HC, Freytag A. Inanspruchnahme palliativmedizinischer Versorgung am Lebensende: Versorgungsformen und regionale Verteilung (Vortrag). 17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung; 10.10.-12.10.2018; Berlin, Deutschland.

Ditscheid B, Krause M, Jansky M, Lehmann T, L'hoest H, Maddela S, Mboulla M, Meißner W, Schulz S, Stichling K, Vollmar HC, Wedding U, Freytag A, for the SAVOIR Study Group. Palliative care at the end-of-life: Who receives what type of care in Germany? - A claims data analysis (Oral presentation). 16th World Congress of the European Association of Palliative Care (EAPC); 23-25 May 2019; Berlin, Germany.

Ditscheid B, Krause M, Lehmann T, L'hoest H, Marschall U, Meißner W, Freytag A, für die SAVOIR-Studiengruppe. Abbildung der Inanspruchnahme palliativer Versorgung anhand bundesweit und regional verfügbarer Verordnungsziffern und Leistungsabrechnungen (Vortrag). 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung; 09.-11.10.2019; Berlin, Deutschland.

Freytag A. Bericht über die Ergebnisse der SAVOIR-Studie zum 36. Runden Tisch Hospizarbeit und Palliativmedizin Thüringen; 26.2.2020; Erfurt, Deutschland.

Krause M, Ditscheid B, Hennig B, Jansky M, Lehmann T, Maddela S, Meißner W, Schulz S, Stichling K, Vollmar HC, Wedding U, Freytag A, for the SAVOIR Study Group. Quality of end-of-life care - Comparing claims data based quality indicators between different types of palliative care in Germany (Oral presentation). 16th World Congress of the European Association of Palliative Care (EAPC); 23-25 May 2019; Berlin, Germany.

Freytag A. Von der Ökonomie in die Praxis - wie unterschiedlich sehen die SAPV-Strukturen in Deutschland aus?, eingeladener Vortrag im Klinischen Symposium: Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung revisited - wissenschaftliche Evaluation der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). 126. DGIM Kongress; 25.4.2020; Wiesbaden, Deutschland - abgesagt aufgrund der COVID-19-Pandemie.

Geplante Veröffentlichungen

Ditscheid B , ... Freytag A. (für die SAVOIR-Studiengruppe): Versorgungsziele, Versorgungskosten und Patientenmerkmale palliativ versorgter GKV-Versicherter im regionalen Vergleich. Abstract zur Einreichung als Vortrag zum 19. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung; 30.09.-02.10.2020; Berlin, Deutschland.

Ditscheid B, ... Freytag A. (für die SAVOIR-Studiengruppe). Inanspruchnahme und regionale Verteilung palliativer Versorgung am Lebensende – Eine Analyse mittels GKV-Routinedaten. Manuskript in Vorbereitung zur Einreichung beim Dt. Ärzteblatt. (In Arbeit)

Ditscheid B, ... Freytag A (für die SAVOIR-Studiengruppe). Deutsche Publikation zum regionalen Vergleich von Outcomes und Kosten der Palliativversorgung von Patienten am Lebensende auf der Basis von GKV-Routinedaten.

Freytag A. Vorstellung der Ergebnisse der Teilprojekte 4 und 5 der SAVOIR-Studie auf dem 13. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin; 09.-12.09.2020; Wiesbaden, Deutschland,

Krause M, ... Freytag A (for the SAVOIR Study Group). Quality of palliative care at the end of life – results of a claims data analysis (vorläufiger Titel). Manuskript in Vorbereitung zur Einreichung bei Palliative Medicine. (In Arbeit)

9. Anlagen

Anlagennummer	Bezeichnung
TP1_A1	TP1 Fragebogen Strukturerhebung
TP1_A2	TP1_Vertragsmerkmale
TP1_A3	TP1_Datensatz_Patientendaten
TP1_A4	TP1_Auswertungstabellen - gesperrt bis 30.04.2021
TP2_A1	TP2_Fragebogen QUAPS
TP2_A2	TP2_Fragebogen IPOS
TP2_A3	TP2_Anlagen - gesperrt bis 30.04.2021
TP3_A1	TP3 Datenauswertung
TP3_A2	TP3 Leitfaden
TP3_A3	TP3 Datenkorpus

TP3_A4	TP3 Förderliche und hemmende Faktoren
TP4_A1	TP4-Fragebogen Hausarztbefragung
TP4_A2	Stichling K. Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten innerhalb und außerhalb der SAPV - Eine bundesweite Befragungsstudie im Rahmen des G-BA-Innovationsfonds-geförderten Projekts SAVOIR. (Dissertationsschrift). Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena; 2019. - gesperrt bis 30.04.2021
TP5_A1	TP5- Kosten [€] je Versichertem in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- & geschlechtsstandardisiert
TP5_A2	Abschlussbericht TP5: Darstellung der SAPV im Vergleich mit anderen palliativmedizinischen Versorgungsformen anhand von GKV-Routinedaten: Versorgungsinhalte, Patientenprofile und medizinische Inanspruchnahme aus Kostenträgerperspektive - gesperrt bis 30.04.2021

10. Referenzen

Berghaus D, Schütz A, Hammer U, Gaser E, Wedding U, Meißner W. Qualitätssicherung in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (QUAPS) – Praktikabilität eines Fragebogens. Der Schmerz. 2019;33(3):236-43.

Deutscher Ethikrat. Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus – Stellungnahme [Internet]. 2016 [zitiert 11.04.2020]. Verfügbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Wegweiser Hospiz-Palliativmedizin [Internet]. 2016 [zitiert Frühjahr 2017]. Verfügbar unter: <http://wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>
Statistisches Bundesamt (Destatis). Sterbefälle 2017 nach den 10 häufigsten Todesursachen der ICD-10 [Internet]. 2020 [zitiert 12.05.2020]. Verfügbar unter:

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/todesfaelle.html>

Gaertner J, Drabik A, Marschall U, Schlesiger G, Voltz R, Stock S. Inpatient Palliative Care: A nationwide analysis. Health Policy. 2013;109(3):311-8.

Gaertner J, Wedding U, Alt-Epping B. Frühzeitige spezialisierte palliativmedizinische Mitbehandlung. Der Onkologe. 2015;21.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2014. Gemeinsamer Bundesausschuss; 2014.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL). Gemeinsamer Bundesausschuss; 2020. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2178/SAPV-RL_2020-05-28_iK-2020-06-01.pdf

Jansky M, Lindena G, Nauck F. Stand der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland – Verträge und Erfahrungen. Palliativmedizin. 2011;12(04):164-74.

Koch A, Gaser E, Gretzinger S, Hempel CM, Wedding U, Meißner W. Qualitätssicherung in der Ambulanten Palliativversorgung (QUAPS). Palliativmedizin. 2012;13(05):QB_4.

Melching H. Palliativversorgung - Modul 2 - Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.); 2015.

Murtagh FEM, Ramsenthaler C, Firth A, Groeneveld EI, Lovell N, Simon ST, et al. A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). Palliative Medicine. 2019;33(8):1045-57.

Radbruch L, Andersohn F, Walker J. Palliativversorgung – Modul 3: Überversorgung kurativ, Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.); 2015.

Schneider W. Mehr als Symptomkontrolle: ‚Wirksamkeit‘ in der SAPV. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2013: 97-110.

Schneider W, Eichner E, Thoms U, Kopitzsch F, Stadelbacher S. Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern –Evaluation / Qualitätssicherung und (Aus-)Wirkungen der SAPV auf die AAPV (unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums)- Ergebnisbericht Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Paula Kubitscheck-Vogel Stiftung; 2014.

Schneider N. Anforderungen an eine patientenorientierte ambulante Palliativversorgung. 2015.

Stadelbacher S, Eichner E, Schneider W. Praxis der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 2015;11(1):8-10.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
AAPV	allgemeine ambulante Palliativversorgung
ANOVA	Analysis of Variance
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BAG-SAPV	Bundes-Arbeits-Gemeinschaft SAPV
BQKPmV	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
EB	ERgebnisbericht
ECOG	Performance-Status der Eastern Cooperative Oncology Group
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KV	kassenärztliche Vereinigung
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
IPOS	Integrated Palliative Care Outcome Score
ISPC	Informationssystem Palliative Care
KI	Konfidenzintervall
MDK	medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MS	Meilenstein
MW	Mittelwert
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
n	Fallzahl
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PalliDoc	Software StatConsult zur Dokumentation in der Palliativversorgung
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PKD	Palliativmedizinischer Konsiliardienst
PV	Palliativversorgung
QUAPS	Qualitätssicherung in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAPV-RL	SAPV Richtlinie
SAVOIR	Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede
SB	Schlussbericht
SD	Standardabweichung
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences von IBM</i>
T	empirischer T-Wert
t1	Messzeitpunkt 1
t2	Messzeitpunkt 2
TP	Teilprojekt
VS	Versicherte
WDWH	Wissenschaftlichen Datawarehouse

SAVOIR

Datenerhebung

Wer hat die organisatorische Leitung Ihres SAPV-Dienstes?

- ☐ Arzt/Ärztin
- ☐ Pflegekraft
- ☐ Andere

Angaben zur ärztlichen Leitung Ihres SAPV-Dienstes

- ☐ Hausarzt/-ärztin
- ☐ Krankenhausarzt/-ärztin (Fachrichtung?)
- ☐ Facharzt/-ärztin (Fachrichtung?)
- ☐ SAPV-Arzt/Ärztin (Fachrichtung?)

Wie hoch ist der Stellenanteil der Mitarbeiter in Ihrem SAPV-Team?

Wie viele ehrenamtliche Mitarbeiter arbeiten in Ihrem Team?

Ärztliche Mitarbeiter...

Stellenanteil der Mitarbeiter im Team

Davon mit Weiterbildung Palliativmedizin

Davon beim SAPV-Team angestellt

Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend (> 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Anzahl der Mitarbeiter, die zu 50 % in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend nicht (< 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Anzahl der Mitarbeiter aus einer Klinik (Vollzeit für das SAPV-Team tätig)

Anzahl der Mitarbeiter aus einer Klinik (Teilzeit für das SAPV-Team tätig)

Anzahl der niedergelassenen Ärzte (Vollzeit für das SAPV-Team tätig)

Anzahl der niedergelassenen Ärzte (Teilzeit für das SAPV-Team tätig)

Anzahl der über das SAPV-Dienst angestellten Mitarbeiter (Vollzeit)

Anzahl der über das SAPV-Dienst angestellten Mitarbeiter (Teilzeit)

Über andere Strukturen angestellt (Vollzeit für das SAPV-Team tätig)
(welche?)

Über andere Strukturen angestellt (Teilzeit für das SAPV-Team tätig)
(welche?)

Gesundheits- und KrankenpflegerInnen

Stellenanteil der Mitarbeiter im Team

Davon mit Weiterbildung Palliativmedizin

Davon beim SAPV-Team angestellt

Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend (> 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Anzahl der Mitarbeiter, die zu 50 % in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend nicht (< 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Anzahl der Mitarbeiter aus einer Klinik (Vollzeit für das SAPV-Team tätig)
Anzahl der Mitarbeiter aus einer Klinik (Teilzeit für das SAPV-Team tätig)
Anzahl der Mitarbeiter aus Pflegediensten (Vollzeit für das SAPV-Team tätig)
Anzahl der Mitarbeiter aus Pflegediensten (Teilzeit für das SAPV-Team tätig)
Anzahl der über das SAPV-Dienst angestellten Mitarbeiter (Vollzeit)
Anzahl der über das SAPV-Dienst angestellten Mitarbeiter (Teilzeit)
Über andere Strukturen angestellt (Vollzeit für das SAPV-Team tätig)
(welche?)
Über andere Strukturen angestellt (Teilzeit für das SAPV-Team tätig)
(welche?)

AltenpflegerInnen

Stellenanteil der Mitarbeiter im Team
Davon mit Weiterbildung Palliativmedizin

Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend (> 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die zu 50 % in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend nicht (< 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

PsychologInnen

Stellenanteil der Mitarbeiter im Team

Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend (> 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die zu 50 % in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend nicht (< 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

SeelsorgerInnen

Stellenanteil der Mitarbeiter im Team

Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend (> 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die zu 50 % in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend nicht (< 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

SozialarbeiterInnen

Stellenanteil der Mitarbeiter im Team

Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend (> 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die zu 50 % in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend nicht (< 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Mitarbeiter aus weiteren Berufsgruppen

(welche?)
Stellenanteil der Mitarbeiter im Team

Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend (> 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die zu 50 % in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten
Anzahl der Mitarbeiter, die überwiegend nicht (< 50 %) in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten

Organisationsstruktur des SAPV-Teams

☐ SAPV-Koordination und Patientenversorgung zentral organisiert

(eigene Team-Räumlichkeiten zur täglichen Behandlungsplanabstimmung, bi- bzw. multiprofessionellen Teambesprechung für aktuell versorgte Patienten)

☐ SAPV-Koordination zentral (z.B. in Palliativstützpunkt), Patientenversorgung dezentral organisiert

(Zusammenschluss verschiedener Organisationsstrukturen (z.B. Arztpraxis, Klinik, Pflegedienst))

☐ SAPV-Koordination und Patientenversorgung dezentral organisiert

Zusammenschluss berufsspezifischer Anteile über jeweilige Organisationsstruktur (z.B. Arztpraxis; Klinik, Pflegedienst), gemeinsame Behandlungsplanabstimmung

☐ Berufsgruppenspezifische Anteile der SAPV getrennt organisiert

(z.B. ärztliche Mitarbeiter/innen delegieren pflegerische Aufgaben an externe Dienste)

Wie wird Ihr SAPV-Team finanziert?

- ☐ SAPV-Vertrag nach §132d SGB V (SAPV-Vertrag/ § 37b SGB V)
- ☐ SAPV-Vertrag nach § 140a SGB V (Integrierte Versorgungsverträge)
- ☐ SAPV-Vertrag nach § 73b SGB V (Haushaltszentrierte Verträge)
- ☐ Sonstige

Welche PatientInnen wurden im letzten Kalenderjahr von Ihnen betreut?

- ☐ PatientInnen mit onkologischen Erkrankungen
- ☐ PatientInnen mit internistischen Erkrankungen
- ☐ PatientInnen mit neurologischen Erkrankungen
- ☐ PatientInnen mit AIDS
- ☐ Kinder und Jugendliche

Wie viele PatientInnen haben Sie im letzten Kalenderjahr betreut?

Anzahl

Davon innerhalb der SAPV-Versorgung verstorben

Anzahl der in die SAPV aufgenommenen Patienten mit onkologischen Erkrankungen

Wie viele PatientInnen haben Sie im letzten Kalenderjahr in den einzelnen Versorgungsstufen versorgt?

Vollversorgung

Teilversorgung

Koordination

Beratung

keine Unterscheidung

Die Versorgungsdauer im letzten Kalenderjahr betrug in Tagen?

Minimal

Mittel

Maximal

Für welches Versorgungsgebiet haben Sie die Sicherstellung mit SAPV und den gesetzlichen Krankenkassen vereinbart bzw. übernommen?

durchschnittliche Entfernung zu den versorgten Patient/innen (km)

durchschnittliche Fahrzeit zu den versorgten Patient/innen (Minuten)

Einwohnerzahl des Versorgungsgebiets

Gibt es eine Warteliste für Ihren Dienst?

O ja

O nein

Wenn Ja, durchschnittliche Wartezeit? (in Tage)

Gibt es verbindliche Kooperationen mit anderen Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung?

Wir kooperieren in der Patientenversorgung mit...

Anderen SAPV Diensten

Stationärem Hospiz

Palliativdienst im Krankenhaus

Palliativstation

Tumorzentrum

Ambulanter Hospizdienst/Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst

Krankenhaus

Pflegeheim

Hausarztpraxis / Facharztpraxis

Pflegedienst (LE HKP + SGBXI)

Pflegedienst (LE 140a SGBV)

Psychologe/Psychotherapeut

Sozialarbeiter/Sozialdienst

Apotheke

Physiotherapeuten

Seelsorger

Andere

Wir haben einen schriftlichen Kooperationsvertrag mit...

Anderen SAPV Diensten

Stationärem Hospiz

Palliativdienst im Krankenhaus

Palliativstation

Tumorzentrum

Ambulanter Hospizdienst/Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst

Krankenhaus

Pflegeheim

Hausarztpraxis / Facharztpraxis

Pflegedienst (LE HKP + SGBXI)

Pflegedienst (LE 140a SGBV)

Psychologe/Psychotherapeut

Sozialarbeiter/Sozialdienst

Apotheke

Physiotherapeuten

Seelsorger

Andere

Welche weiteren Angebote werden von Ihrem SAPV-Dienst angeboten?

Trauerbegleitung

Fort-/ Weiterbildung

Fallkonferenzen

Regelmäßige Supervisionen für Team-Mitarbeiter
Qualitätszirkel

Nehmen Sie am Hospiz- und Palliativregister teil?

- ☐ ja
- ☐ nein

Sind Sie Mitglied in einem regionalen/lokalen Netzwerk o. ä. zur Hospiz- und Palliativversorgung?

- ☐ ja
- ☐ nein

Die 24-Stundenbereitschaft wird vornehmlich gewährleistet durch:

- ☐ Arzt/Ärztin
- ☐ Pflegefachkraft
- ☐ SozialarbeiterIn
- ☐ Andere

Das Aufnahmegespräch (Erstassessment als Hausbesuch) wird vornehmlich durchgeführt durch:

- ☐ Arzt/Ärztin
- ☐ Pflegefachkraft
- ☐ SozialarbeiterIn

Welche Berufsgruppen nehmen an den Teambesprechungen teil?

- ☐ Arzt/Ärztin
- ☐ Pflegefachkraft
- ☐ SozialarbeiterIn
- ☐ Ehrenamtliche/r
- ☐ Andere

Führen Sie regelmäßige Befragungen zur Zufriedenheit durch?

- ☐ ja
- ☐ nein

Wenn Ja, mit wem?

