

**Erstfassung für Stellungnahmeverfahren:  
Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.  
(Endgültige Fassung: 15.10.2007)**

**Richtlinie  
des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Verordnung von  
spezialisierten ambulanten Palliativversorgung  
(SAPV-Richtlinie)**

*vom (TT. Monat JJJJ),  
veröffentlicht im Bundesanzeiger JJJJ S. YY YYY,  
in Kraft getreten am (T. Monat JJJJ)*

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>§ 1</b>	<b>Grundlagen und Ziele .....</b>	<b>3</b>
<b>§ 2</b>	<b>Anspruchsvoraussetzungen .....</b>	<b>3</b>
<b>§ 3</b>	<b>Anforderungen an die Erkrankungen .....</b>	<b>4</b>
<b>§ 4</b>	<b>Besonders aufwändige Versorgung .....</b>	<b>5</b>
<b>§ 5</b>	<b>Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung .....</b>	<b>6</b>
<b>§ 6</b>	<b>Zusammenarbeit der Leistungserbringer .....</b>	<b>10</b>
<b>§ 7</b>	<b>Verordnung von SAPV .....</b>	<b>11</b>
<b>§ 8</b>	<b>Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse.....</b>	<b>11</b>

§ 1 Grundlagen und Ziele	Ihre Stellungnahme
<p>(1) <sup>1</sup>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI) zu ermöglichen. <sup>2</sup>Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.</p>	<p><b>Bitte in Satz 1 einfügen:</b> ...dient in <u>Ergänzung zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung</u> dem Ziel, die Lebensqualität ...</p> <p><b>Begründung:</b> Da die allgemeine und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung den gleichen Zielen dienen und die spezialisierte Palliativversorgung dann komplementär zum Tragen kommen soll, wenn Mittel und Methoden der allgemeinen Palliativversorgung nicht ausreichend sind, um die Ziele zu erreichen, plädiert die DGP schon an dieser Stelle für eine entsprechende Klarstellung.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> statt „medizinisch-pflegerische Zielsetzung“ sollte es heißen: „<u>medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Zielsetzung</u>“</p> <p><b>Begründung:</b> Um die ganzheitliche Dimension der SAPV zu verdeutlichen und das damit zusammenhängende Leistungsangebot zu beschreiben, sollte diese Ergänzung eingefügt werden.</p>
<p>(2) Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.</p>	
<p>(3) <sup>1</sup>Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten sowie die Belange seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. <sup>2</sup>Der Patientenwille und Patientenverfügungen sind zu beachten.</p>	
<p>(4) <sup>1</sup>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere durch Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste und kann als isolierte Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. <sup>2</sup>Andere Sozialleistungsansprüche bleiben somit unberührt.</p>	<p><b>Bitte in Satz 1 streichen:</b> ... <del>insbesondere durch Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste...</del></p> <p><b>Begründung:</b> Aus Sicht der DGP handelt es sich um einen missverständlichen Einschub, der ohne Änderung der inhaltlichen Aussage gestrichen werden kann.</p>
§ 2 Anspruchsvoraussetzungen	Ihre Stellungnahme
<p>(1) Versicherte haben nach Maßgabe dieser Richtlinie An-</p>	

spruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn	
1. sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist (§ 3) und	
2. sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4) benötigen, die nach den Erfordernissen auch ambulant erbracht werden kann.	<b>Änderungsvorschlag:</b> „individuellen“ statt „medizinischen“ <b>Begründung:</b> Da es in diesem Kontext neben den medizinischen auch pflegerische und psychosoziale Erfordernisse gibt, plädiert die DGP dafür, an dieser Stelle das Wort „medizinischen“ durch „individuellen“ zu ersetzen.
<b>§ 3 Anforderungen an die Erkrankungen</b>	<b>Ihre Stellungnahme</b>
(1) Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können.	
(2) Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann.	
(3) 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 des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.	<b>Änderungsvorschlag:</b> „ <u>begrenzt</u> “ statt „gesunken“ <b>Begründung:</b> Der Ausdruck „begrenzt“ scheint an dieser Stelle passender zu sein. <b>Bitte als 2.Satz hinzufügen:</b> <u>Ausgeprägte palliative Krisensituationen können, z.B. bei Kindern und Jugendlichen mit lebenslimitierenden Erkrankungen oder Patienten mit unheilbaren chronisch neurologischen Erkrankungen, im Bedarfsfall auch über einen längeren Zeitraum zu meist intermittierendem Unterstützungsbedarf durch SAPV führen.</u> <b>Begründung:</b> Unterstützungsbedarf durch SAPV kann im Verlauf von lebenslimitierenden Erkrankungen auch schon dann resultieren, wenn die Lebenserwartung noch nicht auf Tage, Wochen oder Monate begrenzt ist. Um Betroffenen und ihren Familien mit längerfristig verlaufenden Erkrankungen gerecht werden zu können, ist diese Option vorzusehen.

