



Deutsche Gesellschaft
für Palliativmedizin e.V.



Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.

Aachener Str.5
10713 Berlin
Fon: 030 / 8182 6885
Fax: 030 / 8182 6776
eMail: dgp@dgpalliativmedizin.de
Internet: www.dgpalliativmedizin.de

Aachener Str.5
10713 Berlin
Fon: 030 / 8322 3893
Fax: 030 / 8322 3950
eMail: dhpv@hospiz.net
Internet: www.hospiz.net

Gemeinsame Hinweise von DHPV und DGP
zur Umsetzung der
spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
(SAPV)
gemäß §§ 37b, 132d und 92 SGB V
und
Eckpunkte für einen Mustervertrag

(Stand: 28.11.2008)

**(Grundlagen: Regelungen des SGB V, SAPV-Richtlinie des G-BA,
Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der GKV zur SAPV)**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

I. Allgemeine Hinweise

1. Ziele, Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen der SAPV
2. Wer sind die Vertragspartner?
3. Palliative Care Team (PCT); Berücksichtigung gewachsener Strukturen; Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung und ihr Zusammenwirken; Multiprofessionelle Zusammenarbeit im regionalen Netzwerk; Gesamtkonzept
4. Wie lässt sich die Bedarfsgerechtigkeit für eine Region definieren?
5. Welche Besonderheiten sind bei der SAPV von Kindern zu berücksichtigen?
6. Ambulante Hospizdienste und deren Mitwirkung in der SAPV
7. Übergeordnete/überregionale Gesichtspunkte

II. Eckpunkte für einen Mustervertrag zur SAPV für Erwachsene

1. Präambel
2. Gegenstand und Ziele des Vertrags
3. Zielgruppe – die anspruchsberechtigten Patientinnen und Patienten
4. Das Palliative Care Team im Netzwerk
5. Inhalt, Umfang und Verordnung der Leistungen
6. Organisatorische, personelle und sächliche Voraussetzungen
7. Qualitätssicherung und Dokumentation
8. Vergütung
9. Inkrafttreten/Kündigung etc.

III. Anlagen (werden Mitte Dezember 2008 veröffentlicht)

1. Dokumentationsgrundlagen (Kerndatensatz; Gesamtpaket zur SAPV-Dokumentation im Rahmen der HOPE-Dokumentation)
2. Mustervertrag für pädiatrische Palliative Care Teams
3. SAPV-Glossar

Vorwort

Mit der im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes eingeführten spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist durch den Gesetzgeber eine große Chance eröffnet worden, die ambulante Versorgung für schwerstkranken und sterbende Menschen in Deutschland flächendeckend auszubauen und damit für möglichst viele Menschen eine ihrem Wunsch entsprechende Versorgung und ein Sterben zu Hause zu ermöglichen.

Der Gesetzgeber hat dabei den integrativen Ansatz von SAPV und Hospizarbeit sowie die gewachsenen Strukturen als wichtige Voraussetzung festgeschrieben.

Es wird jetzt entscheidend darauf ankommen, auf der Basis des zwischenzeitlich vorliegenden komplexen rechtlichen Regelwerks – gesetzliche Regelungen im SGB V, SAPV-Richtlinie des G-BA, Gemeinsame Empfehlungen der GKV-Spitzenverbände – die Weichen richtig zu stellen.

Aufgrund unterschiedlich gewachsener Strukturen und regionaler Gegebenheiten variieren die Ausgangsbedingungen z.T. beträchtlich, insbesondere durch die unterschiedlichen Versorgungsbedingungen im städtischen und ländlichen Bereich. Offene Fragen und Kritikpunkte, bezogen auf die rechtlichen Grundlagen, haben DGP und DHPV in ihren Stellungnahmen formuliert. Für viele Beteiligte unter den potentiellen Leistungserbringern ist die Situation, an der sie sich zu orientieren haben, nur schwer überschaubar. In den anstehenden Verhandlungen mit den Kostenträgern sind nun die Grundlagen für möglichst effektive Versorgungsmöglichkeiten und Strukturentwicklungen zu legen.

DHPV und DGP wollen mit den hier vorgelegten „Gemeinsamen Hinweisen und Eckpunkten für einen Mustervertrag“ Interpretationshilfen bei der Auslegung und Anwendung des rechtlichen Regelwerks und Unterstützung bei der Umsetzung der SAPV geben.

Die „Allgemeinen Hinweise“ - **Teil I** - enthalten Erläuterungen und Hintergrundinformationen zu den aufgeführten speziellen Fragen und Problemen;

In den „Eckpunkten für einen Mustervertrag“ – **Teil II** - sind entlang der Struktur eines typischen Vertrags konkretere Hinweise zu den wesentlichen Punkten der einzelnen Vertragsabschnitte enthalten. Dabei wurden Redundanzen zwischen beiden Teilen bewusst in Kauf genommen. Dennoch musste Vieles relativ allgemein bleiben, weil Konkretisierungen die Kenntnis der speziellen örtlichen Gegebenheiten vorausgesetzt hätten. So enthalten auch die Ausführungen zur Vergütung nur allgemeine Hinweise.

Als **Anlagen - (Teil III)** – werden Mitte Dezember nachgereicht:

- **Dokumentationsgrundlagen.** Ein Gesamtdatensatz zur SAPV des Dokumentationssystem HOPE sowie ein Kerndatensatz, der von allen Palliative Care Teams in der SAPV – unabhängig vom jeweiligen Dokumentationssystem - benutzt werden sollte. Hiermit möchten wir erreichen, dass bundesweit einheitliche Datengrundlagen geschaffen werden, um für die notwendige Evaluation eine Vergleichbarkeit herzustellen. Nur mit einer den Kerndatensatz integrierenden Dokumentation werden bundesweit vergleichbare Auswertungen möglich sein. Für die Entwicklung einer bedarfsge-rechten SAPV in Zukunft ist dies eine unabdingbare Voraussetzung.
- **Mustervertrag für pädiatrische Palliative Care Teams.** Aufgrund der Besonderheiten bei der SAPV von Kindern und Jugendlichen erscheint es sinnvoll, dies gesondert darzustellen.
- **SAPV-Glossar**

Wir würden uns freuen, wenn unsere Hinweise und Eckpunkte Sie in der weiteren Arbeit unterstützen könnten.