- ☐ PatientInnen
- ☐ Angehörige

Vertragsmerkmale der SAPV	
Strukturmerkmale Palliative-Care-Team	
Organisationsform	Eigenständige Organisationseinheit I Kernteam Arzt/Pflege Eigenständige Organisationseinheit plus weitere Berufsgruppe Monoprofessionell Arzt Triangolie I KV Basisversorger plus I Kooperationen I Trägerverbund, unterschiedliche Berufsgruppen in gem. Trägerschaft Netze I Koordinationszentrale I Basisversorger Plus Konsiliardienste
Mitarbeiter	Partielle Tätigkeit Stammpersonals Hauptberuflichkeit des Stammpersonals Kooptierung einzelner MA zum Stammpersonal I Honorarverträge
Abdeckung	SAPV Flächendeckung SAPV KJ
Personelle Qualifikation	ausschließlich besonders qualifizierte MA gem. RL Einsatz von MA in Qualifizierung befindlich möglich keine besondere Qualifikation nötig Mixed I alle Varianten im Team möglich
Vertragsdaten I Leistungsgliederung	
Formaler Vertragsrahmen	SAPV Vertrag nach §132d SGBV Einzelvertrag nach §132d SGBV Mustervertrag I Rahmenvertrag n. §132d SGBV Verband I Einzelvertrag Team Vertrag über KV Home Care 132d SAPV angelehnter Vertrag (auf Grundlage der §§ 73b oder 140a) Besonderheiten: Berliner Aktionsbündnis Letter of Intent für Pflege
Vertragsverhandlung	Vertrags- Vergütungsverhandlung durch einzelnes PCT I Vertrags- und Vergütungsverhandlung "Mustervertrag" über Verband I Bündnis LE IKV I IG I LAG Vertragsverhandlung "Mustervertrag" über Verband I Bündnis - Vergütungsverhandlung durch PCT
Leistungsgliederung	Komplexvertragsleistung I k.Angabe zum Versorgungstag Komplexvertragsleistung I.Angabe zum Versorgungstag Komplexvertragsleistung i. Verbindung mit Einzelleistungen I.A. Aufwendung und Zeitbezogene Pauschale, zusätzliche Einzelleistung, Pauschale Noteinsätze Komplexpauschale & Einzelleistung ohne Zeitbezug Nur Einzelleistungen
Sonstige	Schiedsstelle vorhanden Open House-Model
Dokumente bei KK (zusätzlich zu FO 63)	Ergebnisassessment Anlage zur VO perspektivische Festlegung des LE zur Leistungserbringung

	vorab MDK Prüfbogen regelhaft MDK Prüfbogen auf Anfrage I vereinzelt
Qualitätssicherung	gemeinsame Datenerhebung der LE im Bundesland Einzelenerhebung durch Team TN an HOPARE Erhebung nach Kerndatensatz DGP/DHPV vertraglich gefordert Anderes I Eigenes System Gemeinsamer Qualitätsbericht der LE des BL anhand Dokumentation
Leistungsfinanzierung I Abrechnung	
Allgemein	Komplexpauschale Leistungstag Komplexpauschale gänzlich ohne Angabe Leistungstag
Pauschalen	Fallpauschale bis 7 Tage, dann Tagespauschale im Besuchsfall Fallpauschalen od. Tagespauschalen mit zeitlicher Deckelung der Versorgungstage Pauschalen anhand Versorgungstiefe I TV mit Wochenpauschale, VV mit zeitbezogener Besuchspauschale, zusätzliche Einzelleistungen, Noteinsätze Pauschal, ärztl. Leistungsanteile SAPV über KV Tagespauschale im Besuchsfall Reine Tagespauschale über Behandlung- bzw. Verordnungszeitraum Tagespauschale Leistungstag I Hinweis: Ruf- und Einsatzbereitschaft keine alleinige Leistung Differenzierte Aufwandpauschale I 7 Pauschalen Berechnung nach Aufwand/Zeit) Differenzierte Aufwandpauschale I 3 Grund- Pauschalen I Plus extra Pauschale für Hausbesuch Differenzierte Aufwandpauschale je nach Versorgungsform (Beratung-Koordination-TV-VV) besondere Mittwirkungspauschalen für Basisversorger (nicht PCT)
Abrechnung	monatlich bei der Krankenkasse über die KV mit "Pseudoziffern"
Leistungsnachweis	Leistungsnachweise immer regelhaft Leistungsnachweise nur auf Anfrage Jährlicher Leistungsbericht an KK
Team-/Historie vor SAPV	Ambulante Palliativversorgung vor SAPV (z.B. IV-Vertrag) Pilotprojekt über Soz.Min (15 Piloten-daraus entstanden 9 Teams)
AAPV-Regelungen	Vertrag AAPV & SAPV (nach §140a) I Integratives Palliativzentrum Niederschwelliges Beratungsangebot über angeschlossenen Hospizdienst I EA Brückenpflege PKD QPA und modifizierte HKP HKP neben SAPV abrechenbar

Datensatz zur Erfassung der Patientendaten aus ISPC und Pallidoc			
Name	Typ	Beschriftung	Werte
Demografische und krankheitsbezogene Daten			
team_id	numerisch	Identifikationsnummer des Teams	automatische Vergabe
patient_id	numerisch	Identifikationsnummer	automatische Vergabe
consent	numerisch	Der Patient stimmt der Datenübermittlung zu	0=nein; 1=ja;
consent_QUAPS	numerisch	Der Patient stimmt der Befragung zur Patientenzufriedenheit zu	0 = Einwilligung liegt nicht vor - Ablehnung 1= Einwilligung liegt nicht vor - aus gesundheitlichen/sprachlichen Gründen 2= Einwilligung liegt nicht vor - aus organisatorischenn Gründen 3= Einwilligung liegt nicht vor - Einwilligung zurückgezogen 4= Einwilligung liegt vor
consent_by	numerisch	Zustimmung zur Datenübertragung durch	1=Patient; 2=Vertreter (dokumentiert die Entscheidungsfähigkeit der Patienten)
date_ass_A	Datum	Datum Erfassung zu Beginn	Datum des ersten Assessments (aus dem die Symptomliste stammt)
date_ass_E	Datum	Datum Erfassung zum Ende	Datum des letzten Assessments (aus dem die Symptomliste stammt)
Geburtsjahr	Datum	Geburtsjahr des Patienten	
date_admission	Datum	Aufnahmedatum	
gender	numerisch	Geschlecht des Patienten	1=männlich; 2=weiblich; 3=
Religion	string	Religionszugehörigkeit	durch Teams vergebene Labels als String auslesen
Schulbildung	string	Schulbildung	1=kein Abschluss; 2=Hauptschulabschluss/8. Klasse POS; 3=Mittlere Reife/10. Klasse POS; 4=Fachhochschulreife/Abitur/EOS; 5=Fachhochschulabschluss; 6=Hochschulabschluss; 7=Sonstiges
Erwerbsstatus	string	Erwerbsstatus	1=kein Abschluss; 2=Hauptschulabschluss/8. Klasse POS; 3=Mittlere Reife/10. Klasse POS; 4=Fachhochschulreife/Abitur/EOS; 5=Fachhochschulabschluss; 6=Hochschulabschluss; 7=Sonstiges
Beruf	string	Beruf	1=ungelernt; 2=Selbständige; 3=Selbständige Akademiker; 4=Beamter; 5=Angestellter; 6=Arbeiter
MH_selbst	string	Geburtsland Patient	0=Deutschland; 1=Anderes Land
MH_Mutter	string	Geburtsland Mutter des Patienten	0=Deutschland; 1=Anderes Land

SAVOIR - Evaluierung der **SAPV**-Richtlinie: **Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede**

gefördert aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung

MH_Vater	string	Geburtsland Vater des Patienten	0=Deutschland; 1=Anderes Land
living_A/E	string	Wohnsituation zu Anfang und Ende	durch Teams vergebene Labels als String auslesen
distance	numerisch	Anfahrtsweg zum Patient in km	
diagnose	string	Hauptdiagnosen zu Beginn	ICD 10-Codes, durch Komma getrennt
function_A/E	numerisch	ECOG zu Anfang und Ende	0=normale Aktivität; 1=gehfähig, leichte Arbeit möglich; 2=nicht arbeitsfähig; 3=begrenzte Selbstversorgung, >50% bettlägerig; 4=permanent bettlägerig
Versorgungsnetz jeweils zu Anfang und Ende			
care_1_A/E	numerisch	Hausarzt	1=ja
care_2_A/E	numerisch	Ambulante Pflege	1=ja
care_3_A/E	numerisch	Palliativarzt (QPA, BQKPMV)	1=ja
care_4_A/E	numerisch	Palliativpflege (HKP-RL, AHPP, APD)	1=ja
care_5_A/E	numerisch	Palliativberatung (AHPB)	1=ja
care_6_A/E	numerisch	Ehrenamtlicher Dienst z.B. ambulanter Hospizdienst	1=ja
care_7_A/E	numerisch	Palliative-Care-Team, z.B. SAPV	1=ja
care_8_A/E	numerisch	MVZ	1=ja
care_9_A/E	numerisch	KH	1=ja
care_10_A/E	numerisch	Palliativstation	1=ja
care_11_A/E	numerisch	Palliativdienst im KH	1=ja
care_12_A/E	numerisch	Pflegeheim	1=ja
care_13_A/E	numerisch	Stationäres Hospiz	1=ja
care_14_A/E	numerisch	Psychologe/Psychotherapeut	1=ja
care_15_A/E	numerisch	Sozialdienst	1=ja
care_16_A/E	numerisch	Ernährungsteam	1=ja
care_17_A/E	numerisch	Wundmanagement	1=ja
care_18_A/E	numerisch	Physiotherapie	1=ja
care_19_A/E	numerisch	Stomapflege	1=ja
care_20_A/E	numerisch	sonstige	1=ja

SAVOIR - Evaluierung der **SAPV**-Richtlinie: **Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede**

gefördert aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung

Vorausverfügungen jeweils zu Anfang und Ende			
adv_dir_1_A/E	numerisch	Patientenverfügung	1=ja
adv_dir_2_A/E	numerisch	Vorsorgevollmacht	1=ja
adv_dir_3_A/E	numerisch	Betreuung	1=ja
adv_dir_4_A/E	numerisch	ACP	1=ja
Symptome jeweils zu Anfang und Ende			
sympt_1_A/E	numerisch	Schmerz	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_1_A/E	numerisch	VAS Schmerz	0 - 10
sympt_2_A/E	numerisch	Übelkeit	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_3_A/E	numerisch	Erbrechen	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_4_A/E	numerisch	Luftnot	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_5_A/E	numerisch	Verstopfung	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_6_A/E	numerisch	Schwäche	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_7_A/E	numerisch	Appetitmangel	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_8_A/E	numerisch	Müdigkeit	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_9_A/E	numerisch	Ausgeprägte Wunden/Dekubitus	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_10_A/E	numerisch	Hilfebedarf bei ATL	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_11_A/E	numerisch	Depressive Verstimmung/Depressivität	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_12_A/E	numerisch	Angst	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_13_A/E	numerisch	Anspannung	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_14_A/E	numerisch	Unruhe	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_15_A/E	numerisch	Desorientiertheit	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_16_A/E	numerisch	Probleme mit Organisation der Versorgung	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_17_A/E	numerisch	Überforderung der Familie/des Umfeldes	0=kein; 1=leicht;2=mittel;3=stark
sympt_ass_bd	numerisch	Symptomassessment in den letzten 72 h vor Versterben	0=nein; 1=ja
Medikation und Therapien			
tum_ther	numerisch	Tumorsepezifische Therapie im Versorgungsprozess	0=nein; 1=fortgesetzt; 2=initiiert

SAVOIR - Evaluierung der **SAPV**-Richtlinie: **Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede**

gefördert aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung

rad_ther	numerisch	Strahlentherapie im Versorgungsprozess	0=nein; 1=fortgesetzt; 2=initiiert
Versorgungsende			
date_end	Datum	Datum Versorgungsende/Tod	
cause_end	string	Beendigungsgrund	durch Teams vergebene Labels als String auslesen
place_death	string	Sterbeort	durch Teams vergebene Labels als String auslesen
satisfaction	numerisch	Zufriedenheit mit der Behandlung	0=sehr schlecht; 1=schlecht; 2=mittel; 3=gut; 4=sehr gut
Hausbesuche			
time	numerisch	durchschnittlicher Anfahrtszeit zum Patient in Minuten	
total_numb_visits	numerisch	Insgesamte Anzahl von Hausbesuchen	Zur Berechnung, wie viele Hausbesuche gemeinsam von verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt wurden
numb_visit_phy	numerisch	Anzahl Hausbesuche durch den Arzt	Jeder Besuch, der gemeinsam gemacht wurde, soll jeweils einzeln in die Berechnung eingehen.
length_visit_phy	numerisch	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch den Arzt	
numb_visit_nurse	numerisch	Anzahl Hausbesuche durch die Pflege	
length_visit_nurse	numerisch	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch die Pflege	
numb_visit_soc	numerisch	Anzahl Hausbesuche durch Sozialarbeiter	
length_visit_soc	numerisch	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch Sozialarbeiter	
numb_visit_psych	numerisch	Anzahl Hausbesuche durch Psychologe	
length_visit_psych	numerisch	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch Psychologe	
numb_visit_chap	numerisch	Anzahl Hausbesuche durch Seelsorge	
length_visit_chap	numerisch	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch Seelsorge	
numb_visit_other	numerisch	Anzahl Hausbesuche durch andere Berufsgruppen	
length_visit_other	numerisch	Durchschnittliche Dauer Hausbesuche durch andere Berufsgruppen	
assessment_phys_nurse	numerisch	Erstassessment durch Pflege und Arzt gemeinsam durchgeführt?	0=nein; 1=ja
patientenbezogene Telefonate			
total_numb_calls	numerisch	Insgesamte Anzahl von patientenbezogene Telefonaten	Zur Berechnung, wie viele Telefonate gemeinsam von

SAVOIR - Evaluierung der **SAPV**-Richtlinie: **Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede**

gefördert aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung

			verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt wurden
numb_calls_phy	numerisch	Anzahl patientenbezogene Telefonate durch den Arzt	Jedes Telefonat, das gemeinsam gemacht wurde, soll jeweils einzeln in die Berechnung eingehen.
length_calls_phy	numerisch	Durchschnittliche Dauer patientenbezogene Telefonate durch den Arzt	
numb_calls_nurse	numerisch	Anzahl patientenbezogene Telefonate durch die Pflege	
length_calls_nurse	numerisch	Durchschnittliche Dauer patientenbezogene Telefonate durch die Pflege	
numb_calls_soc	numerisch	Anzahl patientenbezogene Telefonate durch Sozialarbeiter	
length_calls_soc	numerisch	Durchschnittliche Dauer patientenbezogene Telefonate durch Sozialarbeiter	
numb_calls_psych	numerisch	Anzahl patientenbezogene Telefonate durch Psychologe	
length_calls_psych	numerisch	Durchschnittliche Dauer patientenbezogene Telefonate durch Psychologe	
numb_calls_chap	numerisch	Anzahl patientenbezogene Telefonate durch Seelsorge	
length_calls_chap	numerisch	Durchschnittliche Dauer patientenbezogene Telefonate durch Seelsorge	
numb_calls_other	numerisch	Anzahl patientenbezogene Telefonate durch andere Berufsgruppen	
length_calls_other	numerisch	Durchschnittliche Dauer patientenbezogene Telefonate durch andere Berufsgruppen	
Krankenhausaufenthalte			
number_hospitalisations	numerisch	Anzahl Krankenhausaufenthalte während Versorgung	
number_emerg	numerisch	Anzahl Notfalleinweisungen	
days_hospitalisation	numerisch	Insgesamt während der Versorgung im Krankenhaus verbrachte Tage	
numb_911	numerisch	Anzahl Notarzt-Einsätze	
SAPV-Verordnungen			
date_EV_SAPV	Datum	Datum der Erstverordnung SAPV	

SAVOIR - Evaluierung der **SAPV**-Richtlinie: **Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede**

gefördert aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung

level_EV_SAPV	numerisch	Versorgungsstufe der Erstverordnung	1=Beratung; 2=Koordination; 3=additiv unterstützende Teilversorgung; 4=Vollständige Versorgung
length_EV	numerisch	Dauer der Verordnung	
rejection_insur	numerisch	Ablehnung durch KK	1=ja
days_approval	numerisch	Genehmigungszeitraum	Zeitraum
cause_EV_SAPV_1	numerisch	ausgeprägte Schmerzsymptomatik	1=ja
cause_EV_SAPV_2	numerisch	ausgeprägte urogenitale Symptomatik	1=ja
cause_EV_SAPV_3	numerisch	ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik	1=ja
cause_EV_SAPV_4	numerisch	ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	1=ja
cause_EV_SAPV_5	numerisch	ausgeprägte ulzerierende Wunden/Tumore	1=ja
cause_EV_SAPV_6	numerisch	ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik	1=ja
cause_EV_SAPV_7	numerisch	sonstiges komplexes Symptomgeschehen	1=ja
adm_EV_SAPV	numerisch	Verordner der Erstverordnung	1=Hausarzt; 2=Krankenhausarzt
number_FV	numerisch	Anzahl Folgeverordnungen	
date_FV_1-5	Textfeld	Datum der jeweiligen Folgeverordnung	für jede Folgeversorgung eine Ausgabe; maximal Ausgabe von 5 FV
level_FV_1-5	numerisch	Versorgungsstufe der jeweiligen Folgeverordnung	1=Beratung; 2=Koordination; 3=additiv unterstützende Teilversorgung; 4=Vollständige Versorgung
length_FV_1-5	numerisch	Zeitraum der jeweiligen Folgeverordnungen	
days_SAPV	numerisch	Versorgungstage insgesamt	Errechnet aus den jeweiligen Versorgungstagen abzüglich Pausen
days_pause	numerisch	Tage ohne SAPV-Verordnung im gesamten Versorgungszeitraum	Summe aller Pausentage während der gesamten Versorgungszeit

Befragung von Patienten

Patienten-ID: _____

Wie schätzen Sie die Arbeit des Palliativteams ein?

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an:

	Sehr schlecht 0	1	2	3	4 Sehr gut	Nicht beurteilbar
1. Die telefonische Erreichbarkeit ist ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Die Wartezeit auf Hausbesuche ist ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Die Zeit, die sich das Team für mich nimmt, ist ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Die Gespräche/ Kommunikation mit mir ist...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Die Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten (Chancen, Grenzen, Nebenwirkungen) ist ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Die Einweisung in Pflegemaßnahmen (Durchführung, Wirkung, Grenzen) ist ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Die Linderung von Beschwerden (z.B. bei Luftnot, Schmerzen, Übelkeit etc.) ist ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Die Unterstützung bei praktischen und organisatorischen Problemen (z.B. Beratung Pflegebett, o.ä.) ist ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Das Mich-Auffangen bei seelischen Nöten ist ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Das Vermitteln von Sicherheit und Geborgenheit ist ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Die Hilfe beim Akzeptieren meiner Situation ist ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Das Achten meiner Entscheidungen ist ...	Sehr schlecht ☐	☐	☐	☐	Sehr gut ☐	Nicht beurteilbar ☐

13. Das Fördern meiner Selbständigkeit im Rahmen meiner Möglichkeiten ist ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Das Mich-Begleiten bei der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod ist ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Wurden Ihre Erwartungen an das Palliativteam erfüllt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Betreuung durch das Palliativteam?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte kreisen Sie an der Skala die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
 Gar nicht belastet Extrem belastet

Neben dem Ambulanten Palliativteam werden Sie vielleicht noch von anderen Diensten versorgt, zum Beispiel Hausarzt, Facharzt, Pflegedienst, Ernährungsdienst, Physiotherapie, Wundmanagement, Hospizdienst u.a.. Bitte kreuzen Sie an, welche Aussage für Sie zutrifft.

Dieses breite Angebot ist für mich:

	Sehr stark				Gar nicht
...hilfreich	☐	☐	☐	☐	☐
...notwendig	☐	☐	☐	☐	☐
...unübersichtlich	☐	☐	☐	☐	☐
...schlecht zugänglich	☐	☐	☐	☐	☐
...nicht ausreichend	☐	☐	☐	☐	☐

☐ Ich kann diese Frage nicht beurteilen

Was wäre Ihnen noch wichtig, was sie uns mitteilen möchten:

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

☐ Patient alleine

☐ Patient mit Hilfe eines Angehörigen

☐ Patient mit Hilfe eines Teammitarbeiters

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihre Antworten sind sehr wichtig für uns!