§ 4 Besonders aufwändige Versorgung	Ihre Stellungnahme
<p>(1) <sup>1</sup>Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie die ambulanten Leistungen nach § 39a SGB V nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 1 Abs. 1) zu erreichen. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:</p>	<p><b>Änderungsvorschlag I in Satz 1:</b> „Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung“ statt „anderweitigen ambulanten Versorgungsformen“  <b>Begründung:</b> Diese Formulierung scheint uns an dieser Stelle passender zu sein, weil sie direkten Bezug nimmt auf die allgemeine Palliativversorgung und das Komplementärverhältnis zwischen dieser und der spezialisierten Palliativversorgung.</p> <p><b>Änderungsvorschlag II in Satz 1:</b> „Angebote ambulanter Hospizdienste“ statt „ambulanten Leistungen“  <b>Begründung:</b> Um das durch den § 39a Abs.2 geschaffene Angebot zu beschreiben, das keine individuelle Leistungserbringung regelt, plädiert die DGP für die alternative Formulierung.</p> <p><b>Bitte in Satz 1 streichen:</b> ... Ziele der <del>spezialisierten</del> Palliativversorgung ...  <b>Begründung:</b> Da es nach Ansicht der DGP keine spezifischen Ziele der spezialisierten Palliativversorgung gibt, die über die Ziele der allgemeinen Palliativversorgung hinausgehen (vgl. § 1 Abs.1), sollte an dieser Stelle das Wort „spezialisiert“ gestrichen werden.</p> <p><b>Bitte in Satz 2 einfügen:</b> Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens <u>oder die Bedrohung durch ein solches</u>, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen  <b>Begründung:</b> Gerade durch die frühzeitige und vorbeugende Intervention in einer drohenden palliativen Krisensituation lässt sich eine Verschlimmerung der Situation häufig am besten vermeiden.</p> <p><b>Bitte hinter Satz 2 einfügen:</b> <u>Auch weitere, in der Palliativmedizin erfahrene Berufsgruppen müssen Bestandteil dieser Konzepte sein und fallbezogen hinzugerufen werden können.</u></p> <p><b>Begründung:</b> Wesentliches Merkmal der besonders aufwändigen Versorgung ist die multi- und interprofessionelle Zusammenarbeit, weshalb darauf ausdrücklich hingewiesen werden sollte. (vgl. auch Anregungen und Vorschläge im Anhang)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ausgeprägte Schmerzsymptomatik</li> <li>- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik</li> <li>- ausgeprägte respiratorische Symptomatik</li> </ul>	<p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Ausgeprägte Schmerzsymptomatik</u></li> <li>- <u>Ausgeprägte neurologische Symptome (z.B. Bewusstseinsstörungen, Myoklonien, Spastik)</u></li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik</li> <li>- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Ausgeprägte psychische Symptome (z.B. Angst, Anspannung, Agitation, Depression)</u></li> <li>- <u>Ausgeprägte respiratorische Symptome (z.B. Dyspnoe, Husten, Hämoptoe)</u></li> <li>- <u>Ausgeprägte gastrointestinale Symptome (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Diarrhoe, Obstruktion, Dysphagie, Ernährungsprobleme)</u></li> <li>- <u>Ausgeprägte dermatologische Symptome (z.B. exulzierende Wunden, Dekubitus, Lymphödem, Pruritus)</u></li> <li>- <u>Ausgeprägte urogenitale Symptome (z.B. Harnverhalt, starke Hämaturie)</u></li> <li>- <u>Außergewöhnlich belastende Symptome weit fortgeschrittener nicht-onkologischer Erkrankungen z.B. wie unheilbarer neurologischer Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, terminaler Herz-, Lungen-, Leber- oder Niereninsuffizienz</u></li> <li>- <u>Außergewöhnliche psychosoziale Dekompensation des Patienten oder Überforderung der Familie bzw. des sozialen Umfeldes, die die häusliche Versorgung gefährden</u></li> <li>- <u>Ausgeprägte spirituelle Krisensituationen, die ein Verbleiben in der häuslichen Umgebung gefährden</u></li> <li>- <u>In begründeten Fällen können auch andere belastende Symptomkonstellationen eine besonders aufwändige Versorgung rechtfertigen</u></li> </ul> <p><b>Begründung:</b> Der bisherige Entwurf beschreibt die möglichen Szenarien aufwändiger Palliativversorgung nach Meinung der DGP nur unzureichend. Auch weitere komplexe und oft nur aufwändig zu behandelnde Symptomgeschehnisse sowie vor allem auch die häufig in diesem Kontext zu beobachtende psychosoziale Dekompensation des Patienten und seines sozialen Umfeldes sollten nach Meinung der DGP hier unbedingt genannt werden.</p>
--	---