Dr.med. B. Wehrauch
Vorsitzende des DHPV



Prof. Dr.med. C. Müller-Busch
Präsident der DGP

I. Allgemeine Hinweise

1. Ziele, Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen der SAPV

Ziele und Grundlagen:

- Versorgung und Sterben im häuslichen Umfeld oder in einer Pflegeeinrichtung ermöglichen
- Erhalt von Lebensqualität, Selbstbestimmung, Menschenwürde
- Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen stehen im Mittelpunkt
- Die besonderen Belange der Kinder berücksichtigen
- Im Vordergrund: medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Linderung von Symptomen
- Ergänzung des bestehenden Versorgungsangebots; die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen

Rechtliche Rahmenbedingungen:

- Rechtsanspruch auf SAPV für alle Versicherten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung mit besonders aufwändigen Versorgungsbedarf
- SAPV: ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination = Komplexleistung
- Abgrenzung: Allgemeine versus spezialisierte Palliativversorgung, aber enge Zusammenarbeit
- Bildung von Netzwerken - multiprofessionelle / interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen und Einrichtungen
- Flexible / gestufte Leistungserbringung (Beratung, Koordination, Teilversorgung, Vollversorgung)
- Integrativer Ansatz bei der Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen

2. Wer sind die Vertragspartner?

2.1 Auf Seiten der Leistungserbringer

Spezialisierte Leistungserbringer: qualifizierte Ärzte und qualifizierte Pflegefachkräfte, die nach der Konzeption eines Palliative-Care-Teams fachübergreifend nach Bedarf auch in Kooperation mit anderen Professionen eng zusammenarbeiten.

Nach den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen sind für die Vertragsverhandlungen auf Seiten der Leistungserbringer verschiedene Organisationsformen denkbar:

- a) Die spezialisierten Leistungserbringer schließen sich zu einer rechtsfähigen Organisationsform als Palliative-Care-Team zusammen oder werden als Palliative-Care-Team angebunden an und vertreten/koordiniert durch eine bereits bestehende Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung als rechtsfähiger Träger - und treten als **ein** Verhandlungspartner auf.

- b) Die spezialisierten Leistungserbringer bilden über Kooperationsvereinbarungen einen Verbund, in der jeder einzelne Leistungserbringer einen eigenen Vertrag mit den Krankenkassen schließt.

Empfehlung

Um tatsächlich eine bedarfsgerechte interdisziplinäre Versorgungsstruktur mit einem synergetischen Zusammenwirken der Leistungserbringer als Team sicherzustellen, sollte die Variante a) realisiert werden. (Dabei sind die örtlichen Hospize und Hospizdienste integrativ einzubeziehen.)

Begründung dieser Empfehlung

- Gemeinsame Vertragsverhandlungen als ein Palliative-Care-Team ermöglichen von vornherein ein koordiniertes und konzeptionell abgestimmtes Vorgehen, bei dem die Leistungsinhalte, ebenso wie die organisatorischen, personellen und sächlichen Voraussetzungen aufeinander abgestimmt verhandelt werden. Das gleiche gilt für den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit weiteren Partnern zu einem abgestimmten Gesamtkonzept. Ferner wird hierdurch die für die Qualität der Leistungserbringung wichtige personelle Kontinuität sowie die Koordination der zu erbringenden Leistungen deutlich besser als durch Variante b erreichbar.
- Da die SAPV-Betreuung am sinnvollsten als Komplexleistung abgerechnet werden sollte, sollten auch die spezialisierten Leistungen der einzelnen Mitglieder des Palliative-Care-Teams nicht getrennt verhandelt werden. Dies hätte sonst u. a. zur Folge, dass jede gestufte Leistungserbringung nach den Einzelleistungen der Teammitglieder verhandelt werden müsste.

2.2 Auf Seiten der Kostenträger

Hier sind aufgrund des vorgegebenen rechtlichen Regelungswerkes grundsätzlich zwei Varianten denkbar:

- a) Die Kostenträger verhandeln gemeinsam mit dem Ziel zu einheitlichen und gemeinsamen Verträgen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu kommen.
- b) Nur einzelne Kostenträger oder ein Teil von ihnen verhandeln und schließen Verträge mit der Leistungserbringerseite.

Empfehlung

Wir plädieren uneingeschränkt für Variante a), das heißt, die Verträge sollten auf Seiten der Kassen einheitlich und gemeinsam geschlossen werden.

Begründung dieser Empfehlung

Nur so erscheinen bei den hohen Anforderungen an Multiprofessionalität, Koordination und Qualifikation Entwicklungen möglich, die mit möglichst geringem Bürokratieaufwand auf einem gleichmäßig hohen Qualitätsniveau und mit ausreichender Transparenz in den jeweiligen Regionen umsetzbar sind.

Das Feld der SAPV eignet sich nicht für den Wettbewerb!

3. Palliative Care Team; Berücksichtigung gewachsener Strukturen; Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung; Multiprofessionelle Versorgungsstruktur im Netzwerk; Gesamtkonzept

3.1 Palliative Care Team

Die Leistungen der SAPV werden durch spezialisierte Leistungserbringer erbracht. Dies sind qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte und qualifizierte Pflegefachkräfte, die „orientiert an der Konzeption eines Palliative Care Teams“ (Nummer 4.1 der Gemeinsamen Empfehlungen) fachübergreifend und in Kooperation mit anderen Professionen eng zusammenarbeiten. Sie erfüllen ergänzend besondere sächliche Voraussetzungen, die für eine spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung erforderlich sind. Eine psychosoziale Unterstützung, insbesondere in enger Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten gemäß § 39a Abs.2 SGB V, Seelsorge und Sozialarbeit ist zu gewährleisten.

Bei den Anforderungen an das Palliative Care Team (PCT) kommt es nicht allein auf die Qualifikation dieser Personen an, sondern es entscheiden **weitere Strukturqualitäten**, wie z. B. die Frage, in welchem organisatorischen Zusammenhang die entsprechenden spezialisierten Pflegefachkräfte und Ärzte tätig sind und ob sie die Tätigkeit der Palliativversorgung als Haupttätigkeit (d. h. ausschließlich oder mindestens schwerpunktmäßig) ausüben. Nur dann ist davon auszugehen, dass die spezialisierten Leistungserbringer auch über ausreichend Erfahrungen im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit besonders komplexen und schwierigen Krankheits- und Symptombildern verfügen, so dass Krankenhausaufenthalte tatsächlich vermieden werden können. Von Bedeutung ist ferner, in welcher Weise die Leistungserbringer der allgemeinen Hospiz- und Palliativversorgung bzw. der Primärversorgung eingebunden sind und ob und wie die Zusammenarbeit im regionalen Netzwerk der Hospiz- und Palliativversorgung organisiert ist und funktioniert.