IPOS Patienten –Version

Name:

Datum:

F1. Welche Hauptprobleme oder Sorgen hatten Sie in den letzten drei Tagen?

1. _____
2. _____
3. _____

F2. Unten finden Sie eine Liste mit Symptomen, die Sie unter Umständen haben. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.

	Gar nicht	Ein wenig	Mäßig	Stark	Extrem stark
Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Atemnot	☐	☐	☐	☐	☐
Schwäche oder fehlende Energie	☐	☐	☐	☐	☐
Übelkeit (das Gefühl, erbrechen zu müssen)	☐	☐	☐	☐	☐
Erbrechen	☐	☐	☐	☐	☐
Appetitlosigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Verstopfung	☐	☐	☐	☐	☐
Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	☐	☐	☐	☐	☐
Schläfrigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Eingeschränkte Mobilität	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte nennen Sie weitere Symptome, die Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.

1.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	☐	☐

In den letzten 3 Tagen:

	Gar nicht	Ein wenig	Mäßig	Stark	Extrem stark
F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgte oder beunruhigt?	☐	☐	☐	☐	☐
F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgte oder beunruhigt?	☐	☐	☐	☐	☐
F5. Waren Sie traurig bedrückt?	☐	☐	☐	☐	☐

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Gar nicht
F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?	☐	☐	☐	☐	☐
F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie Sie wollten?	☐	☐	☐	☐	☐
F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?	☐	☐	☐	☐	☐

	Probleme angegangen Keine Probleme	Probleme größtenteils angegangen	Probleme teilweise angegangen	Probleme kaum angegangen	Probleme nicht angegangen
F9. Wurden praktische Probleme angesprochen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?	☐	☐	☐	☐	☐

	Ich alleine	Mit Hilfe eines Angehörigen oder Freundes	Mit Hilfe eines Mitarbeiters
F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?	☐	☐	☐

Datenerhebung und Datenauswertung im Detail

1 Ethnografisch orientierte Vor-Ort-Fallstudien

Die Fallstudien wurden als ethnografisch orientierte Vor-Ort-Studien durchgeführt, bei denen die persönlichen Interviews mit den verschiedenen Akteuren im Zentrum standen, flankiert von Begleitungen und Beobachtungen der Praxis vor Ort.

1.1 Zum Erhebungsinstrument: Das problemzentrierte Interview

In SAVOIR TP 3 kam als Erhebungsinstrument das problemzentrierte Interview nach Andreas Witzel zum Einsatz (vgl. Witzel 2000). Für diese nicht-standardisierte Erhebungsmethode wurden Interviewleitfäden konzipiert, mit denen in den Interviews verschiedene Problemkomplexe möglichst umfassend beleuchtet werden sollten. Die Interviewleitfäden beinhalteten Aufforderungen zur Narration und die Möglichkeit zu detaillierten, erzählgenerierenden Nachfragen, orientiert am Erkenntnisinteresse. In den Leitfäden wurden u. a. die Arbeitsabläufe, besondere, problematische und charakteristische Patientenversorgungen, die Zusammenarbeit sowohl innerhalb der SAPV als auch mit Netzwerkpartnern sowie die Struktureffekte der SAPV in der Versorgungsregion thematisiert (siehe hier im Anhang, Anlage 2 unter TP 3).

Es wurden drei verschiedene Leitfäden für Interviews mit einzelnen Mitarbeitern der SAPV entwickelt: Für die Teamleitung, für die Palliative Care Fachkräfte/Palliativmediziner und für die so genannte ‚dritte Berufsgruppe‘ (also z. B. Sozialarbeit oder Psychologie), wobei sich die Leitfäden nur möglichst geringfügig und nur wo notwendig unterscheiden. Die Leitfäden für die weiteren Leistungserbringer orientieren sich weitgehend an den Leitfäden der Mitarbeiter der SAPV, wurden aber an die jeweiligen Adressaten angepasst. Insgesamt wurden vier verschiedene Leitfäden entwickelt: Für ambulante Pflegedienstkräfte, für den ambulanten Hospizdienst, für Hausärzte und für Apotheken und Sanitätshäuser. In leicht abgewandelter Form wurden diese Leitfäden auch für die stationären Hospize und Pflegeheime verwendet; ebenso wurden für Seelsorger und Palliativstationen leicht abgeänderte Versionen der Leitfäden für Mitarbeiter verwendet. Zusätzlich wurde ein Leitfaden für eine Fokusgruppe entwickelt, der ebenfalls dieselben Themengebiete umfasste.

Basis für alle Leitfäden war der Leitfaden für die Palliative Care Fachkräfte bzw. Palliativmediziner der SAPV. Im ersten Abschnitt beinhaltet der Leitfaden Fragen zum Arbeitstag (z. B. zur Aufgabe, Personen, mit denen zusammengearbeitet wird, zur Rolle von Zeit und zu technischen Hilfsmitteln) sowie zu Belastungen und Problemen im Arbeitsalltag. Im zweiten Abschnitt werden die Interviewten aufgefordert, Fälle zu schildern, die in besonderer Erinnerung geblieben sind, die gelungen sind und die problematisch waren. Im dritten Abschnitt geht es darum, Kennzeichen des Teams bzw. des SAPV-Leistungserbringers zu eruieren und im vierten Abschnitt um die Zukunft des Leistungserbringers und der Palliativversorgung. Den Abschluss bildet fünftens die Frage: „Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?“ bzw. zusätzlich die Möglichkeit zu Ergänzungen. Der Leitfaden für die ‚dritten Berufsgruppen‘ unterscheidet sich davon kaum, ergänzt ist jedoch eine Frage zu den Unterschieden der eigenen Arbeit im Vergleich zu den anderen Beschäftigten. Der Leitfaden für die Teamleitung bzw. die Leitung des Leistungserbringers unterscheidet sich dagegen deutlicher,

hier wurden die Fragen nach gelungenen und problematischen Fällen durch Fragen nach der Organisation und den anderen Leistungserbringern ersetzt, die den Kern dieses Leitfadens bilden.

1.2 Ethnografische Orientierung der Vor-Ort-Fallstudien

Neben dem Führen von Interviews mit SAPV-Mitarbeitern und Netzwerkpartnern wurden die Feldaufenthalte durch eine ‚ethnografischen Orientierung‘ flankiert, indem im Rahmen der mehrtätigen Aufenthalte in der Region des SAPV-Leistungserbringers dessen Praxisalltag begleitet werden konnte. Um die Erkenntnisse darauf festzuhalten, wurden Beobachtungsprotokolle und Feldnotizen angefertigt. Gegenstand waren unter anderem „materielle Settings, wortlose Alltagspraktiken, stumme Arbeitsvollzüge“ (Hirschauer 2001: 437). Ziel war, dass „etwas zur Sprache gebracht wird, was vorher nicht Sprache war“, also die „Schweisamkeit‘ des Sozialen“ zu brechen (Hirschauer 2001: 430). Diese Texte flossen i. d. R. nicht direkt in die Analyse mit ein, sondern dienten eher als Hintergrundinformationen, um eine tiefere Einsicht in die Logik der Praxis der SAPV zu gewinnen. Abbildung 1 gibt einen groben Überblick darüber, worauf sich die Beobachtungen der Forscherinnen besonders fokussierten.

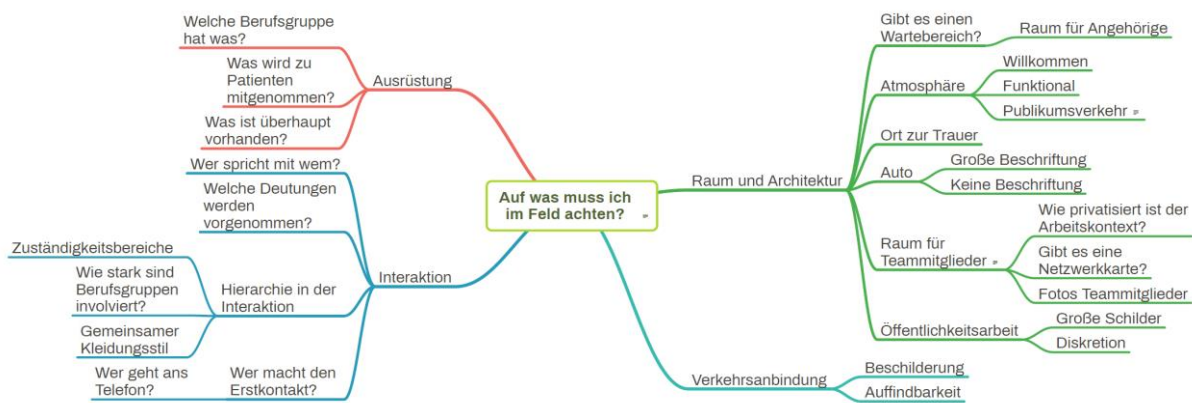


Abbildung 1 Mögliche Themen für Feldnotizen

Es entstanden so Beobachtungsprotokolle und Feldnotizen zu drei verschiedenen Bereichen:

a) Allgemeine Informationen zum SAPV-Leistungserbringer

Es wurden Notizen dazu verfasst, was die Forscherinnen allgemein bei ihrem Aufenthalt bei einem SAPV-Leistungserbringer beobachten konnten. Hier wurden vor allem die Beschaffenheit der Räume und der Gebäude der SAPV thematisiert. Die Beobachtungsprotokolle sollten die unterschiedlichen Atmosphären wiedergeben, die bei den Leistungserbringern vorgefunden wurden. Es ging hier um Fragen wie z. B. nach der Privatisierung des Arbeitskontextes, der Lage der SAPV im Versorgungsgebiet, die Auffindbarkeit und Erreichbarkeit der SAPV oder die interne räumliche Struktur.

b) Beobachtungsprotokolle von Teambesprechungen

Um etwas über die Interaktionsdynamiken der SAPV-Mitarbeiter untereinander zu erfahren, nahmen die Forscherinnen – wenn dies vom SAPV-Leistungserbringer ermöglicht wurde – an interdisziplinären Fallbesprechungen oder morgendlichen Übergabegesprächen teil und fertigten dazu detaillierte Beobachtungsprotokolle an. Diese Protokolle spiegeln wider, welche Themen in der Besprechung vorkommen, wie unterschiedliche Professionen miteinander interagieren, wie über Patienten

gesprächen wird und wie und ob in diesen Besprechungen gemeinsam Probleme bearbeitet werden. Die beobachteten Fallbesprechungen unterscheiden sich in ihrer Länge stark, bewegen sich zwischen etwa 45 Minuten und vier Stunden.

c) Beobachtungsprotokolle von Hausbesuchen

Um sich ein Bild von der konkreten SAPV-Praxis zu Hause bei den Patienten vor Ort machen zu können, begleiteten die Forscherinnen – wenn dies vom SAPV-Leistungserbringer ermöglicht wurde – Palliativmediziner und Palliativfachpflegekräfte bei ihren Hausbesuchen. Auch von diesen Begleitungen wurden Beobachtungsprotokolle angefertigt, mit dem Ziel, ein tieferes Verständnis für die Tätigkeit der Mitarbeiter der SAPV zu gewinnen. Außerdem konnte durch die Begleitung von Hausbesuchen die in den Interviews beschriebene Praktik in einen Zusammenhang mit der tatsächlich gelebten Praxis gebracht werden

Insgesamt entstanden so Beobachtungsprotokolle von 18 Fallbesprechungen und 31 Hausbesuchen.

2 Datenerhebung und Datenauswertung: Die Grounded-Theory-Methodologie

2.1 Grundsätze der Grounded-Theory und Umsetzung im Projekt

Bei der Datenerhebung und Datenauswertung orientierte sich TP3 an der Grounded-Theory-Methodologie (GTM). Die GTM wurde ursprünglich in den 1960er Jahren von Barney J. Glaser und Anselm Strauss entwickelt (Glaser/Strauss 1998), mit dem Ansinnen, die damals in den Sozialwissenschaften vorherrschenden Unterscheidung zwischen Theorie und Empirie zu unterlaufen (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 192). Ziel der GTM ist es, Theorien anhand von empirischem Material zu generieren und sukzessive immer weiter zu verfeinern.

Der Forschungsprozess beginnt mit gezielt offen gehaltenen Forschungsfragen, gerahmt von forschungsleitenden Annahmen und orientiert an dem formulierten Erkenntnisinteresse, die anhand kontinuierlicher Datenerhebung und -auswertung im gesamten Forschungsverlauf differenziert und konkretisiert werden. Erste empirische Ergebnisse des Auswertungsprozesses werden direkt in den weiteren Prozess der Datenerhebung eingespeist. Induktive und deduktive, theoriegeleitete Analyse-schritte wechseln sich somit kontinuierlich ab (vgl. ebd.: 197 f.). Aus diesem Grund waren Datenerhebung und Datenauswertung in TP 3 keine disjunkten Prozessschritte, sondern verliefen parallel. Um den Prozess der Datenerhebung durch die Auswertung beeinflussen zu können, wurden nicht alle zehn Sampling Points vorab strikt festgelegt, sondern erst nach und nach im Forschungsprozess, auf der Basis der jeweils vorgenommenen Auswertungsschritte zu den bereits erhobenen Daten und der dabei erzielten Erkenntnisse, ausgewählt (Theoretical Sampling). Die Datenerhebung und -auswertung wurde von einem ständigen Abgleichen der Auswahlkriterien begleitet, bei dem möglichst ähnliche sowie möglichst unterschiedliche Phänomene oder Fälle zueinander in Bezug gesetzt wurden (minimale und maximale Fallkontrastierung; vgl. ebd.: 206).

Entsprechend der GTM wurden die erhobenen Daten – im Fall von TP 3 waren dies verschriftlichte problemzentrierte Interviews – codiert. Bei diesem Vorgang geht es darum, „Rohdaten in Konzepte zu überführen.“ (ebd.: 204) Aus Konzepten (Codes) können dann nach und nach abstraktere Kategorien

gebildet werden. Während des Auswertungsprozesses wurden außerdem – wie von der GTM vorgesehen – zahlreiche Memos verfasst, in denen erste Ideen und Hypothesen im Hinblick auf die Theoriegenerierung festgehalten wurden. Auch diese Memos flossen in die Datenerhebung ein.

Die Datenauswertung folgte dem „Kodierparadigma“ (ebd.:209) der GTM. Begonnen wurde mit dem *offenen Codieren*. Hier wurde zunächst das Material gesichtet und ‚verschlagwortet‘. Diese Phase des Codierens ist noch recht ‚experimentell‘ angelegt, um offen für spätere Revisionen zu sein. Aus den vergebenen ‚Schlagworten‘, also den Codes, entstand dann sukzessive ein komplexes Codesystem mit (Ober- und Unter-)Kategorien. Beim *axialen Codieren* wurden solche Kategorien ausgewählt (z. B. die Kategorie „SAPV-Verordnung“) und intensiver betrachtet, die von den interviewten Leistungserbringern als bedeutsam und wichtig zum Ausdruck gebracht wurden. Dabei ging es darum, Bezüge zu anderen Kategorien herauszuarbeiten (z. B. „Belastung“). Ist eine Kategorie gefunden worden, die für die ‚Theoriebildung‘ (z.B.: Welche Strukturmerkmale der Versorgungspraxis hängen für welche Leistungserbringer mit welchen förderlichen Faktoren zusammen?) besonders relevant war, so wurde diese als eine *Schlüsselkategorie* klassifiziert (z. B. „Plattform-SAPV“). Solche Schlüsselkategorien standen im Fokus des dritten Codierschritts, des *selektiven Codierens*. Es werden dann nur noch diejenigen Kategorien erfasst, die im Hinblick auf die soweit identifizierten Schlüsselkategorien als relevant weiter überprüft, differenziert und systematisiert wurden. Der gesamte Codierprozess sowie das Memorieren wurden mit der Software MAXQDA 2018 realisiert.

Idealerweise laufen die Datenerhebungs- und -auswertungsschritte alternierend so lange weiter, bis eine sogenannte „theoretische Sättigung“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 200) erreicht wurde, d. h., dass neue Daten keine Veränderung der ‚Theorie‘ mehr herbeiführen können. Konkret: Das alle weiteren Analysen (zu den bereits erhobenen oder ggf. neu gewonnenen Daten) keine neuen Befunde (neue Codes, neue Achsen etc.) mehr generieren. Um den Meilensteinplan einhalten zu können und gemäß den vorhandenen Ressourcen, wurde in TP 3 die Datenerhebung nach zehn Fallstudien beendet, wobei sich gezeigt hat, dass mittels der dabei erhobenen Daten und mit Fokus auf die formulierten Forschungsfragen wesentliche Zusammenhänge zwischen kulturellen und strukturellen Dimensionen sowie förderlichen und hemmenden Faktoren aus Sicht verschiedener Leistungserbringer rekonstruiert und überprüft werden konnten.

2.2 Konkretes Vorgehen bei der Datenanalyse

Die Interviews wurden zunächst durch ein Transkriptionsbüro und teilweise von im Projekt tätigen wissenschaftlichen Hilfskräften transkribiert, also in Schriftform gebracht, und anonymisiert. Die Qualität der Transkription wurde von den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen kontrolliert. Anschließend wurden die Interviewdaten in ein Computerprogramm für die Analyse von Textdaten (MAXQDA) übertragen. Dort erfolgte eine Durchsicht und erste Analyse aller Interviews durch die Zuweisung von Codes für einzelne Textstellen, einerseits entlang der bereits durch den Fragebogen gesetzten Themen (deduktiv), andererseits aus dem Material heraus (induktiv). Es entstanden 73 Codes und Subcodes. Für jeden Code wurde ein Codememo mit einem Ankerbeispiel aus dem Material erstellt, um Klarheit über die Anwendung der Codes zu schaffen. Nach einer ersten Codierung der ersten vier Fallstudien wurde das Codesystem einer Revision unterzogen und es wurden diverse Änderungen vorgenommen, insbesondere in der Form, dass Codes entfernt bzw. umsortiert wurden. Das Interviewmaterial wurde von den beiden Projektmitarbeiterinnen und weiteren Forschungsmitarbeiterinnen an der Professur in mehreren Phasen codiert. Dabei wurde jedes Interview mindestens zwei Mal von zwei

verschiedenen Personen durchgearbeitet. In der über ein Jahr andauernden Codierarbeit wurden über 8.000 Textsegmente mit Codes versehen. Begleitend zum Codieren wurden von den Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern zusätzlich 930 Memos verfasst. Ausgewählte Textausschnitte wurden außerdem in kleineren Interpretationsgruppen analysiert.

Die sukzessive erfolgten Auswertungen der erhobenen und in Textform transkribierten verbalen Daten sowie der Notizen und Protokolle (unterstützt durch den Einsatz von MAXQDA) instruierten zum einen entlang entsprechender, aus den Daten entwickelter Codes und Kategorien die jeweils nächsten Einzelfallstudien und wurden zum anderen auch hinsichtlich möglicher typischer Unterscheidungen und Vergleichsdimensionen geprüft und memoriert. Aus dem auf dieser Basis schließlich durchgeführten systematischen Fallvergleich konnten generalisierbare, typische Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Organisationsstrukturen und -kulturen sowie zu der jeweiligen Versorgungspraxis vor Ort und deren Wahrnehmungen, Deutungen insbes. auch hinsichtlich der Versorgungsqualität rekonstruiert werden.