<p><b>§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung</b></p>	<p><b>Ihre Stellungnahme</b></p>
--	----------------------------------

(1) <sup>1</sup>Die SAPV umfasst je nach Bedarf im Einzelfall alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen. <sup>2</sup>Sie umfasst zusätzlich die besondere, auf den Einzelfall bezogene Koordination der einzelnen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die

<p>schen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung des verordnenden Arztes, der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132d SGB V.</p>	
<p>(2) <sup>1</sup>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V (Palliative-Care-Teams) erbracht. <sup>2</sup>Sie wird stufenweise nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit die ambulante Versorgung, insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu erreichen. <sup>3</sup>Sie kann dem jeweiligen aktuell Versorgungsbedarf entsprechend als</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratungsleistung,</li> <li>- Koordination der Versorgung,</li> <li>- additiv unterstützende Teilversorgung,</li> <li>- vollständige Versorgung</li> </ul> <p>erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen</p>	<p><b>Bitte am Ende von Satz 1 ergänzen:</b> ... erbracht, <u>die sich dadurch auszeichnen, daß sie ausschließlich oder schwerpunktmäßig SAPV erbringen.</u></p> <p><b>Begründung:</b> Palliative-Care-Teams können nur durch die ausschließliche oder weit überwiegende Leistungserbringung auf diesem Gebiet die besondere Expertise und Erfahrung für schwierige und komplexe Problemsituationen in der SAPV gewinnen und erhalten.</p> <p><b>Bitte hinter Satz 1 einfügen:</b> <u>Den besonderen Belangen von Kindern wird dadurch Rechnung getragen, dass die SAPV von pädiatrischen Palliative-Care-Teams erbracht werden soll.</u></p> <p><b>Begründung:</b> Die in §1 Abs.2 erhobene Forderung wird im bisherigen Entwurf der Richtlinie nicht weiter spezifiziert. Durch die Etablierung von pädiatrischen Palliative Care Teams wird ihr am sinnvollsten Rechnung getragen (vgl. auch Anregungen und Vorschläge im Anhang).</p> <p><b>Bitte in Satz 2 streichen:</b> ... <del>stufenweise</del>...</p> <p><b>Begründung:</b> Durch die Streichung soll dem Missverständnis vorgebeugt werden, dass eine Verordnung immer nur stufenweise, also beginnend mit der Beratungsleistung, erfolgen kann. Es muss, im Gegenteil, auch möglich sein, z.B. gleich die Koordination oder auch die vollständige Versorgung zu verordnen.</p> <p><b>Bitte in Satz 2 streichen:</b> ... Ziele der <del>spezialisierten</del> ambulanten Palliativversorgung ...</p> <p><b>Begründung:</b> Da es unseres Erachtens keine spezifischen Ziele der spezialisierten Palliativversorgung gibt, die über die Ziele der allgemeinen Palliativversorgung hinausgehen (vgl. § 1 Abs.1), sollte an dieser Stelle das Wort „spezialisiert“ gestrichen werden.</p>
<p>(3) Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit</li> <li>- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten o-</li> </ul>	<p><b>Einleitungssatz / Bitte einfügen:</b> Inhalte der <u>spezialisierten ambulanten</u> Palliativversorgung sind insbesondere:</p> <p><b>Begründung:</b> An dieser Stelle muss u.E. unbedingt darauf hingewiesen werden, dass es sich im Folgenden um die Inhalte der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung handelt, die über die Mittel und Methoden der allgemeinen Palliativversorgung hinausgehen.</p> <p><b>1. Spiegelstrich / Bitte streichen</b> Koordination der <del>spezialisierten</del> palliativ-</p>

der anderen Maßnahmen

- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern
- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht
- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen
- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod
- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung
- Psychosoziale 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

medizinischen und ... :

**Begründung:** Gemäß § 4.1 und § 5.2 muss es auch möglich sein, im Einzelfall bei Bedarf die Koordination der allgemeinen palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung zu verordnen, weshalb wir dafür plädieren, den Zusatz „spezialisiert“ an dieser Stelle ersatzlos zu streichen.