3.2 Berücksichtigung gewachsener Strukturen

Sowohl nach dem Gesetz selbst (§ 37b SGB V) als auch nach den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung der SAPV sowie auch nach den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 d SGB V sind bei der Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung **die bereits bestehenden Strukturen so weit wie möglich zu berücksichtigen**. Nach den Gemeinsamen Empfehlungen ist auf die bereits tätigen Leistungserbringer zurückzugreifen, soweit sie die erforderlichen Anforderungen erfüllen. Unter bestehenden Strukturen sind die Strukturen der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung gemeint (haus- und fachärztliche Versorgung, die ambulanten Pflegedienste und Sozialstationen sowie die bestehenden Hospiz- und Palliativdienste und -einrichtungen).

3.3 Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung und ihr Zusammenwirken

Die Berücksichtigung der bestehenden Strukturen durch Palliative-Care-Teams im Rahmen der SAPV muss insbesondere die **Leistungserbringer der allgemeinen Palliativversorgung** wie Pflegedienste sowie Haus- und Fachärzte eng in die Versorgung einbinden. Ziel ist, dass die **Übergänge von der allgemeinen zur spezialisierten Palliativversorgung und umgekehrt ohne Brüche** gelingen. Nach den Gemeinsamen

Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen hat insbesondere auch wieder der Übergang von der spezialisierten zur allgemeinen Palliativversorgung zu erfolgen, sobald die Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung ausreichend sind. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung und das reibungslose Ineinandergreifen beider Bereiche ist Voraussetzung dafür, dass eine umfassende Palliativversorgung für alle Betroffenen erfolgen kann.

3.4 Multiprofessionelle Zusammenarbeit im regionalen Netzwerk

Der Gesetzgeber hat darüberhinaus einen **integrativen Ansatz bei der Zusammenarbeit** der Leistungserbringer, bezogen auf die ambulante Versorgung, die ambulanten Hospizdienste sowie die stationären Hospize, die die Palliativversorgung in der Region mitverantworten, gefordert.

Sowohl die SAPV-Richtlinie des G-BA als auch die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände fordern die Bildung einer **multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur** im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Ein solches **Netzwerk**, das die Basis der Arbeit des Palliative Care Teams bildet, bedarf der Strukturierung und aktiven Organisation. Medizinische, pflegerische, physiotherapeutische, psychologische, soziale und spirituelle Anforderungen sind dabei über die Sektorengrenzen hinweg zu berücksichtigen und die verschiedenen Organisationen und Institutionen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung sowie die verschiedenen Berufsgruppen – Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger u.a. – einzubeziehen.

Das planmäßige Ineinandergreifen erfordert eine „besondere Koordination“ (vgl. SAPV-Richtlinie des G-BA) in der Organisation der Abläufe auf der Basis einer für alle transparenten Regelkommunikation. Insofern fordern die Spitzenverbände der Krankenkassen als Strukturqualität zwischen allen „regelmäßig an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern“ auch schriftlich abzuschließende Kooperationsvereinbarungen. (siehe auch unter II.4)

Die **Koordination** ist eine **eigenständige Leistung** im Rahmen der SAPV (§ 37b Abs.1 SGB V und SAPV-Richtlinie des G-BA in § 5 Abs. 1, Abs. 2, Abs. 3 und § 6 Abs. 5). Die Notwendigkeit der Koordination ergibt sich aufgrund des multiprofessionellen Ansatzes der SAPV mit einer hohen Akteursdichte bei einem komplexen, besonders aufwändigen Versorgungsbedarf und aufgrund der unabdingbar notwendigen Netzwerkstruktur. In diesem Zusammenhang bedarf es sowohl der **Einzelfallkoordination** (zur individuellen und kontinuierlichen Begleitung über Schnittstellen im Versorgungssystem und Leistungsrecht) als auch der **Koordination im Sinne der Systemsteuerung** (Organisation von Teambesprechungen, Fallkonferenzen, 24 Stunden-Bereitschaft, Zusammenarbeit z. B. mit der allgemeinen Palliativversorgung, Dokumentation/Qualitätssicherung im kooperativen Netzwerk). Beide Arten der Koordination greifen ineinander.

3.5 Gesamtkonzept

Die spezialisierten Leistungserbringer arbeiten nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzept (Nummer 4.3 der Gemeinsamen Empfehlungen), das sich in einer regionalen Konzeption der Hospiz- und Palliativversorgung niederschlagen muss („multiprofessionell vernetzte Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem“). Dieses Konzept ist den Krankenkassen vorzulegen. In ihm ist der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung, einschließlich der personellen und sächlichen Ausstattung darzulegen und die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur zu beschreiben. Der in den Gemeinsamen Empfehlungen beschriebene Gesamtrahmen der Ausstattung und der Zusammenarbeitsstrukturen setzen voraus, dass eine eigenständige inhaltliche, organisatorische und räumliche Struktur des Palliative Care Teams gewährleistet ist und eine regionale Netzwerkstruktur bereits gebildet oder in konkreter Bildung begriffen ist, in die das Palliative Care Team integriert werden kann.

4. Wie lässt sich die Bedarfsgerechtigkeit für eine Region definieren?

Der Gesetzgeber und in der Folge die SAPV-Richtlinie des G-BA verlangen, dass die Leistungserbringer der SAPV allen Patienten zur Verfügung stehen, bei denen die allgemeine Palliativversorgung zur häuslichen Betreuung nicht ausreicht, um die notwendige Versorgung zu Hause sicherzustellen. Für diese Patienten, die eine „besonders aufwändige Versorgung“ benötigen, das heißt für Patienten mit einer besonders komplexen und schwierigen Symptomatik, muss daher flächendeckend eine spezialisierte Palliativversorgung erreichbar sein, die sowohl ärztlich als auch pflegerisch eine aufsuchende Behandlung / Betreuung und eine 24 Stunden-Bereitschaft jederzeit gewährleistet.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gehen in ihren gemeinsamen Empfehlungen darauf ein und unterscheiden (2.4) nach „Indikatoren“

- Die regionale Siedlungsstruktur
- Die Altersstruktur
- Epidemiologisch relevante Erkrankungen sowie
- Die demografische Entwicklung.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Versorgungsbedarf in Regionen mit unterschiedlicher Bevölkerungsdichte unterschiedlich sein kann (ebenda). Daraus leiten die Spitzenverbände der Krankenkassen drei „Unterscheidungen“ ab: Regionen mit geringer, mittlerer und hoher Bevölkerungsdichte, die nicht allein auf Länderebene, sondern gegebenenfalls bis auf Kreisebene zuzuordnen sind.