2.3 Auswahl der Studienpopulation und ergänzende Informationen zur Datenerhebung

Die Auswahl der 10 Sampling-Points erfolgte bundesweit entlang eines ‚theoretical samplings‘ und anhand verschiedener Merkmalskonstellationen (wie z.B. Rechtsformen, Kennzeichen der Organisationsstruktur, regionale Zuordnungen bis hin zu organisationskulturellen Merkmalen), die maximale Varianz im Gesamtsample der 10 Einzelfallstudien gewährleisten sollte.

Die Feldaufenthalte vor Ort, einschließlich aller Interviews, wurden von den wissenschaftlichen Projektmitarbeiterinnen geplant und durchgeführt. Die Rekrutierung und Durchführung der Feldstudien der teilnehmenden SAPV-Leistungserbringer fand über einen Zeitraum von Mitte Februar 2018 bis März 2019 statt. Zum geplanten Sample passende SAPV-Leistungserbringer wurden per Post angeschrieben und danach telefonisch kontaktiert. Dem Anschreiben wurde ein Kurzfragebogen beigelegt, der vor der konkreten Terminvereinbarung ausgefüllt werden sollte und der zu generellen Angaben zum SAPV-Leistungserbringer in Form einer Abfrage auffordert (u. a.: seit wann besteht SAPV-Vertrag, in welchem Rhythmus finden Teamtreffen statt, Art des Vergütungssystems, Anzahl Personen je Berufsgruppe). Mit dem Anschreiben wurden die jeweiligen Landesvertretungen der SAPV, sofern vorhanden, über eine Kontaktaufnahme zu einem SAPV-Leistungserbringer in ihrem Bundesland informiert und um Unterstützung gebeten, falls von Seiten des Teams Rückfragen kommen sollten.

Literatur

Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1998 [1967]). Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Verlag Hans Huber.

Hirschauer, Stefan (2001): Ethnografisches Schreiben und die Schweigsamkeit des Sozialen. Zu einer Methodologie der Beschreibung, in: Zeitschrift für Soziologie 30(6), S. 429-451.

Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2014): Grounded-Theory-Methodologie. In: dies.: Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4. erweiterte Auflage. München: Oldenbourg, S. 190–223.

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview, In: Forum Qualitative Sozialforschung, 1(1), Art. 22, 25 Absätze.

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Arbeitsalltag	
1. Erzählen Sie, wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus?	1. Typischer Arbeitstag 1.1. Was sind Ihre Aufgaben? 1.2. Mit wem haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag zu tun? 1.3. Wie wird die Zusammenarbeit koordiniert? Wie kommen Zuordnungen von konkreten Aufgaben zustande? 1.4. Wie viele Fälle betreuen Sie gleichzeitig? 1.5. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit? 1.6. Mit welchen technischen Hilfsmitteln arbeiten Sie? Halten Sie vor Ort auch Hilfsmittel für Patienten vor? 1.7. Was an Ihrer Arbeit in der SAPV kann nicht von der AAPV geleistet werden, ist also SAPV-spezifisch?
2. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	2. Herausforderungen im Arbeitsalltag 2.1. Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 2.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, ...) 2.3. Wie gehen Sie damit um? 2.4. Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 2.5. Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
3. Was sind konkrete Probleme in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie ebenfalls konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	3. Probleme im Arbeitsalltag 3.1. Gibt es Probleme? Wenn ja, welche? 3.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, ...) 3.3. Wie haben Sie das (Problem) gelöst?
II. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? Was kennzeichnet ihn? 1.2. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das? 1.3. Woher kommen die Patienten zu Ihnen? Wie sind die Abläufe bei einem neuen Fall? Wann kommen Sie zum ersten Mal zu einem neuen Patienten? 1.4. Wann und wie kommen Ihrer Erfahrung nach externe Versorger ins Spiel (Hausärzte, Pflegedienste, Hospiz, Sanitätshäuser etc.)?

	1.5. Wie gehen Sie vor, wenn ein Patient kein SAPV-Fall (mehr) ist? 1.6. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 1.7. Beratung, Koordination, Teil- und Vollversorgung in der SAPV kann ja unterschiedlich ausgestaltet werden. Wie sieht das bei Ihnen aus? 1.8. Was passiert, wenn Patienten und / oder Angehörige nachts oder an Feiertagen Hilfe benötigen? 1.9. Welche Rolle spielen Ihrer Erfahrung nach die Angehörigen / das soziale Umfeld (Freunde, Nachbarn) in der SAPV-Praxis? 1.10. Welche Erwartungen/Wünsche kommen von Seiten der Patienten / Angehörigen auf Sie zu? 1.11. Was müssen Sie über den Patienten wissen, um ihn gut versorgen zu können? Wie kommen Sie zu diesem Wissen? 1.12. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Patienten / Angehörigen und Teammitgliedern (z.B. Kommunikation – welche Art?, Zeit, Situationsdefinition, Zahl der Kontakte etc.)? 1.13. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung) Wie wirkt sich die SAPV auf Notarzteinsätze und Krankenhausaufenthalte aus?
2. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? Bitte erzählen Sie!	2. Gelungene Versorgung 2.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? 2.2. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 2.3. Was trug aus Ihrer Sicht besonders zum Gelingen bei? 2.4. Wer war beteiligt? 2.5. Gab es in dieser Versorgung Krisensituationen? Wie haben Sie darauf reagiert? 2.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 2.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 2.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 2.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?

3. Erinnern Sie sich an einen Fall, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch war? Bitte erzählen Sie!	3. „Problem-Fall“ 3.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch verlief? 3.2. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 3.3. An was machen Sie „das Problematische“ bei diesem Fall fest? 3.4. Was hat aus Ihrer Sicht zu diesem problematischen Fall geführt? 3.5. Wie sind Sie in Ihrem Team mit diesem Fall umgegangen? (während und nach der Versorgung: Fallbesprechung, Supervision etc.) 3.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 3.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 3.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 3.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?
III. Teamspezifika	
1. Gibt es etwas, das Ihnen als Team besonders in Erinnerung geblieben ist? (Nachfrage: Wie ist der Umgang mit Belastungen? Was wird für das Miteinander im Team getan?)	1. Teamspezifika 1.1. <u>Was kennzeichnet Ihr Team?</u> 1.2. Was halten Sie für wichtig, damit Sie gut arbeiten können? (für Patient, Familie und Sie selbst) 1.3. Was ist das Besondere an der Arbeit in diesem SAPV-Team? 1.4. Wie teilen Sie sich die Arbeit im Team auf (Zuständigkeiten)? 1.5. <u>Wenn Sie keinen Dienst haben und jemand anders zu Ihrem Patienten fährt, wie ist das für Sie?</u> 1.6. Wie werden Entscheidungen getroffen? 1.7. Wie wird im Team kommuniziert? (Schriftlich? Mündlich? Wer mit wem? Zu welchem Anlass? Flexibel oder reguliert? Über Systeme?) 1.8. Wie lange sind Sie schon in diesem Team? 1.9. Hat sich Ihre Arbeit im Laufe der Zeit verändert? (Nachfrage ggf.: für Sie / für das Team?)
IV. Zukunft des Teams	
1. <u>Was meinen Sie, wie wird die Arbeit in Ihrem Team in fünf bis zehn Jahren aussehen?</u> Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung	1. Zukunft des SAPV-Teams 1.1. Wie sehen Sie die Zukunft Ihres SAPV-Teams (was ändert sich, was bleibt gleich etc.)?

allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	1.2. Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird? 1.3. Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 1.4. Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 1.5. Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 1.6. Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
V. Schluss	
1. <u>Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?</u>	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Arbeitsalltag	
1. Erzählen Sie, wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus?	1. Typischer Arbeitstag 1.1. Was sind Ihre Aufgaben? 1.2. Mit wem haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag zu tun? 1.3. Wie wird die Zusammenarbeit koordiniert? 1.4. Wie viele Fälle bereut Ihr Dienst gleichzeitig? 1.5. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit? 1.6. Mit welchen technischen Hilfsmitteln arbeiten Sie? 1.7. Was an Ihrer Arbeit in der SAPV kann nicht von der AAPV geleistet werden, ist also SAPV-spezifisch?
2. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	2. Herausforderungen im Arbeitsalltag 2.1. Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 2.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, ...) 2.3. Wie gehen Sie damit um? 2.4. Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 2.5. Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
II. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? Was kennzeichnet ihn? 1.2. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das? 1.3. Wie gehen Sie vor, wenn ein Patient kein SAPV-Fall (mehr) ist? 1.4. Kommt es vor, dass Patienten eigentlich SAPV-Fälle wären, aber keine SAPV verordnet bekommen? Was sind Hindernisse für eine Verordnung von SAPV? 1.5. Beratung, Koordination, Teil- und Vollversorgung in der SAPV kann ja unterschiedlich ausgestaltet werden. Wie sieht das bei Ihnen aus? 1.6. Was passiert, wenn Patienten und / oder Angehörige nachts oder an Feiertagen Hilfe benötigen? Wird in Ihrem Team häufig nachts oder am Wochenende gearbeitet?

	1.7. Welche Rolle spielen Ihrer Erfahrung nach die Angehörigen / das soziale Umfeld (Freunde, Nachbarn) in der SAPV-Praxis? 1.8. Welche Erwartungen/Wünsche kommen von Seiten der Patienten / Angehörigen auf Sie zu? 1.9. Was müssen Sie über den Patienten wissen, um ihn gut versorgen zu können? Wie kommen Sie zu diesem Wissen? 1.10. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Patienten / Angehörigen und Teammitgliedern?
2. Ich möchte mit Ihnen ein erweitertes Organigramm Ihres Dienstes erstellen. Wer gehört zum Kernteam? Welche Aufgaben übernehmen bei Ihnen externe Kooperationspartner? Könnten Sie uns dies bitte grafisch darstellen?	2. Organisation und Netzwerk 2.1. Wie ist Ihr SAPV-Dienst aufgebaut? 2.2. Wer gehört zum Kernteam? 2.3. Welche Aufgaben übernehmen externe Kooperationspartner? 2.4. Wie und wie oft wird im Netzwerk mit externen Partnern kommuniziert? Wer ist dafür zuständig? An welchen Stellen kommt es zu Problemen? 2.5. Wie werden nächtliche Sitzwachen organisiert?
3. Wie sind die Abläufe bei einem neuen Fall? (Können Sie dies anhand eines Beispiels schildern?)	3. Organisationsroutinen 3.1. Woher kommen neue Patienten zu Ihnen? 3.2. Wie sind die Abläufe bei einem neuen Patienten? 3.3. Wer kommt als erstes zu einem neuen Patienten? Was geschieht dort? 3.4. Wer kommt normalerweise mit zu Hausbesuchen? 3.5. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was wird hier besonders wichtig? 3.6. Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 3.7. Wer wird nach dem Tod wie informiert? Wer kommuniziert mit dem Hausarzt des Verstorbenen?
III. Teamspezifika	
1. Gibt es etwas, das Ihnen als Team besonders in Erinnerung geblieben ist? (Nachfrage: Wie ist der Umgang mit Belastungen? Was wird für das Miteinander im Team getan?)	1. Teamspezifika 1.1. <u>Was kennzeichnet Ihr Team? Was ist das Besondere an der Arbeit in diesem SAPV-Team?</u> 1.2. Was halten Sie für wichtig, damit Sie gut arbeiten können? (für Patient, Familie und Sie selbst) 1.3. Arbeiten alle in Ihrem Team im selben Stil? Woran erkennen Sie das?

	1.4. Wie werden Entscheidungen getroffen? Wie kommen Zuordnungen von konkreten Aufgaben zustande? 1.5. Wie wird im Team kommuniziert? (Schriftlich? Mündlich? Wer mit wem? Zu welchem Anlass? Flexibel oder reguliert? Über Systeme?) 1.6. <u>Wie gehen Sie in Ihrem Team mit Auslastungsschwankungen um? Was geschieht bei hoher Auslastung? Was geschieht in Flautezeiten? Was geschieht mit Patienten, die auf der Warteliste stehen?</u> 1.7. Wie hoch ist der Krankenstand? Gibt es häufige Mitarbeiterwechsel? Ist es schwierig, qualifizierte Mitarbeiter zu finden? 1.8. Wie gehen Sie mit Teamkrisen um? Erinnern Sie sich an ein Beispiel für solch eine Krise? Wie konnten Sie die Krise lösen? 1.9. Wie gehen Sie mit persönlichen Krisen einzelner Mitarbeiter um? Was geschieht wenn ein Mitarbeiter selbst einen Trauerfall hat? 1.10. Wie lange leiten Sie schon dieses Team? 1.11. Hat sich Ihre Arbeit im Laufe der Zeit verändert? (Nachfrage ggf.: für Sie / für das Team?)
IV. Zukunft und Struktureffekte des Teams	
1. <u>Wenn Sie an die Zeit seit der Gründung zurückdenken, wie hat sich die Versorgungslandschaft in der Region seitdem verändert?</u> (Oder: Können Sie sich an ein besonderes Ereignis erinnern, das von Ihrem SAPV-Team in die Region hineingewirkt hat?)	1. Struktureffekte 1.1. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der SAPV auf die Versorgung in der Region insgesamt ein? 1.2. Wie wurde die Gründung Ihres SAPV-Teams von den bereits im Palliativbereich Aktiven (z. B. Hausarzt, AAPV, Palliativstation, Hospiz) aufgenommen? 1.3. Bietet Ihr Team Fort- und Weiterbildungen an? Gibt es Handreichungen für Hausärzte? 1.4. Machen Sie Öffentlichkeitsarbeit? Wie glauben Sie, wird Ihr SAPV-Team in der Öffentlichkeit wahrgenommen? Oder allgemeiner: Welches Image hat die SAPV als Ganzes?
2. <u>Was meinen Sie, wie wird die Arbeit in Ihrem Team in fünf bis zehn Jahren aussehen?</u> Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	2. Zukunft des SAPV-Teams 2.1. Wie sehen Sie die Zukunft Ihres SAPV-Teams (was ändert sich, was bleibt gleich etc.)? 2.2. Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird?

	2.3. Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 2.4. Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 2.5. Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 2.6. Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
V. Schluss	
1. <u>Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?</u>	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Arbeitsalltag	
1. Erzählen Sie, wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus?	1. Typischer Arbeitstag 1.1. Was sind Ihre Aufgaben? 1.2. Mit wem haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag zu tun? 1.3. Wie wird die Zusammenarbeit koordiniert? Wie kommen Zuordnungen von konkreten Aufgaben zustande? 1.4. Wie unterscheidet sich Ihre Arbeit von anderen Teammitgliedern? Welche Ihrer Tätigkeiten wird nur von Ihnen gemacht, welche auch von anderen? In welcher Form sind Sie in die Arbeit mit Patienten eingebunden? 1.5. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit? 1.6. Mit welchen technischen Hilfsmitteln arbeiten Sie? 1.7. Über das Genannte hinaus, gibt es noch weiteres, was Sie tun (z.B. Moderation von Teambesprechungen, Supervision)?
2. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	2. Herausforderungen im Arbeitsalltag 2.1. Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 2.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, ...) 2.3. Wie gehen Sie damit um? 2.4. Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 2.5. Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
3. Was sind konkrete Probleme in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie ebenfalls konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	3. Probleme im Arbeitsalltag 3.1. Gibt es Probleme? Wenn ja, welche? 3.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, ...) 3.3. Wie haben Sie das (Problem) gelöst?
II. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? Was kennzeichnet ihn? 1.2. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das? 1.3. Wann kommen Sie zum ersten Mal zu einem neuen Patienten? 1.4. Wie gehen Sie vor, wenn ein Patient kein SAPV-Fall (mehr) ist?

	1.5. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 1.6. Beratung, Koordination, Teil- und Vollversorgung in der SAPV kann ja unterschiedlich ausgestaltet werden. Wie sieht das bei Ihnen aus? 1.7. Holen Sie selbst auch externe Versorger hinzu? Welche? 1.8. Welche Rolle spielen Ihrer Erfahrung nach die Angehörigen / das soziale Umfeld (Freunde, Nachbarn) in der SAPV-Praxis? 1.9. Welche Erwartungen/Wünsche kommen von Seiten der Patienten / Angehörigen auf Sie zu? 1.10. Was müssen Sie über den Patienten wissen, um ihn gut versorgen zu können? Wie kommen Sie zu diesem Wissen? 1.11. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Patienten / Angehörigen und Teammitgliedern (z.B. Kommunikation – welche Art?, Zeit, Situationsdefinition, Zahl der Kontakte etc.)? 1.12. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung)
2. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? Bitte erzählen Sie!	2. Gelungene Versorgung 2.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? 2.2. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 2.3. Was trug aus Ihrer Sicht besonders zum Gelingen bei? 2.4. Wer war beteiligt? 2.5. Gab es in dieser Versorgung Krisensituationen? Wie haben Sie darauf reagiert? 2.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 2.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 2.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 2.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?
3. Erinnern Sie sich an einen Fall, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch war? Bitte erzählen Sie!	3. „Problem-Fall“ 3.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch verlief? 3.2. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 3.3. An was machen Sie „das Problematische“ bei diesem Fall fest?

	3.4. Was hat aus Ihrer Sicht zu diesem problematischen Fall geführt? 3.5. Wie sind Sie in Ihrem Team mit diesem Fall umgegangen? (während und nach der Versorgung: Fallbesprechung, Supervision etc.) 3.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 3.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 3.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 3.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?
III. Teamspezifika	
1. Gibt es etwas, das Ihnen als Team besonders in Erinnerung geblieben ist? (Nachfrage: Wie ist der Umgang mit Belastungen? Was wird für das Miteinander im Team getan?)	1. Teamspezifika 1.1. <u>Was kennzeichnet Ihr Team?</u> 1.2. Was halten Sie für wichtig, damit Sie gut arbeiten können? (für Patient, Familie und Sie selbst) 1.3. Was ist das Besondere an der Arbeit in diesem SAPV-Team? 1.4. Wie werden Entscheidungen getroffen? 1.5. Wie wird im Team kommuniziert? (Schriftlich? Mündlich? Wer mit wem? Zu welchem Anlass? Flexibel oder reguliert? Über Systeme?) 1.6. Wie lange sind Sie schon in diesem Team? 1.7. <u>Hat sich Ihre Arbeit im Laufe der Zeit verändert? (Nachfrage ggf.: für Sie / für das Team?)</u>
IV. Zukunft des Teams	
1. <u>Was meinen Sie, wie wird die Arbeit in Ihrem Team in fünf bis zehn Jahren aussehen?</u> Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	1. Zukunft des SAPV-Teams 1.1. Wie sehen Sie die Zukunft Ihres SAPV-Teams (was ändert sich, was bleibt gleich etc.)? 1.2. Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird? 1.3. Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 1.4. Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 1.5. Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln?