**2. Spiegelstrich / Bitte einfügen:** Symptomlinderung durch Anwendung und Verordnung von ...

**Begründung:** Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sollen nicht nur angewendet werden dürfen (im Sinne eine Abgabe in Krisensituationen), sondern müssen auch verordnet werden können (insbesondere, wenn der Auftrag die unterstützende Teilversorgung bzw. vollständige Versorgung beinhaltet).

**4. Spiegelstrich / Änderungsvorschlag:** statt „ ... die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes ... „ sollte es heißen „ ... die Kompetenz des palliativmedizinisch qualifizierten Arztes ... „

**Begründung:** Der Begriff „weitergebildeter Palliativarzt“ ist unüblich und wird hier auch nicht definiert. Der Begriff des „palliativmedizinisch qualifizierten und erfahrenen Arztes“ ist hingegen gebräuchlich. Über den Umfang der Qualifikation und der Erfahrung sind in den Empfehlungen nach § 132d SGB V Festlegungen zu treffen.

**7. Spiegelstrich / Bitte streichen:** Der 7. Spiegelstrich kann an dieser Stelle ersatzlos gestrichen werden.

**Begründung:** Der 7. Spiegelstrich kann an dieser Stelle gestrichen werden, da er als Strukturmerkmal (mit einer ergänzenden Bemerkung) in den neuen § 5.4 integriert worden ist.

**11. Spiegelstrich / Bitte streichen:** Der 11. Spiegelstrich kann an dieser Stelle ersatzlos gestrichen werden.

**Begründung:** Der 11. Spiegelstrich kann an dieser Stelle gestrichen werden, da er als Strukturmerkmal in den neuen § 5.4 integriert worden ist (Verpflichtung zur Teilnahme an Fortbildungen zur Palliativversorgung bzw. an multi-professionell besetzten Qualitätszirkeln).

**10. Spiegelstrich / Änderungsvorschlag:** Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit insbesondere durch Seelsorger, Sozialarbeiter, Psychologen/Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Apotheker und Ehrenamtliche ambulanter Hospizdienste

**Begründung:** Die Inhalte der SAPV müssen auch dadurch deutlich gemacht werden, dass die Berufsgruppen, die bedarfsweise einzubinden sind, genannt werden. Sie tragen ebenfalls wesentlich zur Qualität einer gelingenden SAPV bei.



**(4) Als Absatz 4 soll hier angefügt werden (vgl. auch Anregungen und Vorschläge im Anhang):** <sup>1</sup>Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind eng verknüpft mit dem multiprofessionellen Ansatz in der spezialisierten Palliativversorgung. <sup>2</sup>Dieser ist abhängig von strukturellen Rahmenbedingungen. <sup>3</sup>Insbesondere die folgenden Voraussetzungen sind deshalb Grundlage der Tätigkeit von Palliative Care Teams (PCT):

- Verfügbarkeit einer eigenständigen Infrastruktur zur Planung, Koordination und Durchführung der Teamarbeit
- Fester Personalstamm (Voraussetzung: Qualifikation und mehrjährige Erfahrung in Palliativmedizin bzw. Palliative Care)
- Medizinische Leitung durch einen Arzt mit der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin und einjähriger ganztägiger Tätigkeit in einer palliativmedizinischen Einrichtung oder bei einem Weiterbildungsbefugten (Ausnahme im Rahmen von Übergangsregelung)
- Bei Bedarf Hinzuziehung weiterer Fachkräfte, insbesondere aus dem physiotherapeutischen, psychologischen, sozialarbeiterischen und seelsorgerischen Bereich (Voraussetzung: Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen)
- Bevorratung von Arznei-(incl. Betäubungsmitteln) und Hilfsmitteln für den notfallmäßigen Einsatz im Rahmen von Sprechstunden- oder Stationsbedarf (je nach Anbindung des PCT)
- Verordnungsfähigkeit von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und häuslicher Krankenpflege
- Befugnis zur Feststellung von Krankenhaus- und Hospizbedürftigkeit
- Regelmäßige Teambesprechungen und Supervisionen
- Verpflichtung der Team-Mitglieder zur Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungen zur Palliativversorgung
- Organisation von und Teilnahme an multiprofessionell besetzten Qualitätszirkeln