Demzufolge sind unter den oben genannten Kriterien der Spitzenverbände und den hierzu in Beziehung zu setzenden Unterscheidungen Verträge auf diese regionalen Eigenheiten hin zu formulieren und die Vergütungssätze je nach Unterscheidung unterschiedlich zu verhandeln.

Die Bedarfsgerechtigkeit einer Region bedeutet u.a., dass eine SAPV-Versorgung qualitativ gleichwertig bei unterschiedlichen Bevölkerungsdichten zu erfolgen hat. (Gege-

benenfalls werden in der Aufbauphase der SAPV im Hinblick auf Fragen der Bedarfsgerechtigkeit einer Region auch Abweichungen von den Gemeinsamen Empfehlungen im Rahmen von Übergangsregelungen notwendig werden. Das BMG hat in seiner Antwort vom 3.9.2008 auf eine parlamentarische Anfrage - Arbeitsnummern 8/225 und 8/226 - ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Abweichungen von den Empfehlungen grundsätzlich möglich sind, sofern dies etwa aus Sicherstellungsgründen erforderlich ist.)

In die Überlegungen mit einzubeziehen sind folgende Aspekte:

In Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte wird z.B. der Zeitaufwand für Fahrten und die regionale Vernetzung mit den Kooperationspartnern vor Ort erheblich höher sein, so dass hier vermutlich mehr Beratungs- und Koordinationsleistungen angefordert werden. In Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte werden hingegen die Teil- und Vollversorgung durch Palliative Care Teams, neben der Beratungs- und Koordinations-tätigkeit, u.U. häufiger erforderlich sein, so dass auch die Organisation der Teamarbeit an diese regionalen Bedingungen angepasst werden muss.

Die Verordnung von SAPV scheint bei Erwachsenen zum gegenwärtigen Zeitpunkt für etwa zehn Prozent aller Sterbenden im Laufe der letzten Lebensmonate bedarfsgerecht zu sein. Auf der Basis der Grundannahme, dass für eine Region von etwa 250.000 Einwohnern (abhängig von der Bevölkerungsdichte) ein funktionstüchtiges Palliative-Care-Team für Erwachsene erforderlich ist, ist davon auszugehen, dass dieses Team bis zu 250 Patienten pro Jahr komplementär versorgen muss. Bezüglich der Erreichbarkeit sollte ein Radius von 30 km ausgehend vom Sitz des Palliative-Care-Teams, nur in dünn besiedelten Regionen oder in Ausnahmefällen überschritten werden.

5. Welche Besonderheiten sind bei der SAPV von Kindern zu berücksichtigen?

Die **besonderen Belange von Kindern** zeichnen sich nicht nur durch die Besonderheiten des Lebensalters, das große Spektrum an spezifisch pädiatrischen Grunderkrankungen und die häufig deutlich längere Dauer der Notwendigkeit einer Palliativversorgung, sondern auch durch die unterschiedlichen Bedürfnisse im familiären Kontext aus. Insbesondere bei Kindern können zum Beispiel die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt sein.

Um den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden, bedarf es daher einer **von den Erwachsenen zu trennenden Konzeption** und grundsätzlich anderer personeller Anforderungen (vgl. Mustervertrag für Pädiatrische Palliative Care Teams). Ebenso wie im Bereich der Erwachsenen-SAPV müssen auch in der pädiatrischen Versorgung regionale und ggf. darüber hinaus auch überregionale Netzwerke etabliert werden.

U.a. auch aufgrund der häufig längeren Krankheitsverläufe bei Kindern und Jugendlichen mit lebenslimitierenden Erkrankungen unterscheiden sich die **Berechnungsgrundlagen** für die Bedarfsermittlung an SAPV für Kinder – und Jugendliche. Ein Pä-

diatisches Palliative Care Team sollte in der Lage sein, 30-50 Kinder und Jugendliche pro Quartal zu versorgen. Dies stellt eine qualifizierte und vor einem breiten Erfahrungshintergrund stehende Versorgung sicher. Um eine aufsuchende Bereitschaft gewährleisten zu können ist eine maximale Entfernung von 120 km möglich. Dies hat zur Folge, dass ggf. weniger Patienten versorgt werden können.

Insbesondere bei der SAPV für Kinder und Jugendliche ist dabei zu berücksichtigen, dass vor allem in der Aufbauphase der SAPV im Hinblick auf Fragen der Bedarfsgerechtigkeit auch Abweichungen von den Gemeinsamen Empfehlungen und gegebenenfalls auch **Übergangsregelungen** notwendig werden. (Vgl. dazu auch Antwort des BMG vom 3.9.2008 auf eine parlamentarische Anfrage - Arbeitsnummern 8/225 und 8/226 – in der ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass Abweichungen von den Empfehlungen grundsätzlich möglich sind, sofern dies etwa aus Sicherstellungsgründen erforderlich ist.)

Die Erbringung von SAPV ist nach geltender Gesetzeslage weder in Behinderteneinrichtungen noch in Kinderheimen vorgesehen. Hier sollten in den Verhandlungen mit den Kassen Vereinbarungen angestrebt werden, die eine SAPV in den genannten Einrichtungen ermöglichen, da Kinder mit lebenslimitierenden Erkrankungen gerade auch hier ihren ständigen Wohnort haben können.

Hinweise zu den personellen Anforderungen der pädiatrischen SAPV

Ärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen müssen zusätzlich die Facharztbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin besitzen. Pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger tragen. Sie verfügen über den Abschluss einer anerkannten Pädiatrischen Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von 200 Stunden.

Auch im Bereich der pädiatrischen SAPV ist eine **einheitliche und gemeinsame Dokumentation** – mindestens in Form eines gemeinsamen Kerndatensatzes erforderlich, um die Auswirkungen der rechtlichen Grundlagen der SAPV und ihrer Umsetzung sorgfältig und bundesweit evaluieren zu können. Für die Dokumentation der Pädiatrischen Palliativversorgung ist ein modifiziertes, auf die **Besonderheiten von Kindern abgestimmtes Dokumentationssystem (z.B. KernPäp)** zu verwenden.

