

**Gemeinsame Stellungnahme** der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* und des *Deutschen Hospiz- und Palliativverbands* zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

---

Am 20.12.2007 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die „Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ verabschiedet und dem Bundesgesundheitsministerium zur Prüfung vorgelegt. Er hat damit dem Auftrag des Gesetzgebers entsprochen, der mit der letzten Gesundheitsreform (GKV-WSG) ab dem 1.4.2007 einen individuellen Leistungsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung in das Sozialgesetzbuch V eingeführt (§§ 37b, 132d SGB V) und den G-BA in § 37b Abs.3 SGB V beauftragt hatte, Näheres über die Leistungen der SAPV in einer Richtlinie nach § 92 SGB V zu bestimmen. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) nehmen dazu wie folgt Stellung.

Die vorgelegte Richtlinie thematisiert und beschreibt wesentliche der für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) relevanten Gesichtspunkte. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen und entspricht auch dem Auftrag des Gesetzgebers. Positiv zu nennen sind aus Sicht von DGP und DHPV insbesondere die Passagen über die „Anforderungen an die Erkrankungen,“ (§ 3) sowie über die „Besonders aufwändige Versorgung“ (§ 4), wo ein „komplexes Symptomgeschehen“ als Indikator für den Einsatz einer SAPV beschrieben und auf die Nennung einzelner Diagnosen verzichtet worden ist. Auch die Möglichkeit des bedarfsgerechten und komplementären Einsatzes der SAPV (§ 5 Abs.2 Satz 3) ist zu begrüßen.

Kritisch zu sehen ist aus Sicht von DGP und DHPV allerdings, dass die in der Pressemitteilung des G-BA zum Richtlinienbeschluss wiederholt und zu Recht genannten „interdisziplinär zusammengesetzten Palliative-Care-Teams (PCT)“ in der Richtlinie weder erwähnt noch beschrieben werden. Da sie den Kern der Leistungsstruktur der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung darstellen, wäre eine differenziertere Beschreibung und Darstellung auch in der Richtlinie wünschenswert gewesen. Entsprechende Anregungen von DGP und DHPV im Stellungnahmeverfahren sind vom G-BA leider nicht übernommen worden. Besondere Bedeutung kommt aufgrund der bereits vorliegenden Erfahrungen mit der bisherigen spezialisierten Palliativversorgung aus Sicht von DGP und DHPV darüber hinaus dem multiprofessionellen Betreuungsansatz zu, der über die rein ärztliche und pflegerische Kompetenz hinausgeht – unter Einbeziehung auch der ambulanten Hospizdienste. Die darauf bezogenen Kooperationsbeziehungen bleiben in der Richtlinie leider relativ vage – zumal danach auch Kooperationsvereinbarungen mündlich abgeschlossen werden können. Unbefriedigend bleibt auch der mit einer Frist von sieben Tagen vorgesehene Geltungszeitraum für vom Krankenhausarzt ausgestellte Verordnungen, die die Intention des Gesetzgebers aus Sicht von DGP und DHPV einschränkt.

Die in dem Satz: „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen“ (§ 1 Abs.2) zum Ausdruck gebrachte Absicht ist leider nicht weiter konkretisiert worden. So sind die von DGP und DHPV vorgeschlagenen pädiatrischen Palliative Care Teams leider nicht Bestandteil der Richtlinie geworden.

Auch der Schnittstellenbereich zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung bleibt unscharf, ebenso Fragen der Bedarfssteuerung. Beides sowie die genauere Beschreibung des Inhalts, des Umfangs und der qualitativen Voraussetzungen der SAPV auf den verschiedenen Ebenen sollten nun in den zu erarbeitenden Empfehlungen nach § 132d SGB V einheitlich geregelt werden. DGP und DHPV sind bereit, diesen Prozess konstruktiv und kritisch zu begleiten, um eine qualitätsgesicherte ambulante Palliativversorgung für die betroffenen Menschen zu ermöglichen. (28.12.2007)