Die folgenden Anforderungen an das PCT sind beschränkt auf diejenigen Patienten (und deren weitere Leistungserbringer), die sich bereits in der SAPV befinden:

- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche,

	<p>wenn der Auftrag die unterstützende Teilversorgung bzw. vollständige Versorgung beinhaltet)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ständige Verfügbarkeit mindestens eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin</u></li> <li>• <u>Ständige Verfügbarkeit mindestens einer Pflegekraft mit einer Weiterbildung nach dem 160-stündigen „Basiscurriculum Palliative Care“ von Kern/Müller/Aurnhammer oder anderen nach Stundenzahl und Inhalt gleichwertigen Curricula</u></li> </ul>
<b>§ 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer</b>	<b>Ihre Stellungnahme</b>
<p>(1) <sup>1</sup>Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die einzelnen Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; die Koordinierung innerhalb des Teams ist sicherzustellen. <sup>2</sup>Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen zu treffen. <sup>3</sup>Kooperationspartner ist auch der jeweilige Hospizdienst, der auf Wunsch des Patienten an der Versorgung beteiligt wird.</p>	<p><b>Änderungsvorschlag zu Satz 1:</b> <u>Die Leistungserbringer nach § 132d SGB V (Palliative-Care-Teams) gewährleisten im Rahmen der SAPV, dass weitere einzelne Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; der multiprofessionelle Ansatz der Palliativversorgung ist hierbei zu berücksichtigen.</u></p> <p><b>Begründung:</b> Satz 1 in der ursprünglichen Fassung erscheint uns sehr missverständlich, da der Begriff des Teams nicht näher definiert wird. Sollen Kooperationsvereinbarungen innerhalb und außerhalb des Teams getroffen werden? Für jeden einzelnen Patienten evtl. in neuen Kombinationen? Da sich die DGP für feste Teamstrukturen mit beständigem Personal im Rahmen von Palliative Care Teams ausspricht, scheint uns der Alternativvorschlag geeigneter zu sein, die wichtige und auch über das Palliative Care Team hinausgehende Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern abzubilden.</p>
<p>(2) Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten.</p>	
<p>(3) Es ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung ausgetauscht werden.</p>	
<p>(4) Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen.</p>	

<p>(5) <sup>1</sup>Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. <sup>2</sup>Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.</p>	
<p><b>§ 7 Verordnung von SAPV</b></p>	<p><b>Ihre Stellungnahme</b></p>
<p>(1) <sup>1</sup>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird vom behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet. <sup>2</sup>Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht SAPV erforderlich, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 7 Tage.</p>	<p><b>Änderungsvorschlag:</b> statt „für 7 Tage“ sollte es einem Krankenhausarzt auch möglich sein, bei Bedarf eine Verordnung „für 28 Tage“ auszustellen.  <b>Begründung:</b> Die Begrenzung auf 7 Tage erscheint willkürlich und wird oft dazu führen, unnötigen Bürokratismus zu induzieren und unnötige Ängste zu forcieren. Ein Zeitraum von bis zu 28 Tagen gewährleistet hingegen eine gewisse Sicherheit gerade in einer extrem instabilen Krankheitssituation, innerhalb derer es vermutlich in vielen Fällen zum Versterben des Patienten kommen wird.</p>
<p>(2) Die ärztliche Verordnung erfolgt auf einem zu vereinbarenden Vordruck, der der Leistungserbringung nach Bedarfsstufen (§ 5 Abs. 2) Rechnung zu tragen hat und Angaben zur Dauer der Verordnung enthält.</p>	<p><b>Bitte einfügen:</b> Die ärztliche Verordnung erfolgt <u>in Absprache mit dem Palliative Care Team</u> auf einem ...  <b>Begründung:</b> Die direkte Beteiligung des Palliative Care Teams scheint unverzichtbar, wenn es um die Frage der Bedarfs geht. Im Dialog mit dem Team kann der Umfang des Bedarfs an spezialisierter Palliativversorgung am besten abgeschätzt werden, so dass auf diese Weise eine bedarfsgerechte Verordnung (nämlich die passende „Stufe“) am sinnvollsten erfolgen kann.  <b>Bitte streichen...</b> nach Bedarfsstufen  <b>Begründung:</b> Der Begriff „Stufen“ fördert u.E. Missverständnisse, weshalb hier lediglich von einer Leistungserbringung „nach Bedarf“ gesprochen werden sollte (vgl. auch unsere Stellungnahme zu § 5.2)</p>
<p><b>§ 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse</b></p>	<p><b>Ihre Stellungnahme</b></p>
<p><sup>1</sup>Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über</p>	<p><b>Bitte streichen</b> Die Krankenkasse übernimmt <del>bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung</del> die Kosten ...</p>