6. Ambulante Hospizdienste und deren Mitwirkung in der SAPV

Die Einbindung der ambulanten Hospizdienste in die SAPV ist essenziell und bereits durch den Gesetzgeber in Form des integrativen Ansatzes vorgegeben. Sie erfolgt strukturell über Kooperationsvereinbarungen, was bedeutet, dass ein Palliative Care Team in der Regel mit mehreren ambulanten Hospizdiensten kooperiert.

In der Ablauforganisation ist eine enge Anbindung der Koordinatoren des ambulanten Hospizdienstes nach § 39a Abs.2 SGB V an das Team vorzusehen. Dies sollte in der Regel eine regelmäßige Teilnahme an Teambesprechungen bzw. Fallkonferenzen beinhalten (mind. einmal monatlich / je nach Region / Fallzahlendichte häufiger).

Der ambulante Hospizdienst und das Palliative Care Team vereinbaren eine geregelte Kommunikation, die sowohl das Einsatzgeschehen als auch dessen Reflexion umfasst. Ziel muss sein, dass in den Fällen, wo gewünscht und erforderlich, Ehrenamtliche möglichst frühzeitig in die Begleitung einbezogen werden, um eine Versorgung zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung so weit wie möglich zu realisieren.

Die Finanzierung der Einsätze ambulanter Hospizdienste in der SAPV ist, bezogen auf den Einsatz der Ehrenamtlichen und der darauf bezogenen Tätigkeit der Koordinatoren, nicht gesondert aus SAPV-Mitteln zu finanzieren, sondern durch die Finanzierung im Rahmen des § 39a Abs. 2 SGB V im Grundsatz abgedeckt. Eine andere Situation ergibt sich allenfalls dann, wenn die Koordinatorinnen / Koordinatoren im Rahmen der SAPV und insbesondere der dort vorzunehmenden Koordination gesonderte Aufgaben wahrnehmen, die dann aus der regulären Koordinationstätigkeit vom Stundenansatz her herauszurechnen und aus SAPV-Mitteln gesondert zu finanzieren wären.

7. Übergeordnete / überregionale Gesichtspunkte

7.1 Gemeinsame und einheitliche Dokumentation

In der SAPV-Richtlinie des G-BA wird das „Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV“ gefordert. Die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen weisen daraufhin, dass diese die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Empfehlungen fortlaufend auswerten und diese erforderlichenfalls weiterentwickeln werden. In diesem Zusammenhang fordern sie auch, dass ein geeignetes Dokumentationssystem, soweit vorhanden, allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen muss. Das Bundesgesundheitsministerium weist in seinem Schreiben vom 14.2.2008 anlässlich der Nicht-Beanstandung der Richtlinien des G-BA daraufhin, dass der G-BA dem BMG jährlich – erstmals zum 31.12.2009 – über die Leistungsentwicklung im Bereich der SAPV zu berichten hat.

Eine sorgfältige Evaluation, die bundesweit angelegt ist, und sowohl eine Auswertung des rechtlichen Regelungswerks insgesamt als auch der Auswirkungen der Umsetzung vor Ort ermöglichen soll, erfordert für die Dokumentation einheitliche Datengrundlagen - zumindest einen gemeinsamen Kerndatensatz. Dieser Kerndatensatz enthält den Mindest-Datensatz, der von allen Palliative Care Teams bundesweit in ihre jeweilige Dokumentation integriert werden sollte. Die Koordinationsgruppe HOPE hat darüber hinaus ein Gesamtpaket für eine Dokumentation auch im Rahmen der SAPV nach dem HOPE-System erarbeitet. (Beides, Kerndatensatz und HOPE-Gesamtpaket, wird als Anlage zu diesen Hinweisen Mitte Dezember veröffentlicht.)

7.2 Offenlegung der Verträge

Um die Entwicklung der SAPV transparent zu gestalten – sowohl bezogen auf die im Gesundheitswesens Beteiligten als auch für die Betroffenen - empfiehlt sich die Offenlegung der Verhandlungsergebnisse. Wir werden dazu eine Plattform einrichten, durch die eine sprechende Transparenz hergestellt werden kann.

II. Eckpunkte für einen Mustervertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung

1. Präambel (in Stichworten)

Selbstverständnis des Trägers; Rückbezug zum Regionenkonzept / Einbindung in das regionale Netzwerk; Verpflichtung auf die Grundsätze/Leitgedanken im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen; Vorrang der allgemeinen Palliativversorgung wo möglich und ausreichend, auch bezogen auf das Stufenkonzept (Beratung, Koordination, Teil-, Vollversorgung); SAPV ergänzt, nimmt nur dort Versorgung vor, wo keine Leistungserbinger der Primärversorgung tätig; Selbstverständnis in der multiprofessionellen Zusammenarbeit; Zusammenarbeit zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung; Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen.

2. Gegenstand und Ziele des Vertrags

„Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, 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 Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen.“ (§ 1 Abs.1 der SAPV-Richtlinie und Abs. 1.1 der Gemeinsamen Empfehlungen)

„Die SAPV ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung.“
(§ 1 Abs.3 der SAPV-Richtlinie und Abs. 1.2 der Gemeinsamen Empfehlungen)

3. Zielgruppe – die anspruchsberechtigten Patientinnen und Patienten

Grundvoraussetzung für den Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist das Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch die Lebenserwartung des bzw. der Anspruchsberechtigten begrenzt ist. Voraussetzung ist ferner die Notwendigkeit einer besonders aufwändigen Versorgung. Gemäß § 3 der SAPV-Richtlinie des G-BA sind die folgenden konkreten „Anforderungen an die Erkrankungen“ zu berücksichtigen:

*„Eine Erkrankung ist **nicht heilbar**, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können.*

*Sie ist **fortschreitend**, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann. Eine Erkrankung ist **weit fortgeschritten**, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.“*

Schließlich definiert § 4 der SAPV-Richtlinie die „**besonders aufwändige Versorgung**“ wie folgt:

„Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs.1 [der SAPV-Richtlinie (vgl. Präambel)] zu erreichen. Anhaltspunkt dafür ist das **Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens**, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und / oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

ausgeprägte Schmerzsymptomatik

ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik

ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik

ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore

ausgeprägte urogenitale Symptomatik“

Nach den vorliegenden Regelungen des G-BA und der Spitzenverbände der Krankenkassen können die Leistungen der SAPV bei Patienten und Patientinnen in ihrem eigenen häuslichen Umfeld, sowie bei Bewohnerinnen und Bewohnern, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben, erbracht werden.