	1.6. Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft? 1.7. <u>Welche Rolle wird Ihre Berufsgruppe (dabei) spielen?</u>
V. Schluss	
1. <u>Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?</u>	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Arbeitsalltag	
1. Stellen Sie sich bitte kurz vor und nennen Sie uns kurz Ihre Aufgaben!	
2. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit bei der Erfüllung der genannten Aufgaben?	
3. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	3. Herausforderungen im Arbeitsalltag 3.1 Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 3.2 In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, ...) 3.3 Wie gehen Sie damit um? 3.4 Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 3.5 Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
II. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Denken Sie bitte mal an einen der letzten abgeschlossenen Fälle, wie waren dort die Abläufe? Woher kam dieser Patient zu Ihnen? Wie kam er in die SAPV? Und was passierte dann?	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was war an diesem Fall SAPV-spezifisch? Woran haben Sie das erkannt? 1.2. Zu welchem Zeitpunkt kommt wer von Ihnen zum ersten Mal zu einem neuen Patienten? 1.3. Wie gehen Sie vor, wenn ein Patient kein SAPV-Fall (mehr) ist? 1.4. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 1.5. Was passiert, wenn Patienten und / oder Angehörige nachts oder an Feiertagen Hilfe benötigen? 1.6. Welche Rolle spielen Ihrer Erfahrung nach die Angehörigen / das soziale Umfeld (Freunde, Nachbarn) in der SAPV-Praxis? 1.7. Welche Erwartungen/Wünsche kommen von Seiten der Patienten / Angehörigen auf Sie zu? 1.8. Was müssen Sie über den Patienten wissen, um ihn gut versorgen zu können? Wie kommen Sie zu diesem Wissen? 1.9. Wann und wie kommen Ihrer Erfahrung nach externe Versorger ins Spiel (Hausärzte, Pflegedienste, Hospiz, Sanitätshäuser etc.)? 1.10. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Patienten / Angehörigen und Teammitgliedern (z.B. Kommunikation – welche Art?, Zeit, Situationsdefinition, Zahl der Kontakte etc.)?

	1.11. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung)
III. Teamspezifika	
1. Gibt es etwas, das Ihnen als Team besonders in Erinnerung geblieben ist?	1. Teamspezifika 1.1. Was ist das Besondere an der Arbeit in diesem SAPV-Team? 1.2. Wenn Sie keinen Dienst haben und jemand anders zu Ihrem Patienten fährt, wie ist das für Sie? 1.3. Wie kommen Zuordnungen von konkreten Aufgaben zustande? 1.4. Was halten Sie für wichtig, damit Sie gut arbeiten können? (für Patient, Familie und Sie selbst) 1.5. Hat sich Ihre Arbeit im Laufe der Zeit verändert? (Nachfrage ggf.: für Sie / für das Team?)
IV. Zukunft des Teams	
1. Was meinen Sie, wie wird die Arbeit in Ihrem Team in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	1. Zukunft des SAPV-Teams 1.1. Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 1.2. Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln?
V. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Einbindung in die SAPV	
1. In welcher Form sind Sie in die SAPV involviert?	1. Einbindung in die SAPV 1.1. Haben Sie eine palliativmedizinische Zusatzausbildung absolviert? 1.2. Sind Sie BQKPMV-Arzt?
II. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen SAPV-Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? 1.2. Wann verordnen Sie SAPV? Welche Leistungen verordnen Sie? 1.3. Inwieweit bleiben Sie weiter in die Versorgung eingebunden? 1.4. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das? 1.5. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 1.6. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung)
2. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? Bitte erzählen Sie!	2. Gelungene Versorgung 2.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? 2.2. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 2.3. Haben Sie SAPV verordnet? Wenn nicht, wer dann und wie haben Sie davon erfahren? 2.4. Was trug aus Ihrer Sicht besonders zum Gelingen bei? 2.5. Wer war beteiligt? 2.6. Gab es in dieser Versorgung Krisensituationen? Wie haben Sie darauf reagiert? 2.7. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 2.8. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds?
3. Erinnern Sie sich an einen Fall, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch war? Bitte erzählen Sie!	3. „Problem-Fall“ 3.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch verlief? 3.2. An was machen Sie „das Problematische“ bei diesem Fall fest?

	3.3. Was hat aus Ihrer Sicht zu diesem problematischen Fall geführt? 3.4. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 3.5. Haben Sie SAPV verordnet? Wenn nicht, wer dann und wie haben Sie davon erfahren? 3.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 3.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds?
III. Zukunft und Struktureffekte des Teams	
1. Wenn Sie an die Zeit seit der Gründung des SAPV-Teams zurückdenken, wie hat sich die Versorgungslandschaft in der Region seitdem verändert?	1. Struktureffekte 1.1. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der SAPV auf die Versorgung in der Region insgesamt ein? 1.2. Wie wurde die Gründung des SAPV-Teams von den bereits im Palliativbereich Aktiven (z. B. AAPV, Palliativstation, Hospiz) aufgenommen? 1.3. Bietet das SAPV-Team Fort- und Weiterbildungen an? Gibt es Handreichungen für Hausärzte? 1.4. Wie fördert der SAPV-Dienst die Vernetzung unterschiedlicher Akteure in der Region?
2. Was meinen Sie, wie wird Ihre palliativmedizinische Arbeit in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	2. Zukunft der Arbeit 2.1 Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird? 2.2 Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 2.3 Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 2.4 Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 2.5 Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
IV. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Arbeitsalltag	
1. Erzählen Sie, wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus, insbesondere im Hinblick auf SAPV-Patienten?	1. Typischer Arbeitstag 1.1. Was sind Ihre Aufgaben? 1.2. Mit wem haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag zu tun? 1.3. Wie wird die Zusammenarbeit koordiniert? 1.4. Wie viele Fälle betreuen Sie gleichzeitig? 1.5. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit? 1.6. Mit welchen technischen Hilfsmitteln arbeiten Sie? 1.7. Wie ändert sich Ihre Arbeit, wenn Sie mit SAPV-Patienten zu tun haben? Was leisten Sie bei SAPV-Patienten zusätzlich, im Unterschied zu anderen Patienten?
2. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	2. Herausforderungen im Arbeitsalltag 2.1. Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 2.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, ...) 2.3. Wie gehen Sie damit um? 2.4. Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 2.5. Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
3. Was sind konkrete Probleme in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie ebenfalls konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	3. Probleme im Arbeitsalltag 3.1. Gibt es Probleme? Wenn ja, welche? 3.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, ...) 3.3. Wie haben Sie das (Problem) gelöst?
II. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen SAPV-Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? Was kennzeichnet ihn? 1.2. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das? 1.3. Wie kommen die SAPV-Patienten zu Ihnen? Wann kommen Sie zum ersten Mal zu einem neuen Patienten? 1.4. Was ändert sich für Sie, wenn ein Patient keine SAPV mehr bekommt? (Intermittierung) 1.5. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten?

	1.6. Was passiert, wenn Patienten und / oder Angehörige nachts oder an Feiertagen Hilfe benötigen? 1.7. Welche Rolle spielen Ihrer Erfahrung nach die Angehörigen / das soziale Umfeld (Freunde, Nachbarn) in der Praxis? 1.8. Welche Erwartungen/Wünsche kommen von Seiten der Patienten / Angehörigen auf Sie zu? 1.9. Was müssen Sie über den Patienten wissen, um ihn gut versorgen zu können? Wie kommen Sie zu diesem Wissen? 1.10. Wann werden Sie zu einem SAPV-Fall hinzugezogen? Wann und wie kommen noch weitere Versorger ins Spiel? (z. B. Hausärzte, Krankenhaus, ambulanter Pflegedienst, Seelsorger, Sozialarbeiter) 1.11. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Ihnen und Patienten / Angehörigen (z.B. Kommunikation – welche Art?, Zeit, Situationsdefinition, Zahl der Kontakte etc.)? 1.12. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung)
2. Können Sie einen konkreten SAPV-Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? Bitte erzählen Sie!	2. Gelungene Versorgung 2.1. Können Sie einen konkreten SAPV-Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? 2.2. Wissen Sie, wie dieser Patient in die SAPV kam? 2.3. Was trug aus Ihrer Sicht besonders zum Gelingen bei? 2.4. Wer war beteiligt? 2.5. Gab es in dieser Versorgung Krisensituationen? Wie haben Sie darauf reagiert? 2.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 2.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 2.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 2.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?
3. Erinnern Sie sich an einen SAPV-Fall, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch war? Bitte erzählen Sie!	3. ‚Problem-Fall‘ 3.1. Können Sie einen konkreten SAPV-Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch verlief? 3.2. Wissen Sie wie dieser Patient in die SAPV kam? 3.3. An was machen Sie ‚das Problematische‘ bei diesem Fall fest? 3.4. Was hat aus Ihrer Sicht zu diesem problematischen Fall geführt?

	3.5. Wie sind Sie in Ihrem Team mit diesem Fall umgegangen? (während und nach der Versorgung: Fallbesprechung, Supervision etc.) 3.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 3.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 3.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 3.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?
III. Kooperation mit SAPV	
1. Gibt es etwas, das Ihnen bei der Zusammenarbeit mit der SAPV besonders in Erinnerung geblieben ist?	1. Kooperation mit SAPV 1.1. Was ist das Besondere an der Arbeit mit diesem SAPV-Team? 1.2. Was halten Sie für wichtig, damit Sie gut arbeiten können? (für Patient, Familie und Sie selbst) 1.3. Wie oft treffen Sie sich mit dem SAPV-Team? 1.4. Wie teilen Sie sich die Arbeit im Team auf (Zuständigkeiten)? 1.5. Wie binden Sie ehrenamtliche Hospizhelfer in die Betreuung von SAPV-Patienten ein? 1.6. Wie kommen Zuordnungen von konkreten Aufgaben zustande? 1.7. Wie werden Entscheidungen getroffen? 1.8. Wie wird mit der SAPV kommuniziert? (Schriftlich? Mündlich? Wer mit wem? Zu welchem Anlass? Flexibel oder reguliert? Über Systeme?) 1.9. Wie lange arbeiten Sie schon mit der SAPV zusammen? 1.10. Hat sich Ihre Arbeit mit der SAPV im Laufe der Zeit verändert?
IV. Zukunft der Kooperation mit SAPV	
1. Was meinen Sie, wie wird Ihre Zusammenarbeit mit der SAPV in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	1. Zukunft der Kooperation mit SAPV 1.1. Wie sehen Sie die Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team in der Zukunft (was ändert sich, was bleibt gleich etc.)? 1.2. Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird? 1.3. Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 1.4. Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln?

	1.5. Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 1.6. Welche Rolle werden ehrenamtliche Hospizhelfer hier spielen? 1.7. Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
V. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Arbeitsalltag	
1. Erzählen Sie, wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus, insbesondere im Hinblick auf SAPV-Patienten?	1. Typischer Arbeitstag 1.1. Was sind Ihre Aufgaben? 1.2. Mit wem haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag zu tun? 1.3. Wie wird die Zusammenarbeit koordiniert? 1.4. Wie viele Fälle betreuen Sie gleichzeitig? 1.5. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit? 1.6. Mit welchen technischen Hilfsmitteln arbeiten Sie? 1.7. Wie ändert sich Ihre Arbeit, wenn Sie mit SAPV-Patienten zu tun haben? Was leisten Sie bei SAPV-Patienten zusätzlich, im Unterschied zu AAPV-Patienten?
2. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	2. Herausforderungen im Arbeitsalltag 2.1. Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 2.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, ...) 2.3. Wie gehen Sie damit um? 2.4. Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 2.5. Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
3. Was sind konkrete Probleme in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie ebenfalls konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	3. Probleme im Arbeitsalltag 3.1. Gibt es Probleme? Wenn ja, welche? 3.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, ...) 3.3. Wie haben Sie das (Problem) gelöst?
II. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen SAPV-Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? Was kennzeichnet ihn? 1.2. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das? 1.3. Wie kommen die SAPV-Patienten zu Ihnen? Wann kommen Sie zum ersten Mal zu einem neuen Patienten? 1.4. Wie gehen Sie vor, wenn ein Patient kein SAPV-Fall (mehr) ist? 1.5. Wie gehen Sie bei einem Patienten vor, bei dem SAPV noch nicht verordnet wurde, der für Sie aber eindeutig ein SAPV-Fall ist?

	1.6. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 1.7. Was passiert, wenn Patienten und / oder Angehörige nachts oder an Feiertagen Hilfe benötigen? 1.8. Welche Rolle spielen Ihrer Erfahrung nach die Angehörigen / das soziale Umfeld (Freunde, Nachbarn) in der Praxis? 1.9. Welche Erwartungen/Wünsche kommen von Seiten der Patienten / Angehörigen auf Sie zu? 1.10. Was müssen Sie über den Patienten wissen, um ihn gut versorgen zu können? Wie kommen Sie zu diesem Wissen? 1.11. Wann werden Sie zu einem SAPV-Fall hinzugezogen? Wann und wie kommen noch weitere Versorger ins Spiel? (z. B. Hausärzte, Krankenhaus, Hospiz, Seelsorger, Sozialarbeiter) 1.12. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Ihnen und Patienten / Angehörigen (z.B. Kommunikation – welche Art?, Zeit, Situationsdefinition, Zahl der Kontakte etc.)? 1.13. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung)
2. Können Sie einen konkreten SAPV-Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? Bitte erzählen Sie!	2. Gelungene Versorgung 2.1. Können Sie einen konkreten SAPV-Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? 2.2. Wissen Sie, wie dieser Patient in die SAPV kam? 2.3. Was trug aus Ihrer Sicht besonders zum Gelingen bei? 2.4. Wer war beteiligt? 2.5. Gab es in dieser Versorgung Krisensituationen? Wie haben Sie darauf reagiert? 2.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 2.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 2.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 2.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?
3. Erinnern Sie sich an einen SAPV-Fall, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch war? Bitte erzählen Sie!	3. „Problem-Fall“ 3.1. Können Sie einen konkreten SAPV-Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch verlief? 3.2. Wissen Sie wie dieser Patient in die SAPV kam?

	3.3. An was machen Sie ‚das Problematische‘ bei diesem Fall fest? 3.4. Was hat aus Ihrer Sicht zu diesem problematischen Fall geführt? 3.5. Wie sind Sie in Ihrem Team mit diesem Fall umgegangen? (während und nach der Versorgung: Fallbesprechung, Supervision etc.) 3.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 3.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds? 3.8. Was war im Hinblick auf die Unterstützung des sozialen Umfelds bzw. der Angehörigen – sofern vorhanden – besonders wirksam? 3.9. Wie verlief die Sterbephase? Hat sich die Versorgung geändert? Was geschah nach dem Tod?
III. Kooperation mit SAPV	
1. Gibt es etwas, das Ihnen bei der Zusammenarbeit mit der SAPV besonders in Erinnerung geblieben ist?	1. Kooperation mit SAPV 1.1. Was ist das Besondere an der Arbeit mit diesem SAPV-Team? 1.2. Was halten Sie für wichtig, damit Sie gut arbeiten können? (für Patient, Familie und Sie selbst) 1.3. Wie oft treffen Sie sich mit dem SAPV-Team? 1.4. Wie teilen Sie sich die Arbeit im Team auf (Zuständigkeiten)? 1.5. Wie kommen Zuordnungen von konkreten Aufgaben zustande? 1.6. Wenn Sie keinen Dienst haben und jemand anders zu Ihrem Patienten fährt, wie ist das für Sie? 1.7. Wie werden Entscheidungen getroffen? 1.8. Wie wird mit der SAPV kommuniziert? (Schriftlich? Mündlich? Wer mit wem? Zu welchem Anlass? Flexibel oder reguliert? Über Systeme?) 1.9. Wie lange arbeiten Sie schon mit der SAPV zusammen? 1.10. Hat sich Ihre Arbeit mit der SAPV im Laufe der Zeit verändert?
IV. Zukunft der Kooperation mit SAPV	
1. Was meinen Sie, wie wird Ihre Zusammenarbeit mit der SAPV in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	1. Zukunft der Kooperation mit SAPV 1.1. Wie sehen Sie die Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team in der Zukunft (was ändert sich, was bleibt gleich etc.)? 1.2. Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird?

	1.3. Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 1.4. Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 1.5. Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 1.6. Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
V. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Einbindung in die SAPV	
1. In welcher Form sind Sie in die SAPV involviert?	1. Einbindung in die SAPV 1.1. Mit wie vielen SAPV-Teams arbeiten Sie zusammen? 1.2. Wie ist die Zusammenarbeit mit der SAPV geregelt? 1.3. Wie wird kommuniziert? Mit wem wird kommuniziert? 1.4. Gibt es typische Probleme bei der Zusammenarbeit mit der SAPV?
II. Arbeitsalltag	
2. Erzählen Sie, wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus?	2. Typischer Arbeitstag 2.1. Was sind Ihre Aufgaben? 2.2. Mit wem haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag zu tun? 2.3. Wie wird die Zusammenarbeit koordiniert? 2.4. Wie viele Fälle bereut Ihre Station gleichzeitig? 2.5. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit? 2.6. Mit welchen technischen Hilfsmitteln arbeiten Sie?
3. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	3. Herausforderungen im Arbeitsalltag 3.1. Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 3.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, ...) 3.3. Wie gehen Sie damit um? 3.4. Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 3.5. Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
III. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen SAPV-Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? 1.2. Wann verordnen Sie SAPV? Welche Leistungen verordnen Sie? 1.3. Wann verordnen Sie AAPV? 1.4. Könnten Sie uns bitten den genauen Ablauf einer Überleitung eines Patienten in die SAPV schildern? 1.5. Gibt es Probleme bei der Folgeverordnung durch einen Hausarzt? 1.6. Inwieweit bleiben Sie weiter in die Versorgung eingebunden? 1.7. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das?