die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, wenn die Verordnung gemäß des Musters XX spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. <sup>2</sup>Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.

**Begründung:** Der Gesetzgeber hat die Verordnung der SAPV nicht unter einen Genehmigungsvorbehalt gestellt.

**Bitte ändern:** statt „dem dritten“ sollte es „dem siebten“ heißen.

**Begründung:** Die Begrenzung auf 3 Arbeitstage schafft in der extremen Instabilität der Palliativsituation einen wenig hilfreichen Zeitdruck, der häufig auch von den Patienten und ihren Angehörigen als „Bedrohung“ der Situation empfunden werden wird. Es wäre u.E. deshalb hilfreich, das Zeitfenster auch an dieser Stelle etwas weiter zu öffnen.

## **Ihre Stellungnahme: Übergeordnete Anregungen oder Vorschläge**

**1. Anregung – Definition der strukturellen Merkmale eines Palliative Care Teams und Beschreibung von Qualitätsstandards:** Konkrete Angaben zur Strukturqualität von Palliative Care Teams incl. der Qualifizierung der Mitarbeiter halten wir auch in der SAPV-Richtlinie des G-BA für dringend geboten. Diese Vorgaben sind für die Umsetzung des Gesetzes und die Versorgung der Patienten aus unserer Sicht entscheidend. Nur so lässt sich unseres Erachtens eine ausreichende, zweckmäßige und notwendige Qualität in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gewährleisten und der Intention des Gesetzgebers gerecht werden. Hierzu sollte auch eine regelmäßige Evaluation der Arbeit der Palliative Care Teams gehören. Die DGP plädiert deshalb für die Einführung eines Absatz 4 in § 5 der SAPV-Richtlinie, in dem die genannten Voraussetzungen beschrieben werden.

**2. Anregung – Unverzichtbare Einbindung weiterer Berufsgruppen in die SAPV:** Neben der medizinischen und der pflegerischen Expertise ist im Rahmen der SAPV die Expertise weiterer Berufsgruppen unverzichtbar, die im Bedarfsfall in die Versorgung eingebunden werden müssen, um dem ganzheitlichen und multiprofessionellen Ansatz der spezialisierten Palliativversorgung gerecht werden zu können. Die realen Patientenbedürfnisse in der palliativen Situation sind häufig nicht allein medizinischer und pflegerischer Natur, sondern ein komplexes Zusammenspiel somatischer sowie psychosozialer und spiritueller Nöte. Die Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen im Umgang mit unheilbaren Erkrankungen, z.B. durch Seelsorger, Sozialarbeiter, Psychologen/Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Apotheker (jeweils mit einer entsprechenden Zusatz-Qualifikation) ist deshalb häufig genauso wichtig wie die Unterstützung durch geschulte ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Hospizdienste, um die gewünschten Ziele der SAPV zu erreichen.

**3. Anregung – Pädiatrische Palliative Care Teams:** Nicht nur die Besonderheiten des Lebensalters, das große Spektrum an spezifisch pädiatrischen Grunderkrankungen, sondern auch die unterschiedlichen Bedürfnisse im familiären Kontext erfordern ein entsprechend ausgebildetes pädiatrisches Team. Pädiatrische Palliative Care Teams werden erwartungsgemäß weniger Patienten versorgen, die jedoch in einem erheblich größeren Entfernungsradius von bis zu 100 km aufzusuchen sind. Um trotzdem einen „aufsuchenden Bereitschaftsdienst“ leisten zu können, benötigen die Teams einen Personalschlüssel, der mindestens dem eines „Erwachsenenteams“ entspricht. Diesen Überlegungen folgend empfehlen wir dringend die Implementierung spezialisierter pädiatrischer Palliative Care Teams, die ausschließlich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (wenn die Krankheit typisch pädiatrisch ist) betreuen.