Zur Beachtung: Weder in der Richtlinie des G-BA noch in den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen wird explizit geregelt, dass stationäre Hospize im Rahmen der SAPV die Teilleistung ärztliche Versorgung in Anspruch nehmen können. Es sollte in den Vertragsverhandlungen ausdrücklich daraufhin gewirkt werden, diese Möglichkeit in die Vereinbarung aufzunehmen, da sonst zukünftig in stationären Hospizen eine Schlechterstellung der ärztlichen Versorgung gegenüber der SAPV zu Hause und in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt, obwohl stationäre Hospize als stationäre Pflegeeinrichtungen gemäß § 72 SGB XI anerkannt sind.

Das gleiche gilt für Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung grundsätzlich die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der SAPV erfüllen und in Behinderteneinrichtungen oder in Einrichtungen der Kurzzeitpflege versorgt werden. Auch hier sehen die vorliegenden Regelungen die Möglichkeit einer Inanspruchnahme der SAPV nicht explizit vor, sie sollte aber in den Vertragsverhandlungen eingefordert werden.

4. Das Palliative Care Team im Netzwerk

Die Leistungen der SAPV werden in einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur erbracht. Das Palliative-Care-Team (PCT) als Kern dieser Versorgungsstruktur besteht insbesondere aus spezialisierten / qualifizierten Ärzten und Pflegekräften in Zusammenarbeit mit Hausärzten, ambulanten Pflegediensten und ambulanten Hospizdiensten (integrativer Ansatz). (Der vom Gesetzgeber geforderte integrative Ansatz bezieht sich explizit auf die Zusammenarbeit der Leistungserbringer der SAPV mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen.) Das PCT arbeitet darüber hinaus mit weiteren Berufsgruppen eng zusammen, um auch insbesondere psychosozialen, psychotherapeutischen, physiotherapeutischen oder spirituellem Unterstützungsbedarf Rechnung zu tragen.

Die multiprofessionellen Palliative Care Teams sind ausschließlich oder schwerpunktmäßig in der SAPV tätig. Sie gewährleisten eine weitgehende personelle Kontinuität

und verfügen über eine besondere Ausstattung, die eine palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung im Zusammenwirken mit den weiteren Leistungserbringern gewährleistet. Sie müssen in der Lage sein, in ihrem gesamten Einzugsbereich sowohl ärztlich als auch pflegerisch eine aufsuchende Behandlung und Pflege sowohl tagsüber als auch nachts und an Wochenenden in Form einer 24-Stunden-Bereitschaft zu gewährleisten.

Um den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden, gibt es spezielle **Pädiatrische Palliative Care Teams** (vgl. Anlage Z)

In der Richtlinie des G-BA (§ 6, Abs.5) wird darauf hingewiesen, dass vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung – unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen – über Sektorengrenzen hinweg unabdingbar ist. Ein solches regionales Netzwerk bedarf der Strukturierung und aktiven Organisation. Das Palliative Care Team schließt schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den Partnern, mit denen regelmäßig zusammengearbeitet wird (insbesondere Hausärzte und ambulante Hospizdienste; vgl. Nr. 4.2 der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen). Darüberhinaus arbeiten viele Beteiligte im Netzwerk im Bereich der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung eng zusammen. Für eine bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen und ihrer Angehörigen ist eine vernetzte, enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit des Palliative Care Teams insbesondere mit den die Primärversorgung erbringenden niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den ambulanten Pflegediensten, aber auch mit den stationären Hospizen, den Palliativstationen, den Krankenhäusern sowie den stationären Pflegeeinrichtungen unabdingbar. Ferner ist eine enge Zusammenarbeit mit weiteren Partnern, den Einrichtungen der notärztlichen Versorgung, Sanitätshäusern, Einrichtungen der psychosozialen Versorgung, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, u.a. erforderlich. Insbesondere zwischen haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist die Zusammenarbeit zu fördern und auszubauen.

Die Qualität der Versorgung im Sinne eines kooperativen/integrativen Konzepts wird wesentlich davon abhängen, wie die Zusammenarbeit aller beteiligten Partner im Netzwerk funktioniert. Hierzu ist die Bereitschaft aller Beteiligten zur konstruktiven Kooperation unabdingbar.

Das Konzept für die regionale spezialisierte und allgemeine Palliativversorgung hat darzustellen, in welcher Form die Koordination im Netzwerk durch das Palliative Care Team erfolgt. Das schließt die Organisation von Fallkonferenzen, die Erstellung einer gemeinsamen Dokumentation, die Bereitschaftsplanung, die Organisation der Bereitstellung von Informationen für die regionale Bevölkerung u.a. mit ein.

5. Inhalt, Umfang und Verordnung der Leistungen

Gemäß § 5 Abs.1 der SAPV-Richtlinie umfasst die SAPV

„je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 der SAPV-Richtlinie genannten Ziele zu erreichen. Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden oder behandelnden Ärztin oder des verordnenden und behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot, insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele der ambulanten Palliativversorgung zu erreichen.

Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- *Beratungsleistung*
 - *Koordination der Versorgung*
 - *additiv unterstützende Teilversorgung*
 - *vollständige Versorgung*
- erbracht werden.“*

SAPV wird grundsätzlich als Komplexleistung mit multiprofessionellem Ansatz verordnet. Der SAPV-Patient / die SAPV-Patientin soll grundsätzlich im Rahmen von Teambesprechungen vom gesamten SAPV-Team besprochen werden, um die Multiprofessionalität und Interdisziplinarität synergistisch zu nutzen. Dies gilt für alle Bereiche im Rahmen der gestuften Leistungserbringung.