	1.8. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Patienten / Angehörigen und Teammitgliedern (z.B. Kommunikation – welche Art?, Zeit, Situationsdefinition, Zahl der Kontakte etc.)? 1.9. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 1.10. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung)
2. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? Bitte erzählen Sie!	2. Gelungene Versorgung 2.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? 2.2. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 2.3. Haben Sie SAPV verordnet? Wenn nicht, wer dann und wie haben Sie davon erfahren? 2.4. Was trug aus Ihrer Sicht besonders zum Gelingen bei? 2.5. Wer war beteiligt? 2.6. Gab es in dieser Versorgung Krisensituationen? Wie haben Sie darauf reagiert? 2.7. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 2.8. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds?
3. Erinnern Sie sich an einen Fall, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch war? Bitte erzählen Sie!	3. „Problem-Fall“ 3.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch verlief? 3.2. An was machen Sie „das Problematische“ bei diesem Fall fest? 3.3. Was hat aus Ihrer Sicht zu diesem problematischen Fall geführt? 3.4. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 3.5. Haben Sie SAPV verordnet? Wenn nicht, wer dann und wie haben Sie davon erfahren? 3.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 3.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds?
IV. Zukunft und Struktureffekte des Teams	

1. Wenn Sie an die Zeit seit der Gründung des SAPV-Teams zurückdenken, wie hat sich die Versorgungslandschaft in der Region seitdem verändert?	1. Struktureffekte 1.1. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der SAPV auf die Versorgung in der Region insgesamt ein? 1.2. Wie wurde die Gründung des SAPV-Teams von den bereits im Palliativbereich Aktiven (z. B. AAPV, Palliativstation, Hospiz) aufgenommen? 1.3. Bietet das SAPV-Team Fort- und Weiterbildungen an? Gibt es Handreichungen für Hausärzte? 1.4. Wie fördert der SAPV-Dienst die Vernetzung unterschiedlicher Akteure in der Region?
2. Was meinen Sie, wie wird Ihre palliativmedizinische Arbeit in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	2. Zukunft der Arbeit 2.1 Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird? 2.2 Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 2.3 Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 2.4 Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 2.5 Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
V. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Einbindung in die SAPV	
1. In welcher Form sind Sie in die SAPV involviert?	1. Einbindung in die SAPV 1.1. Mit wie vielen SAPV-Teams arbeiten Sie zusammen? 1.2. Wie ist die Zusammenarbeit mit der SAPV geregelt? 1.3. Wie wird kommuniziert? Mit wem wird kommuniziert? 1.4. Gibt es typische Probleme bei der Zusammenarbeit mit der SAPV? 1.5. Gibt es in Ihrem Krankenhaus einen PKD?
II. Arbeitsalltag	
2. Erzählen Sie, wie sieht bei Ihnen ein typischer Arbeitstag aus?	2. Typischer Arbeitstag 2.1. Was sind Ihre Aufgaben? 2.2. Mit wem haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag zu tun? 2.3. Wie wird die Zusammenarbeit koordiniert? 2.4. Wie viele Fälle bereut Ihre Station gleichzeitig? 2.5. Welche Rolle spielt bei Ihnen Zeit? 2.6. Mit welchen technischen Hilfsmitteln arbeiten Sie?
3. Was sind Belastungen in Ihrem Arbeitsalltag? Bitte nennen Sie konkrete Beispiele und beschreiben Sie diese.	3. Herausforderungen im Arbeitsalltag 3.1. Gibt es Belastungen? Wenn ja, welche? 3.2. In welchen Bereichen? (z.B. im Team, mit Externen, ...) 3.3. Wie gehen Sie damit um? 3.4. Gibt es Situationen, in denen Sie sich unsicher fühlen? Wenn ja, welche? 3.5. Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?
III. Fälle / SAPV-Praxis	
1. Bitte schildern Sie einen SAPV-Fall aus Ihrer Praxis, der Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist. (Nachfrage: War dieser Fall vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für SAPV oder nicht – warum, warum nicht?)	1. Charakteristik SAPV-Fall 1.1. Was ist vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung charakteristisch für einen SAPV-Fall? 1.2. Wann verordnen Sie SAPV? Welche Leistungen verordnen Sie? 1.3. Wann verordnen Sie AAPV? 1.4. Könnten Sie uns bitten den genauen Ablauf einer Überleitung eines Patienten in die SAPV schildern? 1.5. Gibt es Probleme bei der Folgeverordnung durch einen Hausarzt? 1.6. Wann bleibt ein Patient bei Ihnen auf der Station?

	1.7. Wie lange dürfen Patienten maximal bei Ihnen auf der Station bleiben? 1.8. Inwieweit bleiben Sie weiter in die Versorgung eingebunden? 1.9. Was ist für Sie kein SAPV-Fall? Woran erkennen Sie das? 1.10. Was ist aus Ihrer Sicht charakteristisch für die Beziehung zwischen Patienten / Angehörigen und Teammitgliedern (z.B. Kommunikation – welche Art?, Zeit, Situationsdefinition, Zahl der Kontakte etc.)? 1.11. Wie verändert sich die Versorgung in der Sterbephase? Was geschieht nach dem Tod eines Patienten? 1.12. Ganz allgemein: Ändert die SAPV die Gesamtversorgung von sterbenden Patienten? Wenn ja, wie? (Blick auf Patienten, Angehörige etc., aber auch auf AAPV / Regelversorgung)
2. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? Bitte erzählen Sie!	2. Gelungene Versorgung 2.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht rundum gelungen verlief? 2.2. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 2.3. Haben Sie SAPV verordnet? Wenn nicht, wer dann und wie haben Sie davon erfahren? 2.4. Was trug aus Ihrer Sicht besonders zum Gelingen bei? 2.5. Wer war beteiligt? 2.6. Gab es in dieser Versorgung Krisensituationen? Wie haben Sie darauf reagiert? 2.7. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 2.8. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds?
3. Erinnern Sie sich an einen Fall, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch war? Bitte erzählen Sie!	3. „Problem-Fall“ 3.1. Können Sie einen konkreten Fall schildern, bei dem die Versorgung aus Ihrer Sicht als Ganzes problematisch verlief? 3.2. An was machen Sie ‚das Problematische‘ bei diesem Fall fest? 3.3. Was hat aus Ihrer Sicht zu diesem problematischen Fall geführt? 3.4. Wie kam dieser Patient in die SAPV? 3.5. Haben Sie SAPV verordnet? Wenn nicht, wer dann und wie haben Sie davon erfahren? 3.6. Welche Rolle spielten dabei die Wünsche des Patienten? 3.7. Welche Rolle spielten – sofern vorhanden – die Vorstellungen der Angehörigen / des sozialen Umfelds?

IV. Zukunft und Struktureffekte des Teams	
1. Wenn Sie an die Zeit seit der Gründung des SAPV-Teams zurückdenken, wie hat sich die Versorgungslandschaft in der Region seitdem verändert?	1. Struktureffekte 1.1. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der SAPV auf die Versorgung in der Region insgesamt ein? 1.2. Wie wurde die Gründung des SAPV-Teams von den bereits im Palliativbereich Aktiven (z. B. AAPV, Palliativstation, Hospiz) aufgenommen? 1.3. Bietet das SAPV-Team Fort- und Weiterbildungen an? Gibt es Handreichungen für Hausärzte? 1.4. Wie fördert der SAPV-Dienst die Vernetzung unterschiedlicher Akteure in der Region?
2. Was meinen Sie, wie wird Ihre palliativmedizinische Arbeit in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	2. Zukunft der Arbeit 2.1 Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird? 2.2 Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 2.3 Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 2.4 Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 2.5 Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
V. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Einwilligung - Start der Aufnahme - Vorstellung der Person - Erläuterung Leitfaden	
I. Einbindung in die SAPV	
1. In welcher Form sind Sie in die SAPV involviert?	1. Einbindung in die SAPV 1.1. Mit wie vielen SAPV-Teams arbeiten Sie zusammen? 1.2. Haben Sie oder Ihre Mitarbeiter eine palliativmedizinische Zusatzausbildung absolviert? 1.3. Mit wem haben Sie zu tun? (Patienten, Angehörige, SAPV-Team)
II. Zusammenarbeit mit SAPV	
1. Bitte schildern Sie anhand eines Beispiels, welche Aufgaben Sie typischerweise bei einem SAPV-Fall übernehmen.	1. Zusammenarbeit mit SAPV 1.1. Wie ist die Zusammenarbeit mit der SAPV geregelt? 1.2. Wer fordert Ihre Dienste an? 1.3. Wie würden Sie eine besonders gelungene Zusammenarbeit beschreiben? 1.4. Was sind typische Probleme bei der Zusammenarbeit mit SAPV? 1.5. Was halten Sie speziell nur für die SAPV vorrätig? (Abgrenzung zu AAPV) 1.6. Kommt es zu Versorgungsengpässen? Was passiert dann? 1.7. Was geschieht, wenn ein Hilfsmittel benötigt wird, aber die Verordnung noch nicht vorliegt?
III. Zukunft und Struktureffekte der SAPV	
1. Wenn Sie an die Zeit seit der Einführung von SAPV zurückdenken, wie hat sich die Versorgungslandschaft in der Region seitdem verändert?	1. Struktureffekte 1.1. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der SAPV auf die Versorgung in der Region insgesamt ein? 1.2. Wie wurde die Einführung von SAPV von den bereits im Palliativbereich Aktiven (z. B. AAPV, Palliativstation, Hospiz) aufgenommen? 1.3. Wie hat sich die SAPV auf die Vernetzung verschiedener Akteure in der Region ausgewirkt?
2. Was meinen Sie, wie wird die palliativmedizinische Arbeit in fünf bis zehn Jahren aussehen? Wie werden sich aus Ihrer Sicht die SAPV sowie die palliative Versorgung	2. Zukunft der Arbeit 2.1 Wie wird sich Ihre Arbeit in Zukunft verändern (z.B. mehr Freiheiten oder mehr Einschränkungen)? Ggf.: Was müsste sich ändern, damit Ihr Arbeitsalltag verbessert wird?

allgemein in Zukunft entwickeln? (Ggf. Nachfrage zu Patienten und Angehörigen)	2.2 Allgemein gefragt: Wo wird die SAPV in fünf bis zehn Jahren stehen? 2.3 Und: In welche Richtung sollte(!) sich die SAPV entwickeln? 2.4 Wie wird sich die palliative Versorgungsqualität für Patienten insgesamt entwickeln? 2.5 Welche Veränderungen in den Erwartungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen vermuten Sie für die Zukunft?
IV. Schluss	
1. Wenn Sie an die SAPV denken und drei Wünsche frei hätten, welche wären das?	1. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten?

Anlage TP3_A3 - TP3 Datenkorpus

Datenkorpus Teilprojekt 3 – Universität Augsburg

SAVOIR (01VSF16005)

Sampling Points														
1			2			3			4			5		
Berufsgruppe	Art	Dauer	Berufsgruppe	Art	Dauer	Berufsgruppe	Art	Dauer	Berufsgruppe	Art	Dauer	Berufsgruppe	Art	Dauer
Palliativmediziner (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	01:06:43	Palliativmediziner (Ärztliche Leitung)	Einzelinterview	01:06:19	Palliativmediziner (Ärztliche Leitung)	Einzelinterview	01:01:53	Palliativmediziner (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	00:48:13	Palliativmediziner (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	01:02:19
Palliativmediziner (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	01:19:22	Palliativmediziner	Einzelinterview	01:01:44	Palliativmediziner	Einzelinterview	01:03:10	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:21:23	Palliativmediziner	Einzelinterview	00:57:35
Palliativmediziner	Einzelinterview	01:20:06	Pflegerische Leitung SAPV	Einzelinterview	01:22:22	Palliativmediziner	Einzelinterview	01:08:46	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	00:58:06	Palliativmediziner	Einzelinterview	00:58:26
Case Management	Einzelinterview	01:28:59	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:02:52	Palliativpflegefachkraft (Pflegerische Leitung)	Einzelinterview	01:03:11	Leitung Sanitätshaus	Einzelinterview	00:22:23	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:00:03
Pflegefachkraft Palliativpflegedienst	Einzelinterview	00:58:08	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	00:56:18	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:03:41	Leitung Apotheke	Einzelinterview	00:28:00	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	00:49:15
Pflegefachkraft Palliativpflegedienst	Einzelinterview	01:11:40	Pflegefachkraft Palliativpflegedienst	Einzelinterview	01:14:09	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:11:34	Leitung Pflegedienst	Einzelinterview	00:43:49	Pflegedienstleitung, Pflegekraft	Foksguppeninterview	01:01:19
Hausarzt	Einzelinterview	00:24:07	Oberarzt Palliativstation	Einzelinterview	00:31:01	Psychologe	Einzelinterview	01:06:41				Geschäftsführung Pflegeheim, Pflegekraft	Foksguppeninterview	01:04:38
Pflegedienstleitung Stationäres Hospiz	Einzelinterview	01:07:34	Stationsleitung Palliativstation	Einzelinterview	00:38:02	Leitung Pflegedienst	Einzelinterview	01:04:03				Pflegedienstleitung Stationäres Hospiz	Einzelinterview	00:43:55
Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	01:01:10	Leitung Palliativstation	Einzelinterview	00:37:18	Leitung Sanitätshaus	Einzelinterview	00:32:30				Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	00:19:34
			Seelsorge	Einzelinterview	01:11:01	Leitung Apotheke	Einzelinterview	00:31:48				Leitung Sanitätshaus	Einzelinterview	00:18:57
						Einsatzleitung Hospizverein	Einzelinterview	01:13:18				Geschäftsführung Apotheke, PTA	Foksguppeninterview	00:29:36
						Hausarzt	Telefoninterview	00:28:49				Chefarzt Krankenhaus	Einzelinterview	00:48:43
						Hausarzt	Telefoninterview	00:11:24						
						Hausarzt	Telefoninterview	00:12:39						
Sampling Points														
6			7			8			9			10		
Berufsgruppe	Art	Dauer	Berufsgruppe	Art	Dauer	Berufsgruppe	Art	Dauer	Berufsgruppe	Art	Dauer	Berufsgruppe	Art	Dauer
Palliativmediziner	Einzelinterview	01:00:32	Palliativmediziner (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	00:59:08	Palliativmediziner (Ärztliche Leitung SAPV)	Einzelinterview	00:50:13	Palliativmediziner	Einzelinterview	00:40:07	Palliativmediziner	Einzelinterview	00:41:03
Palliativmediziner	Einzelinterview	00:33:57	Palliativmediziner (Ärztliche Leitung)	Einzelinterview	00:55:44	Case Management, Case Management	Foksguppeninterview	00:48:49	Palliativmediziner	Einzelinterview	00:55:03	Palliativmediziner	Einzelinterview	00:59:00
Palliativpflegefachkraft (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	00:58:59	Palliativmediziner	Einzelinterview	01:03:58	Palliativpflegefachkraft (Leitung SAPV)	Einzelinterview	01:06:03	Case Management (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	01:12:35	Palliativpflegefachkraft (SAPV-Leitung)	Einzelinterview	01:03:50
Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:02:40	Palliativpflegefachkraft (Pflegerische Leitung)	Einzelinterview	01:05:18	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:04:08	Case Management	Einzelinterview	01:09:22	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:00:44
Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	00:34:04	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	00:58:13	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:01:55	Case Management	Einzelinterview	01:04:09	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	00:51:09
Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:01:50	Palliativpflegefachkraft	Einzelinterview	01:00:55	Verwaltung	Einzelinterview	00:30:02	Chefarzt Palliativstation	Einzelinterview	01:00:56	Hausarzt	Einzelinterview	00:28:17
Pflegedienstleitung Stationäres Hospiz	Einzelinterview	00:48:47	Soziale Arbeit	Einzelinterview	01:05:08	Pflegedienstleitung Pflegeheim	Einzelinterview	00:52:23	Seelsorge	Einzelinterview	01:04:49	Palliativmediziner, Palliativmediziner, Palliativpflegefachkraft, Palliativpflegefachkraft (SAPV-Leitung)	Foksguppeninterview	00:47:49
Seelsorge	Einzelinterview	00:57:26	Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	00:58:13	Oberarzt Palliativstation	Einzelinterview	01:14:11	Pflegedienstleitung Stationäres Hospiz	Einzelinterview	01:04:04	Pharmazeutisch-technischer Angestellter Apotheke	Einzelinterview	00:19:31
Leitung Apotheke	Einzelinterview	00:13:37	Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	01:03:55	Pflegekraft Palliativstation	Einzelinterview	00:33:39	Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	00:52:43	Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	00:58:06
Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	01:16:17	Pflegedienstleitung, Bereichsleitung ambulanter Pflegedienst	Foksguppeninterview	00:56:19	Case Management Palliativmedizinischer Dienst	Einzelinterview	00:53:52	Leitung Ambulanter Pflegedienst	Einzelinterview	01:08:58	Leitung Pflegedienst	Einzelinterview	00:52:41
			Pflegedienstleitung Pflegeheim	Einzelinterview	00:56:19	Leitung Palliativmedizinischer Dienst	Einzelinterview	00:51:34	Apotheke	Einzelinterview	00:18:09	Leitung Sanitätshaus	Einzelinterview	00:39:40
			Leitung Apotheke	Telefoninterview	00:50:35	Leitung Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	00:55:13						
						Geschäftsführer Apotheke	Telefoninterview	00:29:09						
						Pflegedienstleitung Palliativstation	Einzelinterview	00:40:09						
						Koordination Ambulanter Hospizdienst	Einzelinterview	01:14:42						
						Leitung Ambulanter Pflegedienst	Einzelinterview	01:00:21						

Förderliche und hemmende Faktoren aus Sicht der SAPV-Leistungserbringer und Sicht der weiteren Leistungserbringer auf die SAPV

1. SAPV-Leistungserbringer

1.1 In Bezug auf die Versorgungskulturen:

	Förderliche Faktoren	Hemmende Faktoren
Dualistisch	- Im Zentrum steht die medizinisch-pflegerische Versorgung, daher ist eine gute Versorgung davon abhängig, dass die psycho-sozialen Leiden und Probleme erfolgreich externalisiert werden können (an andere Anbieter). Daraus folgt: Leistungserbringer aus dem psychosozialen Bereich sind vor Ort verfügbar, z. B. Seelsorger und ambulanter Hospizdienst, um Aufgaben zu übernehmen, die von der SAPV selbst nicht geleistet werden; - Stationäre Einrichtungen sind vor Ort vorhanden, um Patienten überzuleiten, falls das Ziel Symptomlinderung zu Hause nicht erreicht wird; - Hierarchien (zwischen Leitungsebene und Mitarbeitern sowie Ärzten und Pflegekräften); - Kooperatives Umfeld: Angehörige und andere Versorger orientieren sich an den Vorgaben der Ärzte; - Angehörige werden als Versorger betrachtet, die dann förderlich sind, wenn sie gut angeleitet werden können und ihre Aufgaben verlässlich übernehmen.	- Keine oder kaum weitere Leistungserbringer (also z. B. ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize, Palliativstationen) vor Ort; - Unklare Aufgabenverteilung, unklare Hierarchien; - Prekäres soziales Umfeld: Wenn die Angehörigen selbst hohen Unterstützungsbedarf haben, kann sich das erschwerend auf die SAPV-Praxis auswirken, bei der es – der dualistischen Orientierung entsprechend – vorrangig um die medizinisch-pflegerische Versorgung des Patienten gehen soll). Gerade hier ist dann zur Verbesserung der Situation das Einbinden weiterer Akteure unabdingbar.
Prozeduralistisch	- Klare Vorgaben, Gesetze und Rahmenbedingungen; - Deutungsgewissheit über die Situation vor Ort beim Patienten; - Einhaltung von Verfahren und Prozeduren, insbes. hinsichtlich der Versorgungsplanung; - Fachliche Expertise der Mitarbeiter, die durch formale Abschlüsse	- Wenig oder keine Vorgaben, Gesetze und Rahmenbedingungen (SAPV muss Leitlinien für die eigene Versorgungspraxis selbst erstellen und ggf. bei anderen Leistungserbringern durchsetzen); - Instabile und ungewisse Situation beim Patienten, die

	(Zertifikate, Urkunden, Zusatzbezeichnungen) erreicht wird.	eine verlässliche prozedurale Planung erschwert oder gar verhindert und damit in eine ungeplante Versorgung mündet; • Unklare rechtliche Situationen; • Dissens zwischen Patienten, Angehörigen und/oder weiteren Leistungserbringern; • Fehlende Kommunikationsfähigkeit oder -bereitschaft des Patienten, seinen Willen auszudrücken; • ‚Unangemessener‘ Wille des Patienten, der nicht in handlungsleitende Praxisrichtlinien übersetzt werden kann; • Später Eintritt der SAPV, da dann keine Zeit bleibt, den Willen zu eruieren und festzuhalten.
Holistisch	• Verfügbarkeit eines breiten Spektrums an unterschiedlich qualifizierten Mitarbeitern. Einbeziehung auch nicht-medizinischer Berufsgruppen (Soziale Arbeit, Psychologie); • Für die nötige Kommunikations- und Unterstützungsarbeit fördernd ist eine kooperative Grundhaltung und ‚psychologische‘ Geschultheit der SAPV-Akteure; • Eine flache Hierarchie fördert die Flexibilität in der Versorgung vor Ort; • Vorhandensein eines vielfältigen sozialen Umfeldes beim Patienten, das in die Versorgung aktiv mit einbezogen werden kann; • Ein guter Zugang auch zu den Angehörigen, die als ‚unit-of-care‘ adressiert werden; generell: gute persönliche Beziehung zu den Betroffenen; • Ausreichend Zeit in der Fallversorgung: ganzheitliche Adressierung des Falles (Patient und Angehörige) bedarf flexibler zeitlicher Ressourcen; • Eintritt der SAPV: frühes Hinzuholen der SAPV ermöglicht ein Kennenlernen des Falles als Voraussetzung für adäquate Adressierung;	• Zur Organisationskultur passende Mitarbeiter werden nicht gefunden; • Nicht-Thematisierung von Tod und Sterben auf Seiten der Patienten und Angehörigen (erschwert psychologische Arbeit); • Kein Zugang zu Patient und Angehörigen als hinderlich für die ganzheitliche Arbeit; • Zeitknappheit als hemmender Faktor für qualitativ hochwertige SAPV-Arbeit; • Später Eintritt der SAPV, so dass die komplexe psycho-soziale Bedarfslage nicht mehr angemessen aufgegriffen werden kann; • Konflikte mit bzw. Konkurrenz zu ambulanten Hospizdiensten, wenn klare Aufgabenteilung nicht gelingt.