Im Einzelnen zeichnen sich die Leistungen durch folgende Elemente aus:

Beratungsleistung

- a. Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit Betroffenen (Kranken oder deren Angehörige)
- b. Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit einem/einer der Leistungserbringer der Primärversorgung
- c. Dokumentation und Evaluation

Koordination der Versorgung (betrifft Einzelfallkoordination und Netzwerkkoordination)

- a. Direkter persönlicher Kontakt erforderlich
- b. Ressourcenfokussierte Versorgungsplanung
- c. Erstellung eines Versorgungskonzepts
- d. Vernetzung mit ambulanten und/oder stationären Leistungserbringern
- e. Dokumentation und Evaluation

Additiv unterstützende Teilversorgung

- a. Beinhaltet Beratungs- und Koordinationsleistung
- b. Hausbesuche erforderlich
- c. Einzelne Leistungen des in § 5 Abs.3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskatalogs werden bei Bedarf erbracht
- d. Für die verordnete Teilversorgung besteht 24-Stunden-Rufbereitschaft in Absprache mit den Leistungserbringern der Primärversorgung. Die Rufbereitschaft kann nicht als alleinige Teilleistung verordnet werden.
- e. Dokumentation und Evaluation

Vollständige Versorgung

- a. Beinhaltet Beratungs- und Koordinationsleistung
- b. Hausbesuche erforderlich
- c. Alle Leistungen des in § 5 Abs.3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskatalogs werden bei Bedarf erbracht
- d. Grundpflege nach § 37 SGB V bzw. SGB XI ist nicht Bestandteil der SAPV, kann aber bei entsprechenden Voraussetzungen vom SAPV-Team erbracht und über § 37 Abs.1 SGB V oder das SGB XI abgerechnet werden
- e. Dokumentation und Evaluation

Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Nach § 5 Abs.3 der SAPV-Richtlinie des G-BA sind Inhalte der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung insbesondere:

- *„Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung aller am Behandlungs- und Begleitprozess Beteiligten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit*
- *Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen*
- *apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)*
- *spezialisierte palliativmedizinische Leistungen*
- *spezialisierte palliativpflegerische Leistungen*
- *Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen*
- *Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAP*
- *Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod*
- *spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung*

- *psychosoziale und spirituelle Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten*
- *Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen*
- *Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV“*

Die Versorgung sollte auch das Abschlussgespräch des SAPV-Teams mit den Angehörigen und Bezugspersonen, insbesondere mit Reflexion der Maßnahmen der SAPV, und bei Bedarf die Überleitung in weiterführende Trauerangebote enthalten. Das Abschlussgespräch sollte Teil der Versorgung sein.

Grundsätzlich gilt, dass SAPV nur dann und nur solange erbracht wird, wie eine Versorgung im Rahmen der Primärversorgung nicht ausreicht. Im Falle der mittel- und langfristigen Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf ist der Versorgungsumfang der SAPV so weit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung anzustreben.

Verordnungen

Der Einsatz von SAPV ist durch einen Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Dabei sollte der Umfang der SAPV in enger Abstimmung mit dem Palliative Care Team konkretisiert werden. Die „Gemeinsamen Empfehlungen“ sehen vor, dass in den Vereinbarungen über die SAPV „Regelungen getroffen werden, die sicherstellen, dass für den Palliativpatienten eine reibungslose Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln auch weiterhin gewährleistet ist“. Der/die in der SAPV tätige Arzt/Ärztin hat unabhängig davon, ob er/sie im Krankenhaus oder als Vertragsarzt/Vertragsärztin tätig ist, die Kompetenz zur Verordnung von Arzneimitteln. Darauf hat das BMG in seinem Schreiben vom 14.02.08 gegenüber dem G-BA ausdrücklich hingewiesen. In den abzuschließenden Verträgen sollte sich die Verordnungskompetenz auf die Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel insgesamt erstrecken. Das Palliative Care Team hat Arzneimittel für die Notfall- und Krisenintervention, einschließlich Betäubungsmittel, vorzuhalten. (Nr.4.4 der Gemeinsamen Empfehlungen – hierzu werden derzeit die rechtlichen Voraussetzungen durch das BMG geschaffen)

6. Organisatorische, personelle und sächliche Voraussetzungen

6.1 Organisatorische Voraussetzungen

Das Palliative Care Team bedarf einer rechtsfähigen Organisationsform oder ist als fest organisierter Verbund einem rechtsfähigen Träger anzugliedern. Mit den Partnern, mit denen regelmäßig zusammengearbeitet wird, sind schriftliche Vereinbarungen zu schließen. Um Struktur und Abläufe zu regeln und für alle Beteiligten transparent zu machen ist ein Konzept vorzulegen. In ihm sind Aufgabenverteilung, Leitungsfragen, die Organisation der 24-Stunden-Bereitschaft, die Übernahme von Koordinationsaufgaben – fallbezogen und bezogen auf die Arbeit des Teams / des Netzwerks -, die Organisation der Dokumentation und der Qualitätssicherung, die Organisation und Frequenz von Teambesprechungen und Fallkonferenzen, organisatorische Fragen der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung (z.B. Frage der Verordnungskompetenzen), sowie Fragen der Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten und anderen Professionen u.a. zu regeln.

6.2 Personelle Voraussetzungen

Das Palliative Care Team verfügt über einen festen Personalstamm mit spezialisierter ärztlicher und pflegerischer Kompetenz. (Es verfügt über eine Leitung/Koordination und eine stellvertretende Leitung/Koordination für das Team, die die Belange des Teams auch gegenüber Dritten vertreten bzw. verhandeln.

Die Personalstärke eines Teams bestimmt sich u.a. durch die Anforderungen zur Erbringung ärztlicher und pflegerischer Leistungen, der 24-Stunden-Erreichbarkeit für betreute Patienten, der qualifizierten Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten und der regionalen strukturellen Eigenheiten, die u. a. Fahrtzeiten betreffen und ergibt sich grundsätzlich aus der regionalen Struktur. Die Anpassung der Personalstärke auf regionale Erfordernisse regeln die Vertragspartner. Sowohl die systembezogene als auch die fallbezogene Koordination ist im Palliative Care Team verankert und erfolgt durch eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter des PCT, die / der nach Möglichkeit bereits über entsprechende Erfahrungen im Case Management verfügt. Bereits die Leistungserbringung in der Struktur eines Palliative-Care-Team fördert die notwendige Koordination der Leistungen der SAPV maßgeblich (durch gemeinsames Verständnis, Verfahrensabsprachen, Teambesprechungen etc.)

Die ambulanten Hospizdienste sind eng eingebunden; weitere Fachkräfte, z.B. Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen / Sozialpädagogen, Physiotherapeutinnen / Physiotherapeuten, Psychologinnen / Psychologen, Seelsorgerinnen / Seelsorger, möglichst mit einer Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen, werden bei Bedarf hinzugezogen.

Die ständige Verfügbarkeit mindestens eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und die ständige Verfügbarkeit mindestens einer entsprechend weitergebildeten spezialisierten Palliativpflegekraft sind zu gewährleisten.

Anforderungen an die Qualifikationen

In Nr. 5.2 und Nr. 5.3 der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Anforderungen an die Qualifikationen der spezialisierten Leistungserbringer wie folgt beschrieben:

Ärztinnen und Ärzte in der SAPV verfügen über

- „eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung)

und

- Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre.,,

Pflegfachkräfte in der SAPV verfügen über:

- „die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin / Altenpfleger (dreijährige Ausbildung

aufgrund einer landesrechtlichen Regelung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung

und

- *den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden*

und

- *Erfahrung durch mindestens eine zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren; davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung.“*

Für weitere Fachkräfte weisen die Gemeinsamen Empfehlungen in Nr. 5.4 im Hinblick auf deren Qualifikation auf folgendes hin:

„Soweit weitere Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen, Psychologinnen oder Psychologen) vertraglich eingebunden werden, haben diese eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen.“

Da davon auszugehen ist, dass nicht in allen Regionen spezialisierte Fachkräfte, die die hohen Qualifikationsanforderungen bereits komplett erfüllen, in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, sollten Abweichungen von den Gemeinsamen Empfehlungen im Rahmen von Übergangsregelungen – soweit vertretbar – vertraglich ermöglicht werden. Dies wird ausdrücklich vom BMG in seiner Antwort auf die Frage 8/225 aus dem Deutschen Bundestag gestützt, in der ausgeführt wird, dass Abweichungen von den Rahmenempfehlungen grundsätzlich möglich sind, wenn die Vertragspartner dies aus Sicherstellungsgründen für erforderlich erachten.

6.3 Sächliche Voraussetzungen

Gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen (Nummer 4.4) ist folgendes vorzuhalten:

- *Eine geeignete und aktuell geführte, jederzeit zugängliche Patientendokumentation*
- *Arzneimittel für den Notfall/Krisenintervention*
- *Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche*
- *Eine geeignete administrative Infrastruktur, z.B. Büro, Kommunikationstechnik.*

Erforderlich sind eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für die Beratung, Team-Sitzungen und Besprechungen, für die Lagerhaltung von Medikamenten etc. inklusive gegebenenfalls eines BtM-Schranks.“

7. Qualitätssicherung und Dokumentation

Die Beratung und/oder Koordination und/oder (Teil-)Versorgung durch die Leistungserbringer der SAPV sind fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen.

Der Träger des Palliative Care Teams beziehungsweise die Vertragschließenden gemeinsam übernimmt / übernehmen die Gewähr für eine fach- und sachgerechte Versorgung und für die erforderlichen Strukturen des Qualitätsmanagements.

Die Qualität der Leistungserbringung ist laufend zu prüfen. Dabei ist insbesondere darauf abzustellen, dass den individuellen Wünschen und Bedürfnissen des Patienten / der Patientin entsprochen und damit ein Höchstmaß an persönlicher Lebensqualität ermöglicht wird. Die Leistungserbringer der SAPV sind dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Qualität festgelegt und durchgeführt werden. Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Das Dokumentationssystem sollte den gemeinsamen Kerndatensatz nach den Empfehlungen der DGP und des DHPV berücksichtigen. Nur so wird sichergestellt, dass eine bundesweite Evaluation und Auswertung der Regelungen der SAPV und ihrer Umsetzung im Rahmen der Verträge vor Ort möglich wird. (Ein gemeinsamer Kerndatensatz sowie weitere ausgearbeitete Dokumentationsinstrumente als SAPV-Gesamtpaket im Rahmen des Dokumentationssystems HOPE werden Mitte Dezember zur Verfügung gestellt.)

Das Palliative Care Team führt regelmäßige (in der Regel wöchentliche) Teambesprechungen und Fallbesprechungen durch. Die Teilnahme der Mitglieder an Supervision ist zu gewährleisten. Die Leistungserbringer der SAPV organisieren quartalsweise Qualitätszirkel, die insbesondere den Kooperationspartnern offen stehen.

Insbesondere in der pädiatrischen Palliativversorgung können Patienten und Angehörige an den Fallbesprechungen teilnehmen.

Näheres regelt das Konzept (vgl. Kapitel 4 und 6.1), das die regionalen Erfordernisse einer Team- und Fallbesprechungskultur sowie die Teilnahme an regionalen Qualitätszirkeln festlegt.

8. Vergütung

Die Vergütung muss leistungsgerecht erfolgen und muss den Leistungserbringer gem. § 132d SGB V in die Lage versetzen, seinen Versorgungsauftrag bei wirtschaftlicher Betriebsführung umfassend erfüllen zu können.

Die Vergütung der Leistungserbringung sollte pauschaliert und unter Berücksichtigung der zu erbringenden Komplexleistung erfolgen. Dabei sind unterschiedliche pauschalierte Finanzierungsformen denkbar: z.B. als Pauschal-Vergütungssatz bezogen auf den Tagesaufwand je Patient oder als Pauschal-Vergütungssatz je Versorgungsfall und Monat. Die Höhe der Vergütung bemisst sich insbesondere nach:

- den patienten- und angehörigennah erbrachten Leistungen (dabei sind auch die unterschiedlichen Stufen der Leistungserbringung: Beratung (I), Koordination (II), Additiv unterstützende Teilversorgung (III) und Vollversorgung (IV) bezogen auf die je unterschiedliche Dauer und den je unterschiedlichen Aufwand der Leistungserbringung zu berücksichtigen)
- den patientenfern erbrachten Leistungen (Koordination, Fahrzeiten, Teamzeiten)
- der Anzahl der für die Leistungserbringung und Rufbereitschaft notwendigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- den Kosten für Administration, Dokumentation und Qualitätssicherung
- den Kosten für die sächlichen Voraussetzungen unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten (Einzugsgebiet)

Es existieren dazu in einzelnen Regionen Modellrechnungen beziehungsweise beispielhafte Vergütungssätze aus bestehenden Verträgen, die aber aufgrund jeweils sehr unterschiedlicher regionaler und konzeptioneller Gegebenheiten kaum übertragbar sind.

9. Inkrafttreten / Kündigung etc.

III. Anlagen (Veröffentlichung Mitte Dezember 2008)

- 1. Dokumentationsgrundlagen (Kerndatensatz; Gesamtpaket zur SAPV-Dokumentation im Rahmen der HOPE-Dokumentation)**
- 2. Mustervertrag für pädiatrische Palliative Care Teams**
- 3. SAPV-Glossar**