	• Abstimmungen über Aufgabenteilungen zwischen ambulanten Hospizdiensten und der SAPV; • Weitere Quellen für Finanzierung der Tätigkeit, insbesondere durch Spenden.	
--	---	--

1.2 In Bezug auf die Versorgungsstrukturen:

	Förderliche Faktoren	Hemmende Faktoren
Einheit	• Gute Verfügbarkeit von Fachkräften, die hauptberuflich bei der SAPV mitarbeiten wollen; • Zeit für gemeinsame Abstimmungen und Besprechungen aller Mitarbeiter zusammen (Teambesprechungen), die auch Entlastungsfunktion haben; • Qualifikation: Hauptberufliche Tätigkeit in der SAPV führt zu Routinisierung und Professionalisierung; • durch die relativ feste interne Kooperation sind stabile personelle Teams, die auch als Personen gut zusammenarbeiten können, förderlich; Personalstruktur und -kultur sind in der Einheit anders gewichtet als in der Plattform; • hierarchische Strukturen verschaffen Sicherheit im Team für die eigene Arbeit.	• Zu wenig ausgebildete Fachkräfte bzw. diese sehen sich durch eine dauerhafte hauptberufliche Tätigkeit bei der SAPV überfordert; • Größe des Teams: Zu wenig Zeit für Austausch im gesamten „Team“ bei großen SAPV-Leistungserbringern mit hoher Mitarbeiter- und Patientenanzahl; • Zu großes Versorgungsgebiet, da dann Gefahr zu langer Arbeitswege.
Plattform	• Genügend qualifizierte niedergelassene Ärzte (Zusatzbezeichnung Palliativmedizin) vor Ort verfügbar, die nebenberuflich bei der SAPV mitarbeiten; • Ambulante Pflegedienste vor Ort verfügbar, mit ausreichender Kapazität und mehreren qualifizierten Pflegefachkräften (Palliative Care); • Transparente und effiziente interne Organisation der Netzwerkarbeit innerhalb der SAPV, Kommunikation, Koordination; • formale Kooperationsverträge bieten (Erwartungs-)Sicherheit;	• Zu wenig qualifizierte Ärzte vor Ort oder zu wenige Ärzte, die bereit sind für eine Zusammenarbeit mit der SAPV, bzw. es gelingt der SAPV nicht, Ärzte für eine nebenberufliche Mitarbeit zu gewinnen; • Zu wenig ambulante Pflegedienste bzw. diese mit zu wenig qualifizierten Fachkräften oder zu wenig Kapazitäten.

	• Performanz beim Patienten muss sichergestellt werden; wichtig ist z.B. ein abgestimmtes Informationsmanagement, so dass nicht verschiedene Akteure die gleichen Informationen beim Patienten abfragen.	
--	--	--

1.3 Über alle Versorgungskulturen und -strukturen hinweg:

Förderliche Faktoren	Hemmende Faktoren
Infrastrukturelle Versorgungslandschaft/ Versorgungssicherheit: • verfügbare (kompetente) Hausärzte als wichtiges Kriterium für einen adäquaten Einsatz der SAPV (keine Über-/Unterversorgung der Patienten, keine ‚Spontaneinsätze‘).	Fehlende/defizitäre Versorgungsinfrastruktur: • Weniger Planungssicherheit bei SAPV-Einsätzen; • Gefahr der Unterversorgung: Unterversorgung durch zu geringe Verfügbarkeit weiterer Akteure (z. B. wenn Angehörige nicht vorhanden oder überfordert sind, der ambulante Pflegedienst keine Kapazität mehr hat, stationäre Einrichtungen der Palliativversorgung nicht verfügbar sind).
Ausgleich der hohen Arbeitsbelastung • Psychische Belastung kann durch Maßnahmen wie Gespräche im Kollegenkreis aber auch mit Professionellen (Supervision) adressiert und abgebaut werden; • Hohe Belastung durch wenig planbare, kurzfristige Einsätze bei Patienten, aber freie Verfügbarkeit über die Zeit (Zeitsouveränität).	Hohe Arbeitsbelastung ohne Ausgleich • Psychische Belastungen, die nicht bearbeitet werden können; • Hohe Belastung durch wenig planbare, kurzfristige Einsätze bei Patienten und keine oder wenig Zeitsouveränität.
• Möglichst frühe Einbindung der SAPV, damit genügend Zeit für die Planung (z. B. Hilfsmittel) und die Durchführung (insbes. Erreichen der Symptomlinderung) bleibt.	Späte Einbindung der SAPV • es bleibt zu wenig Zeit für die Planung (z. B. Hilfsmittel) und die Durchführung (z. B. Symptomkontrolle);
• Stabiles soziales Umfeld, das die Betreuung und Versorgung zuhause erst ermöglicht bzw. verlässlicher gestalten lässt.	• Keine Angehörigen vor Ort, die unterstützen/pflegen.
	• Keine Einsicht, fehlende Kooperation der Betroffenen; unrealistische Erwartungen und überhöhte Ansprüche an die SAPV (insbesondere an verfügbare Zeit, Anteilnahme und konkrete Versorgungsleistungen).
	• Zu viel Bürokratie wird als hinderlich betrachtet, Forderung nach Vereinfachung und Vereinheitlichung der Abläufe.
Gute Infrastruktur: • Genügend Parkplätze (urbane Gebiete); • Gute Verkehrsanbindungen mit wenig Staus (urbane Gebiete);	Schlechte Infrastruktur: • Lange Parkplatzsuche (urbane Gebiete); • Staus (urbane Gebiete); • Lange Anfahrtswege (ländliche Gebiete);

• Dichtes Straßennetz, kurze Anfahrtswege (ländliche Gebiete); • Gute Mobilfunknetze (ländliche Gebiete).	• Schlechte Mobilfunkverbindungen (ländliche Gebiete).
--	--

2. Weitere Leistungserbringer und ihre Sichtweise auf die SAPV

Für die weiteren Versorger in einer Region stellt die SAPV vor allem eine Entlastung dar. Im Folgenden werden der Reihe nach die Sichtweisen verschiedener anderer Leistungserbringer auf die SAPV dargestellt. Es wird dabei auf die *Relevanz* der SAPV für den jeweiligen Leistungserbringer, auf die *förderlichen und hemmenden Faktoren* bei der Zusammenarbeit sowie auf mögliche *typische Zusammenhänge* hinsichtlich der in TP3 herausgearbeiteten SAPV-Struktur/Kultur-Systematik eingegangen.

2.1 Sichtweise der Hausärzte

Relevanz für Patient: Mit der SAPV erhält der Patient mehr Hausbesuche, insbesondere auch am Wochenende. Durch die fachliche Kompetenz der SAPV erreichen Hausärzte gemeinsam mit der SAPV eine bessere Symptomkontrolle.

Relevanz für das eigene Tun: Die SAPV entlastet den Hausarzt vor allem an Wochenenden oder in der Urlaubszeit. Sie ist ein hilfreicher Ratgeber, sollte sich der Hausarzt in bestimmten Situationen unsicher fühlen.

Relevanz für die Zusammenarbeit: Für eine gute Zusammenarbeit wird es als förderlich gesehen, wenn die SAPV kontinuierlich Informationen über den Patienten an den Hausarzt weitergibt.

Förderliche Faktoren:

- Fachliche Unterstützung durch die SAPV;
- Zeitliche Entlastung, vor allem an Wochenenden;
- Laufende Information über den Verlauf der Versorgung durch die SAPV.

Hemmende Faktoren:

- Abbruch der Kommunikation zwischen Hausarzt und Patient, vor allem wenn die SAPV keinerlei Informationen über den Patienten mehr an den Hausarzt weiterleitet;
- Fehlende Abstimmung mit Krankenhäusern: Verordnung werden ohne Rücksprache mit dem Hausarzt ausgestellt, sind jedoch nur sieben Tage gültig; Druck auf den Hausarzt, eine Folgeverordnung auszustellen, was seine Behandlungsautonomie untergräbt.

Zusammenhang Kultur/Struktur: Es konnte kein empirisch belastbarer Zusammenhang zwischen Versorgungskultur und Organisationsstruktur der SAPV und der Sichtweise der Hausärzte auf die SAPV rekonstruiert werden.

2.2 Sichtweise der Ambulanten Hospizdienste

Relevanz für Patient: Durch die SAPV können mehr Patienten zu Hause sterben und sind dort medizinisch-pflegerisch gut versorgt.

Relevanz für das eigene Tun: Durch die SAPV kommt ein weiterer Akteur im häuslichen Umfeld der Patienten hinzu, sodass weniger Raum für ambulante Hospizdienste bleibt.

Relevanz für die Zusammenarbeit: Für die Zusammenarbeit ist eine klare Arbeitsteilung förderlich. Die SAPV sollte sich auf die medizinisch-pflegerische Versorgung des Patienten konzentrieren, wohingegen die ambulanten Hospizdienste für die psycho-soziale Begleitung zuständig sind.

Hemmende Faktoren:

- Kulturelle Unterschiede zwischen SAPV und Hospizdiensten (SAPV als spezialisierte Experten vs. Hospizdienst als ‚Graswurzel‘-Bürgerbewegung);
- Wechselseitige Deutungsungewissheit hinsichtlich der Zuständigkeitsbereiche und Kompetenzen und daraus resultierende Konkurrenz.

Förderliche Faktoren:

- Kommunikationsformen, bei denen sich die ambulanten Hospizdienste ‚auf Augenhöhe‘ mit den Mitarbeitern der SAPV wahrnehmen können;
- Klare Aufgabenverteilung: Zuständigkeit für medizinische Belange liegt bei der SAPV, psycho-soziale Begleitung ist das alleinige Ressort der ambulanten Hospizdienste.

Zusammenhang Kultur/Struktur: Dadurch, dass die SAPV als weiterer Akteur im häuslichen Umfeld hinzukommt, verringert sich potenziell der Raum für die Beteiligung ehrenamtlicher Hospizhelfer. Zu Problemen in der Zusammenarbeit führt dies typischerweise bei SAPV-Leistungserbringern mit holistischer Versorgungskultur. Der Anspruch der ‚ganzheitlichen‘ Versorgung durch die SAPV führt aus Sicht der Hospizdienste zu weniger Platz beim Patienten zu Hause und folglich zu einer Verdrängung von ehrenamtlichen Hospizhelfern. Die holistische Versorgungskultur kann aus Sicht der Hospizdienste eine direkte Konkurrenz hinsichtlich der psychosozialen Begleitung von Sterbenden zu Hause sein. Die Zusammenarbeit mit SAPV-Leistungserbringern mit einer dualistischen Versorgungskultur wird hingegen die Zusammenarbeit als unproblematisch und für beide Seiten gewinnbringend beschrieben. Ein förderlicher Faktor, der zu dieser guten Zusammenarbeit mit der dualistischen SAPV führt, ist die klare Verteilung der Zuständigkeiten: Die SAPV übernimmt die medizinisch-pflegerische Versorgung des Patienten, wohingegen die psychosoziale Begleitung in der Zuständigkeit der ambulanten Hospizdienste liegt.

2.3 Sichtweise der Krankenhäuser

Relevanz für Patient: Patienten können durch die SAPV länger in ihrem häuslichen Umfeld verbleiben.

Relevanz für das eigene Tun: Insbesondere Palliativstationen werden entlastet, da nun häufiger die Verlegung eines Patienten nach Hause möglich ist.

Relevanz für die Zusammenarbeit: Für die Zusammenarbeit ist ein kontinuierlicher Informationsfluss insbesondere im Hinblick auf geplante Verlegungen von oder in das Krankenhaus förderlich.

Hemmende Faktoren:

- Probleme beim Informationsfluss über Patienten (insb. über geplante Verlegungen);
- Kapazitätsprobleme auf Seiten der SAPV oder des Krankenhauses, sodass Übergänge zwischen den Versorgungsformen nicht verzögerungsfrei durchgeführt werden können.

Förderliche Faktoren:

- Formalisierung von Prozessen, Einhalten von Absprachen.

Zusammenhang Kultur/Struktur: Es konnte kein belastbarer Zusammenhang zwischen Versorgungskultur und Organisationsstruktur der SAPV und der Sichtweise auf die SAPV rekonstruiert werden.

2.4 Sichtweise der Pflegeheime

Relevanz für Patient: Patienten profitieren durch die SAPV von einer fachlich kompetenten medizinisch-pflegerischen Versorgung, wie sie allein durch das Pflegeheimpersonal nicht geleistet werden kann.

Relevanz für das eigene Tun: Die SAPV entlastet die Pflegeheimmitarbeiter, die sich nun stärker auf die Grundpflege konzentrieren können. Außerdem profitieren die Pflegeheimmitarbeiter von der professionellen Anleitung durch SAPV-Mitarbeiter.

Relevanz für die Zusammenarbeit: Die Zusammenarbeit mit der SAPV wird durchgehend als sehr positiv wahrgenommen.

Förderliche Faktoren:

- Edukation der Pflegeheimmitarbeiter durch die SAPV;
- Fachliche Kompetenz insb. bei der Schmerztherapie, die die Arbeit der Mitarbeiter im Pflegeheim ergänzt.

Zusammenhang Kultur/Struktur: Es konnte kein belastbarer Zusammenhang zwischen Versorgungskultur und Organisationsstruktur der SAPV und der Sichtweise auf die SAPV rekonstruiert werden.

2.5 Sichtweise der Pflegedienste

Relevanz für Patient: Patienten mit SAPV profitieren von einer fachlich kompetenten medizinisch-pflegerischen Versorgung und von einer schnelleren Versorgung mit Hilfsmitteln. Darüber hinaus genießen SAPV-Patienten eine 24h-Rufbereitschaft, die von vielen Pflegediensten so nicht geleistet werden kann.

Relevanz für das eigene Tun: Die SAPV entlastet die Pflegedienstmitarbeiter von organisatorischen Arbeiten im Zusammenhang mit Hilfsmitteln. Außerdem profitieren die Mitarbeiter der Pflegedienste von der professionellen Anleitung durch Mitarbeiter der SAPV.

Relevanz für die Zusammenarbeit: Für die Zusammenarbeit ist ein kontinuierlicher Informationsfluss insbesondere im Hinblick auf geplante Verlegungen von oder in das Krankenhaus förderlich.

Förderliche Faktoren:

- 24h-Rufbereitschaft der SAPV zur Rückversicherung der Pflegedienstmitarbeiter;
- Besondere Kooperationsverträge der SAPV ermöglichen schnellere Bereitstellung von Hilfsmitteln, weshalb eine Zusammenarbeit mit der SAPV als Arbeitserleichterung wahrgenommen wird;
- Fachliche Kompetenz der SAPV.

Zusammenhang Kultur/Struktur: Es konnte kein belastbarer Zusammenhang zwischen Versorgungskultur und Organisationsstruktur der SAPV und der Sichtweise auf die SAPV rekonstruiert werden.

2.6 Sichtweise der stationären Hospize

Relevanz für Patient: Patienten können durch die SAPV länger in ihrem häuslichen Umfeld verbleiben.

Relevanz für das eigene Tun: Die stationären Hospize werden entlastet, da die Patienten häufiger länger zu Hause bleiben können.

Relevanz für die Zusammenarbeit: Für eine gute Zusammenarbeit ist förderlich, wenn die SAPV-Mitarbeiter selbst Berufserfahrung im stationären Hospiz gemacht haben, um mit den Anforderungen

an eine Hospizeinweisung vertraut zu sein. So kann sichergestellt werden, dass Patienten nicht zu früh oder zu spät ins Hospiz eingewiesen werden.

Hemmende Faktoren:

- Mangelnde Kommunikation zwischen Hospiz und SAPV, z. B. über Anfragen zu freien Hospizplätzen oder über Weiterbildungsangebote der SAPV;
- Deutungsungewissheit auf Seite der SAPV darüber, ab wann ein Patient in ein Hospiz aufgenommen werden kann. Patienten werden durch die SAPV entweder zu früh oder zu spät in ein Hospiz überwiesen.

Förderliche Faktoren:

- Teilnahme von SAPV-Mitarbeitern bei den Dienstbesprechungen des stationären Hospizes
SAPV-Mitarbeiter haben Berufserfahrung im stationären Hospiz gesammelt und sind daher mit den Anforderungen an eine Hospizeinweisung vertrauter, als SAPV-Mitarbeiter, denen diese Berufserfahrung fehlt.

Zusammenhang Kultur/Struktur: Es konnte kein belastbarer Zusammenhang zwischen Versorgungskultur und Organisationsstruktur der SAPV und der Sichtweise auf die SAPV rekonstruiert werden.

2.7 Sichtweise der Sanitätshäuser

Relevanz für Patient: Patienten werden möglichst schnell mit Hilfsmitteln versorgt.

Relevanz für das eigene Tun: SAPV-Patienten müssen mit besonders hoher Priorität versorgt werden. Genehmigungsverfahren der Krankenkassen können oft nicht abgewartet werden, sodass es im Fall einer Ablehnung zu Abschreibungen kommt.

Relevanz für die Zusammenarbeit: Für die Zusammenarbeit ist ein spezieller Kooperationsvertrag zwischen SAPV und Krankenkasse zur Belieferung der SAPV durch ein bestimmtes, ortsansässiges Sanitätshaus sowie ein vertraglich geregelter Verzicht auf langwierige Genehmigungsverfahren förderlich.

Förderlicher Faktor:

- Spezielle Kooperationsverträge zwischen Krankenkasse und SAPV hinsichtlich der Bereitstellung von Hilfsmitteln für SAPV-Patienten sind förderlich für die Arbeit von Sanitätshäusern. Langwierige Genehmigungsverfahren von Hilfsmitteln können vermieden und eine zeitnahe Versorgung der Patienten gewährleistet werden.

Zusammenhang Kultur/Struktur: Es konnte kein belastbarer Zusammenhang zwischen Versorgungskultur und Organisationsstruktur der SAPV und der Sichtweise auf die SAPV rekonstruiert werden.

2.8 Sichtweise der Apotheken

Relevanz für Patient: Patienten können durch die SAPV schnell und umfangreich mit BtM versorgt werden.

Relevanz für das eigene Tun: Die Lagerhaltung von BtM wird speziell auf das Patientenkontingent der SAPV angepasst, sodass sichergestellt werden kann, dass BtM möglichst schnell beim Patienten sind.

Relevanz für die Zusammenarbeit: Die SAPV ist für Apotheken ein wichtiger Kunde, auf dessen Bedürfnisse sich die Apotheken einstellen. Förderlich für die Zusammenarbeit ist, wenn die Mitarbeiter der Apotheke die Ärzte der SAPV persönlich kennen und so *im Notfall* auch auf ‚Vertrauensbasis‘ BtM schnell und ‚unbürokratisch‘ bereitgestellt werden können.

Förderlicher Faktor:

- Persönliche Bekanntschaft mit insb. Ärzten der SAPV zur schnellen Bereitstellung von BtM ist ein förderlicher Faktor aus Sicht der Apotheken.

Zusammenhang Kultur/Struktur: Es konnte kein belastbarer Zusammenhang zwischen Versorgungskultur und Organisationsstruktur der SAPV und der Sichtweise auf die SAPV rekonstruiert werden.

3. Folgende Struktureffekte sind als Einflüsse auf die Versorgungsregion erkennbar:

Entlastung: Ein Effekt der SAPV auf andere Leistungserbringer besteht in einem Entlastungseffekt, insbesondere für Alten- und Pflegeheime, für die Palliativstationen, für Pflegedienste und für niedergelassene Ärzte. Da die Patienten nun länger in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können, verbringen sie weniger Zeit in stationären Einrichtungen (v. a. Palliativstationen sowie Alten- und Pflegeheime).

Bedeutungswandel: Insbesondere die Mitarbeiter der SAPV selbst sehen einen Effekt des Bedeutungswandels, der durch die SAPV angestoßen oder begleitet wurde. Während das Thema „Palliativversorgung“ vor der Einführung der SAPV ein negatives Image hatte und Ablehnung erfuhr, gebe es nun mehr Akzeptanz und ein breiteres Wissen in der Allgemeinheit darüber. Das Thema habe insgesamt an Relevanz gewonnen.

Weiterbildung und Vernetzung: Ein wichtiger Beitrag zur Förderung der Palliativversorgung über die Sektorengrenzen hinweg sind in der SAPV Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen. Diese dienen nicht nur dazu, die Qualität der Palliativversorgung insgesamt zu steigern, sondern sie sind ebenso Teil einer Strategie zum Aufbau und Pflege eines Netzwerks. Die Durchführung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen gehören in jeder SAPV typischerweise zum Aufgabengebiet. Die Zielgruppen der Weiterbildungen sind i. d. R. Pflegeheime, Pflegedienste, Sanitätshäuser, Apotheken aber auch niedergelassenen Ärzte. Insbesondere in als Plattform strukturierten SAPV-Leistungserbringern nimmt die Fort- und Weiterbildung von Pflegedienstmitarbeitern eine Schlüsselrolle im Versorgungskonzept ein: Da die SAPV hier weitgehend auf die Mitarbeit ambulanter Palliativpflegedienste angewiesen ist, profitiert die SAPV davon, selbst an der Ausbildung von Palliativfachpflegekräften mitzuwirken, weil so das Angebot an in der SAPV einsetzbaren Pflegefachkräften steigt.

Förderung der Hospizkultur: Ein letzter, besonderer Struktureffekt der SAPV lässt sich nicht in der Breite beobachten, ist aber für die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in einer Region von großer Relevanz. Vor allem in dünn besiedelten ländlichen Regionen mit einer sich noch in der Entwicklung befindlichen Palliativversorgungslandschaft ist für die SAPV die Errichtung eines stationären Hospizes besonders relevant, fehlt es hier doch typischerweise nicht nur an ambulanten spezialisierten Palliativversorgungsangeboten, sondern genauso an stationären Angeboten der spezialisierten Palliativversorgung.

Hausarztbefragung zum hausärztlichen Handeln an der Nahtstelle von AAPV und SAPV

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- Verwenden Sie bitte nur Kugelschreiber (keinen Bleistift).
- Kreuzen Sie die Kästchen deutlich an: ☒ . Bei versehentlicher Falsch Auswahl füllen Sie bitte das falsch angekreuzte Kästchen ganz aus ☐ und kreuzen Ihre Auswahl erneut an: ☒.
- Da die Aufzählung der männlichen und weiblichen Form oft zu schwer lesbaren Sätzen führt, verwenden wir die männliche Form oder die Mehrzahl. Sie steht für Männer und Frauen gleichermaßen.

A01	Wie alt sind Sie?	
A02	Welchem Geschlecht gehören Sie an?	☐ weiblich ☐ männlich
A03	Seit wie vielen Jahren sind Sie als Arzt im ambulanten Sektor tätig?	Jahre (inkl. ärztl. Weiterbildungszeit)
A04	Sind Sie in einer Einzelpraxis oder einer Kooperationsform tätig?	☐ ₁ Einzelpraxis ☐ ₂ Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis ☐ ₃ MVZ
A05	Sind Sie im Angestelltenverhältnis tätig?	☐ ja ☐ nein
A06	Welcher Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gehören Sie an?	☐ ₁ Bayern ☐ ₅ Sachsen-Anhalt ☐ ₂ Berlin ☐ ₆ Schleswig-Holstein ☐ ₃ Hessen ☐ ₇ Thüringen ☐ ₄ Niedersachsen ☐ ₈ Westfalen-Lippe
A07	In welcher Region befindet sich die Praxis, in der Sie tätig sind?	☐ ₁ Landgemeinde (≤ 5 000 Einwohner) ☐ ₂ Kleinstadt (> 5 000 – 20 000 Einwohner) ☐ ₃ Mittelstadt (> 20 000 – 100 000 Einwohner) ☐ ₄ Großstadt (> 100 000 Einwohner)
A08	Wie viele Stunden arbeiten Sie im Durchschnitt <u>pro Woche?</u> (geschätzt)	
A09	Wie viele Patienten behandeln Sie insgesamt durchschnittlich <u>pro Quartal?</u> (geschätzt)	
A10	Wie viele Hausbesuche führen Sie <u>pro Woche</u> durch? (geschätzt)	
A11	Wie viele palliative Patienten behandeln Sie <u>pro Jahr?</u> (geschätzt)	
A12	Wie viele Hausbesuche bei palliativen Patienten führen Sie <u>in einem Quartal</u> durch? (geschätzt)	

Berührungen mit der Palliativmedizin:

In welcher Form hatten Sie (in Ihrer ärztlichen Tätigkeit) bisher Berührungen mit der Palliativmedizin?
(Mehrfachantworten möglich)

A13	☐ _1 keine	☐ _5 Zulassung als „BQKPMV-Arzt“ (Vereinbarung nach §87 Abs.1b SGBV zur Besonders Qualifizierten und Koordinierten Palliativ-medizinischen Versorgung)
	☐ _2 ärztliche Tätigkeit in einer Einrichtung der Palliativversorgung von mind. 3 Monaten (Palliativstation, stationäres Hospiz etc.)	☐ _6 aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams
	☐ _3 40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin nach (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer (oder gleichwertig anerkannte Fortbildung)	☐ _7 aktuelle Teilnahme an (anderen) Selektiv-Verträgen zur Palliativversorgung (§73b/140a SGBV d.h. Integrierte Versorgung, Palliativnetze etc.)
	☐ _4 Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (Qualifizierter Palliativarzt)	☐ _8 ausschließlich im Rahmen meiner hausärztlichen Tätigkeit

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!

Die Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden...

stimme
überhaupt
nicht zu

stimme
voll zu

B01	...sollte zentraler Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit sein.	☐	☐	☐
B02	...wird durch den Einbezug von Angehörigen erheblich erleichtert.	☐	☐	☐
B03	...sollte durch den Hausarzt koordiniert sein.	☐	☐	☐
B04	...sollte ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Tätigkeitsfeld sein.	☐	☐	☐
B05	...sollte eine kontinuierliche Begleitung (bis zum Tod) durch den Hausarzt sein.	☐	☐	☐
B06	...sollte ein Tätigkeitsfeld nicht-hausärztlicher (Fach-)spezialisten sein.	☐	☐	☐

Ich fühle mich in meiner hausärztlichen Tätigkeit sicher...

nie

immer

C01	...palliative Patienten zu erkennen.	☐	☐	☐
C02	...das Therapieregime an die palliative Situation des Patienten anzupassen.	☐	☐	☐
C03	...Gespräche mit Patienten über seine infauste Prognose zu führen.	☐	☐	☐
C04	...im Umgang mit „aufwändig zu begleitenden“ Angehörigen bei Patienten mit palliativer Erkrankung.	☐	☐	☐
C05	...(bisherige) Medikamente in der Finalphase abzusetzen/Maßnahmen zu beenden.	☐	☐	☐
C06	...praktische Tätigkeiten (z.B. Portspülungen) durchzuführen.	☐	☐	☐
C07	...mit anderen Versorgungserbringern (z.B SAPV-Team, ambulanter Hospizdienst, Seelsorger) zusammenzuarbeiten.	☐	☐	☐
C08	...den Patientenwunsch hinsichtlich Aufnahme, Weiterführung und Beendigung von Therapiemaßnahmen zu akzeptieren und umzusetzen.	☐	☐	☐
C09	...den Patienten bei drohender eigener Kompetenzüberschreitung (rechtzeitig) an spezialisierte Versorgungsstrukturen abzugeben.	☐	☐	☐
C10	...emotionale und für mich belastende Situationen auszuhalten.	☐	☐	☐

C11 Bitte schätzen Sie Ihre palliativmedizinische Kompetenz/Erfahrung insgesamt ein!

schlecht

gut

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Welche Leistungen nach Muster 63 verordnen Sie in den überwiegenden Fällen?
Bitte kreuzen Sie an! (Mehrfachauswahl möglich)

Beratung		
F01	a) des behandelnden Arztes	☐
F02	b) der behandelnden Pflegekraft	☐
F03	c) der Patienten/der Angehörigen	☐
F04	Koordination der Palliativversorgung	☐
F05	additiv unterstützende Teilversorgung	☐
F06	Vollversorgung	☐

Was kennzeichnet das SAPV-Team, mit dem Sie überwiegend zusammenarbeiten? Bitte kreuzen Sie an!		nicht bekannt	ja	nein
G01	SAPV-Team bietet Vollversorgung als Leistung an	☐	☐	☐
G02	ausreichende Aufnahmekapazität	☐	☐	☐
G03	Vorhalten verschiedener Professionen im Team (Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger, ...)	☐	☐	☐
G04	gute materielle Ausstattung (z.B. Schmerzpumpen)	☐	☐	☐
G05	Möglichkeit zur (telefonischen) Kontaktaufnahme bei patientenbezogenen Fragen (zu jeder Zeit)	☐	☐	☐
G06	regelmäßige Besprechung von Patientenkasuistiken mit allen Versorgungsakteuren (Fallbesprechungen)	☐	☐	☐
G07	Fortbildungsangebote für Hausärzte und kooperierende Kollegen	☐	☐	☐
G08	Ärztliche Leitung des SAPV-Teams durch...	☐		
G09	...Klinikärzte		☐	
G10	...Hausärzte		☐	
G11	...ambulante Fachspezialisten (Anästhesisten, Onkologen, ...)		☐	
G12	Ansiedlung des SAPV-Teams...	☐		
G13	...bei einer Praxis oder als Praxen-Verbund		☐	
G14	...an einer Klinik		☐	
G15	...bei einem Hospiz oder ambulanten Hospizdienst		☐	
G16	...bei einem Pflegedienst		☐	
G17	...bei sonstigen Institutionen (Palliativ-Stützpunkt, Netzwerk, ...)		☐	

Palliative Versorgung umfasst ein weites Spektrum an Aufgaben. Wie häufig übernehmen Sie die Verantwortung für die unten aufgeführten Aufgaben bei Ihren palliativen Patienten in der Häuslichkeit? _1

Wie wichtig ist Ihnen dafür ein SAPV-Team/ PKD? _2

Assessment und Versorgungsplanung:								
		nie			immer	nicht erforderlich	wichtig	sehr wichtig
H01	Eingangsassessment	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H02	Indikation zu SAPV stellen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H03	Beratung und Hilfestellung zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht geben	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H04	Erstellen/Führen eines Behandlungs- und Notfallplans	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H05	Beratung und Anleitung von Patient und Angehörigen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H06	Dokumentation/Reevaluation der Behandlungsmaßnahmen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Symptomlinderung:								
H07	Schmerz	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H08	Luftnot	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H09	Übelkeit/Erbrechen, Appetitlosigkeit, Obstipation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H10	Fatigue, Depression, Angst/Panik, Delir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Interventionen:								
H11	Bedarfsfeststellung und Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H12	Verordnung von Medikamenten bei Schmerzen und weiteren palliativmedizinischen Symptomen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H13	Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, die mein Budget stark belasten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H14	Bedarfsfeststellung und Verordnung häuslicher Krankenpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H15	Entscheidung, einen Pflegedienst einzubeziehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H16	Behandlung von Nebenerkrankungen/chron. Erkrankungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H17	palliativmedizinische Wundbehandlung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H18	künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H19	apparative bzw. invasive Behandlungsmaßnahmen (z.B. Medikamentenapplikation über Pumpensysteme)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H20	Behandlung in der Finalphase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H21	Reduktion/Beenden von Maßnahmen = Therapiebegrenzung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Koordination:								
H22	Koordination aller diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen und Behandler/Akteure	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H23	Sorge für das psychosoziale Umfeld des Patienten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H24	Einbeziehung eines ambulanten Hospizdienstes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H25	Organisation von Arztbesuchen, Transporten, Einweisungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H26	Fallbesprechungen mit weiteren eingebundenen Behandlern	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H27	Durchführung konsiliarischer Erörterungen/Beurteilungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verfügbarkeit:								
H28	Hausbesuche durch mich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H29	Hausbesuche durch eigene nicht-ärztliche Praxismitarbeiter	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H30	Besuchsbereitschaft während der Praxiszeiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H31	Besuchsbereitschaft außerhalb der Praxiszeiten (inkl. Wochenende/Feiertage/nachts)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H32	(nur) telefon. Erreichbarkeit außerhalb der Praxiszeiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie wichtig ist Ihnen eine <u>Verbesserung</u> folgender Rahmenbedingungen für Ihr palliativmedizinisches Handeln? Bitte kreuzen Sie an!		Weiß nicht	eher nicht wichtig	wichtig	sehr wichtig
J01	unmittelbare Beratungsmöglichkeit bei palliativmedizinischen Fragestellungen	☐	☐	☐	☐
J02	aufwandsgerechtere Vergütung (Hausbesuche, telefonische Beratung, 24-Stunden-Betreuung, ...)	☐	☐	☐	☐
J03	erreichbare (interdisziplinäre) Fortbildungsangebote für alle in die Versorgung involvierte Behandler	☐	☐	☐	☐
J04	Möglichkeit der Versorgungskoordination und des Überleitungsmanagements durch speziell geschultes Personal (Case manager in Pflegediensten und HomeCare-Unternehmen)	☐	☐	☐	☐
J05	Einbeziehung der Trauerarbeit/Trauerbegleitung in das palliativmedizinische Versorgungskonzept	☐	☐	☐	☐
J06	standardisierter Informationsaustausch mit allen beteiligten palliativversorgenden Leistungserbringern	☐	☐	☐	☐
J07	Stärkung der Hospizkultur	☐	☐	☐	☐
J08	Palliativversorgungsbedarf von Patienten in Pflegeeinrichtungen besser erkennen und decken	☐	☐	☐	☐
J09	ambulante Pflegedienste palliativmedizinisch besser qualifizieren	☐	☐	☐	☐
J10	Stärkung des Ehrenamts in der Palliativbetreuung	☐	☐	☐	☐
J11	Etablierung des Konzeptes „Advance care planning“ in der Palliativversorgung	☐	☐	☐	☐
J12	Ausbau der SAPV-Kapazitäten	☐	☐	☐	☐
J13	Sonstiges, und zwar:				

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anlage -Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Tabelle A6-TP5: Kosten [€] je Versichertem in den letzten 3 Lebensmonaten, alters- & geschlechtsstandardisiert

Kostenposition [€], alters- und geschlechtsstandardisiert	Kohorten										Gesamt	
	keine PV		nur AAPV		nur SAPV		SAPV+AAPV		nur stat. PV			
	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std	Mean	Std
AAPV-Leistungen	0	0	194	286	0	0	181	240	0	0	47	159
SAPV-Leistungen	0	2	0	39	2.291	2.981	2.031	2.700	0	0	279	1.246
SAPV-Verordnungen	0	0	0	0	15	16	15	17	0	0	2	8
Krankenhausaufenthalte	9.904	21.451	6.883	11.398	8.144	10.726	7.467	9.516	16.514	18.242	9.304	18.872
... davon MIT palliativmedizinischer OPS ¹	0	0	689	3.203	1.554	4.842	1.632	4.608	7.027	13.278	535	3.385
... davon OHNE palliativmedizinische OPS	9.863	21.426	6.134	11.046	6.509	10.024	5.748	8.631	9.378	14.855	8.718	18.671
Stationäre Hospizleistungen	0	0	218	1.504	574	2.611	689	2.816	86	924	125	1.205
Arzneimittel	838	2.911	1.688	4.160	3.329	7.061	3.420	6.403	2.634	6.230	1.369	4.045
... davon vom SAPV-Arzt ²	0	6	1	42	754	2.381	702	2.116	4	84	90	821
Hilfsmittel	287	782	479	1.071	862	1.302	873	1.363	412	863	400	948
... davon vom SAPV-Arzt	0	1	0	16	154	514	159	594	1	21	19	204
Häusliche Krankenpflege (HKP)	228	1.846	376	3.035	702	3.703	842	3.695	147	729	324	2.384
Ambulante ärztliche Versorgung (ohne Leistungen der Palliativversorgung)	606	1.493	766	1.269	864	1.532	884	1.296	874	1.585	676	1.451
Ferner:												
Heilmittel	89	265	110	292	162	414	135	327	66	227	99	284
... davon vom SAPV-Arzt	0	0	0	10	43	203	27	137	0	1	4	60
Rehabilitation	90	875	72	880	51	533	45	542	111	973	82	845
Hochschulambulanz-Versorgung	17	137	33	218	43	258	50	631	63	373	25	245
Gesamt	12.061	22.133	10.821	13.762	17.038	15.028	16.632	14.054	20.907	19.351	12.733	20.087

¹OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel; palliativmedizinische OPS: 8-982, 8-98e; ²korrigiert um die KV-Regionen Westfalen-Lippe und Nordrhein, da hier die Pseudonummer des SAPV-Arztes nicht gültig ist

(PV Palliativversorgung, AAPV Allgemeine ambulante Palliativversorgung, SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stat. PV stationäre Palliativversorgung, OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel)