

**Tragende Gründe zu dem Beschluss  
des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von  
spezialisierte ambulanter Palliativversorgung**

**Vom 20. Dezember 2007**

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlagen</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b>	<b>3</b>
2.1	Zu § 1 der SAPV-Richtlinie: Grundlagen und Ziele	3
2.2	Zu § 2 der SAPV-Richtlinie: Anspruchsvoraussetzungen	4
2.3	Zu § 3 der SAPV-Richtlinie: Anforderungen an die Erkrankungen	4
2.4	Zu § 4 der SAPV-Richtlinie: Besonders aufwändige Versorgung	4
2.5	Zu § 5 der SAPV-Richtlinie: Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	5
2.6	Zu § 6 der SAPV-Richtlinie: Zusammenarbeit der Leistungserbringer	6
2.7	Zu § 7 der SAPV-Richtlinie: Verordnung von SAPV	6
2.8	Zu § 8 der SAPV-Richtlinie: Prüfung der Leistungspflicht durch die Krankenkasse	7
<b>3.</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen</b>	<b>7</b>
<b>4.</b>	<b>Beratungsverlauf</b>	<b>8</b>
<b>5.</b>	<b>Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>9</b>
5.1	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens	9
5.2	Eingegangene Stellungnahmen	9
5.2.1	Übersicht fristgerecht eingegangener Stellungnahmen	9

5.2.2	Übersicht der nach Fristablauf eingegangenen Stellungnahmen	10
5.2.3	Übersicht eingegangener Stellungnahmen von nicht stellungnahmeberechtigten Organisationen	10
5.3	Auswertung der Stellungnahmen	11
5.3.1	Übergeordnete Anregungen/Vorschläge	12
5.3.2	Auswertung der Stellungnahmen zu § 1	32
5.3.3	Auswertung der Stellungnahmen zu § 2	47
5.3.4	Auswertung der Stellungnahmen zu § 3	51
5.3.5	Auswertung der Stellungnahmen zu § 4	61
5.3.6	Auswertung der Stellungnahmen zu § 5	76
5.3.7	Auswertung der Stellungnahmen zu § 6	124
5.3.8	Auswertung der Stellungnahmen zu § 7	136
5.3.9	Auswertung der Stellungnahmen zu § 8	144
5.4	Anhänge	149
5.4.1	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens	149
5.4.2	Erstfassung der SAPV-Richtlinie für Stellungnahmeverfahren	150
5.4.3	Anschreiben an die stellungnahmeberechtigten Organisationen nach § 92 Abs. 7b S. 1 SGB V	153
5.4.4	Anschreiben an Organisationen mit Stellungnahmerecht im Einzelfall zur Erstfassung der SAPV-Richtlinie nach § 31 VerfO	154
5.4.5	Anschreiben an Heilberufekammern	155
5.4.6	Organisationen mit Stellungnahmeberechtigung (maßgebliche Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung nach § 92 Abs. 7b S. 1 SGB V)	156
5.4.7	Organisationen mit Stellungnahmeberechtigung (maßgebliche Spitzenorganisation der Pflegedienste auf Bundesebene nach § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V)	156
5.4.8	Erläuterungen für Stellungnehmer	157

## **1. Rechtsgrundlagen**

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sieht durch die Einfügung des § 37 b SGB V i. V. m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V die Erstellung einer Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie) vor.

Nach § 92 Abs. 7b S. 1 SGB V wurde vor der Entscheidung über die SAPV-Richtlinie den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie den in § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V genannten Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Nach § 91 Abs. 8a SGB V wurde der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt. Weitere Stellungnahmen wurden gemäß § 31 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) eingeholt. Die Frist für die Abgabe der Stellungnahmen betrug 4 Wochen (s. dazu § 33 VerfO).

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

### **2.1 Zu § 1 der SAPV-Richtlinie: Grundlagen und Ziele**

§ 1 Abs. 1 fasst einleitend die spezifischen Ziele der Palliativversorgung und die grundsätzliche Herangehensweise an eine Palliativbehandlung zusammen. Die Regelung erfüllt damit zunächst eine Präambelfunktion; sie steht darüber hinaus im Zusammenhang mit den §§ 4 und 5, die die Abgrenzung zur allgemeinen Palliativversorgung sowie Inhalt und Umfang der spezialisierten Palliativversorgung (SAPV) an die Erreichbarkeit der Ziele nach § 1 knüpfen (vgl. Erläuterungen zu §§ 4 und 5).

Eine gesonderte Zielbestimmung hinsichtlich der Vermeidung von Krankenhausbehandlung wurde nicht aufgenommen; ein solcher Inhalt ist bereits durch Satz 1 abgedeckt („menschenswürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen“). Ein Anspruch auf SAPV besteht auch, wenn der Behinderte in einer Wohnung für behinderte Menschen lebt.

§ 1 Abs. 2 vervollständigt die Zielformulierung des Absatzes 1 um das Erfordernis, die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen (§ 37 b Abs. 1 S. 4 SGB V). Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst auch die pädiatrische Versorgung. Die freie Arztwahl der Patienten bleibt von der gesonderten Nennung dieser Zielgruppe jedoch unberührt.

§ 1 Abs. 3 verdeutlicht einleitend, dass die SAPV keine aufgezwungene Leistung, sondern ein individuell angepasstes Angebot darstellt, das die Wünsche und Bedürfnisse der Versicherten in den Mittelpunkt der Bemühungen rückt. Damit ist ebenfalls ausgedrückt, dass die Ablehnung von einzelnen Therapien durch den Patienten kein Ausschlusskriterium für den Anspruch auf SAPV sein kann.

Abs. 4 S. 1, 1. Halbs. stellt klar, dass die SAPV grundsätzlich als ergänzende Leistung neben der bestehenden Versorgung erbracht wird. Mit der Regelung wird dem gesetzlichen Auftrag (§ 37b Abs. 3 Nr. 2 SGB V) entsprochen, das rechtliche Verhältnis zur ambulanten Versorgung zu bestimmen.

Abs. 4 S. 1, 2. Halbs. steht im Zusammenhang mit der Regelung des § 5 Abs. 2 S. 2 und 3, wonach die Leistungen entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf in verschiedenen Formen und Intensitäten erbracht werden können.

Abs. 4 S. 2 fasst zusammen, dass SAPV als zusätzliche Leistung der GKV andere Sozialleistungsansprüche grundsätzlich nicht tangiert. Zu beachten bleibt aber, dass ein und dieselbe konkrete Leistung nicht gleichzeitig Bestandteil der allgemeinen Versorgung und der SAPV sein kann; SAPV wird nach § 5 Abs. 2 S. 2 nur als solche erbracht, soweit die übrige Versorgung zur Erreichung der Ziele der Palliativversorgung nicht ausreicht.

## **2.2 Zu § 2 der SAPV-Richtlinie: Anspruchsvoraussetzungen**

§ 2 gibt im Wesentlichen die Anspruchsvoraussetzungen nach § 37b Abs. 1 S. 1 SGB V wieder. Dies dient der inneren Strukturierung der RL und leitet auf die Anspruchskonkretisierungen in § 3 und § 4 über.

Der Hinweis darauf, dass die SAPV trotz des Bedarfs nach besonders aufwändiger Versorgung im ambulanten Bereich erbringbar sein muss (Nr. 2), lehnt sich an eine Formulierung in der Gesetzesbegründung an (BT-Drucks. 16/3100, S. 105). Es werden damit auch Überlegungen abgedeckt, dass mit der neugeschaffenen Leistung vor allem nicht notwendige Einweisungen ins Krankenhaus vermieden bzw. vorzeitige Krankenhauserkrankungen ermöglicht werden sollen.

## **2.3 Zu § 3 der SAPV-Richtlinie: Anforderungen an die Erkrankungen**

Die Anforderungen an die Erkrankungen, bei deren Vorliegen Anspruch auf SAPV bestehen kann, wurden in abstrakter Form festgelegt. Ein Katalog von Erkrankungen trüge nicht zur Klarheit der Richtlinie bei; er wäre auch der Palliativversorgung nicht angemessen und ist daher entbehrlich. Die in § 3 Abs. 1 genannten Anforderungen sind auch erfüllt, wenn Patienten kurative Behandlungsmaßnahmen nicht mehr durchführen lassen möchten.

In Abs. 3 wird die Definition einer weit fortgeschrittenen Erkrankung mit der in § 37 Abs. 1 S. 1 SGB V als Leistungsvoraussetzung genannten begrenzten Lebenserwartung verknüpft.

Da keine letztgültig validen Instrumente zur Abschätzung der Lebenserwartung vorliegen, stellt der Beschlussentwurf auf eine begründete Einschätzung des verordnenden Arztes ab und verzichtet auf die Nennung eines festen Zeitfensters. Die in § 3 Abs. 3 gewählte Formulierung ermöglicht auch bei längeren Prognosen die SAPV als Krisenintervention. Dies gilt für Kinder und für Erwachsene.

## **2.4 Zu § 4 der SAPV-Richtlinie: Besonders aufwändige Versorgung**

§ 37b Abs. 3 Nr. 1 SGB V beauftragt den G-BA ausdrücklich, die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Patienten zu konkretisieren. Nach dem Gesetzeszweck ist dieser das entscheidende Abgrenzungskriterium zur allgemeinen Palliativversorgung. Dies ergibt sich auch aus der Gesetzesbegründung, in der es heißt:

*„Versicherte, die diesen besonderen Bedarf nicht aufweisen, werden weiter im Rahmen der derzeitigen Strukturen versorgt.“ (BT-Drucks. 16/3100 S. 106).*

Satz 1 formuliert den dafür maßgeblichen allgemeinen Grundsatz, an dem sich im Einzelfall jede Verordnung von SAPV messen lassen muss. Danach besteht Bedarf nach besonders aufwändiger Versorgung immer (und nur) dann, wenn die anderweitigen Versorgungsstrukturen nicht ausreichen, um die in § 1 Abs. 1 formulierten Ziele der Palliativversorgung (menschenwürdiges Leben bis zum Tod in der vertrauten Umgebung, optimierte Symptomkontrolle, etc.) zu erreichen.

Die Sätze 2 und 3 konkretisieren diese abstrakte Abgrenzung aufeinander aufbauend. Abgestellt wird auf ein über das übliche Maß hinausgehendes komplexes Symptomgeschehen, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische oder palliativpflegerische Kenntnisse und eine besondere Abstimmung unter den Leistungserbringern voraussetzt. Die Regelung steht deshalb im Zusammenhang mit der besonderen Koordination als Inhalt der SAPV (§ 5 Abs. 1) und der vom Gesetz geforderten Zusammenarbeit der Leistungserbringer. In Satz 3 werden in der Palliativversorgung beispielhaft häufige Symptomgeschehen angeführt, die in der Regel als komplex gelten. Die in Satz 3 gewählte Formulierung schließt andere komplexe Symptomgeschehen nicht aus.

## **2.5 Zu § 5 der SAPV-Richtlinie: Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung**

Die Konkretisierung von Inhalt und Umfang der SAPV in Abs. 1 steht in unmittelbarem Zusammenhang mit § 4, der über die Definition des besonderen Versorgungsbedarfs eine Abgrenzung zur allgemeinen Palliativversorgung vornimmt. Inhalt der SAPV kann danach grundsätzlich all das sein, was auch im Rahmen der sonstigen ambulanten Versorgung erbracht werden könnte. Allerdings ist unabdingbare Voraussetzung, dass die Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die spezifischen Ziele der Palliativversorgung zu erreichen. Leistungen, die z. B. einen kurativen Ansatz verfolgen, bleiben daher von der SAPV ausgeschlossen und sind nach wie vor im Rahmen der Primärversorgung zu erbringen.

Anders als die allgemeine Palliativversorgung umfasst die SAPV zusätzlich die besondere Koordination der einzelnen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung des verordnenden oder des behandelnden Arztes, der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132d SGB V.

Gemeinsam ist allen Leistungen der SAPV, dass sie ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132b SGB V („Palliative-Care-Teams“) erbracht werden. In Abs. 2 wird ein flexibles Versorgungskonzept implementiert, damit dem individuellen, jeweils aktuellen Versorgungsbedarf Rechnung getragen werden kann. Danach kann SAPV in allen sinnvollen Kombinationen intermittierend oder durchgängig als Beratungsleistung, als koordinative Leistung, als additiv unterstützende Teilversorgung oder als vollständige Versorgung erbracht werden. Die SAPV kann somit als zusätzliche Leistung neben der sonstigen ambulanten Palliativversorgung verordnet werden. Bei vollständiger Versorgung

durch das PCT ist die gleichzeitige Erbringung von Maßnahmen der sonstigen ambulanten Palliativversorgung neben der SAPV nicht möglich. Mit der Regelung soll eine flexible Leistungsübernahme durch die Teams ermöglicht werden, bei der die Intensität der Leistungen nach Bedarf erweitert oder reduziert werden kann.

Abs. 3 enthält eine nicht abschließende Auflistung wesentlicher Leistungsinhalte der SAPV.

## **2.6 Zu § 6 der SAPV-Richtlinie: Zusammenarbeit der Leistungserbringer**

Abs. 1 verpflichtet die an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringer zu aufeinander abgestimmtem und bedarfsgerechtem Vorgehen, das u. a. durch verbindliche Kooperationsvereinbarungen erreicht werden soll. Mit Abs. 1 S. 3 wird der gesetzliche Auftrag des § 37b Abs. 3 Nr. 2 umgesetzt, wonach in der Richtlinie Regelungen zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen zu treffen sind.

Mit Abs. 3 soll insbesondere der notwendige Informationsfluss zwischen den Leistungserbringern der allgemeinen und denen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gesichert werden (vgl. auch Gesetzesbegründung: BT-Drucks. 16/3100, S. 106).

Mit Abs. 4 soll dem notwendigen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung getragen werden (vgl. auch Gesetzesbegründung zu § 37 b Abs. 3 SGB V). Sie knüpft an das Ziel in § 1 Abs. 3 an, die Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen an deren individuellen Bedürfnisse und Präferenzen sowie die ihres Umfeldes besonders anzupassen.

Abs. 5 fordert über die vorangestellten Kooperationsverpflichtungen hinaus zu vernetztem Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen auf.

## **2.7 Zu § 7 der SAPV-Richtlinie: Verordnung von SAPV**

Mit Abs. 1 wird klargestellt, dass die Verordnung sowohl durch den behandelnden Vertragsarzt als auch durch den Krankenhausarzt verordnet werden kann. Gleichzeitig wird ein Zeitrahmen vorgegeben, innerhalb dessen am Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungssektor die notwendigen Maßnahmen zur Sicherstellung der Weiterbehandlung der Patienten getroffen werden müssen.

Mit Abs. 2 soll sichergestellt werden, dass der von der Formularkommission zu erarbeitende Vordruck zur Verordnung der SAPV eine flexible Leistungserbringung nach § 5 Abs. 2, S. 2 und 3 zulässt. Angaben zur Dauer sind notwendig, um die Möglichkeit zur intermittierenden Leistungserbringung (§ 5 Abs. 2 S. 2) zu gewährleisten.

## **2.8 Zu § 8 der SAPV-Richtlinie: Prüfung der Leistungspflicht durch die Krankenkasse**

In der SAPV sind rasche Entscheidungen über die Leistungsbewilligung notwendig. Die in § 8 getroffene Regelung ist inhaltlich an die entsprechende Vorschrift der HKP-Richtlinien angelehnt. Mit ihr wird keine Ausschlussfrist für notwendige Leistungen der SAPV normiert. Auch wenn die Verordnung verspätet eingereicht wird, besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen Anspruch auf SAPV bereits vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an.

## **3. Würdigung der Stellungnahmen**

In § 1 erfolgten sprachliche Klarstellungen, die aufgenommen wurden, um die von den Stellungnehmern adressierten Unklarheiten auszuräumen.

Mit der Änderung in § 2 Nr. 2 werden nun auch die pflegerischen Erfordernisse der SAPV deutlicher betont.

Mit dem neuen Satz 2 in § 3 Abs. 3 wird darauf verwiesen, dass insbesondere bei Kindern die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt sind.

In § 4 wird die Liste der komplexen Symptomgeschehen um relevante Nennungen aus den Stellungnahmen erweitert.

In § 5 Abs. 1 S. 2 wird klargestellt, dass sich die Beratung durch die Leistungserbringer nach § 132d SGB V nicht nur auf den verordnenden, sondern gegebenenfalls auch auf den behandelnden Arzt bzw. die behandelnden Ärzte bezieht. Den Anregungen aus den Stellungnahmen folgend wurde der Klammerzusatz in § 5 Abs. 2 S. 1 „(Palliative Care Teams)“ gestrichen.

Mit der Änderung in Abs. 2 S. 2 wird weiterhin klargestellt, dass die Leistungserbringung der SAPV stufenlos in jedweder Intensität erfolgen kann (Streichung von „stufenweise“). Die nicht abschließende Aufzählung von möglichen Inhalten in § 5 Abs. 3 wird um weitere relevante Aspekte aus den Stellungnahmen ergänzt.

In § 6 Abs. 1 wird klarstellend eine Regelung aufgenommen, die auf die Möglichkeit für dauerbehandelnde Ärzte verweist, Kooperationspartner der Leistungserbringer nach § 132d SGB V zu werden. Gleichzeitig wird klargestellt, dass die Kooperationsvereinbarungen sowohl schriftlich als auch mündlich geregelt werden können, damit eine zügige Leistungserbringung nicht durch zeitaufwändige Verfahren gefährdet wird. In Abs. 3 wird nun auf die Einhaltung datenschutzrechtlicher Regelungen hingewiesen.

Mit der Einfügung des neuen S.2 in § 7 Abs. 1 wird nunmehr geregelt, dass Krankenhausärzte für die Patienten, die sie ambulant behandeln, ebenso wie niedergelassene Vertragsärzte SAPV verordnen können.

Nach mehrheitlicher Auffassung des G-BA liegen keine weiteren hinreichend begründeten Vorschläge in den Stellungnahmen vor, so dass keine zusätzliche Änderung in der Erstfassung der SAPV-Richtlinie erforderlich war.

#### 4. Beratungsverlauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
UA SAPV	30.08.2007	Entwurf der SAPV-Richtlinie, Einleitung der Stellungnahmeverfahren nach §§ 92 Abs. 7b und 91 Abs. 8a SGB V
G-BA	13.09.2007	Erstfassung der SAPV-Richtlinie und Einleitung der Stellungnahmeverfahren nach §§ 92 Abs. 7b und 91 Abs. 8a SGB V
UA SAPV	09.11.2007	Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
UA SAPV	23.11.2007	Auswertung des Stellungnahmeverfahrens, Fortsetzung
G-BA	20.12.2007	Beschluss zur Erstfassung der SAPV-Richtlinie

Siegburg, den 20. Dezember 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Der Vorsitzende

Hess



## 5. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

### 5.1 Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 13. September 2007 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren zur Erstfassung der SAPV-Richtlinie (s. Kapitel 5.4.1: Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens) einzuleiten. Er hat dazu den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung (s. Kapitel 5.4.6: Organisationen mit Stellungnahmeberechtigung (maßgebliche Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung nach § 92 Abs. 7b S. 1 SGB V)), den in § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V genannten Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene (s. Kapitel 5.4.7: Organisationen mit Stellungnahmeberechtigung (maßgebliche Spitzenorganisation der Pflegedienste auf Bundesebene nach § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V)) sowie weiteren Organisationen im Einzelfall nach § 31 VerfO (s. Kapitel 5.4.1: Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens) Gelegenheit zur Abgabe von Stellungnahmen gegeben. Nach § 91 Abs. 8a SGB V wurde der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur Abgabe von Stellungnahmen erteilt. Die Frist für die Abgabe der Stellungnahmen wurde auf 4 Wochen festgelegt (s. § 33 VerfO). Mit E-Mail und Schreiben vom 14.09.2007 wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen der o. g. Beschlussentwurf übersandt und für die Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme ein Zeitraum von 4 Wochen bis zum 16. Oktober 2007 vorgegeben (s. Kapitel: 5.4.3; 5.4.4 und 5.4.5). Den angeschriebenen Organisationen wurden die Tragenden Gründe anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens als Erläuterungen übersandt (s. Kapitel 5.4.8: Erläuterungen für Stellungnehmer).

### 5.2 Eingegangene Stellungnahmen

#### 5.2.1 Übersicht fristgerecht eingegangener Stellungnahmen

	Organisation
1.	Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABPV)
2.	Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte in Baden-Württemberg (ATO) und Krebsverband Baden-Württemberg e. V.
3.	Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH)
4.	AWO
5.	Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland e. V. (BVSD)
6.	Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (BAH)
7.	Bundesärztekammer (BÄK)
8.	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V. (BAPP)
9.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
10.	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)
11.	Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V. (BHK)
12.	Bundesverband Kinderhospiz e. V.
13.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
14.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
15.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
16.	Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V. (DGSS)
17.	Deutsche Hospiz Stiftung
18.	Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
19.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e. V. (DBfK)
20.	Deutscher Caritasverband e. V.
21.	Deutscher Hausärzteverband e. V.

	<b>Organisation</b>
22.	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (ehemals Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V.)
23.	Deutscher Kinderhospizverein e. V.
24.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V.
25.	Deutsches Rotes Kreuz
26.	Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland
27.	Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e. V. (GNPI)
28.	Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GfN)
29.	Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
30.	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V. (GPP)
31.	Johannes-Hospiz Münster gGmbH, St. Franziskus-Hospital GmbH, Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft Münster mbH
32.	St. Jakobus Hospiz gemeinnützige GmbH

### 5.2.2 Übersicht der nach Fristablauf eingegangenen Stellungnahmen

	<b>Organisation</b>	<b>Eingang:</b>
33.	Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)	17.10.2007
34.	Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V.	19.10.2007

### 5.2.3 Übersicht eingegangener Stellungnahmen von nicht stellungnahmeberechtigten Organisationen

	<b>Organisation</b>	<b>Eingang:</b>
35.	Palliativnetz östliches Hollstein (PöH), Eutin	17.10.2007

## 5.3 Auswertung der Stellungnahmen

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge	12
Tabelle 2: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 1	32
Tabelle 3: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 2	37
Tabelle 4: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 3	41
Tabelle 5: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 4	43
Tabelle 6: § 2 Anspruchsvoraussetzungen	47
Tabelle 7: § 3 Anforderungen an die Erkrankungen – Abs. 1	51
Tabelle 8: § 3 Anforderungen an die Erkrankungen – Abs. 2	53
Tabelle 9: § 3 Anforderungen an die Erkrankungen – Abs. 3	54
Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung	61
Tabelle 11: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 1	76
Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 2	80
Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3	96
Tabelle 14: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 1	124
Tabelle 15: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 2	130
Tabelle 16: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 3	132
Tabelle 17: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 4	133
Tabelle 18: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 5	134
Tabelle 19: § 7 Verordnung von SAPV – Abs. 1	136
Tabelle 20: § 7 Verordnung von SAPV – Abs. 2	142
Tabelle 21: § 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse	144

### 5.3.1 Übergeordnete Anregungen/Vorschläge

Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge	
Organisation	
1. Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege	
2. Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte in Baden-Württemberg und dem Krebsverband Baden-Württemberg e.V.	<p>"Anforderungen an ein spezialisiertes Palliativ-Care-Team"</p> <p>U.E. sollten im Rahmen der SAPV-Richtlinie nicht nur die Anforderungen an die Erkrankungen, sondern auch die Anforderungen an die spezialisierten Palliativ-Care-Teams zumindest ansatzweise aufgeführt werden.</p> <p>Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Leistungserbringer in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zur Sicherstellung einer Erfahrungs-kompetenz auch bei komplexem und besonders problematischem Versorgungsbedarf primär bis ausschließlich diese Versorgung anbieten, wie es auch in der Empfehlung des Ministerkomitees des Europarates zur Strukturierung der spezialisierten Palliativversorgung empfohlen wird: „Spezialisierte Palliativversorgung bezeichnet solche Dienste, deren Haupttätigkeit in der Bereitstellung von Palliativversorgung besteht. Diese Dienste betreuen in der Regel Patienten mit komplexen und schwierigen Bedürfnissen“ (vgl. Empfehlung Rec 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und –pflegerischen Versorgung. Geneva, 2003). Die Leistungserbringer nach § 132d SGB V sollten daher u. a. mindestens die folgenden Minimalanforderungen erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Verfügbarkeit einer funktionsfähigen Infrastruktur zur Planung, Koordination und Durchführung einer bedarfsgerechten multiprofessionellen Teamarbeit</li> <li>2) Durchgängige telefonische Erreichbarkeit 24-Stunden an 365 Tagen im Jahr</li> <li>3) Ständige Verfügbarkeit mindestens eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin</li> <li>4) Ständige Verfügbarkeit mindestens einer Pflegekraft mit einer Weiterbildung im Bereich Palliative Care</li> <li>5) Medizinische Leitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin sowie mindestens einjähriger ganztägiger Tätigkeit in einer palliativmedizinischen Einrichtung (Kommentar: Derzeit wird die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin im Rahmen der Übergangbestimmungen meist noch ohne die einjährige Tätigkeit auf einer Palliativstation vergeben. Die Medizinische Leitung eines Teams zur spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung erfordert jedoch einen Spezialistenstatus gleichermaßen durch Weiterbildung wie durch Erfahrung)</li> <li>6) Bei Bedarf Einbeziehung physiotherapeutischer und psychologischer Kompetenz mit Expertise im Bereich Palliative Care sowie ggf. auch Einbeziehung seelsorgerlicher Begleitung möglich</li> <li>7) Erreichbarkeit der zu betreuenden Patienten bei vertretbaren Wartezeiten</li> </ol>

**Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge**

Organisation	
	<p>"Berücksichtigung gewachsener Strukturen"</p> <p>Aufgrund regional unterschiedlich gewachsener Strukturen sollte es möglich sein, die in der Richtlinie zur SPAV festgelegten Vorschriften vollumfänglich, aber adaptiert an die lokalen Verhältnisse umzusetzen. So sollte es z.B. möglich sein, regional bereits erfolgreich etablierte Versorgungsstrukturen wie z.B. die in Baden-Württemberg eingerichtete Brückenpflege, die bereits Teilaufgaben einer spezialisierten Palliativversorgung übernimmt, in das Versorgungskonzept mit einzubeziehen. Das Modell der Brückenpflege wurde in Baden-Württemberg speziell zur Verbesserung der Versorgung schwerstkranker Tumorpatienten beim Übergang von der stationären in die häusliche Betreuung etabliert. In der Evaluationsphase in den Versorgungsregionen der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte in Mannheim, Stuttgart, Tübingen und Ravensburg konnte zwischen 1990 und 1994 eine Verbesserung der Versorgung nachgewiesen werden. Aufgrund dieser Ergebnisse entwickelten sich anhand der Rahmenrichtlinien des Sozialministeriums Baden-Württemberg und des Krebsverbandes Baden-Württemberg zur Erweiterung des Angebotes in Baden-Württemberg bis heute insgesamt 20 Teams an 16 Standorten, die in die Regelversorgung der Krankenkassen übernommen wurden. Alle Brückenpflegeeinrichtungen beteiligen sich am Qualitätskonzept des Arbeitskreises Brückenpflege in der ATO (Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte) in Baden-Württemberg. Steuerungsinstrumente zur Qualitätssicherung sind tägliche Fallbesprechungen und Übergabegespräche, dokumentierte Fallsupervisionen, bei Bedarf externe Teamsupervisionen sowie die Teilnahme an der Hospiz- und Palliativbefragung HOPE. Der jährliche Qualitätsbericht der Brückenpflegeeinrichtungen liefert messbare Ergebnisse zu allen Aufgabenbereichen und ermöglicht, das Leistungsgeschehen zu steuern.</p> <p>Alle Mitarbeiter der Brückenpflege müssen eine Qualifikation für die spezielle palliativmedizinische Versorgung der ambulant betreuten Tumorpatienten vorweisen. Voraussetzung für die Beschäftigung als Brückenpflegekraft ist ein Abschluss als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft sowie zusätzlich mindestens 5 Jahre Berufserfahrung in onkologischer und/oder ambulanter Pflege. Darüber hinaus verfügt eine Vielzahl der Brückenpflegekräfte über fach-spezifische Weiterbildungen wie z.B. den Master of Advanced Studies in Palliative Care oder die Weiterbildung zur onkologischen Fachpflegekraft, in deren Curriculum von 250 Stunden auch 160 Stunden Weiterbildung in Palliative Care enthalten sind. Fachspezifische Zusatzqualifikationen wie Weiterbildungen in Wundmanagement, Basaler Stimulation, Kinästhetik, Gesprächsführung mit Schwerstkranken etc. runden das Qualifikationsprofil der Brückenpflegeeinrichtung ab (vgl. Qualitätskonzept des Arbeitskreises Brückenpflege der ATO Baden-Württemberg 2006/2007).</p> <p>Da durch die an die Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte angegliederten Brückenpflegekräfte in Baden-Württemberg bereits seit über 10 Jahren eine relativ große Zahl an Patienten mit speziellem palliativmedizinischen Versorgungsbedarf ambulant betreut wurde, ist bereits eine hohe Erfahrungskompetenz gewährleistet, so dass es zweckmäßig erscheint, die in Baden-Württemberg bereits etablierte Versorgungsstruktur der Brückenpflege sinnvoll in die regionale Umsetzung der Richtlinie zur speziellen ambulanten Palliativversorgung einzubeziehen.</p>
3. Arbeitsgemein-	

<b>Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge</b>	
<b>Organisation</b>	
sCHAFT Privater Heime e. V.	
4. Arbeiterwohlfahrt - Bundesverband	<p>Weder die Palliative-Care-Teams noch die Unterscheidung zwischen einer allgemeinen Palliativversorgung und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung werden definiert. Dies muss unbedingt geschehen (vgl. Anmerkungen zu § 5).</p> <p>Stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 SGB XI gehören zu möglichen Leistungserbringern der SAPV. Dieses wird im Richtlinienentwurf nicht deutlich. Da aber im Gesetzestext speziell auch der Anspruch von Versicherten, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, benannt sind, müssen diese auch durchgängig in die Richtlinie aufgenommen werden.</p> <p>Da es sich bei der SAPV um eine vollständig neue Leistung handelt, halten wir eine Evaluation für dringend geboten. Diese sollte nach 2 Jahren erfolgen und in die Richtlinie aufgenommen werden.</p>
5. Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland	
6. Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V.	<p>Gerade in dieser Lebensphase kommt dem Wunsch des Patienten und seiner Angehörigen besondere Bedeutung zu, was unbedingt in der Richtlinie zum Ausdruck kommen sollte.</p> <p>Wir sprechen uns außerdem dafür aus, dass ambulante Pflegeeinrichtungen mit einer Zulassung nach §§ 132, 132a SGB V auch nach § 132 d SGB V als SAPV-Erbringer zugelassen werden, sofern sie die noch zu diskutierenden Anforderungen erfüllen. Insofern sind die sachlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringer auch für Pflegeeinrichtungen erfüllbar zu gestalten und festzulegen.</p> <p>Für eine erfolgreiche Arbeit ist darüber hinaus erforderlich, dass zeitgleich ärztliche und (kranken-)pflegerische Regelwerke angepasst werden. Der Leistungskatalog, also die konkreten Leistungsinhalte, sollten deutschlandweit gleich sein und nicht von dem Verhandlungsgeschick der Verhandlungspartner abhängig sein.</p>
7. Bundesärztekammer	<p>Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Absicht, die Möglichkeiten ambulanter Palliativversorgung zu erweitern.</p> <p>Der vorgelegte Richtlinienentwurf hat aus Sicht der Bundesärztekammer jedoch noch keine Beschlussreife.</p> <p>Aufgabe der Richtlinien nach § 37b Abs. 3 SGB V soll die nähere Bestimmung über die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sein. Dies ist durch den vorgelegten Richtlinienentwurf noch zu unkonkret umgesetzt worden. Beispielsweise trifft der vorliegende Entwurf nur vage Aussagen zum Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer (§ 37b Abs. 3 Ziff. 3 SGB V). Verbesserungsbedürftig ist auch der Umgang mit Begriffen aus dem Bereich der Palliativmedizin bzw. die Beschreibung palliativmedizinischer Inhalte. Hier sollte eine engere Anlehnung an die international (WHO) und national (z. B. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) geleisteten fachlichen Vorarbeiten gesucht und anschließend durch Quellenverweise auch kenntlich gemacht</p>

**Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge**

Organisation	
	<p>werden.</p> <p>Grundsätzlich problematisch ist die Zweiteilung der inhaltlichen Bestimmung der SAPV in Richtlinien nach § 37b Abs. 3 SGB V einerseits und in Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V andererseits, wobei diese Gesetzeskonstruktion in der Verantwortung des Gesetzgebers und nicht des G-BA liegt. Dadurch kann das Regulierungsniveau der Richtlinien eine bestimmte Detailtiefe nicht überschreiten. Wenn aber z. B. die „sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung“ (vgl. § 132d Abs. 2 Nr. 1 SGB V) nicht vorliegen, kann die davon abhängige Gestaltung der Zusammenarbeit der Leistungserbringer kaum in den Richtlinien geregelt werden. Ebenso ist zu hinterfragen, ob mit der Festlegung von „Maßstäben für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (vgl. § 132d Abs. 2 Nr. 3 SGB V) etwas wesentlich anderes vollzogen wird als die Bestimmung von „Inhalt und Umfang der spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ durch die Richtlinien (vgl. § 37b Abs. 3 Nr. 2 SGB V). Zugunsten einer transparenten Darlegung der Regelungen zur spezialisierter ambulanten Palliativversorgung wäre die Auslagerung von Kernelementen (Qualitätssicherung, Qualifikationen, Fortbildung etc.) in Empfehlungen zu vermeiden gewesen. Als Nebeneffekt wird sich die notwendigerweise nachzuholende Konkretisierung dieser Sachverhalte der Stellungnahmeoption der Bundesärztekammer und anderer fachlich berührter Institutionen entziehen, da dieses Recht für die Ebene der Empfehlungen nicht greift.</p>
8. Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V.	Desweiteren schlagen wir vor, dass im Falle einer notwendigen Palliativversorgung von chronisch psychisch Erkrankten oder bei neu auftretender psychiatrischer Symptomatik, konsiliarisch die fachärztliche Behandlung (durch einen Nervenarzt, Hausbesuch) mit einbezogen werden sollte.
9. Bundespsychotherapeutenkammer	(In der Stellungnahme sind in dieser Rubrik Literaturangaben aufgeführt; diese wurden in diese Übersicht nicht aufgenommen. Anmerkung GF)
10. Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.	Es sollten im Rahmen der SAPV-Richtlinie spezielle Qualifikationsanforderungen an die Leistungserbringer festgeschrieben werden, die für die erforderliche Qualität der Leistungserbringung notwendig sind. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Fachkräfte im Palliativ-Care-Team über eine ausreichende Aus- und Fortbildung verfügen und dass darüber hinaus auch eine laufende Fortbildung gewährleistet wird.
11. Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.	<p>Mit den Erweiterungen zu den Belangen der spezialisierter ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen begrüßt der Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege den Entwurf der Richtlinie des Gemeinsamen Budnesausschuss.</p> <p>Übergeordnet noch folgende Anregung:</p> <p>Alle Institutionen für Kinder haben eigene Namen (zB Kinderklinik, Kinderhospiz, Kinderarzt, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, etc.). Der Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege empfiehlt, diese Namen durchgängig zusätzlich aufzuführen, um keinen Zweifel aufkommen zu lassen, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen von diesen spezialisierter Institutionen durchgeführt werden</p>

<b>Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge</b>	
<b>Organisation</b>	
	muss.
12. Bundesverband Kinderhospiz e. V.	<p>Dem GBA ist schon mit der Erstfassung der Richtlinien zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV-Richtlinien) eine sehr gute Abbildung des palliativen Regelungsumfanges im häuslichen Umfeld gelungen.</p> <p>Aus Sicht des Bundesverband Kinderhospiz e.V. sollten aber im Hinblick auf die pädiatrische Palliativversorgung noch weitere Konkretisierungen vorgenommen werden, um dadurch sicher zu gehen, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (in unserer Stellungnahme als Kinder bezeichnet) in ihren „besonderen Belangen“ nicht von den Leistungen der SAPV ausgeschlossen werden. Kinder haben besondere Belange, diese müssen explizit Berücksichtigung finden, indem für Kinder auch spezialisierte pädiatrische Versorgung festgelegt wird.</p>
13. Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.	<p>1. Leistungsanspruch nach § 37b SGB V</p> <p>Der Gesetzgeber hat die Regelungslücke im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erkannt und hierauf mit der Schaffung des § 37b SGB V reagiert. Immer mehr Menschen bedürfen am Lebensende komplexer medizinischer und pflegerischer Leistungen. Dies wurde im § 37b SGB V, der sowohl medizinische als auch pflegerische Tätigkeiten umfasst, berücksichtigt. Der bpa begrüßt den neuen Leistungsanspruch daher ausdrücklich und weist darauf hin, dass in diesem Kontext auch die allgemeine Palliativversorgung weiterentwickelt werden muss.</p> <p>2. Vorbemerkung zum Stellungnahmeverfahren</p> <p>Der § 37 b Abs. 3 SGB V bestimmt, dass der G-BA in Richtlinien das Nähere über die Leistungen der SAPV zu regeln hat. In den Gesetzesmaterialien heißt es in Bezug auf das Verfahren: „Da es sich bei der Leistung um eine Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen handelt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Erarbeitung der Richtlinien auch pflegewissenschaftlichen Sachverstand einzubeziehen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Organisationen zu beteiligen.“</p> <p>Im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz hat der G-BA gem. §§ 92 Abs. 7b SGB V darüber hinaus verschiedene Leistungserbringergruppen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens heißt es in den Gesetzesmaterialien zu § 92 Abs. 7b SGB V demgegenüber nur, dass diese Vorschrift dazu dient, den Sachverstand der Vertretungen der Hospizbewegungen, der Palliativversorgung und der häuslichen Krankenpflege in die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einzubeziehen.</p> <p>Wenn der Gesetzgeber sowohl in der Gesetzesbegründung zu § 37 b Abs. 3 SGB V als auch zu § 92 Abs. 7 b SGB V von Einbeziehung des pflegewissenschaftlichen Sachverstandes spricht, wird eine solche Einbeziehung zweifelsohne über das Stellungnahmeverfahren sichergestellt werden können. Wenn aber der Gesetzgeber in der Begründung zu § 37 b Abs. 3 SGB V darüber hinaus eine Beteiligung der für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Organisationen bei der Erarbeitung der Richtlinien verlangt, geht das deutlich über eine Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens hinaus. Diese qualitative Unterscheidung in der Begleitung zur</p>



**Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge**

Organisation	
	<p>Schaffung dieser Richtlinie liegt im Unterschied beispielsweise zur Richtlinie über die häusliche Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Nr. 6, Abs. 7 SGB V darin, dass mit der Richtlinie zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung eine gemeinsame Gesamtleistung aus ärztlichen und pflegerischen Komponenten entwickelt wird. Diese deutlich inhaltliche und qualitativ neue Form der Leistung verlangt eine direkte Mitwirkung der Pflegedienstorganisationen bei der Richtlinienearbeitung. Anderenfalls hätte der Gesetzgeber nicht noch einmal explizit auf die Beteiligung der Pflegedienstorganisationen hingewiesen, sondern es wie sonst auch bei der Einbeziehung im Rahmen des Stimmrechtsverfahrens belassen.</p> <p>Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass der vorliegende Richtlinienentwurf dem Beteiligungswillen des Gesetzgebers nicht ausreichend Rechnung getragen hat. Hierdurch sind die Beteiligungsrechte der Verbände der Pflegeeinrichtungen – siehe hierzu die Entscheidung des Bundessozialgerichtes (Aktz. B 6 KA 69/ 04 R) – justiziabel beeinträchtigt.</p> <p>3. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – Begriffsdefinitionen</p> <p>Nach § 37b SGB V wird zwischen der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung unterschieden.</p> <p>3.1 Allgemeine ambulante Palliativversorgung / derzeitige Situation</p> <p>Die allgemeine Palliativversorgung umfasst die bisherigen medizinischen und behandlungspflegerischen Leistungsansprüche der Patienten im Rahmen der Leistungserbringung für Schwerstkranke und Sterbende in der Regelversorgung. Ziel ist es, den Patienten „bis zuletzt“ zu begleiten, so dass er in seiner vertrauten Umgebung (Häuslichkeit oder Heim) sterben kann. Die spezialisierte Palliativversorgung soll diese allgemeine Regelversorgung – soweit erforderlich und geboten – ergänzen, flankieren und koordinieren.</p> <p>Die mangelnde Ausgestaltung der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V führt allerdings dazu, dass der Arzt bestimmte Leistungen im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung kaum oder nur erschwert an Pflegedienste delegieren kann. Hervorzuheben sind die fehlenden Leistungen der intensivpflegerischen Versorgung im Rahmen der Schmerztherapie sowie die besonderen palliativen grundpflegerischen Leistungen. Insbesondere fehlt es an einer Regelung / Finanzierung für folgende Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>* Erstbesuche</li><li>* Gemeinsame Visiten (Arzt/ Pflegedienst / andere Leistungserbringer)</li><li>* Kriseninterventionen</li><li>* Angehörigenanleitung und Gespräche</li><li>* Schmerzmanagement (Erfassung, Überwachung, Evaluation)</li></ul>

**Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge**

Organisation	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Portpunktion</li> <li>* Medikamentengabe über eine Infusionslösung</li> <li>* Versorgung mit einer Schmerzpumpe</li> <li>* Venöse Blutentnahmen</li> <li>* Subcutane Infusionen</li> </ul> <p>Diesbezüglich wäre eine Überarbeitung der Richtlinie – vor allem hinsichtlich der zu verordnenden Leistungen – erforderlich. Die Intention, die allgemeine Versorgung der Patienten durch eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu ergänzen kann nur sichergestellt werden, wenn die allgemeinen Versorgungsleistungen ohne Einschränkungen erbracht werden können. Ist dies nicht der Fall, würde die spezialisierte Palliativversorgung der allgemeinen vorgegriffen. Dies ist nicht im Sinne des Gesetzgebers.</p> <p>3.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</p> <p>Es wird davon ausgegangen, dass etwa 10% aller Sterbenden einen Versorgungsbedarf haben, der eine spezialisierte Palliativversorgung notwendig werden lässt. Fraglich bleibt jedoch, wie die Abgrenzung zwischen „allgemeinem Palliativbedarf“ und „spezialisiertem ambulanten Palliativbedarf“ erfolgen soll. Insbesondere in der letzten Lebensphase sind die Krankheitsverläufe sehr schwankend. Bei den meisten progredient irreversibel verlaufenden Erkrankungen erfolgen Verschlechterungen schubartig. Dies führt zu unregelmäßigen Symptommverläufen. Besonders betroffen hiervon sind Kinder. Bei ihnen kann sich der Zustand innerhalb von wenigen Tagen grundlegend verändern. Der Leistungsanspruch kann vor diesem Hintergrund nicht von der Lebenszeit z.B. „in den letzten Wochen“ abhängig gemacht werden, sondern es muss sich um komplexe Problematiken handeln, die einen multidisziplinären Ansatz verlangen. Zudem müssen die besonderen Belange der Kinder bei der Ausgestaltung des § 37b SGB V Berücksichtigung finden.</p>
<p>14. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.</p>	<p>Wir möchten anregen, dass der GBA spezialisierte Paediatric-Palliative-Care-Teams schon in diese Präambel aufnehmen sollte. Wenn Kinder auch von erwachsenen Palliative-Care-Teams mit nachgewiesener pädiatrischer Expertise versorgt werden, stellt sich die Frage, wie die Umsetzung in der Realität aussieht. Die „Erwachsenteams“ werden nicht rund um die Uhr einen Pädiater oder eine pädiatrische Pflegekraft vorhalten können, hierzu benötigen sie eine Vielzahl von „pädiatrischen“ Stellen und wären dann ja ein pädiatrisches Team. Also werden die „Erwachsenenteam“ einen kleinen Teil ihrer Stellen mit pädiatrischer Kompetenz besetzen oder eine Schmalspurausbildung selber machen, frei nach dem Motto: kleine Kinder, kleine Ausbildung (nicht wie ein Pädiater 5 Jahre plus Palliative Care Ausbildung, sondern Facharzt für z.B. Anaesthesie und 1 Woche pädiatrische Palliative Care Ausbildung). In der Realität werden die Kinder dann aber in Urlaubszeiten oder bei Personalengpässen von dem „Erwachsenenteam“ betreut. Die „Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)“ erfordert für die betreuten Kinder eine gesonderte Logistik und Bezahlung. Es ist davon auszugehen, dass die Fahrstrecken bis zu 100 km betragen werden. Zudem werden die Paediatric-Palliative-Care-Teams weniger Patienten versorgen, benötigen aber mindestens den Personalschlüssel der erwachsenen Palliative-</p>

<b>Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge</b>	
<b>Organisation</b>	
	<p>Care-Teams, um einen „aufsuchende Bereitschaftsdienst“ leisten zu können.</p> <p>Diesen Überlegungen folgend würden wir dringend dazu raten, spezialisierte Paediatric-Palliative-Care-Teams zu fordern, die ausschließlich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (wenn die Krankheit typisch pädiatrisch ist) betreuen.</p>
15. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	<p><b>1. Anregung – Definition der strukturellen Merkmale eines Palliative Care Teams und Beschreibung von Qualitätsstandards:</b></p> <p>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.</p> <p><b>2. Anregung – Unverzichtbare Einbindung weiterer Berufsgruppen in die SAPV:</b></p> <p>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.</p> <p><b>3. Anregung – Pädiatrische Palliative Care Teams:</b></p> <p>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.</p>

**Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge**

Organisation	
<p>16. Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes</p>	<p>→ Die Definition der Leistungserbringer (Palliative-Care-Teams) nach § 132 d SGB V ist unklar. Eine eindeutige Definition über Umfang und Inhalt des Teams ist unbedingt erforderlich, um einheitliche Bedingungen zu schaffen.</p> <p>→ Die Qualifikation der einzelnen Mitglieder eines solchen Palliative-Care-Teams ist unklar. Nach Meinung der DGSS ist im ärztlichen Bereich unbedingte Voraussetzung der Nachweis der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ oder der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ zu fordern. Nach Einführung dieser Zusatzbezeichnungen in die Musterweiterbildungsordnung erscheint eine Verankerung in den entsprechenden Verordnungen zwingend.</p> <p>→ Insgesamt kommen in der Erstfassung neben den Patienten die Angehörigen nicht ausreichend vor. Palliativmedizinische Versorgung bezieht sich auf den Patienten und seine Angehörigen. Dies gilt für alle Interventionen im Rahmen der ambulanten spezialisierten Palliativversorgung.</p> <p>→ Das Gesamtteam ist nur unzureichend beschrieben. Hier sollte mindestens einmal klar gesagt werden, dass sich das Team insgesamt aus Ärzten, Pflegekräften, Seelsorgern, Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern und Apothekern sowie ehrenamtlichen Mitarbeitern zusammensetzt. Es sollte auch gesagt werden, dass nicht bei jedem Patienten und jedem Angehörigen der volle Umfang des Teams zum Einsatz kommt.</p> <p>→ Insgesamt ist der Focus zu sehr auf Tumorpatienten ausgerichtet. In Zukunft werden terminale Organerkrankungen in unserer Bevölkerung stark zunehmen und dann auch eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung benötigen.</p> <p>→ Es sollte eine Regelung vorhanden sein, die auch Notfälle berücksichtigt. Palliativmedizinische Notfälle sind in der Literatur klar beschrieben. Insoweit sollte es möglich sein, dass bei Notfällen die Leistung auch im Nachhinein vom Kassenarzt nachverordnet werden kann.</p> <p>→ Die Beschränkung auf ambulante Palliativversorgung wird als problematisch angesehen, da dadurch alle stationär behandelten Palliativpatienten ausgeschlossen erscheinen. Es erscheint sinnvoll, über eine Erweiterung der Richtlinie auch auf stationäre Palliativpatienten nachzudenken.-</p>
<p>17. Deutsche Hospiz Stiftung</p>	<p>Der Richtlinienentwurf findet in seiner grundsätzlichen Ausrichtung die Zustimmung der Deutschen Hospiz Stiftung. Ein großer Teil der Vorschläge der Stiftung wurde aufgegriffen.</p> <p>Kritisch sieht die Deutsche Hospiz Stiftung allerdings, dass der Richtlinienentwurf in vielen Punkten noch vergleichsweise vage bleibt und dadurch vieles den nachfolgenden Empfehlungen gemäß §132d SGB V, Abs. (2) überlassen bleibt. Im Sinne der betroffenen Patientinnen und Patienten wäre es aus ihrer Sicht wünschenswert gewesen, bereits in den Richtlinien konkretere Grundlinien für eine patientenorientierte Ausgestaltung des Anspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu entwickeln. Dies gilt insbesondere für die Ausgestaltung der Anforderungen an Palliative-Care-Teams in § 5 Abs. 2.</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss stand und steht noch vor der Aufgabe, die Ausgestaltung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung regeln zu müssen, ohne auf einem gesicherten Fundament einer „allgemeinen Palliativversorgung“ aufbauen zu können. Die Exis-</p>

<b>Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge</b>	
<b>Organisation</b>	
	<p>tenz einer solchen allgemeinen Palliativversorgung hat der Gesetzgeber offensichtlich als gegeben vorausgesetzt. Alle an der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender Beteiligten wissen aber, dass Palliativversorgung – in welcher Form auch immer – nach wie vor die Ausnahme und nicht die Regel in den bestehenden Sektoren ist.</p> <p>Diesem Umstand sollten auch die Richtlinien Rechnung tragen. Der Begriff der „spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ darf darum nicht so sehr eingeschränkt werden, dass er in Fällen, in denen ein Patient noch keine allgemeine ambulante Palliativversorgung erfährt, ins Leere läuft. Wo diese fehlt, darf es den Leistungserbringern der spezialisierten Palliativversorgung nicht unmöglich gemacht werden, zunächst das Fundament für ihre Leistungen zu legen.</p> <p>Für Konstellationen, in denen es nicht nur um wenige Tage, Wochen oder Monate geht, muss die Richtlinie eine Öffnungsklausel enthalten. Dies gilt insbesondere für demenzkranke Menschen, deren ganz spezieller Bedarf an palliativer Versorgung weit vor den in dieser Richtlinie definierten Zeiträumen gegeben sein kann. Zumindest die Beratungsleistungen des PCT müssen solchen Patientengruppen offen stehen und von den Krankenkassen finanziert werden.</p>
18. Deutsche Krebsgesellschaft	
19. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V.	<p>Sowohl in der Erstfassung der Richtlinie über spezialisierte ambulante Palliativversorgung als auch im Begründungstext wird der Begriff „allgemeine Palliativleistungen“ benutzt. Der DBfK verweist darauf, dass momentan im derzeitigen Sozialrecht „keine allgemeine Palliativversorgung“ vorgesehen und mit den vorhandenen Regelungen auch nicht leistbar ist. Unserer Meinung nach verursacht eine solche Wortwahl eine Täuschung, mit der angebliche Versorgungsmöglichkeiten suggeriert werden, diese in der Praxis jedoch nicht zur Verfügung stehen.</p> <p>Das Anliegen, das sich unter „allgemeiner Palliativversorgung“ subsumieren lässt, entspricht der Forderung des DBfK. Allen Menschen, die aufgrund einer ausgeprägten Symptomatik am Ende ihres Lebens eine palliativmedizinische Versorgung benötigen, ist diese zu garantieren. Aufgrund der heutigen medizinischen Möglichkeiten erstreckt sich das Sterben eines Menschen häufig über einen längeren Zeitraum und wird zu einer eigenen Lebensphase! Auch diesen Menschen ist ein Sterben in ihrem Zuhause zu ermöglichen. Sie und ihre Familien benötigen in gleicher Weise Beratungsleistungen, Koordinierungsleistungen und medizinische und pflegerische Palliativversorgung. Für eine allgemeine Palliativversorgung bedarf es aufgrund dessen der Änderung entsprechender Regelungen im SGB V und nachfolgenden Richtlinien, u.a. der Erweiterung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien.</p>
20. Caritas	<p>Stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 SGB XI müssen in den Richtlinien durchgängig aufgenommen werden, da die Versicherten, die in den stationären Pflegeeinrichtungen leben einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung haben. Darüber hinaus gehören die stationären Pflegeeinrichtungen im § 72 Abs. 1 SGB XI zu den Leistungserbringern der SAPV Dies gilt entsprechend für die stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe gemäß SGB XII.</p> <p>Es fehlt eine Definition von „allgemeiner Palliativversorgung“.</p>

**Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge**

Organisation	
	<p>Definition von Palliative-Care-Team: das Palliative-Care-Team besteht vorrangig aus qualifizierten Personen die bei den unterschiedlichen Akteuren der Primärversorgung beschäftigt sein können. Bei der Zusammensetzung der Palliative-Care-Teams sind die bundesweit gewachsenen Versorgungsstrukturen der Hospiz- und Palliativversorgung unbedingt zu berücksichtigen (regionales Gesamtkonzept). Diese wurde deshalb in § 5 Abs. dieser Stellungnahme aufgenommen.</p> <p>Es ist unbedingt zu beachten, dass ehrenamtliche Hospizdienste psychosoziale Begleitung erbringen! Es besteht kein Versichertenanspruch! Deshalb wurde dies in § 4 Abs. 1 Satz 1 in der Stellungnahme ergänzt.</p> <p>Um Sterbenden und ihren Angehörigen zusätzliche, unnötige Bürokratie zu ersparen, regen wir bei Beteiligung der Leistungserbringer der Primärversorgung an der Versorgung des Patienten dringend an, dass mit der Genehmigung von SAPV für deren Dauer auch die Leistungen nach § 37 Abs. 1 SGB V, also die flankierend notwendigen grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen, als genehmigt gelten, ohne dass es hierzu einer gesonderten Verordnung und Genehmigung bedarf. Inhaltlich werden per Definition die Voraussetzungen des § 37 Abs. 1 SGB V regelmäßig gegeben sein, ebenso wie die Voraussetzungen für die Verlängerung dieses Anspruchs in „begründeten Ausnahmefällen“ nach § 37 Abs. 1 Satz 5 durch den MDK, wenn das Vorliegen der weitergehenden Voraussetzungen der SAPV festgestellt wurde. Diese Entbürokratisierung halten wir für dringend erforderlich, gerade auch im Sinne des Ziels, welches mit der Einführung der SAPV verfolgt wird, den Sterbenden eine würdevolles Sterben in der häuslichen Umgebung mit so wenig wie möglich zusätzlichen, kräftezehrenden Verwaltungsverfahren zu ermöglichen.</p> <p>Eine Evaluation nach 2 Jahren wird angeregt.</p> <p>Neue Reihenfolge in § 5 (3):</p> <p>Beratungsleistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich</li><li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li><li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li></ul> <p>Koordination der Versorgung:</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></ul>

**Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge**

Organisation	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li> <li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten (siehe auch unter „Beratung“)</li> </ul> <p>Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>
21. Deutscher Hausärzteverband e. V.	
22. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.	<p>→ Das Zusammenwirken von Hospizarbeit und Palliativmedizin i.S. eines ganzheitlichen Ansatzes sollte auch bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durchgängiges Prinzip sein und bereits in den Zielsetzungen im § 1 wie auch in den weiteren Regelungen klar definiert werden. Es setzt eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen – neben ärztlicher und pflegerischer Kompetenz auch die Kompetenz von Psychologen, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Apothekern etc – sowie die Einbeziehung der Ehrenamtlichen voraus.</p> <p>→ Besondere Bedeutung bei der Realisierung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung kommt den strukturellen Regelungen bezogen auf das Palliative-Care-Team zu – sowohl hinsichtlich der organisatorischen Voraussetzungen, den Anforderungen an die Qualifizierung wie auch hinsichtlich der Definition von Kompetenzen und Zuständigkeiten des Palliative-Care-Teams. Wir halten es daher für erforderlich, hierzu verbindliche Regelungen auf Bundesebene zu treffen, die über einen Empfehlungscharakter hinausgehen – entweder in Form einer Regelung im Rahmen dieser Richtlinie oder – wahrscheinlich geeigneter - in Form einer Rahmenvereinbarung in Umsetzung</p>

**Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge**

Organisation	
	<p>des § 132d, analog der Rahmenvereinbarung nach § 39a SGB V. Es wäre im Weiteren zu klären, in welcher Form bzw. an welcher Stelle entsprechende verbindliche Regelungen am besten vorgenommen werden. Dasselbe gilt für verbindliche Vorgaben für Maßnahmen der Qualitätssicherung. Die aus unserer Sicht wichtigen Regelungspunkte sind in unserer Stellungnahme und insbesondere im neu eingefügten § 5.4 formuliert.</p> <p>Im Einzelnen ist im Hinblick auf die Palliative Care Teams auf folgende Punkte hinzuweisen:</p> <p>→ <i>Herausragendes Merkmal der Palliative-Care-Teams sind die spezialisierte fachliche Kompetenz aller Teammitglieder und das Kriterium, dass das Team ausschließlich oder schwerpunktmäßig spezialisierte Palliativversorgung erbringt, da sich nur so die besondere Expertise und Erfahrung in schwierigen und komplexen Problem-situationen gewinnen und umsetzen lässt.</i></p> <p>→ <i>Das Palliative-Care-Team ist die Antwort auf die Notwendigkeit enger multiprofessioneller Zusammenarbeit, für ein effizientes Überleitungs- und Begleitungsmanagement gegenüber dem schwerkranken Menschen unter Einbeziehung ehrenamtlicher Arbeit und bestehender (hospizlich-palliativer) Versorgungsangebote.</i></p> <p>→ <i>Die Palliative-Care-Teams beteiligen sich verpflichtend an der Qualitätssicherung und -dokumentation (z.B. HOPE Hospiz- und Palliativ-erhebung) und sind zur Organisation und Teilnahme an multiprofessionell besetzten Qualitätszirkeln sowie zur Teilnahme an regelmäßiger Fortbildung verpflichtet.</i></p> <p>→ <i>Die Palliative-Care-Teams arbeiten in ein regionales und landesweites Gesamtkonzept einbezogen.</i></p> <p>Da derzeit noch nicht alle der hier aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind, müsste allerdings ergänzend über Übergangsregelungen und einen realistischen Übergangszeitraum, z.B. drei Jahre, diskutiert werden.</p> <p>→ <i>Gemäß Auftrag des Gesetzgebers sind die Belange der Kinder besonders zu berücksichtigen. Die Besonderheiten lebensbegrenzender Erkrankungen im Kindesalter, die auch unter quantitativen Gesichtspunkten eine andere Bedarfssituation bedingen, erfordern sowohl im Hinblick auf die Indikationsstellung für die Verordnung von Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung als auch im Hinblick auf die notwendige Spezialisierung der entsprechenden Teams weitergehende Regelungen und perspektivisch die Leistungserbringung ausschließlich durch spezialisierte ambulante Palliative-Care-Teams.</i></p> <p>→ <i>Eine systematische Evaluation dieses neuen Versorgungsangebots ist aus unserer Sicht notwendig, um hieraus abgeleitete Erkenntnisse ggf. in Weiterentwicklungen einfließen lassen zu können. Die in § 5, Abs. 3 vorgesehene Evaluation reicht dazu u. E. nicht aus.</i></p> <p>Abschließend möchten wir Sie bitten, die Richtlinie auf eine Gender gerechte Sprache hin zu überprüfen (s. z.B. § 1, Abs.3).</p>
23. Deutscher Kinderhospizverein	<p>→ Wir halten spezialisierte Pädiatrische-Palliative-Care-Teams für dringend erforderlich, die ausschließlich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (wenn die Krankheit typisch pädiatrisch ist) versorgen. Besondere Krankheitsbilder und die Familiensituation machen eine</p>



Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge	
Organisation	
e. V.	<p>besondere Weiterbildung erforderlich. Uns ist bewusst, dass derzeit weder qualitativ noch quantitativ ausreichend ausgebildete Fachleute zur Besetzung pädiatrischer PC-Teams vorhanden sind. Zeitnah müssen alle zur Verfügung stehen, damit in naher Zukunft die Leistungen regelmäßig und ausschließlich durch pädiatrische Spezialteams erbracht werden können.</p> <p>→Analog dazu haben die Pädiatrischen-Palliative-Care-Teams den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen auch in der Zusammenarbeit mit Hospizdiensten Rechnung zu tragen, indem vorrangig ambulante <b>Kinderhospizdienste</b> einzubeziehen sind.</p> <p>→Dem oft jahrelangen Krankheitsverlauf bei Kindern und Jugendlichen, die durch unregelmäßig eintretende „palliative Krisen“ gekennzeichnet sein kann, ist durch die Ermöglichung vorübergehender Versorgung § 37b SGB V nach Rechnung zu tragen.</p> <p>→Fallbesprechungen des Pädiatrischen-Palliative-Care-Teams unter unmittelbarer Beteiligung der Kinder und Jugendlichen –soweit möglich –, deren Eltern oder anderen Bezugspersonen sind sicher zu stellen.</p>
24. Paritätischer Wohlfahrtsverband	
25. Deutsches Rotes Kreuz	<p>Das DRK begrüßt den fach- und sachgerechten Richtlinienentwurf und hat einen Änderungswunsch, der zur Verständnisklarheit beiträgt.</p> <p>In den Erläuterungen zum Richtlinienentwurf ist ausgeführt, dass die in § 4 Abs. 1, Satz 3 gewählte Formulierung andere komplexe Systeme nicht ausschließt. Dies ist im Richtlinienentwurf missverständlich formuliert und kann in der Bewilligungspraxis zu vermeidbaren Problemen führen, die dann zu Lasten sterbender Menschen geht. Menschen, die nicht die Zeit haben das Ergebnis eines Gerichtsverfahrens abzuwarten.</p> <p>Das DRK schlägt daher vor, den § 4 um Abs. 2 zu ergänzen:</p> <p>" Andere komplexe Symptomgeschehnisse, insbesondere aus dem geriatrisch-gerontopsychiatrischen Formenkreis, sind durch die in § 4 Abs. 1 aufgeführte Aufzählung nicht ausgeschlossen."</p>
26. Diakonie (DW EKD)	<p>Stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 SGB XI müssen in die Richtlinie durchgängig aufgenommen werden, da die Versicherten, die in den stationären Pflegeeinrichtungen leben einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung haben. Darüber hinaus gehören die stationären Pflegeeinrichtungen im § 72 Abs. 1 SGB XI zu den Leistungserbringern der SAPV.</p> <p>Auch die Menschen, die in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben, haben einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, deshalb müssen auch die stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe gemäß SGB XII durchgängig in die Richtlinie aufgenommen werden.</p> <p>Definition von Palliative-Care-Team: das Palliative-Care-Team besteht vorrangig aus qualifizierten Personen die bei den unterschiedlichen Akteuren der Primärversorgung beschäftigt sein können. Bei der Zusammensetzung der Palliative-Care-Teams sind die bundesweit ge-</p>

**Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge**

<b>Organisation</b>	
	<p>wachsenen Versorgungsstrukturen der Hospiz- und Palliativversorgung unbedingt zu berücksichtigen (regionales Gesamtkonzept). Diese wurde deshalb in § 5 Abs. dieser Stellungnahme aufgenommen.</p> <p>Es ist unbedingt zu beachten, dass ehrenamtliche Hospizdienste psychosoziale Begleitung erbringen! Es besteht kein Versichertenanspruch! Deshalb wurde dies in § 4 Abs. 1 Satz 1 in der Stellungnahme ergänzt.</p> <p>Um Sterbenden und ihren Angehörigen zusätzliche, unnötige Bürokratie zu ersparen, regen wir bei Beteiligung der Leistungserbringer der Primärversorgung an der Versorgung des Patienten dringend an, dass mit der Genehmigung von SAPV für deren Dauer auch die Leistungen nach § 37 Abs. 1 SGB V, also die flankierend notwendigen grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen, als genehmigt gelten, ohne dass es hierzu einer gesonderten Verordnung und Genehmigung bedarf. Inhaltlich werden per Definition die Voraussetzungen des § 37 Abs. 1 SGB V regelmäßig gegeben sein, ebenso wie die Voraussetzungen für die Verlängerung dieses Anspruchs in „begründeten Ausnahmefällen“ nach § 37 Abs. 1 Satz 5 durch den MDK, wenn das Vorliegen der weitergehenden Voraussetzungen der SAPV festgestellt wurde. Diese Entbürokratisierung halten wir für dringend erforderlich, gerade auch im Sinne des Ziels, welches mit der Einführung der SAPV verfolgt wird, den Sterbenden ein würdevolles Sterben in der häuslichen Umgebung mit so wenig wie möglich zusätzlichen, kräftezehrenden Verwaltungsverfahren zu ermöglichen.</p> <p>Eine Evaluation nach 2 Jahren wird angeregt.</p> <p><b>Neue Reihenfolge in § 5 Abs.3</b></p> <p><b>Beratungsleistungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod.</li><li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li><li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li></ul> <p><b>Koordination der Versorgung:</b></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>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li><li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten (siehe auch unter „Beratung“)</li></ul>

**Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge**

Organisation	
	<p><b>Versorgung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>
<p>27. Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e. V.</p>	<p>Wir möchten anregen, dass der GBA spezialisierte Paediatric-Palliative-Care-Teams schon in diese Präambel aufnehmen sollte. Wenn Kinder auch von erwachsenen Palliative-Care-Teams mit nachgewiesener pädiatrischer Expertise versorgt werden, stellt sich die Frage, wie die Umsetzung in der Realität aussieht. Die „Erwachsenteams“ werden nicht rund um die Uhr einen Pädiater oder eine pädiatrische Pflegekraft vorhalten können, hierzu benötigen sie eine Vielzahl von „pädiatrischen“ Stellen und wären dann ja ein pädiatrisches Team. Also werden die „Erwachsenenteam“ einen kleinen Teil ihrer Stellen mit pädiatrischer Kompetenz besetzen oder eine Schmalspurausbildung selber machen, frei nach dem Motto: kleine Kinder, kleine Ausbildung (nicht wie ein Pädiater 5 Jahre plus Palliative Care Ausbildung, sondern Facharzt für z.B. Anaesthesie und 1 Woche pädiatrische Palliative Care Ausbildung). In der Realität werden die Kinder dann aber in Urlaubszeiten oder bei Personalengpässen von dem „Erwachsenenteam“ betreut. Die „Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)“ erfordert für die betreuten Kinder eine gesonderte Logistik und Bezahlung. Es ist davon auszugehen, dass die Fahrstrecken bis zu 100 km betragen werden. Zudem werden die Paediatric-Palliative-Care-Teams weniger Patienten versorgen, benötigen aber mindestens den Personalschlüssel der erwachsenen Palliative-Care-Teams, um einen „aufsuchende Bereitschaftsdienst“ leisten zu können.</p> <p>Diesen Überlegungen folgend würden wir dringend dazu raten, spezialisierte Paediatric-Palliative-Care-Teams zu fordern, die ausschließlich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (wenn die Krankheit typisch pädiatrisch ist) betreuen.</p>
<p>28. Gesellschaft für Neuropädiatrie</p>	<p>Wir möchten anregen, dass der GBA spezialisierte Paediatric-Palliative-Care-Teams schon in diese Präambel aufnehmen sollte. Wenn Kinder auch von Erwachsenen-Palliative-Care-Teams mit nachgewiesener pädiatrischer Expertise versorgt werden, stellt sich die Frage, wie die Umsetzung in der Realität aussieht. Die „Erwachsenenteams“ werden nicht rund um die Uhr einen Pädiater oder eine pädiatrische Pflegekraft vorhalten können, hierzu benötigen sie eine Vielzahl von „pädiatrischen“ Stellen und wären dann ja ein pädiatrisches Team.</p>

**Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge**

Organisation	
	<p>Also werden die „Erwachsenenteams“ einen kleinen Teil ihrer Stellen mit pädiatrischer Kompetenz besetzen oder eine Schmalspurausbildung selber machen, frei nach dem Motto: kleine Kinder, kleine Ausbildung (nicht wie ein Pädiater 5 Jahre plus Palliative Care Ausbildung, sondern Facharzt für z.B. Anaesthesie und 1 Woche pädiatrische Palliative Care Ausbildung). In der Realität werden die Kinder dann aber in Urlaubszeiten oder bei Personalengpässen von dem „Erwachsenenteam“ betreut. Die „Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)“ erfordert für die betreuten Kinder eine gesonderte Logistik und Bezahlung. Es ist davon auszugehen, dass die Fahrstrecken bis zu 100 km betragen werden. Zudem werden die Paediatric-Palliative-Care-Teams weniger Patienten versorgen, benötigen aber mindestens den Personalschlüssel der Erwachsenen-Palliative-Care-Teams, um einen „aufsuchenden Bereitschaftsdienst“ leisten zu können.</p> <p>Diesen Überlegungen folgend würden wir dringend dazu raten, spezialisierte Paediatric-Palliative-Care-Teams zu fordern, die ausschließlich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (wenn die Krankheit typisch pädiatrisch ist) betreuen.</p>
<p>29. Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie</p>	<p>Wir möchten anregen, dass der GBA spezialisierte Paediatric-Palliative-Care-Teams schon in diese Präambel aufnehmen sollte. Wenn Kinder auch von erwachsenen Palliative-Care-Teams mit nachgewiesener pädiatrischer Expertise versorgt werden, stellt sich die Frage, wie die Umsetzung in der Realität aussieht. Die „Erwachsenenteams“ werden nicht rund um die Uhr einen Pädiater oder eine pädiatrische Pflegekraft vorhalten können, hierzu benötigen sie eine Vielzahl von „pädiatrischen“ Stellen und wären dann ja ein pädiatrisches Team. Zu befürchten ist, dass die „Erwachsenenteams“ einen kleinen Teil ihrer Stellen mit pädiatrischer Kompetenz besetzen oder eine Schmalspurausbildung selber machen, frei nach dem Motto: „kleine Kinder, kleine Ausbildung“ (nicht wie ein Pädiater 5 Jahre plus Palliative Care Ausbildung, sondern Facharzt für z.B. Anaesthesie und 1 Woche pädiatrische Palliative Care Ausbildung). In der Realität werden die Kinder dann aber in Urlaubszeiten oder bei Personalengpässen von dem „Erwachsenenteam“ betreut. Die „Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)“ erfordert für die betreuten Kinder eine gesonderte Logistik und Bezahlung. Es ist davon auszugehen, dass die Fahrstrecken bis zu 100 km betragen werden. Zudem werden die Paediatric-Palliative-Care-Teams weniger Patienten versorgen, benötigen aber mindestens den Personalschlüssel der erwachsenen Palliative-Care-Teams, um einen „aufsuchende Bereitschaftsdienst“ leisten zu können.</p> <p>Diesen Überlegungen folgend würden wir dringend dazu raten, spezialisierte Paediatric-Palliative-Care-Teams zu fordern, die ausschließlich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (wenn die Krankheit typisch pädiatrisch ist) betreuen.</p>
<p>30. Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie</p>	<p>Wir möchten anregen, dass der GBA spezialisierte Paediatric-Palliative-Care-Teams schon in diese Präambel aufnehmen sollte. Wenn Kinder auch von erwachsenen Palliative-Care-Teams mit nachgewiesener pädiatrischer Expertise versorgt werden, stellt sich die Frage, wie die Umsetzung in der Realität aussieht. Die „Erwachsenenteams“ werden nicht rund um die Uhr einen Pädiater oder eine pädiatrische Pflegekraft vorhalten können, hierzu benötigen sie eine Vielzahl von „pädiatrischen“ Stellen und wären dann ja ein pädiatrisches Team. Zu befürchten ist, dass die „Erwachsenenteams“ einen kleinen Teil ihrer Stellen mit pädiatrischer Kompetenz besetzen oder eine Schmalspurausbildung selber machen, frei nach dem Motto: „kleine Kinder, kleine Ausbildung“ (nicht wie ein Pädiater 5 Jahre plus Palliative Care Ausbildung, sondern Facharzt für z.B. Anaesthesie und 1 Woche pädiatrische Palliative Care Ausbildung). In der Realität werden die Kinder</p>

**Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge**

Organisation	
	<p>dann aber in Urlaubszeiten oder bei Personalengpässen von dem „Erwachsenen-team“ betreut. Die „Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)“ erfordert für die betreuten Kinder eine gesonderte Logistik und Bezahlung. Es ist davon auszugehen, dass die Fahrstrecken bis zu 100 km betragen werden. Zudem werden die Paediatric-Palliative-Care-Teams weniger Patienten versorgen, benötigen aber mindestens den Personalschlüssel der erwachsenen Palliative-Care-Teams, um einen „aufsuchende Bereitschaftsdienst“ leisten zu können.</p> <p>Diesen Überlegungen folgend würden wir dringend dazu raten, spezialisierte Paediatric-Palliative-Care-Teams zu fordern, die ausschließlich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (wenn die Krankheit typisch pädiatrisch ist) betreuen.</p>
31. Joh. Hospiz Münster	<p>Zur Finanzierung sind eindeutige Regelungen zu treffen. Aus unserer Sicht ist eine Fallpauschale pro Patient mit massiven Problemen verbunden. Es sollte eine eigenständige Abrechnung für die ärztliche, pflegerische und koordinative Leistung erfolgen.</p> <p>Bezogen auf die Rufbereitschaft kann nicht ausreichend der Bedarf und Umfang eingeschätzt werden. Hier sollte eine Erprobungsphase stattfinden und ausgewertet werden. Erst dann lassen sich angemessene Strukturen aufbauen und es steht eine Bemessungsgrundlage für die Finanzierung zur Verfügung.</p> <p>Grundsätzlich bestünde in dieser Phase des Aufbaus der SAPV die Chance, eine wissenschaftliche Begleitung einzelner Zentren auf den Weg zu bringen, damit eine nachhaltige Verbesserung bei gleichzeitiger angemessener Nutzung der wirtschaftlichen Ressourcen gewährleistet ist.</p> <p>Den Empfehlungen der DGP zur Umsetzung der SAPV vom 22.06.2007 schließen wir uns voll an unter besonderer Berücksichtigung 4.a/b mit der Möglichkeit der supervisorischen Fachkompetenz und des Zugriffs auf medizinisch-ethische Kompetenz in der Palliativversorgung</p>
32. St. Jakobus Hospital (Saar)	<p>Der Richtlinienentwurf für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V trägt nach Auffassung der Vertragsgemeinschaft integrierte Palliativversorgung Saarland den Vorgaben nach § 37b SGB V hinsichtlich der fachlichen Ausrichtung, dem anspruchsberechtigten Personenkreis sowie den Erfordernissen der Leistungserbringung unter Berücksichtigung noch zu konkretisierender Einzelgesichtspunkte Rechnung. Dies ist in Anbetracht der geringen zur Verfügung stehenden Zeit und der Neuartigkeit des Leistungsgeschehens besonders zu betonen. Wir halten den Richtlinienentwurf insgesamt für eine geeignete Grundlage für die Entwicklung eines mehrgliedrigen hospizlich-palliativen Versorgungssystems, dessen weitere Spezifizierung in den Empfehlungen nach § 132d Absatz 2 SGB V erfolgen muss.</p>
33. Deutscher Pflegerat	<p>Grundsätzlich sind die Ausführungen zu begrüßen, weil sie einen Spielraum lassen für vorhandene Strukturen. Wesentlich wichtiger werden die Vertragsgestaltungen sein, wo die Anforderungen, Qualifikationen zu definieren sind. Hier sind Übergangslösungen zu fordern.</p> <p>Die Palliativversorgung, sowohl medizinisch als auch pflegerisch, darf nicht nur wegen der Kostenreduzierung i. S. zur Vermeidung von Krankenhauseinweisung sichergestellt werden, sondern aus einer gesellschaftlichen ethischen Grundhaltung und weil es fachlich sinnvoll ist. Palliativpflege hat somit eine wesentlich größere Zielgruppe – als der § 37 B SGB V hergibt -und müsste eigentlich für alle Menschen im Falle der Pflegebedürftigkeit, Krankheit und bei chronischen Schmerzen zur Verfügung stehen. Die Bezeichnung allgemeine Palliativ-</p>

**Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge**

Organisation	
	<p>versorgung könnte so verstanden werden.</p> <p>Die besonderen Belange von alten Menschen in Pflegeeinrichtungen und die besonderen Belange von Kindern müssen durchgängig berücksichtigt werden.</p> <p>Für die besonderen Anforderungen an die spezialisierte geriatrische und pädiatrische Palliativversorgung sind Spezifizierungen erforderlich.</p> <p>Sowohl in der Erstfassung der Richtlinie über spezialisierte ambulante Palliativversorgung als auch im Begründungstext wird der Begriff „allgemeine Palliativleistungen“ benutzt. Der DPR verweist darauf, dass momentan im derzeitigen Sozialrecht „keine allgemeine Palliativversorgung“ vorgesehen und mit den vorhandenen Regelungen auch nicht leistbar ist. Unserer Meinung nach verursacht eine solche Wortwahl eine Täuschung, die angebliche Versorgungsmöglichkeiten suggeriert werden, diese in der Praxis jedoch nicht zur Verfügung stehen.</p> <p>Das Anliegen, das sich unter „allgemeiner Palliativversorgung“ subsumieren lässt, entspricht den Vorstellungen des DPR. Allen Menschen, die aufgrund einer ausgeprägten Symptomatik am Ende ihres Lebens eine palliativmedizinische Versorgung benötigen, ist diese zu garantieren. Aufgrund der heutigen medizinischen Möglichkeiten erstreckt sich das Sterben eines Menschen häufig über einen längeren Zeitraum und wird zu einer eigenen Lebensphase! Auch diesen Menschen ist ein Sterben in ihrem Zuhause zu ermöglichen. Sie und ihre Familien benötigen in gleicher Weise Beratungsleistungen, Koordinierungsleistungen und medizinische und pflegerische Palliativversorgung. Für eine <i>allgemeine Palliativversorgung</i> bedarf es aufgrund dessen der Änderung entsprechender Regelungen im SGB V und nachfolgenden Richtlinien, u.a. der Erweiterung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien.</p>
<p>34. Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.</p>	<p>Der Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V. befürwortet die Einführung neuer Leistungen, um dem realen Bedarf der Versicherten an palliativen Leistungen besser gerecht zu werden, als dies das Leistungsrecht in der Vergangenheit vermocht hat. Große Zweifel bestehen diesseits jedoch, ob dieses Ziel in dem bislang vorgesehenen Rahmen effektiv erreicht werden kann. Kritikwürdig ist aus unserer Sicht insbesondere die ausschließliche Konzentration auf Pallitiv-Care-Teams und spezialisierte Palliativ-Care, die für die Betroffenen oft zu spät beginnen wird. Fraglich ist u.a., wie flächendeckend Pallitiv-Care-Teams gemäß §132d SGB V zur Verfügung stehen und in welchem Maße die palliative Kompetenz zugelassener Pflegeeinrichtungen künftig genutzt wird. In Anbetracht der (fehlenden) Vorgaben des Gesetzgebers, der u.a. die Verordnungsfähigkeit einfacher Palliativpflege ungeregelt ließ, entzogen sich die o.g. Fragen teilweise der Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschuss. Dieser war jedoch dahingehend gefordert, eine klare Abgrenzung zwischen einfacher und spezialisierter Palliativversorgung zu schaffen, um die Einsatzmöglichkeiten von herkömmlichen ambulanten Pflegediensten – ggf. auf Grundlage einer Einzelvereinbarung mit dem jeweiligen Kostenträger – und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung deutlich zu machen. Dies ist aus Sicht des bad e.V. leider nicht gelungen. Gleiches gilt für das Verhältnis von einfacher und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.</p>

**Tabelle 1: Übergeordnete Anregungen/Vorschläge**

<b>Organisation</b>	
35. Palliativnetz östliches Holstein	<p>Ein verbindlicher intersdisziplinärer Kooperationsvertrag sollte die Einbindung des palliativmedizinisch geschulten Hausarztes und des ambulanten Pflegedienstes mit Palliativfachkräften zusammen mit dem PCT im Palliativnetz regeln. Entsprechendes gilt für die Hospizinitiativen, den Sozialdienst und die Seelsorge.</p> <p>Auch vertreten wir die Meinung, dass zum Aufbau einer funktionierenden flächendeckenden SAPV auf vorhandene Strukturen zurückgegriffen werden muss, um so den Rechtsanspruch der Versicherten zu erfüllen. Nur durch die Einbindung qualifizierter Kooperationspartner ist eine spezialisierte Palliativversorgung möglich.</p>
<p><b>Position des UA SAPV</b></p> <p>Die Besetzung des UA SAPV ist korrekt.</p> <p>Das SN-Verfahren wurde korrekt durchgeführt, ein Verstoß gegen die gesetzlichen Regelungen und die der Verfahrensordnung des G-BA liegt nicht vor.</p> <p>Der Notwendigkeit pflegewissenschaftlichen Sachverstand heranzuziehen wurde ausreichend Rechnung getragen.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Beteiligung der Expertin Fr. Graf</li><li>2. Einbeziehung der Stellungnahmen (Spitzenorganisationen der Leistungserbringer der HKP, maßgebliche Organisationen der Palliativ- und Hospizversorgung (u. a. Deutscher Gesellschaft für Palliativmedizin: ca. 600 Pflegekräfte, Deutscher Pflegerat).</li></ol> <p>Ohnehin ist die Einbeziehung von pflegerischen Sachverstand im Gesetz nicht näher qualifiziert, so dass hier von keiner konkreten Regelungsnorm für die Einbeziehung von pflegewiss. Sachverstand in die Beratungen des G-BA auszugehen war.</p>	

### 5.3.2 Auswertung der Stellungnahmen zu § 1

Tabelle 2: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 1		
<p><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>		
Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p>Neuformulierung:  <u>Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen - und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art (WHO 2002). Es ist ein anerkanntes gesellschaftliches Ziel, dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben. Eine flächendeckende Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung ist anzustreben. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V, die entweder in der häuslichen Umgebung, in stationären Einrichtungen oder in Pflegeeinrichtungen erbracht werden kann, soll zur Verbesserung der Situation beitragen.</u></p>	<p>Die Regelung hat keine klare Struktur. Das Ziel, „die Selbstbestimmung schwerkranker Menschen zu verbessern“ ist mit Blick auf die Palliativversorgung schlecht formuliert. In der Kommentierung zum SGB V heißt es u. a.: „Es ist ein anerkanntes gesellschaftliches Ziel, dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben. Dieses Ziel wird bisher in Deutschland nicht in einer diesem humanitären Anspruch genügenden Weise erreicht. Dies zeigt sich vor allem darin, dass ein Großteil der Patienten im Krankenhaus verstirbt. Anzustreben ist deshalb eine flächendeckende Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung.“ Nach klarer Formulierung des Ziels sollten die grundsätzlichen Wege oder Mittel zur Erreichung des Ziels angesprochen werden. Im konkreten Fall ist dies die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, die entweder in der häuslichen Umgebung, in stationären Einrichtungen oder in Pflegeeinrichtungen erbracht wird.</p>	<p>Die Regelung hat eine klare Struktur und orientiert sich an den Vorgaben des § 37b SGB V. Weitere Konkretisierungsschritte obliegen den Vertragspartnern nach § 132d SGB V.</p>
<p>Satz 1 ergänzen um: ... zu ermöglichen, <u>bei Kindern ist die Versorgung der gesamten Familie erforderlich.</u></p>		<p>Bedürfnisse vertrauter Personen: s. Position des UA SAPV zu § 1 Abs. 3. Anspruchsberechtigt sind lediglich die erkrankten Versicherten.            Kinder: s. § 1 Abs. 2</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



**Tabelle 2: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Ergänzen als neuen Satz 2: <u>Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (nachstehend Kinder genannt) ist die Versorgung der gesamten Familie erforderlich.</u>		s. o.
Abgrenzungsschwierigkeiten der Palliativversorgung zur Kurativversorgung	Auch die einfache Palliativversorgung, sowie zuweilen sogar die herkömmliche Alten(-grund-)pflege, haben keinen kurativen Schwerpunkt.	Durch die SAPV werden kurative Leistungen im Rahmen der Primärversorgung nicht ausgeschlossen (s. § 1 Abs. 4).
Satz 2 streichen	Bleibt hinter Formulierung im SGB V zurück. Außerdem beinhaltet die Palliativmedizin auch immer kurative Ansätze.	Die Vorgaben des SGB V werden erfüllt.
In Satz 1 ergänzen: „Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) <u>dient - in Ergänzung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung - dem Ziel (...)</u> “	Um nicht den Eindruck zu erwecken, mit der SAPV andere Ziele zu verfolgen, sollte diese Klarstellung eingefügt werden	s. Position des UA SAPV zu § 1 Abs. 4
Satz 1 ergänzen: Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) <u>ergänzt die übrigen Sozialleistungsansprüche und</u> dient dem Ziel, die Lebensqualität (...).	Dies soll der Abgrenzung von der bisherigen Regelversorgung dienen	s. Position des UA SAPV zu § 1 Abs. 4
In Satz 1 einfügen: ... dient <u>in Ergänzung zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung</u> dem Ziel, die Lebensqualität	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.	s. Position des UA SAPV zu § 1 Abs. 4
Änderung Satz 1: (...) und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen <u>zu erhalten, zu fördern und zu verbessern</u> und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung ( <u>inklusive Einrich-</u>	Die Ergänzungen benennen Einzelheiten, die das Verständnis und den multiprofessionellen Ansatz der Palliativversorgung verdeutlichen	Änderung: <u>zu erhalten, zu fördern und (...)</u> wird angenommen.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 2: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<u>tungen der Eingliederungshilfe</u> oder in stationären Pflegeeinrichtungen (...).		
Aufnahme der <u>teilstationären Pflegeeinrichtungen</u> in Satz 1		Die Regelung in Satz 1 umfasst auch die teilstationären Pflegeeinrichtungen (vgl. dazu § 71 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI).
In Satz 1 ersetzen: (...) schwerstkranker Menschen <u>zu erhalten, zu fördern und</u> zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung <u>(inklusive Einrichtungen der Eingliederungshilfe)</u> oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI) zu ermöglichen.	Die Ergänzungen benennen Einzelheiten, die das Verständnis und den multiprofessionellen Ansatz der Palliativversorgung verdeutlichen.	Spik, Ärzte: Keine Erweiterung auf stat. Wohnformen von behinderten Menschen. Im Gesetz wird nur auf § 72 SGB XI verwiesen; stat. Einrichtungen der Wiedereingliederungshilfe gehören jedoch nicht dazu. Position PatV: Die SAPV ist eine ärztlich-pflegerische Komplexleistung. Der Anspruch von Menschen auf SAPV, die in stat. Wohnformen für Behinderte leben (u. a. Einrichtungen der Wiedereingliederungshilfe), muss in der RL verankert werden; andernfalls wäre Ihnen der Zugang zur SAPV verwehrt. DKG: SAPV liegt immer außerhalb von Heimverträgen,

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 2: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
		dies ist ggf. in den TrGr klarzustellen, SAPV kommt dann zum Einsatz wenn die bisherige Versorgung nicht mehr ausreicht. Unabhängig davon, wo der Pat. wohnt, ist SAPV erbringbar.
In Satz 1 ergänzen: (...) in <u>Einrichtungen der Eingliederungshilfe</u> oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI) zu ermöglichen.	Die Ergänzung stellt klar, dass auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe zur vertrauten Umgebung gehören.	s.o.
Klar stellen, dass auch <u>Menschen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder der Kinder- und Jugendhilfe etc. leben, einen Anspruch auf die SAPV haben.</u>	Den Begriff der „vertrauten häuslichen Umgebung“ näher definieren.	s.o.
Bitte ergänzen: <sup>1</sup> ... bis zum Tod <u>vorrangig</u> in ihrer häuslichen Umgebung oder in stationären <u>Pflege- und Behinderteneinrichtungen</u> ...	Betroffene, die in Einrichtungen leben, die über die Eingliederungshilfe finanziert werden, müssen auch versorgt werden können. Sofern die häusliche Pflege möglich ist und die Betroffenen dies wünschen, soll die ambulante Palliativversorgung Vorrang vor stationärer Pflege eingeräumt werden.	Die Vorrangigkeit der häuslichen Versorgung ist bereits ausgedrückt.  Behinderteneinrichtungen: s.o.
„Einzelfallgerechtigkeit“ ist in der Richtlinie nicht (ausreichend) konkretisiert.	Konkretisierung ist zur deutlicheren Orientierung sinnvoll, da sich ansonsten dieser Begriff erst im Laufe der Umsetzung der Richtlinie füllen wird.	§ 1 Abs. 1 erfüllt eine Präambelfunktion, daher keine weitere Konkretisierung sinnvoll.
In Satz 2 ergänzen: (...) zu lindern, <u>sowie die Versorgung in vertrauter Umgebung zu ermöglichen und dadurch die Lebensqualität heraufzusetzen.</u>	Um den pflegerischen Aspekt einer Palliative-Care-Versorgung deutlicher hervorzuheben (Pflgewissenschaftl. Ansatz)	Redundanz zu Satz 1.
in Satz 2 streichen von „ <del>medizinisch-pflegerisch</del> “ .	Dies stellt eine Einschränkung dar, die dem Stellenwert der psychosozialen Unterstützung inklusive einer psychotherapeutischen Behandlung nicht gerecht wird.	Entspricht der Zielsetzung von § 37b Abs. 1 S. 3 SGB V.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 2: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Änderung Satz 2: (...) zu lindern <u>und die Versicherten und deren Angehörige psychosozial und spirituell zu unterstützen.</u>	Die Ergänzungen benennen Einzelheiten, die das Verständnis und den multiprofessionellen Ansatz der Palliativversorgung verdeutlichen.	Zu <u>psychosozialer und spiritueller</u> Unterstützung: Ausweitung auf nicht primär medizinische Begleitmaßnahmen ist ausweislich der Gesetzesbegründung nicht vorgesehen.
Bitte ergänzen: <sup>2</sup> ... die <u>medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle</u> Zielsetzung,...	Die WHO-Definition von „Palliative Care“ umfasst wesentlich alle vier Bereiche. Ihr liegt ein ganzheitliches Verständnis von der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen zugrunde. Eine „spezialisierte Versorgung“ mit den in § 3 genannten „Anforderungen an die Erkrankung“ ist ohne die-sen ganzheitlichen Ansatz nicht vorstellbar.	s.o.
In Satz 1 ergänzen: (...) schwerstkranker Menschen zu verbessern, <u>bzw. zu erhalten und</u> ihnen ein menschenwürdiges (...)	Zu berücksichtigen wäre die Grundlage ambulant vor teilstationär, teilstationär vor stationär berücksichtigen	s.o.
<del>„medizinisch-pflegerische Zielsetzung“</del> durch <u>„die umfassende Palliativversorgung unter Einschluss von medizinischen, pflegerischen, spirituellen und psychosozialen Zielsetzungen“</u> ersetzen		s.o.
<del>medizinisch-pflegerische Zielsetzung“</del> ersetzen durch <u>„medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Zielsetzung“</u>	Um die ganzheitliche Dimension der SAPV zu verdeutlichen und das damit zusammenhängende Leistungsangebot zu beschreiben, sollte diese Ergänzung eingefügt werden.	s.o.
In Satz 2 ergänzen: (...) einzelfallgerecht zu lindern <u>und die Versicherten und deren Angehörige psychosozial und spirituell zu unterstützen.</u>	Die Ergänzungen benennen Einzelheiten, die das Verständnis und den multiprofessionellen Ansatz der Palliativversorgung verdeutlichen.	s.o.

Fazit:

Satz 1 ändern: Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (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 (...)

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 3: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 2**

Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Ergänzungsvorschlag: „Den besonderen Belangen von Kindern <u>und ihren nächsten Angehörigen</u> sind Rechnung zu tragen“	Bei unheilbar kranken und sterbenden Kindern ist nicht nur der Patient, sondern auch in besonderer Weise das gesamte „System Familie“ betroffen. Hinweis: Auf die besonderen Anforderungen an die spezialisierte pädiatrische Palliativversorgung wird im weiteren Text nicht (mehr) gesondert Bezug genommen, hier wären möglicherweise noch Spezifizierungen nötig.	Unterstützung von Angehörigen ist nicht Gegenstand der SAPV, daher keine Ausweitung auf Angehörige von Kindern (Bedürfnisse vertrauter Personen: s. § 1 Abs. 3.).
"Den besonderen Belangen von Kindern <u>und deren Angehörigen</u> ist Rechnung zu tragen".	Speziell bei der pädiatrischen Palliativversorgung sollte die Situation der gesamten Familie in den Vordergrund gestellt werden.	s. o.
Konkretisierung nicht ausreichend	Grundlage einer noch zu leistenden Konkretisierung sollten die Empfehlungen der WHO von 1998 „Cancer Pain Relief And Palliative Care In Children“ bzw. deren deutsche Übertragung von Zernikow et al.: „Schmerztherapie und palliative Versorgung krebskranker Kinder“, Vestische Kinderklinik Datteln - Universität Witten/Herdecke, 2002, sein.	§ 1 Abs. 2 beschreibt lediglich Grundlagen und Ziele (Metaebene). → s. Kapitel 2.1
Ergänzen: Es ist insbesondere zu berücksichtigen: <u>1. Die SAPV ist alters- und entwicklungsabhängig zu gestalten und benötigt daher z.B. einen höheren Zeitfaktor im Umgang mit dem Kind.</u> <u>2. Bei Kindern besteht ein großes Spektrum an unterschiedlichen, teils sehr seltenen Krankheitsbildern mit sehr unterschiedlichem Verlauf.</u> <u>3. Die Versorgung durch auf Kinder spezialisierte Fachkräfte ist unerlässlich.</u> <u>4. Der SAPV von Kindern kann nur bei entsprechender Betreuung der gesamten Familie angemessen entsprochen werden. Der psychischen und nachhaltigen Belastung der Geschwisterkinder ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken.</u>	Die "besonderen Belange von Kindern" sind zu konkretisieren, da erfahrungsgemäß ansonsten jede Verhandlungspartei diese besonderen Belange in ihrem eigenen Sinne - und oft gegensätzlich - interpretiert. Diese genannten Punkte sind im Umgang mit Kindern unerfahrenen Seiten immer wieder unklar.	Zu 1.: s. o.  Zu 2: dem trägt bereits das Stufenmodell nach § 5 Abs. 2 S. 2 und 3 Rechnung.  Zu 3.: Qualifikation der Leistungserbringer wird in Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V behandelt.  Zu 4.: s. Anm. zu § 1 Abs. 1.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 3: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 2**

Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p>Zur Gestaltung der Palliativphase im Rahmen der Kinder- und Jugendonkologie ist einschlägig (zu beachten, <i>Anm. der GF</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- supportive Therapie: Hilfen zur Gestaltung der letzten Lebensphase, Stärkung der elterlichen Schutzfunktion, Raum geben für antizipatorische Trauer,</li> <li>- sozialrechtliche Unterstützung: Förderung eines stützenden Netzwerks für die häusliche Versorgung, Vermittlung ambulanter häuslicher Pflege, ggf. Hospiz,</li> <li>- Kreativtherapien: kindgemäße Formen des Abschiednehmens finden, Gestaltung innerer Lebensräume und Bilder,</li> <li>- Palliativbegleitung: Unterstützung bei der Bewältigung von Angst, Verlust, Schmerz und Trauer, interdisziplinäre, kulturell angemessene Betreuung, Sterbebegleitung, Hausbesuche, Nachbetreuung trauernder Familien, Kontaktvermittlung zu Einrichtungen für trauernde Angehörige.</li> </ul> <p>Für die psychosoziale Versorgung krebskranker Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychosoziale Versorgung als Standardangebot in der Kinder- und Jugendonkologie,</li> <li>- integrierter psychosozialer Dienst im onkologischen Behandlungsteam,</li> <li>- niedrighschwellige Erreichbarkeit,</li> <li>- qualitativ und quantitativ angemessene psychologische, psychotherapeutische, pädagogische und sozialarbeiterische Kompetenz innerhalb des psychosozial-</li> </ul>	<p><i>(Anm. der GF: Inhalte aus SN BptK; Konkretisierungen entstammen der Leitlinie zur „Psychosozialen Versorgung in der Kinder- und Jugendonkologie“ (S1-Leitlinie, Nr. 025/002 im Register der AWMF)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spstr.: vgl. Anm. zu Abs. 1 (nicht primär medizinisch ausgerichtete Begleitmaßnahmen).</li> <li>2. Spstr.: vgl. § 6 Abs. 5</li> <li>3. Spstr.: vgl. 1 Spstr./Anm. zu Abs. 1</li> <li>4. Spstr.: s.o</li> </ol> <p>s. o.</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 3: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 2**

Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p>alen Mitarbeiterteams,                      - definierte fachliche und administrative Leitung,                      - angemessene personelle, zeitliche und räumliche Ressourcen.</p>		
<p>Ergänzen:  <u>Inbesondere ist zu berücksichtigen im Hinblick auf:</u>                      1. Krankheitsverlauf und Art der Erkrankung:                      2. System Familie                      3. Entwicklungspsychologie                      4. Versorgung</p>	<p>ad 1: Kinder mit einer infausten Diagnosestellung haben häufig Krankheitsverläufe von Monaten oder auch Jahren, bis das Kind an der lebenslimitierenden Krankheit verstirbt. Erkrankungen mit einer infausten Diagnose im Kindesalter sind selten, wenig bekannt und häufig schwierig zu diagnostizieren.                      ad 2: Kinder brauchen insbesondere im Rahmen einer palliativen Versorgung über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg die enge Anbindung (d.h. auch Miteinbeziehung) an ihre engsten Angehörigen (Eltern und Geschwistern).                      ad 3: Es handelt sich um eine äußerst heterogene Gruppe. Je nach Entwicklungsstand und Alter sind individuelle Interventionen nötig. Die spezialisierten pädiatrischen Palliative Care Teams berücksichtigen die Heterogenität der Altersstruktur und der Krankheiten.                      ad 4: Kinder brauchen besonders stabile Bezugssysteme, Wechsel der Leistungserbringenden sind deshalb zu vermeiden. Die Versorgung durch auf Kinder spezialisierte Fachkräfte ist notwendig.</p>	s. o.
<p>Den besonderen Belangen von Kindern <u>und ihrer nächsten Angehörigen</u> ist Rechnung zu tragen.</p>	<p>Bei unheilbar kranken und sterbenden Kindern ist nicht nur der Patient, sondern auch in besonderer Weise das gesamte „System Familie“ betroffen. Dies sollte hier eine Berücksichtigung finden.</p>	s. o.
<p>Den besonderen Belangen von Kindern ist <u>durch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/ -pfleger und Kinderärzten</u> Rechnung zu tragen.</p>		<p>Qualifikation d. Leistungserbringer ist Gegenstand der Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V.</p>
<p>Neben Palliative-Care-Teams (PCT) sollte die Ermöglichung einer Einrichtung von <u>pädiatrischen PCT</u> in die Richtlinie mit aufgenommen werden.</p>	<p>Die Forderung, die besonderen Belange von Kindern im Bereich palliativer Versorgung zu beachten, ist richtig und sinnvoll. Dies hat bereits der Gesetzgeber so gesehen und festgehalten. In der vorliegenden</p>	s. Position des UA SAPV zu § 5 Abs. 2 (s.o.)

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 3: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 2**

Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	Formulierung bleibt die Forderung aber zu vage. Die Konsequenzen dieser Forderung sollten deutlich genannt werden.	
Bitte ergänzen: ... von Kindern <u>und Jugendlichen</u> ...		s. Kapitel 2.1
Den besonderen Belangen von Kindern ist <u>durch den Einsatz von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/ -pfleger und Kinderärzten</u> Rechnung zu tragen <u>insbesondere im Hinblick auf spezialisierte pädiatrische Palliativpflege.</u>	Diese Patientengruppe benötigt aufgrund der besonderen Entwicklungsaufgaben ganz spezifische Betreuungsangebote.	s.o.
Es sollte „..... <u>und Jugendlichen</u> “ ergänzt werden		s.o.
<u>und Jugendlichen</u>		s.o.
Den besonderen Belangen von Kindern <u>und ihrer nächsten Angehörigen</u> ist Rechnung zu tragen. <u>Begründung</u>	Bei unheilbar kranken und sterbenden Kindern ist nicht nur der Patient, sondern auch in besonderer Weise das gesamte „System Familie“ betroffen. Dies sollte hier Berücksichtigung finden.	s.o.
Unklar, ob diese Regelung auch auf Kinder sterbenskranker Eltern zutrifft. Gibt es einen besonderen Anspruch auf Familienpflege?	Dieser Satz muss konkretisiert werden.	s. Position des UA SAPV zu § 1 Abs. 1
Auf die besonderen Anforderungen an die spezialisierte pädiatrische Palliativversorgung wird im weiteren Entwurf nicht gesondert Bezug genommen.	Hier wären Spezifizierungen nötig (§ 3 Abs. 3).	Vgl. Anm. oben; s. Position des UA SAPV zu § 5
Die Punkte ( <i>die besonderen Belange von Kindern, Anm. GF</i> ) müssten explizit ausformuliert werden.	Das Nähere sollte in den Rahmenempfehlungen zu § 132d konkretisiert werden.	s.o.
<b>Fazit:</b> Keine Änderungen erforderlich.		

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



**Tabelle 4: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Die Aussage in Satz 2 sollte eindeutiger gefasst werden; z. B. <u>„Der Patientenwille ist zu beachten; dieser kann beispielsweise in einer Patientenverfügung dokumentiert sein oder aus Gespräche mit dem Patienten und seinen Angehörigen eruiert werden (mutmaßlicher Patientenwille)“</u> .	Für weitere Einzelheiten kann auf die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 19 vom 07.05.2004) und auf die „Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis“ (Deutsches Ärzteblatt 104, Ausgabe 13 vom 30.03.2007) verwiesen werden.	S. 2 ist eindeutig.
Ergänzen: <u>Satz 3: Auch der Kindeswille und Notfallverfügungen sind zu beachten.</u>		Kinder sind von Abs. 3 erfasst.
Ergänzen: Satz 3: <u>Der Kindeswille und Notfallverfügungen sind zu beachten.</u>		s.o.
Der willentliche Ausschluss von bestimmten Behandlungsmethoden darf kein Ausschlusskriterium zur Teilnahme an der SAPVversorgung sein.		s. Kap. 2.1
als Satz 2 formulieren: <u>„Die Ablehnung einzelner Behandlungsoptionen/Therapien durch den Patienten - beispielsweise in einer Patientenverfügung - ist kein Ausschlusskriterium für den Anspruch auf SAPV.“</u>	Satz 2 erscheint mehrfach problematisch:1.) Im Hinblick auf die immer noch schwebende politische Diskussion, ob und unter welchen Voraussetzungen Patientenverfügungen (PatVfg) „beachtlich“ sind, wenn nicht sogar unmittelbare Bindungswirkung erzielen und welche Anforderungen an solche Verfügungen zu stellen sind, sollte der Hinweis auf die PatVfg in dieser Form besser außen vor bleiben. Der Bezugspunkt „Patientenwille“ wäre ausreichend, da eine Patientenverfügung Ausdruck des Patientenwillens ist. 2.) Der Hinweis darauf, dass der Patientenwille zu beachten ist, stellt für sich genommen eine Selbstverständlichkeit dar, die für alle medizinisch-pflegerischen Bereiche gilt und der keine konkrete Aussage zur SAPV innewohnt. Gemäß den Erläuterungen soll deutlich gemacht werden, dass die Ablehnung einzelner Therapien durch den Patienten kein Ausschlusskriterium für den Anspruch	s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 4: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	auf SAPV ist.	
Die Richtlinie sollte die Möglichkeit der Vereinbarung einer Ausnahmeregelung vorsehen, die dem Wunsch des Patienten entspricht (soweit die Richtlinie verbindliche Regelungen trifft).	Insbesondere wenn dies nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden ist, sollte die Richtlinie die Möglichkeit der Vereinbarung einer Ausnahmeregelung vorsehen, die dem Wunsch des Patienten entspricht.	Ausnahmeregelung nicht notwendig.

Fazit:

S. 2 wird geändert: Der Patientenwille ~~und Patientenverfügungen sind~~, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 5: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Ergänzung wie folgt: Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ergänzt <u>und entwickelt</u> das bestehende Versorgungsangebot <u>weiter</u> . <u>Dieses besteht</u> insbesondere (...)	Mit einem Hinweis auf die Weiterentwicklung des bestehenden Versorgungsangebotes wird, dem Wunsch des Gesetzgebers entsprechend, der Berücksichtigung bestehender Strukturen als potenzielle Vertragspartner nach § 132d SGB V Rechnung getragen.	Keine Änderung notwendig, s. Kap. 2.1 und Position des UA zu § 6 Abs. 2 und 5.
Erweitern: <sup>1</sup> Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung <u>bzw. die spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung ergänzen</u> das bestehende (...)		Keine Änderung notwendig; S. 1, 1. Halbs. regelt in erster Linie das Verhältnis der SAPV zur sonstigen ambulanten Versorgung.
Erweitern: Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, <u>bzw. die spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung, ergänzen</u> das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere durch Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste....		s.o.
Satz 1 ergänzen: Teilversorgung oder <u>als situative vollständige spezielle Palliativversorgung</u> erbracht werden.	Der Umfang der Leistungserbringung hat sich an dem Wunsch und Wahlrecht des Patienten, der jeweiligen Delegation durch den Zuweisenden und ausschließlich auf die spezialisierte Palliativversorgung zu beziehen. Im Verlauf einer unheilbaren Erkrankung kann es Situationen geben, die eine spezialisierte palliative Versorgung notwendig machen. Ist diese Phase überwunden, muss die ursprüngliche Versorgungssituation fortgesetzt werden.	Wird durch § 5 Abs. 2 S. 2 und 3 geregelt.
evtl. zu ergänzen: „ <u>sie ist eine ärztliche und pflegerische Komplexleistung einschließlich von Koordinierungsanteilen</u> “		Ergibt sich aus § 5 Abs. 2.
Ergänzen: <sup>1</sup> Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere durch <u>Hausärzte und andere Vertragsärzte</u> , Krankenhäuser	Es muss in diesem Absatz deutlicher auf die koordinierende Funktion des Hausarztes/ der Hausärztin hingewiesen werden. Heute findet die ambulante Palliativversorgung in großem Umfang in der hausärztli-	1. Hausärzte unterfallen dem Begriff „Vertragsärzte“

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 5: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
und Pflegedienste und kann als isolierte Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. <u>Die Einbeziehung der betreuenden Hausärzte ist dabei obligatorisch.</u> <sup>2</sup>	chen Praxis statt – diesem Umstand muss in der Formulierung Rechnung getragen werden. Die Formulierung „vollständige Patientenbetreuung“ legt nahe, dass in bestimmten Fällen die Mitbetreuung durch Hausärzte verzichtbar ist. Dies verkennt die Vertrauensstellung, die Hausärzte bei ihren Patienten einnehmen. Außerdem ginge das oft nicht dokumentierbare Langzeitwissen über den Patienten verloren. Die Notwendigkeit der palliativen Versorgung schließt weitere kurative Maßnahmen nicht aus und umgekehrt benötigt auch ein kurativ behandelter Patient mitunter bereits Palliativbetreuung.	2. s. Änderung in § 6
Ergänzung in Satz 1: <u>und stationäre Pflegeeinrichtungen</u>	Pflegerische Leistungen im Rahmen der Palliativversorgung müssen, neben der Palliativberatung, eine entsprechende Bewertung erfahren.	s. o.
Der eingeschobene Halbsatz " <del>insbesondere durch Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste</del> " sollte gestrichen werden.	Es wird nicht deutlich, ob es sich dabei um eine Aufzählung aus der Vergangenheit oder eine für die Zukunft handelt. Dieser Halbsatz ist letztlich unerheblich.	Konsens UA: Zur Vermeidung von Missverständnissen, erfolgt eine Anpassung der Formulierung (s. u.).
Streichen in Satz 1: (...) ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, <del>insbesondere durch Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste</del> und kann (...)	Es ist missverständlich, ob es sich um die Aufzählung des bestehenden Versorgungsangebotes oder der Leistungserbringer der SAPV handelt. Außerdem fehlt in der Aufzählung die eindeutig im Gesetz genannte stationäre Pflegeeinrichtung.	s.o.
Bitte in Satz 1 streichen: ... <del>insbesondere durch Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste</del> ...	Aus Sicht der DGP handelt es sich um einen missverständlichen Einschub, der ohne Änderung der inhaltlichen Aussage gestrichen werden kann.	s.o.
Streichung des Halbsatzes „ <del>insbesondere durch Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste</del> “.	Der Halbsatz wird gestrichen, da es missverständlich ist, ob es sich um die Aufzählung des bestehenden Versorgungsangebotes oder der Leistungserbringer der SAPV handeln soll. Außerdem fehlt in der Aufzählung die im Gesetz benannte stationäre Pflegeeinrichtung.	s.o.
Bitte in Satz 1 streichen: ... <del>insbesondere durch Vertragsärzte, Krankenkassen und Pflegedienste</del>	Es handelt sich um einen missverständlichen Einschub, der ohne Änderung der inhaltlichen Aussagen gestrichen werden kann.	s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 5: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<b>Satz 2 streichen</b>	Diese Regelung erschließt sich auch vor dem Hintergrund der Begründung nicht und ist damit überflüssig.	s.o.
Wie wird die vollständige Pflege finanziert? Wird im Einzelfall eine 24 Stunden Versorgung durch examiniertes Pflegepersonal genehmigt? Der Einsatz eines Casemanagement ist zu klären. Wer koordiniert den Fall im Netzwerk?		Qualifikation der Leistungserbringer ist Gegenstand der Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V. s. Position des UA SAPV zu § 5
Nennung der fachlich inhaltlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erforderlich	Hier, wie an allen späteren Stellen der Richtlinie bleibt offen, welches die fachlich inhaltlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind. Die Frage der Qualitätsvoraussetzung zur Erbringung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung bleibt offen.	s.o.
Hier ergänzen, dass vorrangig die betreuenden Pflegeeinrichtungen die SAPV erbringen sollen, sofern diese über eine Zulassung nach § 132 d SGB V verfügen und dies dem Wunsch des Patienten bzw. seiner Angehörigen entspricht. Abgrenzung zwischen ambulanter Pflege, allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung muss besser operationalisiert werden.	Zum anderen sehen wir aufgrund des komplexen Leistungsbildes die Abgrenzung zu anderen Leistungsansprüchen als problematisch an. Bei der ambulanten Versorgung von Wachkomapatienten werden bereits heute Leistungen „aufgerechnet“, was sich jedoch wegen der unterschiedlichen personellen Voraussetzungen und dem unterschiedlichen zeitlichen Aufwand für Pflege und Behandlung in der Praxis als schwierig gestaltet.	Hier keine RL-Änderung notwendig. s. Position des UA SAPV zu § 5
Die herkömmlichen Leistungsansprüche dürfen nicht durch Neue ersetzt (sondern ergänzt!) werden.	Eine diesbezügliche Klarstellung ist dringend erforderlich, da insbesondere der Wortlaut des § 5 Absatz 1 etwas anderes impliziert. Ansonsten würde u.U. sogar eine Schlechterstellung des Patienten drohen, z.B. dann, wenn der hierfür qualifizierte Pflegedienst seiner Wahl, der bislang die einfache Palliativversorgung zu seiner Zufriedenheit erbracht hat, dies nicht mehr tun dürfte, da der Patient auf die Leistungserbringung – nicht nur der spezialisierten Palliativversorgung – durch ein Palliativ-Care-Team verwiesen wird.	§ 5 Abs. 1 impliziert nichts anderes.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 5: § 1 Grundlagen und Ziele – Abs. 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.

**Änderungsvorschläge**

**Begründungen / Kommentare**

**Position UA SAPV**

Fazit:

<sup>1</sup>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. <sup>2</sup>Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. <sup>3</sup>Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

### 5.3.3 Auswertung der Stellungnahmen zu § 2

Tabelle 6: § 2 Anspruchsvoraussetzungen		
Versicherte haben nach Maßgabe dieser Richtlinie Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist (§ 3) und</li> <li>2. sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4) benötigen, die nach den medizinischen Erfordernissen auch ambulant erbracht werden kann.</li> </ol>		
Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
in Nr. 1: „nicht heilbar“ streichen	Betroffene sterben auch an grundsätzlich zwar heilbaren Krankheiten, die aber so weit fortgeschritten sind, dass ihre Lebenserwartung begrenzt ist.	„nicht heilbar“ ist Gesetzeswortlaut.
Absatz 1 ersetzen durch: <u>Versicherte mit einer progredienten (voranschreitenden), weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt, und die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung n. § 37b SGB V.</u>	Paragraph 2 sollte mindestens die Anspruchsvoraussetzungen wie § 37b Abs. 1 Satz 1 wiederholen oder sich auf die WHO-Definition von 1990 beziehen. Durch die in § 2 Abs. 1 verwendete Formulierung ... „dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist...“, wird ein Kausalzusammenhang zu den anderen Voraussetzungen hergestellt, der so im Gesetz nicht vorgesehen ist. Vielmehr formuliert der Gesetzgeber kumulativ verschiedene Anspruchsvoraussetzungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung.	Die Merkmale der weit fortgeschrittenen Erkrankung und der begrenzten Lebenserwartung bedingen sich gegenseitig.
In Nr. 2 ergänzen: ...auch ambulant <u>oder in stationären Pflegeeinrichtungen</u> erbracht werden kann."	Nach § 37b Abs. 2 SGB V haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Bei der Aufzählung wird dies allerdings nicht benannt. Um hier keine Unklarheiten aufkommen zu lassen, sollte der Nr. 2 entsprechend angepasst werden.	Nr. 2. 2. Halbs. dient (deklaratorisch) der Abgrenzung zur Krankenhausbehandlung.
Formulierungsvorschlag für einen <b>neuen Absatz 2</b> : <u>„Soweit Versicherte Anspruch auf anderweitige ambulante Versorgung haben, ist diese nach den jeweiligen Rechtsgrundlagen zu gewähren. Der SAPV-Anspruch soll diese Ansprüche ergänzen, nicht ersetzen.“</u> Grund: siehe Stellungnahme zu § 1 Absatz 4.		Ist bereits durch § 1 Abs. 4 und §§ 4 und 5 klargestellt.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

### Tabelle 6: § 2 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben nach Maßgabe dieser Richtlinie Anspruch 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 medizinischen Erfordernissen auch ambulant erbracht werden kann.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
3. sie von den Patienten erwünscht ist.		Der Patientenwunsch ist implizit Voraussetzung für die SAPV. S. auch § 1 Abs. 3.
Ergänzen: 3. <u>Bei Kindern mit nicht heilbaren und fortschreitenden Erkrankungen kann spezialisierte pädiatrische Palliativversorgung notwendig sein, ohne dass die Krankheit weit fortgeschritten ist.</u>		§ 37b Abs. 1 SGB V setzt für alle Versicherten eine weit fortgeschrittene Erkrankung voraus.
Ergänzen: 3. <u>Bei Kindern mit nicht heilbaren und fortschreitenden Erkrankungen kann spezialisierte pädiatrische Palliativversorgung notwendig sein, ohne dass die Krankheit weit fortgeschritten ist.</u>		s. o.
in Nr. 2 ergänzen: (...) sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine <u>differentialdiagnostische Einschätzung und spezialisierte Behandlung von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher und psychosozialer Art benötigen</u> , die nach den medizinischen Erfordernissen auch ambulant erbracht werden kann.		Definition der besonders aufwändigen Versorgung folgt in § 4.
Änderungsvorschlag: 2. sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4) benötigen, die nach den medizinischen <u>und pflegerischen</u> Erfordernissen <del>auch</del> ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden kann.	Hier ist zu berücksichtigen, dass die pflegerischen Erfordernisse aufgrund der verbundenen Leistung ebenfalls relevant sind und der Hinweis „ambulant“ bezüglich der stationären Pflegeeinrichtungen irreführend ist.	„pflegerische Erfordernisse“ wird aufgenommen. Zum Hinweis auf stat. Pflegeeinrichtungen s. o.
Ergänzen in Nr. 2: ... „sie unter Berücksichtigung der in § 1	Um auch an dieser Stelle den pflegerischen Aspekt einer Palliative-	s. o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



### Tabelle 6: § 2 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben nach Maßgabe dieser Richtlinie Anspruch 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 medizinischen Erfordernissen auch ambulant erbracht werden kann.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4) benötigen, die nach den <u>pflegerischen und/oder medizinischen</u> Erfordernissen auch ambulant erbracht werden kann.“	Care-Versorgung deutlicher hervorzuheben.	
Änderungsvorschlag: Statt <del>„medizinischen Erfordernissen“</del> besser <u>„individuellen Erfordernissen“</u> .	Palliative Care zur Betreuung unheilbar kranker und sterbender Patienten umfasst neben den medizinischen auch pflegerische sowie psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse	- zu pflegerischen Erfordernissen s. o. - nicht primär medizinisch ausgerichtete Begleitmaßnahmen sind vom Anspruch nicht umfasst.
Bitte ergänzen in Nr. 2: ...die nach den medizinischen <u>und pflegerischen</u> Erfordernissen ...	Sowohl Koordination und Pflegeberatung, als auch palliativmedizinische Probleme können im Vordergrund des Einsatzes des Palliative-Care-Teams stehen und müssen berücksichtigt werden.	s. o.
in Nr. 2 ändern: <u>„individuellen“</u> statt <del>„medizinischen“</del>	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.	s. o.
Änderungsvorschlag: 2. (...) auch ambulant <u>oder in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe</u> erbracht werden kann.	§ 2 Abs. 2 berücksichtigt nicht den Leistungsort stationäre Pflegeeinrichtung Auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen haben Anspruch auf SAPV nach § 37b Abs. 2 SGB V. Die Ergänzung um stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe soll sicherstellen, dass SAPV auch dort erbracht werden kann.	s. Position des UA SAPV zu § 1; vgl. Änderung (s.u.) Nr. 2, 2. Halbs. dient (deklaratorisch) der Abgrenzung zur Krankenhausbehandlung.
Änderungsvorschlag: 2. (...) auch ambulant <u>oder in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe</u> erbracht werden kann.	§ 2 Abs. 1 Nr. 2 berücksichtigt nicht den Leistungsort stationäre Pflegeeinrichtung bzw. stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe. Auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen haben Anspruch auf SAPV nach § 37b Abs. 2 SGB V. Die Ergänzung um stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe soll sicherstellen, dass SAPV auch dort erbracht werden kann.	s. o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 6: § 2 Anspruchsvoraussetzungen**

Versicherte haben nach Maßgabe dieser Richtlinie Anspruch 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 medizinischen Erfordernissen auch ambulant erbracht werden kann.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Die Anspruchsvoraussetzungen sollten im Bezug auf die psychosoziale Begleitung / Trauerbegleitung im Bezug auf Angehörige / vertraute Personen des Patienten ergänzt werden		s. Position des UA SAPV zu § 1

Fazit:

Versicherte haben Anspruch 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 medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI) erbracht werden kann.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

### 5.3.4 Auswertung der Stellungnahmen zu § 3

**Tabelle 7: § 3 Anforderungen an die Erkrankungen – Abs. 1**

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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Die Anforderungen an eine Erkrankung (§ 3) sind zu streichen.	Stattdessen ist auf das unter § 4 aufgeführte komplexe Symptomgeschehen abzustellen.	Der G-BA hat nach § 37b Abs. 3 Nr. 1 SGB V sowohl die Anforderungen an die Erkrankungen als auch an den besonderen Versorgungsbedarf zu regeln.
<b>Paragraf 3 streichen</b>	Die Charakterisierung des Erkrankungszustandes ist bereits unter § 2 erfolgt. Dies gilt trotz der ausdrücklichen Aufforderung des Gesetzgebers n. § 37b Abs. 3 Nr. 1 SGB V an den G-BA, „Anforderungen an die Erkrankungen“ in der Richtlinie zu konkretisieren. Das Gesetz mag sinnvollerweise an Personen (ins. Leistungserbringer oder Versicherte) Forderungen adressieren können, nicht jedoch an Krankheiten.	Der G-BA hat sich an die Vorgaben des Gesetzgebers zu halten.
Ergänzen: (...) <u>Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschrittes</u> (...)	In die Formulierung sollte auch die Berücksichtigung des in § 2 SGB V Abs. 1 Satz 3 beschriebenen medizinischen Fortschrittes mit aufgenommen werden.	Die Berücksichtigung des medizinischen Fortschrittes ist in der Formulierung bereits mit enthalten.
Es sind auch explizit <b>die Fälle berücksichtigen</b> , wo <b>Patienten nicht mehr bereit sind</b> , mögliche anerkannte <b>Maßnahmen an sich durchführen zu lassen</b> .	Auch diesen Patienten sollte der Zugang zur SAPV explizit möglich sein.	Der G-BA hat die Tatbestandsvoraussetzungen des § 37b SGB V zu konkretisieren. Dass die Ablehnung einzelner Therapien kein Ausschlusskriterium für die SAPV darstellt, wurde bereits in den Tragenden Gründen zu § 1 Abs. 3 klargestellt. Darüber hinaus sind kaum Fälle vorstellbar, in denen die (gänzliche) Beseitigung einer Krank-

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 7: § 3 Anforderungen an die Erkrankungen – Abs. 1**

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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
		heit nicht gewünscht werden sollte.

Fazit:

Keine Änderung notwendig.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 8: § 3 Anforderungen an die Erkrankungen – Abs. 2**

Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
ergänzen: (...) <u>„Berücksichtigung des medizinischen Fortschrittes“</u>	siehe Stellungnahme § 3 Abs. 1	s. o.
ergänzen: (...) <u>und eine kurative oder lebensverlängernde Handlungsoption nicht vorliegt</u>		„kurativ“ würde Abs. 1 betreffen und ist dort bereits abgebildet. „lebensverlängernde Handlungsoption“ ist bereits erfasst.
<b>Fazit:</b> Keine Änderung erforderlich.		

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 9: § 3 Anforderungen an die Erkrankungen – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Statt <u>„Lebenserwartung gesunken“</u> besser <u>„Lebenserwartung begrenzt“</u> .	Begrenzt ist ein wertneutraler Begriff Kommentar: Es ist sehr zu begrüßen, dass keine festen Fristen genannt werden. Dieses entspricht den praktischen Anforderungen, da es durchaus Krankheitsverläufe mit zumindest passager notwendiger spezialisierter Palliativversorgung gibt, die sich über mehr als 6 Monate hinziehen können (z.B. lebenslimitierende Erkrankungen im Kindesalter, neurologische Erkrankungen).	Spik und Ärzte: „gesunken“ DKG und PatV: „begrenzt“.
Die Formulierung (...) <u>gesunken</u> ist" ersetzen durch (...) Wochen oder Monate <u>begrenzt</u> ist."	Die Formulierung unglücklich. Wir schlagen stattdessen vor, hier die Formulierung aus dem Gesetzestext zu nutzen.	s. o.
Dass eine Erkrankung als „fortgeschritten“ ist, darf keine Voraussetzung für die Erbringung der SAPV sein.		„weit fortgeschrittene Erkrankung“ ist gesetzliches Tatbestandsmerkmal.
<del>streichen: (...) und nach begründeter Einschätzung des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.</del>	Die vom Arzt vorzunehmende zeitliche Einschätzung der Lebenserwartung sehen wir erfahrungsgemäß auch bei dieser Formulierung als problematisch an.	Aufgrund der gesetzlichen Voraussetzung ist eine gewisse Prognose unvermeidbar.
Bitte das Wort <u>„gesunken“</u> durch <u>„begrenzt“</u> ersetzen.		s. o.
Ergänzen: <u>(4) Bei Kindern und Jugendlichen kann die Erkrankung phasenhaft sein und innerhalb eines langen Zeitraums immer wieder zu Krisen führen bzw. sich in lang andauernden Präfinalphasen äußern, deshalb können die Beratungsleistung, die Koordination der Versorgung sowie die additiv unterstützende Teilversorgung auch über Jahre erforderlich sein.</u>		Änderungsvorschlag wird teilweise berücksichtigt (s. u.)
ändern: (...) die psychosoziale <u>Betreuung</u> <u>Pflege</u> im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung des verordnenden Arztes <u>komplexe Symptomati-</u>	Der Bedarf an allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung kann unterschiedlich und abwechselnd sein. Dies gilt insbesondere für Krankheiten mit langen Sterbeverläufen wie zum Beispiel MS oder De-	1. „begrenzte Lebenserwartung“ ist gesetzliches Tatbestandsmerkmal.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 9: § 3 Anforderungen an die Erkrankungen – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p><u>ken vorliegen, die einen multiprofessionellen Ansatz verlangen. Hinweise darauf, dass die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist, sind zu beachten.</u></p>	<p>menz. Der Leistungsanspruch sollte vor diesem Hintergrund nicht von der verbleibenden Lebenszeit abhängig gemacht werden sondern nur von den komplexen Symptomatiken, die einen multiprofessionellen Ansatz verlangen. Weiterhin halten wir die eingeführte Begrifflichkeit „Betreuung“, im Zusammenhang mit den Versorgungsschwerpunkten der speziellen Palliativversorgung weder für gesetzlich legitimiert noch für zielführend, zumal es um pflegerische und medizinische Leistungen geht.</p>	<p>2. s. Änderung in § 3 Abs. 3.</p>
<p>Ergänzen:  <u>4) Bei Kindern kann die lebensbegrenzende Erkrankung phasenhaft sein und innerhalb eines langen Zeitraums immer wieder zu Krisen führen bzw. sich in lang andauernden Prä-Finalphasen äußern. Deshalb kann eine Versorgung auch über Jahre hinweg notwendig sein.</u></p>		<p>s. o.</p>
<p><u>ändern: (...) sowie die psychosoziale Betreuung-Begleitung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken <del>ist</del> begrenzt bzw. aufgrund der Erkrankung deutlich eingeschränkt ist (z.B. lebenslimitierende Erkrankungen im Kindesalter, neurologische Erkrankungen sowie fortgeschrittener Demenz).</u></p>	<p>„Begleitung“ hebt die „gleiche Augenhöhe“ der Beteiligten hervor. - „Begrenzt“ entspricht der Formulierung im Gesetzestext. Ergänzt wird der letzte Halbsatz, da es Krankheitsverläufe gibt, die sich über Monate hinziehen können.</p>	<p>s.o.                  Eine Auflistung von ausgewählten Erkrankungen ist nicht angebracht, da hier die Gefahr besteht, dass hier Gewicht auf bestimmte Erkrankungen gelegt wird und auf andere ungenannte nicht. Eine besondere Nennung von neurologischen Erkrankungen würde insbesondere bei Kindern tödlich verlaufende Muskelerkrankungen herabsetzen.                  Votum PatV:                  Neben Kindern müssen auch</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 9: § 3 Anforderungen an die Erkrankungen – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
		die chronischen neurologischen Erkrankungen erwähnt werden. Auch diese Erkrankungen können phasenhaft sein und über einen langen Zeitraum immer wieder zu Krisen führen.
ändern: (...)auf <del>Tage, Wochen oder Monate</del> gesunken ist. <u>begrenzt</u> ist.	Stattdessen ist auf die Begrenzung des Lebens abzustellen, da es durchaus Patienten gibt, z. B. mit ALS oder anderen chronisch degenerativen Erkrankungen, die im Verlauf Ihres Leidens immer wieder auf symptomkontrollierende Palliative-Care-Maßnahmen angewiesen sind.	Der genannte Zeitkorridor gestattet es, den Besonderheiten des Einzelfalls zu entsprechen (s. § 1 Abs. 3).
„ <del>Tage, Wochen oder Monate</del> “ streichen.	Stattdessen ist auf die Begrenzung des Lebens abzustellen, da es durchaus Patienten gibt, z.B. mit ALS oder anderen chronisch degenerativen Erkrankungen, die im Verlauf Ihres Leidens immer wieder auf symptomkontrollierende Palliative-Care-Maßnahmen angewiesen sind.	s. o.
<b>Streichung</b> der <b>Zeitvorgaben</b> in der Richtlinie.	In der Praxis hat sich herausgestellt, dass all zu starre Zeitfenster der falsche Ansatzpunkt sind, um Leistungen der Krankenkassen hiervon abhängig zu machen. So wenig wie jeder Sterbende ein Palliativpatient ist, so wenig setzt palliativer Behandlungsbedarf voraus, dass jemand Sterbender – im Sinne eines prognostizierbaren, auf wenige Tage oder Wochen bezogenen Zeitraums bis zum Eintritt des Todes – ist. Der Gesetzestext verzichtet folgerichtig auf eine allzu starre Festlegung von Zeitfenstern. Der Gesetzgeber hat erkannt, dass er andernfalls dem Behandlungsbedarf von Menschen mit weit fortgeschrittener Erkrankung, deren schwerwiegende Symptome vorüber vorübergehend/krisenhaft behandelt werden müssen, um deren Lebensqualität zu verbessern, nicht gerecht würde. Dem Willen des Gesetzgebers folgend, dürfen darum auch in den Richtlinien keine starren Zeitvorgaben auftauchen. Stattdessen sollte der <b>Schwerpunkt</b> der Festlegungen auf die allgemeinen Charakteristika palliativer Behandlungssituationen, wie	„begrenzte“ Lebenserwartung ist nicht nur allgemeine Beschreibung, sondern gesetzliches Tatbestandsmerkmal. Wenn der Gesetzgeber eine Konkretisierung für nicht statthaft gehalten hätte, hätte er auf seine Nennung verzichtet oder eine entsprechende deklaratorische Funktion klargestellt.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



**Tabelle 9: § 3 Anforderungen an die Erkrankungen – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	sie sowohl im § 37 b, als auch in der entsprechenden Definition der WHO angeführt sind, abheben: nämlich, dass es sich um eine <b>fortschreitende und weit fortgeschrittene Erkrankung handelt, in der die Behandlung von Schmerzen sowie anderer belastender Symptome körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art höchste Priorität besitzt.</b>	
In der RL berücksichtigen, dass in den überwiegenden Fällen (der Palliativversorgung) <b>kausale Therapien</b> parallel zur SAPV durchzuführen sind.	Es könnte sich bei der Durchführung der SAPV als problematisch erweisen, wenn alle kausalen Therapien gestoppt würden. In den überwiegenden Fällen ist auch eine Aufrechterhaltung von z. B. Schmerzbestrahlung oder Chemotherapie bei kleinzelligen Lungentumoren parallel zur SAPV durchzuführen. Dies sollte hervorgehoben werden	Die Fortführung nicht-palliativer Behandlung im Rahmen der sonstigen ambulanten Versorgung wird durch die Richtlinie nicht ausgeschlossen.
Bitte: ... <del>oder Monate gesunken</del> ist, ersetzen durch: <u>oder Monate begrenzt</u> ist.	Die Formulierung "begrenzt" ist an dieser Stelle passender.	s.o.
Einfügen: <u><sup>2</sup>Palliative Krisen können insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit längerfristig zum Tode führenden Erkrankungen zu vorübergehendem Behandlungsbedarf durch SAPV führen.</u>	Besonders bei Kindern und Jugendlichen mit lebenslimitierenden Erkrankungen können palliative Krisen zu zeitweisem Behandlungsbedarf durch SAPV führen. Um Betroffenen und ihren Familien mit längerfristig verlaufenden Erkrankungen gerecht werden zu können, ist diese Option vorzusehen.	s. o.
Bitte einfügen: <u><sup>2</sup>Palliative Krisen können insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit längerfristig zum Tode führenden Erkrankungen zu vorübergehendem Behandlungsbedarf durch SAPV führen.</u>	Besonders bei Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen können palliative Krisen zu zeitweisem Behandlungsbedarf durch SAPV führen. Um Betroffenen und ihren Familien mit längerfristig verlaufenden Erkrankungen gerecht werden zu können, ist diese Option vorzusehen.	s. o.
Streichung: <del>und nach begründeter Einschätzung des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.</del>	Die unter den Absätzen 1 - 3 genannten Anforderungen sind hinreichend. Die nachfolgende Formulierung „Tage, Wochen oder Monate“ lässt die besonderen Belange von Kindern als auch den nachfolgend benannten Anspruch auf eine intermittierende Behandlungsmöglichkeit unberücksichtigt.	s. o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 9: § 3 Anforderungen an die Erkrankungen – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
streichen (...) <del>Tage, Wochen oder Monate</del>	Der Hinweis auf „Tage, Wochen oder Monate“ ist zu unspezifisch, so dass er entfallen kann.	s. o.
neu: <u>(4) Bei Kindern mit oft jahreslang verlaufenden zum Tode führenden Erkrankungen können sich die Beratungsleistung, die Koordination der Versorgung sowie die additiv unterstützende Teilversorgung unter Umständen auch über Jahre erstrecken</u>	Bei vielen degenerativen oder erblichen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mit letalem Ausgang ist eine genaue Prognosestellung extrem schwierig. Dies darf nicht zu einem Leistungsausschluss für diese Kinder führen.	s. o.
Ändern: „begrenzt“ statt „ <del>gesunken</del> “	Der Ausdruck „begrenzt“ scheint an dieser Stelle passender zu sein.	s. o.
als 2. Satz hinzufügen: <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>	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.	s. o.
ändern: (...) die psychosoziale <del>Betreuung</del> <u>Begleitung</u> im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Begründung:	Der Begriff „Begleitung“ hebt die „gleiche Augenhöhe“ der Beteiligten hervor.	s. o.
ändern: (...) Wochen oder Monate <del>gesunken</del> <u>begrenzt</u> ist.	„Begrenzt“ entspricht der Formulierung im Gesetzestext.	s. o.
neuer Absatz: <u>(4) Bei Kindern mit oft jahrelang verlaufenden zum Tode führenden Erkrankungen können sich die Beratungsleistung, die Koordination der Versorgung sowie die additiv unterstützende Teilversorgung unter Umständen auch über Jahre erstrecken.</u>		s. o.
neu: <u>(4) Bei Kindern mit oft jahreslang verlaufenden zum</u>		s. o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 9: § 3 Anforderungen an die Erkrankungen – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<u>Tode führenden Erkrankungen können sich die Beratungsleistung, die Koordination der Versorgung sowie die additiv unterstützende Teilversorgung unter Umständen auch über Jahre erstrecken.</u>		
neu:(4) Bei Kindern mit oft jahreslang verlaufenden zum Tode führenden Erkrankungen können sich die Beratungsleistung, die Koordination der Versorgung sowie die additiv unterstützende Teilversorgung unter Umständen auch über Jahre erstrecken.		s. o.
neu:(4) Bei Kindern mit oft jahreslang verlaufenden zum Tode führenden Erkrankungen können sich die Beratungsleistung, die Koordination der Versorgung sowie die additiv unterstützende Teilversorgung unter Umständen auch über Jahre erstrecken.		s. o.
<u>Individuelle Einzelfälle</u> sind zu berücksichtigen	z. B. bei zentralnervös degenerativen Erkrankungen.	Die Berücksichtigung individueller Einzelfälle ist durch den genannten Zeitkorridor gewährleistet (s. auch § 1 Abs. 3).
<del>ändern: (...) die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist</del> <u>begrenzt bzw. aufgrund der Erkrankung deutlich eingeschränkt ist (z.B. lebenslimitierende Erkrankungen im Kindesalter, neurologische Erkrankungen sowie fortgeschrittener Demenz).</u>	„Begrenzt“ entspricht der Formulierung im Gesetzestext. Ergänzt wird der letzte Halbsatz, da es Krankheitsverläufe gibt, die sich über Monate hinziehen können.	s. o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 9: § 3 Anforderungen an die Erkrankungen – Abs. 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.

**Änderungsvorschläge**

**Begründungen / Kommentare**

**Position UA SAPV**

Fazit:

(3) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.

Dissens PatV:

<sup>2</sup>(...) Kindern und neurologischen Erkrankungen sind die Voraussetzungen (...).

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

### 5.3.5 Auswertung der Stellungnahmen zu § 4

**Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
in Satz 1 ändern: (...) <del>die ambulanten Leistungen</del> sowie <u>das Angebot des ambulanten Hospizdienstes</u> nach § 39a SGB V nicht oder...	Der Begriff „ambulante Leistungen nach § 39a SGB V“ kann als Leistungserbringung in der Systematik des SGB V missverstanden werden. Da sich aber kein unmittelbarer Leistungsanspruch des einzelnen Versicherten dem ambulanten Hospizdienst gegenüber ableitet, ist eine andere Formulierung zu wählen.	Dem Einwand wird insofern entsprochen, als nun von den Leistungen des ambulanten Hospizdienstes gesprochen wird; die Nennung von § 39a SGB V ist damit hinfällig (s.u.). Da diese Leistungen hinsichtlich Regelungssystematik von den anderweitigen ambulanten Versorgungsformen der GKV abweichen, werden sie zur Klarstellung gesondert angesprochen.
Satz 1 ändern: <u>„Angebote ambulanter Hospizdienste“</u> statt <del>„ambulanten Leistungen“</del>	Um das durch den § 39a Abs. 2 geschaffene Angebot zu beschreiben, das keine individuelle Leistungserbringung regelt, plädiert die DGP für die alternative Formulierung.	s. o.
in Satz 1: Bedarf nach einer besonders aufwändigen Ver-	Zu den Versorgungsformen gehören Leistungen der Primärversorgung	s.o. und Position des UA SAPV

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p><del>sorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen Leistungen der Primärversorgung, die Versorgung in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie die ambulanten Leistungen Angebote der ambulanten Hospizdienste nach § 39a SGB V nicht oder nur unter besonderer Koordination</del> ausreichen würden, um die Ziele der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 1 Abs. 1) zu erreichen. <b>(2x*)</b></p>	<p>(einschließlich stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie die Versorgung in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Ambulante Hospizdienste bieten psychosoziale Begleitung an, worauf der Versicherte jedoch keinen Anspruch hat. Bei der SAPV geht es vorrangig um die Koordination medizinischer und pflegerischer Leistungen. Hospizdienste können nur auf Wunsch des Versicherten hinzugezogen werden. Deshalb können sie nicht verbindlich in die Koordination eingebunden werden.</p>	<p>zu § 1</p>
<p>in Satz 1 ändern: (...) sowie die ambulanten Leistungen nach § 39a SGB V – <u>soweit der Versicherte Leistungen nach § 39a SGB V in Anspruch nimmt</u> - nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden (...).“</p>	<p>Die Gleichsetzung von ambulanten Versorgungsformen wie ambulanter Pflege oder hausärztlicher Versorgung und den ambulanten Leistungen nach § 39a SGB V ist aus Sicht des Patienten nicht sachgerecht. Einerseits sind die Angebotsspektren der ambulanten Hospizdienste bundesweit unterschiedlich, andererseits wünscht sich nicht jeder Patient eine psychosoziale Begleitung oder palliativ-pflegerische Beratung durch Koordinatorenkräfte eines Hospizvereins. Der Anspruch auf SAPV kann deshalb nicht davon abhängen, dass zunächst ein ambulanter Hospizdienst eingeschaltet wird. Die – zweifellos sinnvolle - Möglichkeit der vorherigen Einbindung ambulanter Hospizleistungen kann wie nebenstehend formuliert werden.</p>	<p>s.o.</p>
<p>Satz 1 ändern: <u>„Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung</u></p>	<p>Diese Formulierung scheint uns an dieser Stelle passender zu sein, weil sie direkten Bezug nimmt auf die allgemeine Palliativversorgung</p>	<p>„anderweitige ambulante Versorgungsformen“ erscheint</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<u>gung</u> “ statt <del>„anderweitigen ambulanten Versorgungsformen“</del>	und das Komplementärverhältnis zwischen dieser und der spezialisierten Palliativversorgung.	mangels Definition der allg. Palliativversorgung griffiger.
in Satz 1 streichen: ... Ziele der <del>spezialisierten</del> Palliativversorgung ...	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.	Dem Einwand wird insofern entsprochen, als „der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ gestrichen wird und der Verweis auf § 1 durch Entfernung der Klammer stärker betont wird (da dort die Ziele ausführlich dargestellt sind).
in Satz 2 <del>interdisziplinär</del> durch <u>„multiprofessionell“</u> austauschen.	Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung bedarf nicht nur eines zwischen Ärzten und Pflegekräften abgestimmten Konzeptes. Vielmehr muss sichergestellt sein, dass auch andere Berufsgruppen, wie Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, etc. an der Abstimmung über das Behandlungskonzept beteiligt werden.	Ein multiprofessioneller Ansatz wird durch den Wortlaut „insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften“ impliziert.
in Satz 2 ändern: (...) <del>interdisziplinär</del> <u>multiprofessionell</u> , <del>insbesondere</del> <u>zwischen Ärzten und Pflegekräften</u> <u>und weiteren Berufsgruppen</u> in besonderem Maße (...)	Multiprofessionell (= zwischen verschiedenen Berufsgruppen: Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten, Sozialarbeitern und ggf. Seelsorgern) in besonderem Maße abgestimmtes Konzept	s. o.
zu Satz 2:	Die Betonung der Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften in Satz 2 ist eine unnötige Ein-	§ 4 regelt nicht den Leistungsumfang, sondern die Eingangs-

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
streichen „insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften“	schränkung; je nach Einzelfall können andere Berufsgruppen in den Vordergrund treten, beispielsweise Physiotherapeuten oder Psychologen.	voraussetzungen. Durch die offene Formulierung („insbesondere“) kommt es zu keiner Einschränkung.
in Satz 2 einfügen: 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	Gerade durch die frühzeitige und vorbeugende Intervention in einer drohenden palliativen Krisensituation lässt sich eine Verschlimmerung der Situation häufig am besten vermeiden.	S. 2 regelt lediglich Anhaltspunkte dafür, wann die Voraussetzungen des S. 1 erfüllt sind. Je nach Intensität der Bedrohung kann eine Subsumption unter S. 1 ebenfalls möglich sein.
<b>Streichung von Satz 3</b>	Der Gesetzgeber hat darauf verzichtet, einzelne Merkmale einer „besonders aufwändigen Versorgung“ (§ 37b Abs. 1 Satz 1) zu nennen. Im Kommentar zur SGB V ist stattdessen beispielhaft von einer „besonderen Häufung und Schwere unterschiedlicher Symptome“ die Rede. Der in § 4 Satz 3 unternommene Versuch einer Präzisierung ist zwar für die Richtlinie grundsätzlich zu begrüßen, es ist aber nicht erkennbar, auf welcher medizinischen Grundlage die abschließende Aufzählung unter den Spiegelstrichen beruht. Die ausschließlich Focussierung auf medizinische Indikationen wird darüber hinaus dem Wesen einer komplexen Versorgungssituation nicht ausreichend gerecht. Andere Faktoren, wie	Es handelt sich nicht um eine abschließende Aufzählung, sondern um Regelbeispiele. Die Liste der Symptomgeschehen wird ergänzt um: ausgeprägte psychische Symptomatik, ausgeprägte kardiale Symptomatik,

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



**Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	etwa die in der WHO-Definition genannten psychosozialen oder spirituellen Aspekte einschließlich der Einbeziehung des Umfeldes des Patienten, fehlen. Da das Wesen einer komplexen Situation aber auch gerade darin liegt, keine abschließende Darstellung leisten zu können, kann die Richtlinie an dieser Stelle auf eine Präzisierung verzichten.	ausgeprägte ulzerierende Wunde oder Tumore und ausgeprägte urogenitale Symptomatik. S. dazu auch Kapitel 2.4, letzter Satz.
ergänzen: <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>ausgeprägte psychovegetative Symptomatik (3x*)</u></li><li>• <u>ausgeprägte psychische Symptomatik</u></li><li>• <u>ausgeprägte psychische Belastungen</u></li></ul>		s.o.
ergänzen: <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>psychische Symptomatik</u></li></ul> und ersetzen durch <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>psychopathologische Symptomatik</u></li></ul>	Die Verwendung des Begriffes „psychiatrische Symptomatik“ lässt sich fachlich nicht begründen und ist eventuell Ergebnis spezifischer berufspolitischer Überlegungen.  Zur Häufigkeit psychischer Komorbidität bei Krebserkrankungen berichtet Mehnert (2006) in einer Überblicksarbeit Folgendes:  <b>Depressive Störungen</b>  Die Prävalenzraten variieren insgesamt zwischen 0 und 46 Prozent. Sie liegen in Interviewstudien mit 1 bis 15 Prozent niedriger (Härter et al.,	s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	<p>2000; Stark et al., 2002; Uchitomi et al., 2003). Studien, die die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) nutzen, zeigen Prävalenzraten zwischen 3 und 33 Prozent (Hopwood et al., 2000).</p> <p><b>Angststörungen</b></p> <p>Die Auftretungshäufigkeit von Angststörungen bei Krebserkrankungen liegt studienübergreifend zwischen 1 und 49 Prozent. Auch hier zeigen sich bei Erhebungen mit standardisierten Interviewverfahren geringere Prävalenzraten von 8 bis 30 Prozent (Prieto et al., 2002). Mit Hilfe der HADS werden Prävalenzraten zwischen 20 und 48 Prozent ermittelt (Hopwood et al., 2000).</p> <p><b>Anpassungsstörungen</b></p> <p>Hier schwanken die Prävalenzraten zwischen 2 und 52 Prozent (Razavi et al., 1990). Mehnert berichtet, dass in einigen epidemiologischen Studien die berichteten Prävalenzraten psychischer Störungen bei Krebskranken sich kaum von denen in der Allgemeinbevölkerung unterscheiden, in anderen sind sie jedoch erheblich höher. Angesichts dieser unterschiedlich hohen Prävalenzraten sei unklar, inwieweit es sich bei psychischen Störungen, die im Laufe einer Krebserkrankung auftreten, um reaktive Störungen als Folge der Behandlung und Erkrankung han-</p>	

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	<p>delt oder ob bereits vor der Krebserkrankung eine psychische Vulnerabilität oder psychische Erkrankung bestand oder beides (Mehnert, 2006). Krauß et al. kommen auf der Basis von 2002 und 2004 bei 485 stationär behandelten Tumorpatienten durchgeführten, strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV (SKiD) zu dem Ergebnis, dass 31,1 Prozent an einer oder mehreren psychischen Begleiterkrankungen litten. Der Anteil der Patienten mit Belastungsstörungen und akuten Belastungsreaktionen lag in der Untersuchung bei 9,3 Prozent. Die meisten psychischen Störungen indizierten aus Sicht der Autoren einen aktuellen psychoonkologischen Behandlungsbedarf, der frühzeitig und systematisch identifiziert und gedeckt werden sollte (Krauß et al., 2007). Singer et al. kommen auf der Basis strukturierter klinischer Interviews nach DSM-IV bei 689 Tumorpatienten zu folgendem Ergebnis: 32 Prozent der Patienten litten unter psychischen Erkrankungen im Sinne des DSM-IV, z. B. unter Depressionen. Besonders betroffen waren Patienten jüngeren Alters, weiblichen Geschlechts, geringen Einkommens, Patienten in aktueller chemotherapeutischer Behandlung, während der Diagnostik sowie Patienten mit bestimmten Tumorlokalisationen. 83 Prozent der Befragten wünschten sich Unterstützung von einem Arzt, 77 Prozent vom Pflegepersonal, 44 Prozent vom Kliniksozialdienst, 30 Prozent von einem Psychologen, 8 Prozent von einem Seel-</p>	

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	<p>sorger (Singer et al., 2007).Block berichtet in einer Übersichtsarbeit, dass 47 Prozent der Krebspatienten in der terminalen Phase die diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung erfüllen. Von diesen 47 Prozent leiden 68 Prozent an Anpassungsstörungen, die sich in Depression und Angst niederschlagen. 13 Prozent leiden an einer schweren Depression. Generell, so Block, treten bei Patienten in der terminalen Krankheitsphase psychische Störungen häufiger auf als bei gesunden Personen (Block, 2000).</p> <p>Angesichts der Prävalenz psychischer Komorbidität ist die psychische Symptomatik als Kriterium für die Notwendigkeit einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung anzuführen.</p> <p>Nicht nachvollziehbar ist für die BPTK die Verwendung des Begriffes „psychiatrische Symptomatik“. Um einen bestimmten Schweregrad zu unterstreichen, könnte man von psychopathologischer Symptomatik sprechen.</p>	
<p>ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>fehlendes soziales Netz</u></li> <li>• <u>psychosoziale Problematik</u></li> <li>• <u>Überforderungen der Angehörigen bzw. des sozialen Umfeldes</u></li> </ul>	<p>Das fehlende soziale Netz bzw. psychosoziale Problematik erweisen sich im Alltag als Ausschlusskriterium für eine adäquate ambulante Versorgung. Sie sollten daher bei der Erfassung eines komplexen Symptomgeschehens Bedeutung haben und Beachtung finden.</p>	s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>psychosoziale Krisen</u></li> <li>• <u>ausgeprägte psychosoziale Symptomatik (4x*)</u></li> <li>• <u>ausgeprägte psychische Belastungen bzw. psychosoziale und/oder spirituelle Leiden</u></li> <li>• <u>ausgeprägte existentielle/spirituelle Symptomatik</u></li> </ul>		
ergänzen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>ausgeprägte kardiale / kardiologische Symptomatik (11x*)</u></li> <li>• <u>ausgeprägte urogenitale / urologische – nephrologische / nephrologische Symptomatik (5x*)</u></li> <li>• <u>ausgeprägte Organinsuffizienz (z. B. Herzinsuffizienz, Leberinsuffizienz, Niereninsuffizienz)</u></li> </ul>		s.o.
einfügen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>andere drohende oder ausgeprägte Symptomatiken in Folge einer nicht heilbaren, fortschreitenden und fortgeschrittenen Erkrankung.</u></li> </ul>	Es besteht sonst die Gefahr, dass hier Krankheitsbilder auszuschließen wären und damit einer notwendigen SAPV entzogen werden bzw. dass eine Auslegung die Aufzählung als abschließend auffasst.	s.o.
ergänzen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>ausgeprägte dermatologische Symptomatik (3x*)</u></li> </ul>		s.o.
ergänzen:	Es müssen sowohl ulzerierende als auch exulzierende Wunden ver-	s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>ausgeprägte ulzerierende und/oder exulzierende Wunden oder Tumore</u></li> </ul>	sorgt werden.	
<p><b>Anm. GF: 4malige Nennung der nachstehenden Symptomenliste, außer je 3mal: <u>ausgeprägte psychosoziale Dekompensation (...)</u> sowie <u>ausgeprägte spirituelle Krisensituationen (...)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ausgeprägte Schmerzsymptomatik (<i>unverändert</i>)</u></li> </ul> <p>ändern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <del>ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik</del></li> <li>• <del>ausgeprägte respiratorische Symptomatik</del></li> <li>• <del>ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik</del></li> <li>• <del>ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore</del></li> <li>• <u>Ausgeprägte neurologische Symptome (z.B. <u>Bewusstseinsstörungen, Myoklonien, Spastik</u>)</u></li> <li>• <u>Ausgeprägte psychische Symptome (z.B. <u>Angst, Anspannung, Agitation, Depression</u>)</u></li> </ul>	<p>Begründungsvarianten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.</li> <li>2. Grundsätzlich erscheint es problematisch, einzelne Symptome als Voraussetzungen für eine „besonders aufwändige Versorgung“ zu benennen. Auch wenn es im Rahmen der Versorgungsforschung erste Daten gibt, welche Symptome im Rahmen spezialisierter Palliativversorgung besonders häufig sind, wird es immer wieder einzelne Patienten geben, bei denen der Bedarf einer „besonders aufwändigen Versorgung“ im Sinne der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch statistisch möglicherweise seltenere, aber in Einzelfällen besonders stark ausgeprägten Symptome oder durch komplexe Kombinationen verschiedener Symptome und resultierende besondere</li> </ol>	s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ausgeprägte respiratorische Symptome (z.B. Dyspnoe, Husten, Hämoptoe)</u></li> <li>• <u>Ausgeprägte gastrointestinale Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Diarrhoe, Obstruktion, Dysphagie, Singultus, Reflux, 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- Nieren- oder Leberinsuffizienz</u></li> <li>• <u>Ausgeprägte psychische Belastung des Patienten oder Überforderung der Familie bzw. des sozialen Umfeldes, die die häusliche Versorgung gefährden</u></li> </ul> <p><u>In begründeten Fällen können auch andere belastende</u></p>	<p>psychosozialen Belastungen hervorgerufen wird. Wenn jedoch Symptome genannt werden sollen, müsste die vorliegende Liste ergänzt werden. Als Datenbasis könnte z.B. der Jahresbericht 2006 der Hospiz- und Palliativhebung (HOPE) herangezogen werden, mit dem Daten von 2841 Patienten ausgewertet wurden, die in Palliativeinrichtungen wie Palliativstationen und Hospizen sowie von ambulanten Ärzten und Pflegediensten erhoben wurden (vgl. S. Woskanjan, G. Lindena, unveröffentlichtes Manuskript, siehe auch <a href="http://www.hope-clara.de">http://www.hope-clara.de</a>). Dabei konnten auch Daten von 1472 Patienten ausgewertet werden, die an Palliativstationen als Einrichtungen stationärer spezialisierter Palliativversorgung betreut wurden. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Daten überwiegend an Tumorpatienten erhoben wurden, der Anspruch auf spezialisierte palliativmedizinische Versorgung jedoch auch Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen wie z.B. Endstadium der AIDS-Erkrankung, terminaler Herz-, Lungen oder Niereninsuffizienz sowie Endstadien unheilbarer neurologischer Erkrankungen wie Multipler Sklerose, ALS etc. umfasst. Falls einzelne Symptome benannt werden, sollte die Liste wie folgt ergänzt werden.</p>	

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<u>Symptomkonstellationen eine besonders aufwändige Versorgung rechtfertigen. (Anm GF: dieser Zusatz wird insgesamt 5 mal genannt, s. auch nachstehende Änderungsvorschläge)</u>	<p>3. Bei den ergänzten Kriterien handelt es sich um wichtige Symptomatiken für den Bereich schwerster Krankheit bei sterbenden Menschen (GF: 2mal genannt).</p> <p>4. Bei den ergänzten Kriterien handelt es sich um wichtige Symptomatiken, die zu berücksichtigen sind.</p>	
<b>Suggestion der abschließenden Aufzählung in Satz 3 wird abgelehnt</b>	Die Formulierung des letzten Satzes, lehnen wir ab, weil sie suggeriert, dass die nachfolgende Aufzählung abschließend ist.	s.o.
§ 4 um Abs. 2 zu ergänzen: <u>"Andere komplexe Symptomgeschehen, insbesondere aus dem geriatrisch-gerontopsychiatrischen Formenkreis, sind durch die in § 4 Abs. 1 aufgeführte Aufzählung nicht ausgeschlossen."</u>	In den Erläuterungen zum Richtlinienentwurf ist ausgeführt, dass die in § 4 Abs. 1, Satz 3 gewählte Formulierung andere komplexe Systeme nicht ausschließt. Dies ist im Richtlinienentwurf missverständlich formuliert und kann in der Bewilligungspraxis zu vermeidbaren Problemen führen, die dann zu Lasten sterbender Menschen geht. Menschen, die nicht die Zeit haben das Ergebnis eines Gerichtsverfahrens abzuwarten.	s.o.
Ergänzung einer <u>ausdrücklichen Formulierung eines Ausnahmetatbestandes</u> , dass SAPV auch in anderen Fällen in Betracht kommen kann.	Durch eine ausdrückliche Erwähnung wird dieser Möglichkeit eine größere Bedeutung gegeben, was sich in der späteren praktischen Umsetzung des Anspruches auswirkt.	s. o.
Satz 3 ändern: (...), wenn <u>insbesondere mindestens</u> eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist. (2x*)	Die Einfügung „insbesondere“ zeigt, dass die Aufzählung nicht abschließend ist und zukünftige medizinische Erkenntnisse nicht ausge-	s. o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



**Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	geschlossen werden.	
<b>In Richtlinie ermöglichen, dass fallbezogen der betreuende Hausarzt Mitglied im Palliativ Care Team werden kann.</b>	Nicht in jedem Fall ist jede Leistung, die im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbringbar ist, notwendig oder sinnvoll. Die konkreten Maßnahmen bzw. der Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung müssen deshalb mit dem betreuenden Hausarzt abgestimmt werden, auch wenn dieser nicht Verordner der SAPV ist. Dazu ist die Möglichkeit zu geben, fallbezogen Mitglied im Palliativ Care Team zu werden.	s. Position des UA SAPV zu § 5 und 6.
<u>nach Satz 2 einfügen: Auch weitere, in der Palliativmedizin erfahrene Berufsgruppen müssen Bestandteil dieser Konzepte sein und fallbezogen hinzu gerufen werden können.</u>	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)	s. Position des UA SAPV zu § 5
Soweit anderweitige ambulante Versorgungsformen ausreichen, jedoch einer besonderen Koordination bedürfen, so muss <b>dem Versicherten die Möglichkeit eingeräumt werden, die bestehende Versorgung beizubehalten und die erforderlichen zusätzlichen Leistungen</b> zu beanspruchen.		Dies ist durch § 5 Abs. 2 S. 2 und 3 gewährleistet.
Für die <b>tatsächliche Versorgungsform</b> , also Unterbringung in einem Hospiz oder ambulante Versorgung, soll der <b>Wille des Patienten maßgeblich</b> sein.	So möchten Patienten beispielsweise nicht in einem Hospiz untergebracht werden, weil dies für die Familienangehörigen sehr lange Anfahrtswege bedeutet, die Gegenwart der Angehörigen aber für den Pa-	s. o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	tienten sehr wichtig ist.	
ergänzen: <u>Verfügt der Patient über keine Pflegestufe und hat keinen Anspruch auf häusliche Krankenpflege, müssen die Grundpflege und die hauswirtschaftlichen Leistungen Bestandteil der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V sein.</u>		Versicherte haben nur dann keinen Anspruch auf HKP, wenn diese nicht zur Krankenhausvermeidung oder zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Versorgung notwendig ist bzw. anderweitigen Anspruch auf entsprechende Versorgung besteht. Die SAPV soll nicht zur Umgehung von Anspruchsvoraussetzungen der HKP führen können.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

### **Tabelle 10: § 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

#### **Änderungsvorschläge**

#### **Begründungen / Kommentare**

#### **Position UA SAPV**

Fazit:

<sup>1</sup>Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienste nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

### 5.3.6 Auswertung der Stellungnahmen zu § 5

**Tabelle 11: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV (Entwurf GF / Abt. R)
<p>Ergänzung nach Satz 1:</p> <p><u>Soweit einzelne Leistungen auch in den Richtlinien häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V aufgeführt sind, steht dies einer Verordnung als Leistung der spezialisierten ambulanten Palliativpflege nicht entgegen, wenn diese aufgrund der nach Satz 3 aufgeführten Symptomatik mit einem besonders hohen Aufwand verbunden ist.</u></p>	<p>Beispielsweise ein Verbandswechsel bei einem Palliativpatienten mit besonderer Schmerzempfindlichkeit oder Kaposisarkom ist nicht mit einem Verbandswechsel der allgemeinen häuslichen Krankenpflege vergleichbar und muss daher als besondere Leistung der spezialisierten Palliativpflege verordnungsfähig sein. Eine namensgleiche Leistung der allgemeinen häuslichen Krankenpflege wird in diesen Fällen den besonderen Erfordernissen nicht gerecht.</p>	<p>Die Leistungen der HKP können als Bestandteil der ambulanten Krankenbehandlung (vgl. § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 SGB V) bei entsprechendem Bedarf auch im Rahmen der SAPV erbracht werden.</p>
<p>Ergänzung um Satz 3:</p> <p><u>Der verordnende Arzt hat die Leistungen vorrangig stundenweise zusammenzufassen und zu verordnen.</u></p>	<p>Die Zusammenfassung und Verordnung der erforderlichen Leistungen nach Stunden schafft mehr Einzelfallgerechtigkeit. Sie macht das komplexe Leistungsgeschehen sowohl für Leistungserbringer als auch für Kostenträger operationalisierbar und vereinfacht das Genehmigungsverfahren.</p>	<p>Solche Regelungen sind nicht Gegenstand der SAPV-RL; sie können im Rahmen der Verträge nach § 132d SGB V vereinbart werden.</p>
<p><b>Klargestellen, dass der Anspruch auf SAPV den Anspruch auf herkömmliche häusliche Krankenpflege nicht verdrängt.</b></p>	<p>Der Wortlaut impliziert, dass der SAPV – Anspruch sich auf „alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung erstreckt“, was dahingehend verstanden werden könnte, dass er den Anspruch auf herkömmliche häusliche Krankenpflege verdrängt und dem Patienten somit das Wahlrecht nimmt, die Versorgung durch den herkömmlichen ambulanten Pflegedienst seiner Wahl erbringen zu lassen. Diesbezüglich bedarf es einer Richtigstellung.</p>	<p>Die HKP als Teil der Primärversorgung wird nicht verdrängt. Der Wortlaut impliziert nichts anderes.</p>
<p>Satz 1 ändern:</p> <p>Die SAPV umfasst je nach Bedarf im Einzelfall alle erforder-</p>	<p>Der Zweck der mehrfachen Konditionierungen (je nach Bedarf“, „im Einzelfall“, „soweit erforderlich“) ist unklar.</p>	<p>Die Anregung des Stellungnehmers wird insoweit aufgegriffen, als „im Einzelfall“ in</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 11: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV (Entwurf GF / Abt. R)
<p><u>lichen Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung zur Erreichung der in</u> <del>soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen.</del></p>		<p>Satz gestrichen wird (s.u.). Die Konditionierung „soweit erforderlich“ ist prägnanter als die vom Stellungnehmer vorgeschlagene, ähnliche Formulierung.</p>
<p>Die <b>Tätigkeit der speziellen Palliativversorgung</b> sollte sich <b>insbesondere</b> auf die <b>Beratung der Leistungserbringer</b> erstrecken. Darüber hinaus ist sowohl dem <b>Wunsch und Wahlrecht des Patienten als auch der bestehenden Versorgungssituation Rechnung zu tragen</b>.</p>	<p>Wie unter § 1 Abs. 4 bereits ausgeführt: Die Palliativversorgung ergänzt die bestehenden Leistungsansprüche. Aus diesem Grunde ist eine vollständige Übernahme aller Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung – außer situativ – ausgeschlossen. Der Umfang der Leistungserbringung hat sich an dem Wunsch und Wahlrecht des Patienten, der jeweiligen Delegation durch den Zuweisenden und ausschließlich auf die spezialisierte Palliativversorgung zu beziehen. Die Versorgung mit ambulanter spezialisierter Palliativversorgung bzw. deren Verordnung ist damit nur im akuten Bedarfsfall (z.B. bei fehlenden palliativmedizinischen Kenntnissen des behandelnden Arztes oder der Nicht-Erreichbarkeit des Arztes) durch die entsprechenden Leistungserbringer der speziellen Palliativversorgung zu erbringen.</p>	<p>Die Richtlinie ergibt nichts anderes (vgl. insb. § 1 Abs. 3).  Es handelt sich nur dann um SAPV, wenn anderweitig die in § 1 genannten Ziele nicht erreicht werden können (vgl. insb. § 4).</p>
<p>Satz 1 ändern:  Die SAPV umfasst je nach Bedarf <u>und den vorhandenen Versorgungsstrukturen</u> im Einzelfall (...).</p>	<p>Wichtig ist hier die Formulierung „je nach Bedarf“ wobei ergänzt werden müsste „nach den vorhandenen Versorgungsstrukturen“. Auch in Zukunft wird es – wie heute – keine flächendeckende Versorgungsstruktur in diesem Bereich geben. Wenn SAPV die Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung enthalten soll, muss sicher gestellt sein, dass die Patienten von den vertrauten Leistungserbringern weiterhin betreut werden. Dies gilt insbesondere für die Hausärzte, die fallbezogen für die Betreuung und (Mit-) Koordination ihrer Patienten Mitglied</p>	<p>Die vorhandenen Versorgungsstrukturen beeinflussen den Bedarf im Einzelfall; gesonderte Ausführungen sind nicht erforderlich.</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 11: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV (Entwurf GF / Abt. R)
	des Palliative Care Team werden müssen.	
Satz 1 ändern: (...) <del>Krankenversorgung</del> <del>Krankenbehandlung</del>	Kranken <u>versorgung</u> umfasst Kranken <u>behandlung</u> und Kranken <u>pflege</u>	„Behandlung“ ist der Oberbegriff, vgl. § 27 Abs. 1 S. 2 SGB V.
Satz 1 ergänzen: (...) ambulanten Krankenbehandlung <u>und des Versorgungsmanagements</u> soweit ... .	Hiermit soll § 11 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit dem Ziel mit der SAPV Schnittstellenprobleme abzubauen berücksichtigt werden. Der Punkt wird in dieser Richtlinie auch unter § 6, Abs. 3 beschrieben.	Mit der „Koordination“ der Leistungen der SAPV wird das Versorgungsmanagement im Anwendungsbereich der Richtlinie konkret benannt.
Ist die ärztliche Qualifikation „Palliativmediziner/-in“ seitens des verordnenden bzw. behandelnden Arztes formal nachzuweisen?		Wird in den Verträgen nach § 132d SGB V geregelt.
Wir geben zu bedenken, dass in den Fällen, in denen die Pflegeeinrichtung die SAPV erbringt, dieser ( <i>die Pflegeeinrichtung?</i> , <i>die GF</i> ) sogar alle Leistungen „in der Regel“ und nicht lediglich „im Einzelfall“ erbringen wird.		§ 5 Abs. 1 nimmt keinen Bezug auf Leistungserbringer, sondern regelt abstrakt die Leistungsinhalte. SAPV darf als solche nur erbracht werden, wenn sie im Einzelfall nach den Kriterien des § 4 notwendig ist.
Außerdem ist parallel der Leistungskatalog zur Delegation ärztlicher Leistungen zu erweitern (§ 92 Absatz 1 Satz 2, Absatz 7 HKP-Richtlinie).		Nicht Gegenstand der SAPV-RL.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 11: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV (Entwurf GF / Abt. R)
---------------------	---------------------------	--

Fazit:

<sup>1</sup>Die SAPV umfasst je nach Bedarf 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 im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung des verordnenden oder des behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132d SGB V.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
SN aus § 1 Abs. 4: vorrangige Erbringung der SAPV durch betreuende Pflegeeinrichtung festlegen		s. u.
<b>Palliative-Care-Teams (PCT) definieren</b>	Es fehlt eine Definition des Palliative-Care-Teams (PCT). Wenn die Ausgestaltung der sachlichen und personellen Anforderungen offensichtlich vollständig den Spitzenverbänden der Krankenkassen überlassen wird, sollten die Richtlinien doch zumindest <u>mögliche Strukturen</u> hinsichtlich der Zusammensetzung eines PCT definieren. Insbesondere der <u>multiprofessionelle Ansatz</u> eines PCT sollte deutlich werden: Neben den Bereichen Medizin und Pflege gehören auch psychosoziale und spirituelle Begleitung zum Aufgabenspektrum. Diese Aufgaben sollten sowohl von eigenen Mitarbeitern als auch über Kooperationen erbracht werden können.	SpiK und Ärzte: PCT streichen. DKG: gegen Streichung, vielmehr: PCT konkretisieren. PatV: Konkretisierung von PCTs erforderlich. Vorschlag 1: in Satz 1 am Ende ergänzen: (...), die durch geeignete Kooperationen ein qualifiziertes Versorgungsnetzwerk bilden. Vorschlag 2: neuen Satz 2 einfügen: Das Palliative-Care-Team besteht aus einem besonders in der Palliativmedizin qualifizierten Leistungserbringer, der durch geeignete Kooperationen

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
		<p>ein Versorgungsnetzwerk bildet.</p> <p>Diskussion:</p> <p>Position 1: Qualitätsanforderungen werden von den Vertragspartnern nach § 132d SGB V formuliert, daher in der SAPV-RL keine Konkretisierung der Leistungserbringer gemäß § 132d SGB V. Netzwerk steht im Vordergrund. In SAPV-RL muss nur Inhalt und Umfang der SAPV geregelt werden.</p> <p>Position 2: G-BA hat Konkretisierungsauftrag für Vorgaben zur Leistungserbringung gemäß § 132d SGB V. Mindestanforderungen an die Qualität / Strukturqualität / Kompetenzen sind in der SAPV-Richtlinie zu regeln.</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Es ist <b>unklar, was unter dem Begriff „Palliative-Care-Team“ zu verstehen ist.</b>	Der Begriff „Palliative-Care-Team“ wird vom Gesetz nicht vorgegeben, insofern wird hier nicht deutlich, was darunter zu verstehen ist. In § 132d geht es ausschließlich um Einrichtungen oder Personen, die eine Eignung nachweisen müssen. Die Richtlinie ist nicht geeignet, durch Begriffe Ausgrenzungen vorzunehmen.	s. o.
	Zu Satz 1:  Weder § 37b noch § 132d SGB V sehen die Leistungserbringung ausschließlich durch „Palliative-Care-Teams“ vor. Die Richtlinie nimmt hier eine Einengung vor, die gesetzlich nicht vorgesehen ist und die vorhandene und funktionierende Versorgungsstrukturen unberücksichtigt lässt (vgl. Kommentar zu § 6 Abs. 2). Auch taucht der Begriff „Palliative-Care-Team“ im Gesetzestext nicht auf, sondern lediglich im Kommentar zu § 132d SGB V. Der Gesetzeskommentar bleibt eine Definition jedoch ebenfalls schuldig. Bei einer weiteren Verwendung des Begriffs sollte der G-BA für eine präzise Deutung sorgen, mindestens etwa durch Verweis auf die existierende Definition durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP 2003). So wünschenswert eine flächendeckende Versorgung nach dem Muster von Palliative-Care-Teams wäre, handelt es sich hierbei doch bislang um nur in wenigen Regionen verfügbare Versorgungsangebote (siehe z. B. das Modellprojekt Krebschmerz-Initiative Mecklenburg-Vorpommern). Allein aus	s. o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	<p>diesem Grund ist eine Einbeziehung der gewachsenen Versorgungsstrukturen unverzichtbar.</p> <p>Die Richtlinie lässt sowohl in § 5 als auch in § 6 konkrete Regelungen zur Kooperation der Leistungserbringer und zum Zusammenwirken der Betreuungsebenen vermissen. Die Anforderungen gem. § 37b Abs. 3 werden damit durch die Richtlinie nicht erfüllt.</p>	
Satz 1 ändern: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V ( <del>PCTs</del> ) erbracht.	Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, den Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung festzulegen. Bei der Formulierung, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V (Palliative Care Teams) erbracht werden darf, handelt es sich um die Wiedergabe der Gesetzesformulierung. Dass Leistungserbringer im Sinne des § 132d SGB V aber ausschließlich Palliative-Care-Teams sind, hat der Gesetzgeber weder vorgesehen noch obliegt es dem G-BA die Leistungsberechtigten nach § 132d zu definieren. Dieses ist einzig den Vertragspartnern nach § 132 d überlassen.	s. o.
in Satz 1 streichen: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V ( <del>Palliative-Care-Teams</del> ) erbracht.	Der Ausbau von SAPV zur „vollständigen Vollversorgung“ ist weder wirtschaftlich noch notwendig. Für eine wohnortnahe wirtschaftliche Versorgung in der Fläche ist eine Öffnung für zugelassene ambulante	s. o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	Pflegedienste mit entsprechend weitergebildetem Personal in Zusammenarbeit mit Palliativmedizinern der Region als Leistungserbringer aufzunehmen. Dies erspart zudem den Patienten in seiner letzten Lebensphase einen personellen Wechsel. Bereits heute existiert ein flächendeckendes leistungsfähiges Netz ambulanter Pflegedienste, die eine „vollständige Versorgung“ der Betroffenen gewährleisten können. Notwendig ist die Schaffung einer geregelten Finanzierung der „vollständigen Versorgung“ und „Symptomkontrolle“.	
in Satz 1 ergänzen: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V ( <del>Palliative-Care-Teams</del> ) erbracht. <u>Diese bilden ein Palliative-Care-Team. Das Palliative-Care-Team besteht vorrangig aus qualifizierten Personen die bei den unterschiedlichen Akteuren der Primärversorgung (niedergelassener Arzt, ambulanter Pflegedienst, Krankenhaus, stationäre Pflegeeinrichtung) beschäftigt sein können. Bei der Zusammensetzung der Palliative-Care-Teams sind die bundesweit gewachsenen Versorgungsstrukturen der Hospiz- und Palliativversorgung unbedingt zu berücksichtigen (regionales Gesamtkonzept). (2x*)</u>	§ 5 Abs. 2 wird begrüßt und die Definition von Palliative-Care-Team ergänzt. Es wird der Unterschied zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung vorausgesetzt, ohne dass im Vorfeld die „allgemeine Palliativversorgung“ definiert wurde. Der Begriff Palliative-Care-Team wird hier plötzlich verwendet, ohne, dass er vorher definiert wurde. Je nach den bundesweit verschiedenen gewachsenen Strukturen können sich diese unterschiedlich zusammensetzen. Den Vertrag mit den Krankenkassen schließen die Leistungserbringer nach § 132d SGB V, nicht das Palliative-Care-Team, da es keine juristische Person ist. Der Vertragspartner bildet dann mit Kooperationspartnern das Palliative-Care-Team.	s. o.
in Satz 1 ändern: (...) nach 132d SGB V als <del>(Palliative-Care-</del>	Die vorgeschlagene Formulierung verweist auf die besonderen Anforderungen und strukturellen Notwendigkeiten der spezialisierten ambu-	s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Teams) erbracht. ...	ambulanten Palliativversorgung, die nur als Teamleistung erbracht werden kann.	
nach Satz 1 ergänzen: <u>Den besonderen Belangen von Kindern wird dadurch Rechnung getragen, dass ihre spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch pädiatrische Palliative-Care-Teams erbracht wird.</u>	Begründung: Aufgrund der vorher bereits konkretisierten „besonderen Belange von Kindern“, wäre es wünschenswert, auch „Pädiatrische Palliative-Care-Teams“ hier explizit zu berücksichtigen, da sie sich in ihrem Einsatz von den PCTs für Erwachsene unterscheiden werden. Nur in den Ballungszentren wird analog zu den PCT für Erwachsene mit einer Beratungs- und Koordinationsleistung zu rechnen sein. In ländlichen Gebieten dürfte den Pädiatrischen Palliative-Care-Teams eine additive Teilversorgung bzw. vollständige Versorgung zu wachsen. Hier werden die Päd. PCT's große Wegstrecken zurücklegen müssen. Insbesondere im Hinblick auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung für „Pädiatrische Palliative-Care-Teams“ im Rahmen der Ausgestaltung des Rahmenvertrages gemäß § 132d SGB V, wäre es deshalb wichtig, sie bereits in den Richtlinien an dieser Stelle zu erwähnen.	Diese Vorschläge sind ggf. in den Verträgen nach § 132d SGB V zu berücksichtigen. S. dazu auch die Vorgaben der SAPV-RL in § 1 und in den Eckpunkten der Entscheidung zu § 1.
nach Satz 4 ergänzen: <u>Aufgrund der geringeren Anzahl der Betroffenen insgesamt werden die Pädiatrischen Palliative-Care-Teams eine größere Fläche abdecken als die Palliative-Care-Teams für Erwachsene.</u>		
<b>(2x*, 1x mit Begründung)</b>		
<u>pädiatrische PCT ausdrücklich als Leistungserbringer auf-führen</u>	Um § 1 Abs. 2 Rechnung zu tragen, sollten die pädiatrischen PCT ebenfalls ausdrücklich als Leistungserbringer aufgeführt werden.	s.o.
als neuen Satz 4 einfügen: <u>Bei Kindern und Jugendlichen</u>	Besondere Krankheitsbilder und die Familiensituation machen eine	s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
sollen bevorzugt / müssen pädiatrische Palliative-Care-Teams die SAPV erbringen / leisten (der bisherige Satz 4 wird Satz 5). (2x*)	besondere Weiterbildung / spezifische Fachkenntnisse erforderlich. Perspektivisch – nach weiterem Aus-Aufbau – sollten die Leistungen regelmäßig durch Spezialteams erbracht werden.	
neuen Absatz: 2b) einfügen: <u>Den besonderen Belangen von Kindern wird dadurch Rechnung getragen, dass ihre SAPV von pädiatrischen / Paediatric-Palliative-Care-Teams erbracht werden soll. (6x*)</u>	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).	s.o.
Neuformulierung: <u>Palliative-Care-Teams bestehen insbesondere aus qualifizierten Personen, die bei den unterschiedlichen Akteuren der Primärversorgung (niedergelassener Arzt, Krankenhaus, ambulanter Pflegedienst, stationäre Pflegeeinrichtung) beschäftigt sein können. Dabei sind die regional gewachsenen Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.</u>	Diesen Absatz lehnen wir ab. Hier werden Begrifflichkeiten eingeführt, die in der gesamten Richtlinie nicht näher definiert werden. Es ist nicht definiert, was die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von der allgemeinen Palliativversorgung unterscheidet. Die allgemeine Palliativversorgung wird überhaupt nicht definiert. Daraus wird aber trotzdem abgeleitet, dass ausschließlich Leistungserbringer nach § 132d SGB V die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erbringen sollen. Auch diese sind aber nicht näher definiert.	Inhaltlich (bezogen auf einzelne Leistungen) muss sich die SAPV von der allgemeinen Palliativversorgung nicht unterscheiden.  Dass SAPV von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht wird, ergibt sich aus dem Gesetz und der Begründung zum GKV-WSG.
Nach Satz 1 einfügen: <u>Dabei ist an bereits bestehende Strukturen anzuknüpfen.</u>	Durch diese Konkretisierung soll der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden und die vorhandene Kompetenz zur speziellen ambulanten Palliativversorgung in den bestehenden Strukturen genutzt werden.	s. § 1 Abs. 4, kein Änderungsbedarf.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<u>Dies können alle bereits existierenden Leistungserbringer sein, wenn sie die Anforderungen an die Leistungserbringung durch entsprechende vertragliche Regelung erfüllen.“</u>	Dies entspricht dem Willen des Gesetzgebers, so wie er Eingang in der Begründung des Gesetzes im Kabinettsentwurf gefunden hat.	
Ergänzung nach Satz 1: <u>Im Interesse einer ganzheitlichen Versorgung und den Grundsätzen einer Bezugspflege sind dabei vorrangig und unter Beachtung der Wahlfreiheit des Patienten Leistungserbringer zu berücksichtigen, die den Patienten in einem früheren Stadium insbesondere nach dem SGB XI versorgt haben.</u>	Palliativpflege bezieht sich in vielen Fällen auf einen Zeitraum von wenigen Wochen oder Tagen nach einer jahrelangen Pflege im Rahmen des SGB XI bzw. des § 37 SGB V. Patienten sollten nicht gezwungen sein, sich kurz vor ihrem Tod auf einen neuen Pflegedienst bzw. fremde Personen einzustellen. Dies kann die aufgebaute Bezugspflege stören.	Zusammensetzung der Leistungserbringer richtet sich grundsätzlich nach den Verträgen nach § 132d SGB V.
am Ende von Satz 1 ergänzen: ... <u>erbracht, die sich dadurch auszeichnen, dass sie ausschließlich oder schwerpunktmäßig SAPV erbringen. (2x*)</u>	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.	Zusammensetzung der Leistungserbringer richtet sich grundsätzlich nach den Verträgen nach § 132d SGB V.
In Satz 1 ergänzen: (...) Leistungserbringern nach § 132d SGB V (Palliative-Care-Teams und <u>ihren Kooperationspartnern gemäß § 6</u> ) erbracht.	Der Vertragsarzt und ambulante Pflegedienst müssen nach Verordnung auch in der SAPV weiter versorgen können und zwar: als Kooperationspartner im PCT, insbesondere als palliativmedizinisch geschulter Hausarzt und Palliativfachkraft.	s.o. und § 6.
Satz 1 sollte dahingehend <u>ergänzt werden, dass auch Pflegeeinrichtungen mit einer Zulassung nach §§ 132, 132a</u>		Die Anforderungen an die Leistungserbringer sind Gegenstand

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<u>SGB V beim Nachweis einer entsprechenden Qualifikation eine Zulassung nach § 132 d SGB V erlangen können.</u>		der Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V.
<b>Zulassung von Pflegediensten nach § 132a SGB V</b>	Eine Zulassung ambulanter Pflegedienste gem. § 132 a SGB V, die über entsprechendes weitergebildetes Personal und Zusammenarbeit mit Palliativmedizinern in der Region verfügen, sind bei der Leistungserbringung prioritär zu berücksichtigen vor der Zulassung von Parallelstrukturen.	s. o.
in Satz 2 streichen: Sie wird <del>stufenweise</del> nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht (...) ( <b>3x*</b> )	Durch die Streichung soll dem Missverständnis vorgebeugt werden, dass sie SAPV 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 erbringen.	Dem Einwand wird entsprochen (s.u.).
in Satz 2 streichen: (...) <del>insbesondere die allgemeine Palliativversorgung</del> nicht ausreicht (...) ( <b>3x*</b> )	1. Wir teilen die Auffassung der Deutschen Hospizstiftung, dass der Begriff „allgemeine Palliativversorgung irreführend und daher nicht in den Richtlinien aufgeführt sein sollte. Der Gedanke es gebe in Deutschland eine flächendeckende allgemeine Palliativversorgung, die nur noch um einige spezielle Angebote erweitert werden müsse ist praxisfern. Die vorgesehene Richtlinienformulierung drückt einen Vorrang einer allgemeinen Palliativpflege aus, der droht, die spezialisierte Palliativpflege ins Leere laufen zu lassen. Spezialisierte Palliativpflege darf nicht mit dem Argument vorenthalten werden, eine allgemeine Pallia-	Keine Streichung, aber klarstellende Umformulierung von Satz 2 (s.u.).

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	<p>tivpflege sei zumutbar oder noch nicht ausgeschöpft. Wenn Sterbende sich auf diese Auseinandersetzung einlassen müssen besteht die Gefahr notwendige Leistungen bis zu einer verwaltungsrechtlichen Entscheidung zurückzuhalten, die häufig erst nach dem Ableben erfolgen kann.</p> <p>2. Hintergrund unserer Überlegung ist die wohl problematische Abgrenzung zwischen der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung.</p> <p>3. Der Begriff der allgemeinen Palliativversorgung ist nicht definiert.</p>	
<p>Fehlende Definition des Unterschiedes zwischen <b>spezialisierte</b> und <b>allgemeiner Palliativversorgung</b></p>	<p>Hier wird die Leistungserbringung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung auf die Leistungserbringer nach § 132d SGB V beschränkt. Es bleiben an dieser Stelle jedoch die in § 132d Abs. 2 Nr. 1 geforderten sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung und damit auch an die Leistungserbringer offen. Insbesondere die fachlich inhaltlichen Voraussetzungen der Leistungserbringer aber auch die Frage einer qualifizierten Sicherung der Qualität und Dokumentation, wie sie in § 132d Abs. 2 Nr. 2 SGB V angesprochen werden, bleibt in der Richtlinie in Gänze unberücksichtigt. Im Rahmen dieser Richtlinie ist leider nicht genutzt worden, ein bundeseinheitliches Qualitätsniveau aus der Definition der Leistung heraus zu verfolgen. Um so eine Kompatibilität zu weiteren Verordnungen und Verträgen</p>	<p>s. o.</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	nach § 132 d SGB V besser herstellen zu können. Es entsteht der Eindruck, dass erst die Regelungen nach § 132 d SGB V die eigentliche Spezielle Palliativversorgung definieren werden. Hier wird unterschieden zwischen spezialisierter und allgemeiner Palliativversorgung. Die Definition oder der Verweis auf eine Definition fehlt.	
Ergänzen: <u>Die Grenzen des mit der spezialisierten Palliativversorgung ambulant noch adäquat zu Leistenden sind zu beachten. Wo erforderlich, sind Einrichtungen der stationären Palliativversorgung wie Palliativstationen, Hospize oder stationäre Pflegeeinrichtungen als Behandlungsalternativen einzubeziehen.</u>	Hier sind die Grenzen des ambulant noch Leistbaren zu beachten. Zwar soll durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung betroffenen Patienten wesentlich häufiger als bisher ermöglicht werden, bis zum Tod in der vertrauten häuslichen Umgebung zu verbleiben, jedoch erscheint es nicht sachgerecht, davon auszugehen, dass alle Patienten mit spezialisiertem palliativmedizinischen Betreuungsbedarf durchweg zu Hause betreut werden können. Erfahrungen aus Modellprojekten wie z.B. Home Care in Berlin lassen annehmen, dass der Anteil der zu Hause versterbenden Patienten von bisher 30% auf 70% gesteigert werden kann, jedoch wird es immer wieder auch Patienten geben, bei denen die stationäre der ambulanten Palliativversorgung vorzuziehen ist	Stationäre Behandlung wird durch die (neue) SAPV nicht ausgeschlossen, vgl. § 1 Abs. 4.
in Satz 2 ergänzen: (...) erreichen; <u>vor einer der Einweisung ins Krankenhaus ist das Palliative Care Team bei Palliativpatienten verpflichtend einzubeziehen.</u>	Nur so können unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden.	Die SAPV-RL regelt nicht die Voraussetzungen für eine Einweisung ins Krankenhaus.
<b>Problem der Abgrenzung von einfacher und spezialisier-</b>	Hinsichtlich der Bedenken des bad e.V., den Bedarf an Palliativversor-	SAPV unterscheidet sich inhalt-

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<b>ter ambulanter Palliativversorgung</b>	gung flächendeckend ausschließlich durch Palliative-Care-Teams zu decken, verweisen wir auf unsere im Vorwort gemachten Ausführungen. Erneut zeigt sich das Problem der Abgrenzung von einfacher und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, zumal die in Satz 3 beispielhaft aufgeführten Leistungsarten auch Bestandteil der einfachen Palliativversorgung sein können.	lich nicht notwendig von allgemeiner Palliativversorgung. „Allgemeine“ Palliativversorgung ist Teil der Primärversorgung, die bereits vor Einführung der SAPV erbracht wurde und die (ohne den besonderen Bedarf nach § 4) auch weiterhin vorrangig ist.
	Eine ambulante vollständige Versorgung über 24 Std. in der häuslichen Umgebung ist extrem kostenintensiv, zumal dort stets eine 1:1 Betreuung geleistet werden muss. Wie soll in diesen Fällen eine Refinanzierung geregelt werden?	Finanzierungsregelungen sind nicht Aufgabe des G-BA.
<b>Hausarzt</b> soll in Zusammenarbeit mit dem PCT bei vorhandener Palliativqualifikation <b>Leistungen der SAPV erbringen können</b>  SN aus § 4: <b>HA soll fallbezogen Mitglied im PCT werden, weitere in der PV erfahrene Berufsgruppen müssen einbezogen werden.</b>	Auch der nicht in einem PCT organisierte palliativ geschulte <u>Hausarzt</u> sollte in Zusammenarbeit mit dem PCT bei vorhandener Palliativqualifikation Leistungen der SAPV erbringen können. Dies ist für die Einbindung der engagierten und weitergebildeten Hausärzte wichtig und vom Gesetzgeber gewünscht („gewachsene Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen.“).	s. Position des UA SAPV zu § 6
in Satz 2 ändern: (...) insbesondere die allgemeine Palliativ-	Der Bezug zum Bedarf an SAPV ist wichtig. Die Erbringer der ambulanten	1. Die RL drückt insoweit nichts

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p>versorgung <u>durch Hausärzte</u> nicht ausreicht, (...) erbracht werden. <u>Die Entscheidung, in welchem Umfange Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung notwendig werden, obliegt der Verantwortung der behandelnden Hausärzte, die er zusammen mit dem Patienten und ggf. seinen Angehörigen wahrnehmen muss.</u> (...)</p>	<p>ten palliativmedizinischen Leistungen – in der Regel Hausärzte – ziehen Palliativ Care Teams dann und in dem Umfang hinzu, wenn und soweit sie an ihre Kompetenzgrenzen stoßen. Das Subsidiaritätsprinzip ist aus Kostengründen aber auch um den Patienten nicht zu früh einem Wechsel im Betreuungspfad auszusetzen zu befolgen. Angesichts der heute noch fehlenden Versorgungsstruktur für den Bereich der SAPV muss es für Vertragsärzte, die eine zu definierende Zahl von Sterbebegleitungen nachweisen können, möglich sein, Mitglied eines Palliative Care Teams zu werden. Dabei sind Übergangsbestimmungen zuzulassen, die es den Vertragsärzten im PCT erlauben, sich im Verlaufe ihrer Tätigkeit im PCT weiter zu qualifizieren.</p>	<p>anderes aus; eine gesonderte Nennung der Hausärzte ist nicht notwendig, da diese unproblematisch Leistungserbringer der ambulanten Versorgung sind.</p> <p>2. (Einbindung der Hausärzte in die PCT): s. Position des UA SAPV zu § 6</p>
<p>in Satz 2 streichen: (...) Ziele der <del>spezialisierten</del> ambulanten Palliativversorgung (...)</p>	<p>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>Dem Einwand wird entsprochen (s.u.).</p>
	<p>Das modulare Versorgungsmodell von Beratungsleistung/Koordination, additiv unterstützender Teilversorgung oder vollständiger Versorgung erscheint grundsätzlich sehr sinnvoll, da es dem unterschiedlichen individuellen Betreuungsbedarf der Patienten gerecht wird und eine Anpassung des Versorgungskonzeptes an die jeweils vor Ort vorhandenen Ressourcen bzw. die unterschiedlichen Kompetenzen der individuell in die Patientenbetreuung eingebundenen Primärbetreuer ermöglicht.</p>	<p>s.o.</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	Entscheidend ist hierbei jedoch eine qualifizierte und sachgerechte Bedarfssteuerung.	
<b>Keine Bedarfsstufen auflisten.</b>	Wir sprechen uns gegen Bedarfsstufen aus, da diese dem Krankheitsbild nicht gerecht werden. Die Entwicklung dieser Patienten ist gerade nicht planbar, die Bedarfsstufen würden rasch wechseln. Eine Einordnung in Bedarfsstufen schätzen wir als zusätzliche Schwierigkeit im Verordnungs- und Genehmigungsverfahren ein.	Es handelt sich nicht um trennscharfe „Stufen“; es soll gerade ein flexibles Versorgungskonzept geschaffen werden (vgl. Tragende Gründe).
In Satz 3 ergänzen: (...) - Beratungsleistung <u>oder/und</u> - Koordination der Versorgung <u>oder/und</u> - additiv unterstützende Teilversorgung <u>oder/und</u> - vollständige Versorgung	Zwischen den einzelnen angesprochenen Leistungen fehlt das Binde- wort (oder/und). Die additiv unterstützende Teilversorgung darf nicht neben der vollständigen Versorgung stehen.	Dem Einwand wird durch eine Klarstellung in den Eckpunkten der Entscheidung (s. Kapitel 2.5) entsprochen.
Inhalte der „vollständigen Versorgung“ unklar	Nicht deutlich, was unter dem Begriff „vollständige Versorgung“ zu ver- stehen ist.	Wortlaut ist nicht unklar.
<b>Satz 4 missverständlich</b> und deplaziert.	Satz 4 erscheint uns unglücklich platziert und formuliert, insbesondere im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Leistung.	Jede Leistung muss dem Wirt- schaftlichkeitsgebot entspre- chen.
<b>Das Maß des Notwendigen soll sich an der „Einzelfall-</b>	Der Verweis auf das Maß des Notwendigen ist bei der in § 1 der Richt-	Jede Leistung muss dem Wirt-

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<b>gerechtigkeit“, wie § 1 ausgedrückt, orientieren.</b>	linie definierten „Einzelfallgerechtigkeit“ als äußerst problematisch anzusehen, wenn eine Konkretisierung nicht stattfindet. Sollte sich das Maß des Notwendigen am Einzelfall, so wie mit der Einzelfallgerechtigkeit in § 1 der RL ausgedrückt, orientieren, ist dies sicherlich im Sinne der betroffenen Patienten.	schaftlichkeitsgebot entsprechen.
<b>SAPV als „vollständige Vollversorgung“ ist weder wirtschaftlich noch notwendig.</b>	Der Ausbau von SAPV zur „vollständigen Vollversorgung“ ist weder wirtschaftlich noch notwendig. Für eine wohnortnahe wirtschaftliche Versorgung in der Fläche ist eine Öffnung für zugelassene ambulante Pflegedienste mit entsprechend weitergebildetem Personal in Zusammenarbeit mit Palliativmedizinern der Region als Leistungserbringer aufzunehmen. Dies erspart zudem den Patienten in seiner letzten Lebensphase einen personellen Wechsel. Bereits heute existiert ein flächendeckendes leistungsfähiges Netz ambulanter Pflegedienste, die eine „vollständige Versorgung“ der Betroffenen gewährleisten können. Notwendig ist die Schaffung einer geregelten Finanzierung der „vollständigen Versorgung“ und „Symptomkontrolle“.	Wenn die vollständige palliative Versorgung im Einzelfall i. R. d. SAPV nicht erforderlich ist, (vgl. § 4), darf sie auch nicht erbracht werden.
<del>in Satz 4 streichen: (...) dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen</del>	Die ärztliche Verordnung muss bei dieser Versorgungsform Gültigkeit haben. Daher ist der Hinweis auf ein Maß des Notwendigen überflüssig.	s. o.
<b>Satz 4 streichen</b>	Satz 4 ist überflüssig, der Inhalt ergibt sich aus § 12 SGB V.	s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

### **Tabelle 12: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

#### **Änderungsvorschläge**

#### **Begründungen / Kommentare**

#### **Position UA SAPV**

Fazit:

<sup>1</sup>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht. <sup>2</sup>Sie wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. 4), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen. <sup>3</sup>(...).

#### **Dissens**

#### **DKG:**

(2) <sup>1</sup>SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V (Palliative-Care-Teams) erbracht. <sup>2</sup>**Das Palliative-Care-Team besteht aus einem oder mehreren besonders in der Palliativversorgung qualifizierten Leistungserbringer/n, der/die durch geeignete Kooperationen ein Versorgungsnetzwerk bildet/n. (...).**

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p><b>Vorbemerkung UA SAPV zu den Stellungnahmen zu § 5 Abs. 3</b></p> <p>§ 5 Abs. 3 enthält eine nicht abschließende Auflistung wesentlicher Leistungsinhalte der SAPV. Für Vorschläge zur Ergänzung, die nicht umgesetzt wurden, bedeutet dies freilich keinen Ausschluss der entsprechenden Positionen, soweit die Leistungen in der ambulanten Versorgung grundsätzlich erbracht werden können. Viele Vorschläge betreffen außerdem Regelungsbereiche, die den Vertragspartnern nach § 132d SGB V vorbehalten sind (z. B. die einzelfallgerechte Zusammensetzung der Leistungserbringerteams).</p>		
<p>SN zu § 1 Abs. 2:</p> <p>Konkretisierungen für Kinder nicht ausreichend (WHO 1998)</p> <p>päd. PCTs gesondert nennen</p> <p>spez. päd. PV gesondert nennen / Spezifizierungen nötig.</p>		s.o.
<p>Halbsatz 1 ergänzen: Inhalte der <u>spezialisierten ambulanten Palliativversorgung</u> sind insbesondere: (<b>7x*</b>)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hierbei handelt es sich um eine redaktionelle Änderung, die Bezug zu den Regelungsinhalten des § 37b Abs. 3 Nr. 2 SGB V nimmt</li> <li>2. 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.</li> </ol>	Dem Einwand wurde entsprochen (s.u.).

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	<p>3. Redaktionell.</p> <p>4. Bei den genannten Tätigkeiten handelt es sich um die Inhalte der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Hier muss eine Klarstellung erfolgen.</p> <p>5. 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>	
<b>Der Katalog der Inhalte ist nicht abschließend</b>	Der bad e.V. befürwortet, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Inhalte der SAPV nicht als abschließenden „Katalog“ von Leistungen in die Richtlinie aufgenommen hat und so die sachgerechte Möglichkeit einer Bewertung des Erforderlichkeit im Einzelfalls bestehtHinsichtlich der Probleme bei der Abgrenzung zur einfachen Palliativversorgung gilt das zu Absatz 2 bereits Ausgeführte.	s.o.
<p><u>Dieser Katalog ist beispielhaft und nicht abschließend.</u></p> <p><u>Die Leistungen können längerfristig insbesondere für sechs Monate verordnet und auf Antrag verlängert werden. In diesen Fällen hat der verordnende Arzt spätestens nach drei Monaten der Krankenkasse gegenüber eine überprüfende</u></p>	Flexibilität wird über die Öffnungsklausel erreicht. Das Ausnehmen der Krisenintervention vom Genehmigungserfordernis der Krankenkasse ermöglicht eine schnellere Reaktion insbesondere nachts. Dazu gehört die Möglichkeit einer mündlichen oder fernmündlichen Verordnung.	Ist bereits durch „insbesondere“ ausgedrückt.  Die Dauer der Verordnung liegt im pflichtgemäßen Ermessen

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

<p>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 oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod</li> <li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li> <li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li> <li>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>		
Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Stellungnahme abzugeben.		des Arztes.
<b>Reihenfolge an Versorgungsbedarf anpassen (2x*)</b>	Eine neue Reihenfolge entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf (siehe „Übergeordnete Anregungen und Kommentare“).	Eine andere Reihenfolge würde den Regelungsgehalt nicht ändern.
Spiegelstrich 1 ergänzen: (...). <u>Die sehr komplexen Koordinationsleistungen innerhalb der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen sind zu berücksichtigen. (2x*)</u>	Da sich Kinder in der Entwicklung befinden und zu jedem Zeitpunkt als Einheit mit ihrer Familie zu betrachten sind, sind häufig viele Stellen bei der Begleitung involviert, so dass die Koordination sehr umfangreich sein kann. Zudem sind die Krankheitsverläufe individuell sehr unterschiedlich und selten prognostizierbar.	”
Spiegelstrich 1 ändern: Koordination der <del>spezialisierten</del> palliativmedizinischen ... <b>(2x*)</b>	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.	S. dazu bereits § 5 Abs. 1 S. 2
Spiegelstrich 1 ergänzen: (...) unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen <u>bzw. Kinderhospizdiensten / und von (Kinder-) Hospizdiensten</u> im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit <b>(6x*)</b>		s. Vorbemerkung
Spiegelstrich 1 ergänzen: (...) unter Einbeziehung weiterer	Als Leistung wird hier die Koordination der spezialisierten palliativmedi-	s. Vorbemerkung

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

<p>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 oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod</li> <li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li> <li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li> <li>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>		
Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p>Berufsgruppen <u>und Institutionen</u> im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit“</p>	<p>zischen und palliativpflegerischen Versorgung genannt. Diese ist unter Einbeziehung der anderen Berufsgruppen, die nach Wunsch des Patienten an der Versorgung beteiligt sind, sicherzustellen. Neben den Berufsgruppen, die an der Versorgung beteiligt sind, wären die weiteren Institutionen und Dienste zu nennen. Hierunter sind auch die Hospizdienste zu subsumieren. Die besondere Heraushebung der Hospizdienste entspricht an dieser Stelle einer Einschränkung. Vielmehr muss sichergestellt sein, dass eine Koordination der Leistung in jedem Falle erfolgt, unabhängig davon, welche Berufsgruppen oder Institutionen im konkreten Fall beteiligt sind. Zudem hat der Gesetzgeber im Wortlaut des § 37b SGB V bereits klargestellt, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung unter Hinzuziehung und Berücksichtigung der Hospizdienste zu erbringen ist. Die explizite Nennung der Hospizdienste an dieser Stelle ist damit nicht notwendig.</p>	
<p>Spiegelstrich 1 konkretisieren: <b>Umfang der Koordinierung wird durch HA geregelt, Koordinierung muss beim HA bleiben</b></p>	<p>Die Koordinationsfunktion der Palliativ Care Teams muss sich auf die Koordinierung der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung im engeren Sinne beziehen und zwar in dem Umfange, wie der Hausarzt/die Hausärztin diese anfordert. Die Koordinationsfunktion der Hausärzte für ihre Patienten muss uneingeschränkt bestehen bleiben, wenn diese sinnvoll ist und/oder vom Pati-</p>	<p>s. Vorbemerkung und § 6 Abs. 1.</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:		
<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 oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod</li> <li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li> <li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li> <li>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>		
Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	enten gewünscht wird.	
Spiegelstrich 1 ändern: <u>Kommunikation oder Koordination innerhalb des bestehenden Netzwerkes von Leistungserbringern, auch zur Beseitigung von Schnittstellenproblemen, Fallkonferenzen, gemeinsame Visiten. Die Koordination von Leistungen kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt auch von der verantwortlichen Pflegefachkraft übernommen werden</u> <del>Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit</del>	Die Konkretisierung der einzelnen Leistungen vermeidet Auslegungsprobleme und erleichtert die Einordnung in der Praxis erheblich. Die Nummerierung ermöglicht eine Verordnung mehrerer Leistungen auch nach Nummern und vereinfacht die Eintragung in ein Musterformblatt.	s. Vorbemerkung
Spiegelstrich ergänzen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Aufbau und Koordinierung eines Netzwerkes insbesondere zur Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen</u></li> </ul>	Wir bitten, die Aufzählung um einige Haupttätigkeiten, die im Kontext der vorangehenden Paragraphen bereits erwähnt wurden, zu ergänzen.	s. Vorbemerkung und § 6 Abs. 5
Spiegelstrich ergänzen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Aufbau und Koordination eines bedarfsadaptierten</u></li> </ul>		s. Vorbemerkung und § 6 Abs. 5

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

<p>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 oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod</li> <li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li> <li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li> <li>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>		
Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p><u>Netzwerkes der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung inkl. Koordination und Monitoring der unterschiedlichen Teilleistungen (Systemmanagement)</u></p>		
<p>Spiegelstrich ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Erstellung und Koordination eines auf den Einzelfall bezogenen Versorgungsplans (Fallmanagement)</u></li> </ul>		s. Vorbemerkung und § 6 Abs. 5
<p>Spiegelstrich ergänzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Nr. x: Aufnahme des Patienten unter palliativmedizinischen Gesichtspunkten, ggf. Entlassungsmanagement in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus</u></li> </ul>	Die Konkretisierung der einzelnen Leistungen vermeidet Auslegungsprobleme und erleichtert die Einordnung in der Praxis erheblich. Die Nummerierung ermöglicht eine Verordnung mehrerer Leistungen auch nach Nummern und vereinfacht die Eintragung in ein Musterformblatt.	s. Vorbemerkung und § 7.
<p>Spiegelstrich 2 ändern:</p> <p><u>Symptommanagement Symptomerfassung, Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen, hierzu kann auch Anhängen oder Wechsel oder Abhängen einer Dauertropfinfusion verordnet werden, Ergebnisüberprüfung</u></p>	Die Konkretisierung der einzelnen Leistungen vermeidet Auslegungsprobleme und erleichtert die Einordnung in der Praxis erheblich. Die Nummerierung ermöglicht eine Verordnung mehrerer Leistungen auch nach Nummern und vereinfacht die Eintragung in ein Musterformblatt.	s. Vorbemerkung
<p>Spiegelstrich 2 ergänzen:</p> <p>Symptomlinderung durch Anwendung <u>und Verordnung</u> von</p>	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 unter-	s. Vorbemerkung

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
(...) (2x*)	stützende Teilversorgung bzw. vollständige Versorgung beinhaltet).	
Spiegelstrich ergänzen <u>Nr. x: Schmerzmanagement durch Anwendung aller Maßnahmen des Nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege</u>	Die Konkretisierung der einzelnen Leistungen vermeidet Auslegungsprobleme und erleichtert die Einordnung in der Praxis erheblich. Die Nummerierung ermöglicht eine Verordnung mehrerer Leistungen auch nach Nummern und vereinfacht die Eintragung in ein Musterformblatt.	s. Vorbemerkung
Spiegelstrich ergänzen <u>Nr. x: Infusionen s. c., Anlegen von, Ablegen von als Dauertropfinfusion zur Flüssigkeitssubstitution oder im Rahmen einer Schmerztherapie</u>	Die Konkretisierung der einzelnen Leistungen vermeidet Auslegungsprobleme und erleichtert die Einordnung in der Praxis erheblich. Die Nummerierung ermöglicht eine Verordnung mehrerer Leistungen auch nach Nummern und vereinfacht die Eintragung in ein Musterformblatt.	s. Vorbemerkung
Spiegelstrich ergänzen <u>Nr. x: Kurzinfusion s. c. An- und Ablegen als Teil einer Schmerztherapie oder zur Flüssigkeitssubstitution</u>	Die Konkretisierung der einzelnen Leistungen vermeidet Auslegungsprobleme und erleichtert die Einordnung in der Praxis erheblich. Die Nummerierung ermöglicht eine Verordnung mehrerer Leistungen auch nach Nummern und vereinfacht die Eintragung in ein Musterformblatt.	s. Vorbemerkung
Spiegelstrich ergänzen <u>Nr. x: Legen oder Entfernen einer Entlastungssonde zur Ableitung von gestauten Sekreten</u>	Die Konkretisierung der einzelnen Leistungen vermeidet Auslegungsprobleme und erleichtert die Einordnung in der Praxis erheblich. Die Nummerierung ermöglicht eine Verordnung mehrerer Leistungen auch nach Nummern und vereinfacht die Eintragung in ein Musterformblatt.	s. Vorbemerkung

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Spiegelstrich ergänzen <u>Nr. x: Versorgen einer Entlastungssohle</u>	Die Konkretisierung der einzelnen Leistungen vermeidet Auslegungsprobleme und erleichtert die Einordnung in der Praxis erheblich. Die Nummerierung ermöglicht eine Verordnung mehrerer Leistungen auch nach Nummern und vereinfacht die Eintragung in ein Musterformblatt.	s. Vorbemerkung
Spiegelstrich ergänzen <u>Nr. x: Spezielle Wundversorgung einschließlich Verbandswechsel z. B. bei exulzierenden Tumoren, Schmerzüberempfindlichkeit, bei Patienten mit Kortikoidtherapie, bei HIV-Patienten mit Kaposisarkom</u>	Die Konkretisierung der einzelnen Leistungen vermeidet Auslegungsprobleme und erleichtert die Einordnung in der Praxis erheblich. Die Nummerierung ermöglicht eine Verordnung mehrerer Leistungen auch nach Nummern und vereinfacht die Eintragung in ein Musterformblatt.	s. Vorbemerkung
Spiegelstrich 3 <b>streichen</b>	Die in Punkt 3 genannte Maßnahme stellt nur einen Unterpunkt bzw. eine Spezifizierung zu den in Punkt 2 genannten Inhalten dar – sie ist somit entbehrlich	s. Vorbemerkung
Spiegelstrich 3 ergänzen: Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe, <u>Beatmung</u> )		s. Vorbemerkung
Spiegelstrich Nr. 3 ergänzen <u>Nr. x: Störungsbeseitigung der zur Behandlungspflege ein-</u>	Die Konkretisierung der einzelnen Leistungen vermeidet Auslegungsprobleme und erleichtert die Einordnung in der Praxis erheblich. Die Nummerierung ermöglicht eine Verordnung mehrerer Leistungen auch	s. Vorbemerkung

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
gesetzten Geräte	nach Nummern und vereinfacht die Eintragung in ein Musterformblatt.	
<u>Nr. x: Überwachung der zur Behandlungspflege eingesetzten technischen Geräte</u>		
Spiegelstrich 4 ändern: <del>(...) „weitergebildete Palliativarzt/Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin</del>	Der „weitergebildete Palliativarzt“ ist in der Musterweiterbildungsordnung nicht enthalten. Dieser Ausdruck sollte ersetzt werden durch „Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin“.	Dem Einwand wurde teilweise entsprochen (s.u.).
Spiegelstrich 4. ändern: <del>statt „ ... die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes ... „</del> <u>sollte es heißen „ ... die Kompetenz des palliativmedizinisch qualifizierten Arztes ... „</u>	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.	s.o.
Spiegelstrich 4 ändern: <del>(...) der Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</del> <u>die Möglichkeiten der sonstigen ambulanten Krankenbehandlung übersteigen</u>	Der Begriff „des weitergebildeten Palliativarztes“ ist nicht definiert.	s.o.
Spiegelstrich 4: <del>„weitergebildeter Palliativarzt“ ein Arzt mit</del> <u>der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin</u>	Die Formulierung „weitergebildeter Palliativarzt“ erscheint undeutlich – es sollte besser heißen: „ein Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativ-	s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

<p>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 oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod</li> <li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li> <li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li> <li>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>		
Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p>Spiegelstrich 4 ändern: (...) <del>die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern.</del></p>	<p>medizin“.</p> <p>Die Anforderungen sind im § 4 bereits hinreichend beschrieben. Bei der SAPV geht es um eine komplexe Teamleistung, die nicht allein durch die Kompetenz und Tätigkeit der einzelnen Berufsgruppen, sondern besonders durch Beratung, Anleitung und jederzeitige Krisenintervention Sicherheit für Patient und Angehörige schafft:</p>	<p>s.o.</p>
<p>Spiegelstrich 4:</p> <p>- Palliativmedizinische <u>und/oder palliativpflegerische Maßnahmen</u>, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes <u>und/oder der palliativpflegerisch weitergebildeten Pflegefachkraft erfordern (2x*)</u></p>	<p>Zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gehören auch palliativpflegerische Maßnahmen.</p>	<p>Dem Vorschlag wird teilweise gefolgt (s.u.).</p>
<p>Spiegelstrich ergänzen:</p> <p><u>„psychotherapeutische Behandlung, die die Kompetenz eines fortgebildeten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfordert“</u></p>	<p>Angesichts der Häufigkeit psychischer Störungen und des Ausmaßes der psychosozialen Belastungen ist die explizite Einbeziehung psychotherapeutischer Kompetenz unerlässlich. Mit dem Begriff der „psychosozialen Unterstützung“ wählt die Richtlinie einen unbestimmten Begriff. Der Begriff „psychosozial“ wird in der Medizin und den Nachbardisziplinen oftmals ohne eine exakte Definition verwendet (Petersen, Kruihoff, 2006). Bezogen auf die deutsche „psychosoziale Versorgungsland-</p>	<p>s. Vorbemerkung</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	<p>schaft“ zeigt sich eine Vielfalt verschiedenster Einrichtungen und Helfer, die unter diesem Begriff zusammengefasst werden können. Die Vielfalt ist quasi das Hauptmerkmal der psychosozialen Versorgungslandschaft in Deutschland (Angermeyer et al., 2006). In seiner weitesten Definition steht der Bereich der psychosozialen Betreuung bzw. Unterstützung für all jene Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen, die nicht explizit somatisch orientiert sind. "Psychosozial" meint hier die psychologische, sozialpsychologische und soziologische Dimension der medizinischen Praxis. Eine der engen Definitionen versteht unter „psychosozialer Unterstützung“ dagegen einen präventiven interdisziplinären Ansatz, der die aktive Krankheitsbewältigung fördern soll, bevor eine psychotherapeutische Intervention erforderlich wird (Topf et al., 1999). Andere Konzepte (z. B. DMP KHK) meinen jedoch gerade auch psychotherapeutische Interventionen, wenn sie die Leistungen der psychosozialen Betreuung benennen (G-BA: Beschluss für ein DMP KHK, 2003). Im DMP Brustkrebs werden als „psychosoziale Unterstützung Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten aufgeführt, mit denen die psychischen Auswirkungen (z. B. Ängste oder Depressionen) und sozialen Krankheitsfolgen (z. B. in der Familie, der Partnerschaft oder am Arbeitsplatz) gelindert werden sollen. In der SAPV-Richtlinie ist mit der Wahl des unbestimmten Rechtsbegriffes der „psychosozialen Un-</p>	

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	<p>terstützung“ eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten mit psychischer Symptomatik nicht gewährleistet. Je nach konzeptuellem Verständnis bzw. späterer begrifflicher Auslegung der Vertragspartner nach § 132d SGB V ist eine psychotherapeutische Behandlung entweder der Schwerpunkt der psychosozialen Unterstützung oder per definitionem nicht im Leistungsumfang enthalten. Auf Letzteres deuten die bei der psychosozialen Unterstützung angeführten Beispiele (Seelsorge, Sozialarbeit und ambulante Hospizdienste) hin. Das National Institute of Clinical Excellence empfiehlt für die Palliativversorgung von Patienten mit Breast, Colorectal und Urological Cancer multiprofessionelle Teams. In allen drei Manualen wird neben anderen Gesundheitsberufen als Profession benannt: „Clinical psychologists trained in psychotherapy and cognitive behavior therapy“ (National Institute of Clinical Excellence, August 2002/September 2002 und Mai 2004). Der NHS Scotland empfiehlt die Beteiligung von Psychologen an den multiprofessionellen Teams der spezialisierten Palliativversorgung. Der NHS präzisiert: „Psychology: The scientific study of human behaviour and the corresponding mental processes. A psychologist is a non-medical professional who has completed special advanced training and is therefore qualified to undertake psychological research, treatments and therapy“ (NHS, 2004). Um die Ziele der spezialisierten ambulanten Palliativver-</p>	

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	<p>sorgung zu erreichen, ist angesichts des Stellenwerts der psychosozialen Belastungen und psychischen Komorbidität für eine gesicherte Strukturqualität die Einbeziehung von Psychotherapeuten mit einer entsprechenden Fortbildung unverzichtbar. Bezug nehmend auf die unter § 1 SAPV-Richtlinie grundsätzlich dargestellte Evidenzlage (trotz des Fehlens direkter Vergleichsstudien zu Art und Umfang der notwendigen Fortbildung) muss konstatiert werden, dass für Patienten mit den untersuchten Problemlagen und dem genannten Interventionsbedarf ergänzend bei Indikationsstellung auch ein höheres Ausmaß an Professionalisierung und Spezialisierung notwendig ist als sie in der Regel bei Pflegekräften bzw. Ärzten im Rahmen eines Palliativkernteams vorliegt. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollten zu den Leistungserbringern im Sinne des § 132d SGB V gehören. Die BPTK schlägt vor, den nebenstehenden Spiegelstrich in die Richtlinie aufzunehmen, damit eine qualitätsgesicherte Versorgung psychischer Erkrankungen von Palliativpatienten durch die Einbeziehung von Psychotherapeuten in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gewährleistet ist. Die Psychotherapeutenkammern bieten bereits palliativpsychotherapeutische Fortbildung an (z. B. die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen: Fortbildungscurriculum zur „Psychotherapie mit Palliativpatienten und deren Angehörigen“).</p>	

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	gen“).	
Spiegelstrich 5 ändern: <del>Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht.</del> <u>Hilfsweise: Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit im Haushalt lebende Angehörige eine Betreuung nicht gewährleisten können. Dabei ist zu berücksichtigen, die Angehörigen in ihrer sensiblen Belastungssituation nicht zu überfordern. Weiter sind die Grundsätze des Bundessozialgerichts zur aktiven und passiven Pflegebereitschaft zu beachten.</u>	Soweit Angehörige vorhanden sind, besteht die Gefahr die Sterbephase mit einer langwierigen verwaltungsrechtlichen Auseinandersetzung um die Möglichkeiten der Angehörigen zu belasten.  Die Konkretisierung der einzelnen Leistungen vermeidet Auslegungsprobleme und erleichtert die Einordnung in der Praxis erheblich. Die Nummerierung ermöglicht eine Verordnung mehrerer Leistungen auch nach Nummern und vereinfacht die Eintragung in ein Musterformblatt.	s. Vorbemerkung
Spiegelstrich 5 ändern: <del>(...) Leistungen und Pflegeanleitung, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht.</del>	Die Anforderungen sind im § 4 bereits hinreichend beschrieben. Bei der SAPV geht es um eine komplexe Teamleistung, die nicht allein durch die Kompetenz und Tätigkeit der einzelnen Berufsgruppen, sondern besonders durch Beratung, Anleitung und jederzeitige Kriseninterventions Sicherheit für Patient und Angehörige schafft:	s. Vorbemerkung
Spiegelstrich 5) statt <del>„Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen“</del> <u>„Maßnahmen zur Qualitätssicherung wie z. B. Organisation multidisziplinärer Qualitätszirkel und b. B. mul-</u>		s. Vorbemerkung

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

<p>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 oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod</li> <li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li> <li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li> <li>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>		
Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p><u>tiprofessioneller Fallbesprechungen“</u></p>		
<p>Spiegelstrich 5:  Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen in Ergänzung zur, <del>soweit eine</del> <u>Versorgung</u> <del>Betreuung</del> durch Angehörige, <del>oder</del> <u>Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V oder durch stationäre Pflegeeinrichtungen oder stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht ausreicht. (2x*)</u></p>	<p>Auch in stationären Pflegeeinrichtungen besteht ein Anspruch auf spezialisierte palliativmedizinische und -pflegerische Leistungen. Diese Leistungen erfolgen in Ergänzung zu den Leistungen der Primärversorgung, wenn die Voraussetzung nach § 4 Abs. 1 gegeben ist. Besonders wichtig ist, um unterschiedliche Interpretationen vorzubeugen, dass ausgeprägte psychische Belastungen und Überforderungen der Angehörigen bzw. des sozialen Umfeldes leistungsauslösend sein müssen. Versorgung ist umfassender als Betreuung. Außerdem wird der Begriff Betreuung in unterschiedlichen Bereichen verwendet mit divergierenden Inhalten.</p>	<p>s. Vorbemerkung und Änderung in § 2.</p>
<p>Spiegelstrich ergänzen:  <u>stundenweise Betreuung und pflegerische Versorgung in akuten Krisensituationen oder in der Sterbephase (2x*)</u></p>		<p>s. Vorbemerkung</p>
<p>Spiegelstrich ergänzen  <u>stundenweise Betreuung in akuten Krisensituationen oder in</u></p>	<p>Es ist darauf hinzuweisen, dass auch eine stundenweise Betreuung in akuten Krisensituationen oder in der Sterbephase erforderlich sein kann.</p>	<p>s. Vorbemerkung</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<u>der Sterbephase</u>		
<b>Spiegelstrich 6 unklar</b>	Soll der Behandlungsplan nur ärztlich sein oder interdisziplinär? Wie und in welcher Form muss der Behandlungsplan dokumentiert sein?	s. Vorbemerkung
Spiegelstrich 6 ergänzen (...) <u>Kontinuierliche</u> Führung (...)	Die kontinuierliche Überprüfung der Umsetzung der Maßnahmen des Behandlungsplanes und deren Wirkung ist wichtig, um den Erfolg und somit die Erreichung der Zielsetzung der SAPV sicher zu stellen	s. Vorbemerkung
Spiegelstrich 6 ergänzen: Führung eines individuellen <u>Behandlungsplans</u> <u>Betreuungsplans</u> , vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen		s. Vorbemerkung
Spiegelstrich 6) statt <del>„Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SPV“</del> <u>„Erhebung (Assessment) und dokumentierte Verlaufskontrolle der zur „besonders aufwendigen Versorgung“ führenden Symptome</u> Kommentar: Hier sollten möglichst standardisierte und validierte Erhebungsinstrumente eingesetzt werden.		s. Vorbemerkung
Spiegelstrich Nr. 6 ergänzen	Die Konkretisierung der einzelnen Leistungen vermeidet Auslegungsprobleme und erleichtert die Einordnung in der Praxis erheblich. Die	s. Vorbemerkung

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

<p>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 oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod</li> <li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li> <li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li> <li>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>		
Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p>(...) <u>Krisenmanagement bzw. Antizipatorische Krisenintervention, <del>Bedarfsinterventionen</del> Beratung der Patienten, Angehörigen und ggf. weiterer Beteiligter über Vermeidungs- und Reaktionsmöglichkeiten bezüglich Krisensituationen</u></p> <p>Nr. x: <u>Bedarfsinterventionen Durchführung von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen / Krisenintervention z. B. bei Komplikationen wie Atemnot, Blutungen, Fieber, Obstipation. Für Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen entfällt das Genehmigungserfordernis der Krankenkasse. Diese Maßnahmen können auch mündlich oder fernmündlich verordnet werden, wenn dies zumindest nachträglich dokumentiert wird.</u></p>	<p>Nummerierung ermöglicht eine Verordnung mehrerer Leistungen auch nach Nummern und vereinfacht die Eintragung in ein Musterformblatt.</p>	
<p>Spiegelstrich 7 ergänzen:</p> <p>Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (<del>einschließlich Hausbesuche</del>)</p> <p>Nr. x: <u>Tag- und/oder Nachtwache</u></p>	<p>Die Konkretisierung der einzelnen Leistungen vermeidet Auslegungsprobleme und erleichtert die Einordnung in der Praxis erheblich. Die Nummerierung ermöglicht eine Verordnung mehrerer Leistungen auch nach Nummern und vereinfacht die Eintragung in ein Musterformblatt.</p>	<p>Vorschlag wurde umgesetzt (s.u).</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:		
<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 oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod</li> <li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li> <li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li> <li>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>		
Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Spiegelstrich 7 ergänzen: <u>... (einschließlich Hausbesuche) wenn der Auftrag die unterstützende Teilversorgung bzw. vollständige Versorgung beinhaltet)</u>		s. Vorbemerkung
Spiegelstrich 7 ergänzen: <u>ständige Rufbereitschaft, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft und Notfall- und Krisenintervention</u>	Es fehlt hier die Notfall- und Krisenintervention. Es fehlt ebenfalls die ständige Rufbereitschaft.	Dem Vorschlag wurde teilweise entsprochen (s.u.).
<b>Spiegelstrich 7 unklar</b>	Durch wen wird die Rufbereitschaft abgesichert, ärztlich oder pflegerisch bzw. sowohl als auch?	s. Vorbemerkung
<b>Spiegelstrich 7 ersatzlos streichen (2x*)</b>	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.	s. Vorbemerkung
Spiegelstrich 7 erweitern: Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche) <u>sowie für die Leistungserbringer der allgemeinen Palliativversorgung</u>	Es muss deutlich werden, dass die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Notfall- und Krisensituationen den Leistungserbringern der Regelversorgung rund um die Uhr zur Verfügung stehen.	Die Regelung impliziert nichts anderes.
Spiegelstrich 8: <b>Betreuung der Angehörigen auch über</b>	Spiegelstrich 8: Ziel der Palliativmedizin ist – bezogen auf die Angehö-	Es fehlt die versicherungsrecht-

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

<p>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 oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod</li> <li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li> <li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li> <li>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>		
Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
den Tod des Patienten hinaus	rigen – eine Betreuung auch über den Tod des Patienten hinaus – die Formulierung greift daher zu kurz.	liche Anknüpfung für eine Leistungserbringung nach dem Tod des Versicherten.
Spiegelstrich 9: - Spezialisierte Beratung der <del>betreuenden</del> <u>versorgenden</u> Leistungserbringer der Primärversorgung. (3x*)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Versorgung ist umfassender als Betreuung. Außerdem wird der Begriff Betreuung in unterschiedlichen Bereichen verwendet mit divergierenden Inhalten.</li> <li>2. Diese Formulierung Leistungserbringer ist missverständlich.</li> </ol>	Keine Änderung erforderlich.
Spiegelstrich 9 ändern: <del>Spezialisierte</del> Beratung (...) <u>entsprechend der Zielsetzung nach § 1 Primärversorgung</u>	Die Begriffe spezialisierte Beratung und Primärversorgung sind nicht definiert, die Zielsetzung in § 1 ist konkret ausformuliert.	Keine Änderung erforderlich.
Spiegelstrich 10 ändern: <del>Psychosoziale</del> Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen <del>in enger Zusammenarbeit z. B. mit insbesondere durch Seelsorger, Sozialarbeiter, Psychologen/Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Apotheker und Ehrenamtliche</del> ambulanter Hospizdienste (2x*)	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.	Nicht primär medizinisch ausgerichtete Begleitmaßnahmen sind keine Leistung der SAPV.
Spiegelstrich 10 erweitern: Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Er-	Unter dem Punkt findet sich eine beispielhafte Aufzählung, die aus unserer Sicht zu allgemein gehalten wurde. <b>Hier sollten insbesondere Beispiele gewählt werden, die sehr viel spezifischer eine Zusam-</b>	s. Vorbemerkung

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

<p>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 oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod</li> <li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li> <li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li> <li>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>		
Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p>krankungen z. B. <u>durch ärztliche und psychologische Psychotherapie in enger Zusammenarbeit z. B. mit ...</u>“</p>	<p><b>menarbeit bei der psychosozialen Unterstützung der angesprochenen Patientengruppen leisten.</b> Dies sind u. a. die Landeskrebsgesellschaften, Selbsthilfeorganisationen die dies z. B. im Bereich Krebs realisieren. Aber auch bei der eigentlichen Psychosozialen Unterstützung sollte durch eine beispielhafte Aufzählung die Professionalität der Leistung hervorgehoben werden.</p>	
<p><b>Spiegelstrich 11 ersatzlos streichen (2x*)</b></p>	<p>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 multiprofessionell besetzten Qualitätszirkeln).</p>	<p>Spiegelstrich 11 wird zur Klarstellung als sinnvoll erachtet.</p>
<p>Spiegelstrich 11 ergänzen: <u>..., alle an der Versorgung Beteiligten sind in Fallbesprechungen einzubeziehen (2x*)</u></p>		<p>s. Vorbemerkung</p>
<p>Spiegelstrich 11 erweitern um <b>Verweise auf Maßnahmen des QM bzw. der QS.</b></p>	<p>Unter Dokumentation und Evaluierung bleibt offen, welche Maßnahmen angedacht sind. Hier hätte der G-BA seine besondere Rolle in der Qualitätssicherung mehr nutzen sollen und bereits einen Verweis auf QM oder QS Maßnahmen festlegen können.</p>	<p>s. Vorbemerkung</p>
<p><b>Spiegelstrich 12 unklar</b></p>	<p>Ist eine eigenständige Dokumentation notwendig, oder wird die des palliativen Pflegedienstes verwendet bzw. individuell ergänzt?</p>	<p>s. Vorbemerkung</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

<p>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 oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod</li> <li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li> <li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li> <li>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>		
Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p>Spiegelstrich 12 ergänzen:</p> <p><u>Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen, bei denen der vorbehandelnde Vertragsarzt, wenn dies vom Patienten oder den Angehörigen gewünscht wird, als Mitglied des Palliative Care Team teilnimmt</u></p>		s. Vorbemerkung und § 6 Abs. 1.
<p>Spiegelstrich 10 ändern:</p> <p><del>Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z.B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten“</del> <u>besser „Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen durch bedarfsgerechte Einbeziehung von Psycho(-onkologen), Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Ehrenamtlichen ambulanter Hospizdienste“.</u></p>	<p>Neben Ärzten und Pflegenden müssen auch weitere in der Palliativmedizin erfahrene Berufsgruppen Bestandteil einer bedarfsgerechten Versorgung unheilbar kranker und sterbender Patienten sein und fallbezogen hinzugezogen werden können. Bestandteil einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist ja gerade eine multiprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und deren bedarfsgerechte Koordination. Weiterhin ist zu gewährleisten, dass nicht nur die ärztliche und pflegerische, sondern auch die psychosoziale Betreuung durch entsprechend qualifiziertes Personal erfolgen kann. So sollte z.B. für die psychologische Begleitung unheilbarer und sterbender Menschen eine qualifizierte Weiterbildung vorliegen, wie etwa die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Weiterbildung Psychoonkologie (WPO), vgl. hierzu auch das Memorandum der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. (ADT) <a href="http://www.tumorzentren.de/pdf/ADT.Memorandum.letzte.Fassung.pdf">www.tumorzentren.de/pdf/ADT.Memorandum.letzte.Fassung.pdf</a></p>	s. o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Spiegelstrich ergänzen  <u>Nr. x: Einsatz von zwei Pflegekräften zugleich bei Behandlungs- und/oder Grundpflege von Palliativpatienten Der Grund für die Erforderlichkeit von zwei Pflegekräften zugleich ist auf der Verordnung anzugeben. Z. B. Vermeidung von Gefahren für das Personal, Unfallgefahr, MRSA, Adipositas, Demenz</u>	Die Konkretisierung der einzelnen Leistungen vermeidet Auslegungsprobleme und erleichtert die Einordnung in der Praxis erheblich. Die Nummerierung ermöglicht eine Verordnung mehrerer Leistungen auch nach Nummern und vereinfacht die Eintragung in ein Musterformblatt.	s. Vorbemerkung
Spiegelstrich ergänzen:  <b>Bereitstellung von Medikamentendepots mit BTM-Medikation</b>		s. Vorbemerkung
Spiegelstrich ergänzen:  <u>Sicherstellung der Versorgung mit akut notwendigen Medikamenten (inkl. der Betäubungsmittelverordnung unterliegende Arzneimitteln) sowie Heil- und Hilfsmitteln auch zu Nachtzeiten sowie an Wochenenden und Feiertagen“</u>		s. Vorbemerkung
Spiegelstrich ergänzen:  - <u>Vorhaltung akut notwendiger Arznei-, Heil- und Hilfs-</u>	Wir bitten, die Aufzählung um einige Haupttätigkeiten, die im Kontext der vorangehenden Paragraphen bereits erwähnt wurden, zu ergänzen.	s. Vorbemerkung

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

<p>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 oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod</li> <li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li> <li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li> <li>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>		
Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
mittel		
<p>Spiegelstrich ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Im Bedarfsfall (z.B. bei Nicht-Erreichbarkeit des zuständigen Arztes) können die erforderlichen Verordnungen zur Behandlungspflege ausgestellt werden</u></li> </ul>	Wir bitten, die Aufzählung um einige Haupttätigkeiten, die im Kontext der vorangehenden Paragraphen bereits erwähnt wurden, zu ergänzen.	s. Vorbemerkung
	Eine inhaltliche Abgrenzung der SAPV gegenüber den bisherigen ambulanten Palliativ-/Hospizdiensten sowie vertragsärztlichen Leistungen ist nicht hinreichend erkennbar, teilweise überschneiden sich die Leistungsbereiche. Konkrete Anhaltspunkte für den behandelnden Arzt, ab wann welche Leistungsart zu verordnen ist, ergeben sich nicht.	Die SAPV unterscheidet sich von der allg. Palliativversorgung hinsichtlich der besonderen Koordination und ihrer Eigenschaft als komplexe Teamleistung. Einzelne Leistungen können mglw. Dieselben wie in der allg. Palliativversorgung sein.
	Wichtig erscheint uns in diesem Zusammenhang, dafür zu sorgen, dass die Leistungen überhaupt verordnet werden können, das heißt das Leistungsverzeichnis (EBM) muss ebenfalls entsprechend erweitert werden. Hintergrund ist, dass ein Pilotprojekt in Dresden mit Schwierigkeiten im Budget der Hausärzte kämpft. Auch waren bei Notfalleinsätzen durch Hausärzte notwendige Medikamente wie Opiate nicht in ausreichender Menge verfügbar.	SAPV ist nicht Teil des vertragsärztlichen Abrechnungsgeschehens. Hinsichtlich einer Ordnungsvergütung nach EBM ist der G-BA nicht zuständig.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	Die hier genannten Inhalte sind nicht deckungsgleich mit der Definition der WHO bzw. der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin– hier werden mehrere Definitionen der DGP vermengt – sie sollten geordnet und in Einklang gebracht werden.	s. Vorbemerkung

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<b>Zusätzlich zwei eigenständige Vorschläge, einen neuen Abs. 4 einzufügen</b>		
<p><u>Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind eng verknüpft mit dem multiprofessionellen Ansatz in der spezialisierten Palliativversorgung. Dieser ist abhängig von strukturellen Rahmenbedingungen. Insbesondere die folgenden Voraussetzungen sind deshalb Grundlage der Tätigkeit von Palliative Care Teams (PCT):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Verfügbarkeit einer eigenständigen Infrastruktur zur Planung, Koordination und Durchführung der Teamarbeit</u></li> <li>- <u>Fester Personalstamm (Voraussetzung: Qualifikation und Erfahrung in Palliativmedizin bzw. Palliative Care)</u></li> <li>- <u>Bei Bedarf Hinzuziehung weiterer Fachkräfte, insbesondere aus dem physiotherapeutischen, psychologischen, sozialarbeiterischen und seelsorgerischen Bereich (Voraussetzung: Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen)</u></li> <li>- <u>Bevorratung von Arznei-(incl. Betäubungsmitteln) und Hilfsmitteln für den notfallmäßigen Einsatz im Rahmen von Sprechstunden- oder Stationsbedarf (je nach Anbindung des PCT)</u></li> <li>- <u>Verordnungsfähigkeit von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und häuslicher Krankenpflege</u></li> </ul>	<p>(vgl. auch übergeordnete Anregungen und Vorschläge):</p> <p><u>Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind eng verknüpft mit dem multiprofessionellen Ansatz in der spezialisierten Palliativversorgung. Dieser ist abhängig von strukturellen Rahmenbedingungen. Insbesondere die folgenden Voraussetzungen sind deshalb Grundlage der Tätigkeit von Palliative Care Teams (PCT):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Verfügbarkeit einer eigenständigen Infrastruktur zur Planung, Koordination und Durchführung der Teamarbeit</u></li> <li>- <u>Fester Personalstamm (Voraussetzung: Qualifikation und mehrjährige Erfahrung in Palliativmedizin bzw. Palliative Care)</u></li> <li>- <u>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)</u></li> <li>- <u>Bei Bedarf Hinzuziehung weiterer Fachkräfte, insbesondere aus dem physiotherapeutischen, psychologischen, sozialarbeiterischen und seelsorgerischen Bereich (Voraussetzung: Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen)</u></li> <li>- <u>Bevorratung von Arznei-(incl. Betäubungsmitteln) und Hilfsmitteln für den</u></li> </ul>	

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Befugnis zur Feststellung von Krankenhaus- und Hospizbedürftigkeit</u></li> <li>- <u>Regelmäßige Teambesprechungen und Supervisionen</u></li> <li>- <u>Verpflichtung der Team-Mitglieder zur Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungen zur Palliativversorgung</u></li> <li>- <u>Organisation von und Teilnahme an multiprofessionell besetzten Qualitätszirkeln</u></li> </ul> <p><u>Die folgenden Anforderungen an das PCT sind beschränkt auf diejenigen Patienten (und deren weitere Leistungserbringer), die sich bereits in der SAPV befinden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche, wenn der Auftrag die unterstützende Teilversorgung bzw. vollständige Versorgung beinhaltet)</u></li> <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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>notfallmäßigen Einsatz im Rahmen von Sprechstunden- oder Stationsbedarf (je nach Anbindung des PCT)</u></li> <li>- <u>Verordnungsfähigkeit von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und häuslicher Krankenpflege</u></li> <li>- <u>Befugnis zur Feststellung von Krankenhaus- und Hospizbedürftigkeit</u></li> <li>- <u>Regelmäßige Teambesprechungen und Supervisionen</u></li> <li>- <u>Verpflichtung der Team-Mitglieder zur Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungen zur Palliativversorgung</u></li> <li>- <u>Organisation von und Teilnahme an multiprofessionell besetzten Qualitätszirkeln</u></li> </ul> <p><u>Die folgenden Anforderungen an das PCT sind beschränkt auf diejenigen Patienten (und deren weitere Leistungserbringer), die sich bereits in der SAPV befinden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche, wenn der Auftrag die unterstützende Teilversorgung bzw. vollständige Versorgung beinhaltet)</u></li> <li>- <u>Ständige Verfügbarkeit mindestens eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin</u></li> <li>- <u>Ständige Verfügbarkeit mindestens einer Pflegekraft mit einer Weiterbildung nach</u></li> </ul>	

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
		dem <u>160-stündigen</u> „ <u>Basiscurriculum Palliative Care</u> “ von <u>Kern/Müller/Aurnhammer</u> oder anderen nach <u>Stundenzahl und Inhalt gleichwertigen Curricula</u>

Position des UA SAPV: s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 13: § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Abs. 3**

Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

**Änderungsvorschläge**

**Begründungen / Kommentare**

**Position UA SAPV**

Fazit:

Inhalte der **spezialisierten ambulanten** Palliativversorgung sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen
- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht
- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität die Kompetenz einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care erfordern
- 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 SAPV erforderlichen Maßnahmen
- 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 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

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

### 5.3.7 Auswertung der Stellungnahmen zu § 6

**Tabelle 14: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
SN zu § 5 Abs. 2: <u>vor einer der Einweisung ins Krankenhaus ist das Palliative Care Team bei Palliativpatienten verpflichtend einzubeziehen.</u>		s. Position des UA SAPV zu § 5 Abs. 2
Satz 1 ändern: (...); die Koordinierung innerhalb <u>der beteiligten Leistungserbringer des Teams</u> ist sicherzustellen.	Die Benutzung des Wortes „Team“ ist missverständlich. Ist das Palliativ-Care-Team gemeint oder alle beteiligten Leistungserbringer im Versorgungsarrangement?	Wurde klargestellt (s.u.)
Satz 1 ändern: (...); die Koordinierung innerhalb <u>der beteiligten Leistungserbringer des Teams</u> ist sicherzustellen.	Kooperationspartner sind alle Beteiligten an der Versorgung des Patienten. Ein spezifisches Herausheben des Hospizdienstes ist nicht erforderlich. Regelungen zur Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen auf Pflegefachkräfte sind zu treffen. Die Benutzung des Wortes „Team“ ist missverständlich. Ist das Palliativ-Care-Team gemeint oder alle beteiligten Leistungserbringer im Versorgungsarrangement?	s.o.
Satz 1 ändern: Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, (...); die Koordinierung <del>innerhalb des Teams</del> ist sicherzustellen.	Bei der Leistung „spezialisierte Palliativversorgung“ handelt es sich um eine medizinisch pflegerische integrative Leistung unter Einbeziehung anderer Berufsgruppen und Leistungserbringer. Eine Koordinierung ist sowohl innerhalb der Leistungserbringer der speziellen Palliativversorgung als auch in Verbindung mit den Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung sicherzustellen.	s.o.
Satz 1 ändern: Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass <u>alle an der Versorgung beteiligten einzelnen</u> Leistungserbringer zusammenarbeiten und ihre jeweiligen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; <del>die Koordinierung innerhalb des Teams ist sicherzustellen (2x*)</del>	Das Palliative-Care-Team muss alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer koordinieren. Die Zuständigkeiten müssen klar sein. Der stationäre Bereich muss in der Koordination mit gesehen werden.	Vorschlag wurde aufgegriffen (s.u.).
Satz am Ende einfügen: <u>Die Koordinierung zwischen allen</u>	Hiermit wird sichergestellt, dass keine Leistungen doppelt erbracht werden. Hierfür ist es notwendig, dass sich die im Einzelfall jeweils beteilig-	

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 14: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<u>beteiligten Leistungserbringern und innerhalb des PCT nach § 132d SGB V ist von diesem sicherzustellen.</u>	ten Leistungserbringer abstimmen und voneinander wissen.	
<p>Satz 1 neu formuliert: <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><del>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.</del></p>	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.	s. Vorbemerkung zu § 5.
Satz einfügen: <u>Die Koordinierung zwischen allen beteiligten Leistungserbringern und innerhalb des Palliative-Care-Teams nach § 132d ist von diesem sicherzustellen.</u>	Diese Konkretisierung ist erforderlich, denn nur so können die Ziele einer Ressourcen schonenden Patienten orientierten SAPV realisiert werden. Der Teambegriff setzt regelmäßige multidisziplinäre Fallkonferenzen voraus. Es bedarf hierzu einer gut festgelegten Regelkommunikation innerhalb eines Gesamtkonzeptes.	s. o.
	Im Rahmen der Palliativversorgung wird vielfältig auf die Rolle der multiprofessionellen Teams hingewiesen. Im Rahmen der Erbringung von Leistungen nach § 37b SGB V in Verbindung mit § 132d SGB V ist es wichtig, die verschiedenen Ebenen der Teambildung zu unterscheiden und abzugrenzen. Grundsätzlich kann der Begriff Team in unterschiedlicher Weise verstanden werden. Team kann sowohl patientenbezogen das jeweilige Team bedeuten, das sich um einen individuellen Patienten kümmert als auch das multiprofessionelle Team unterschiedlicher Berufsgruppen sowie das Team der verschiedenen Leistungserbringer innerhalb des Versorgungsnetzwerkes.	→ Ausgestaltung ist im Einzelnen Aufgabe der Vertragspartner nach § 132d SGB V.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 14: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	<p>Daraus ergibt sich</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Dienste, z.B. ambulante Hospizdienste, ambulante Pflegedienste, Ärzte, Psycho(onko)logen sowie ggf. Seelsorger ist sicherzustellen. Ziel ist, dass entsprechend des individuellen Betreuungsbedarfs eines Patienten ggf. alle Professionen in die Versorgung einbezogen werden können</li> <li>2. Um Qualitätsansprüche wie eine 24-Stunden-Erreichbarkeit bei vertretbaren Wegstrecken und Wartezeiten, Kontinuität in der Versorgung, Bezugspflege etc. sichern zu können und vorhandene Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen, sollten regionale Teams gebildet werden können. So sollte der Vertragspartner, der die Leistungen nach § 37b erbringt, durch Kooperationsverträge mit anderen Diensten, z.B. weiteren Diensten, die ambulante Pflege erbringen, die Leistungserbringung sicherstellen können. Dies hätte neben der Sicherstellung einer Versorgung insbesondere auch im ländlichen Bereich den Vorteil, dass die Kompetenz der für die spezialisierte Palliativversorgung qualifizierten Kräfte im Sinne einer Multiplikatorfunktion als Impuls in bestehende Pflegeteams hineinwirken kann und so auch die allgemeine palliativmedizinische Versorgung im Rahmen der Primärversorgung verbessert wird.</li> </ol>	
<p>Satz 1 ergänzen: (...) und bedarfsgerecht erbringen, <u>Regelungen zur Delegationsfähigkeit von ärztlichen Leistungen (z. B. Punktion von Portsystemen, die Gabe von intravenösen sowie subkutanen Infusionen) auf die Pflegefachkräfte sind zu treffen. Die Koordinierung innerhalb des Teams ist sicherzustellen. (2x*)</u></p>	<p>§ 6 wird begrüßt und ergänzt durch die Regelung zur Delegationsfähigkeit von ärztlichen Leistungen. Ärztliche Leistungen können auch von palliativpflegerisch weitergebildeten Pflegefachkräften ausgeführt werden. Dies dient auch der effizienten Erbringung der Leistungen.</p>	<p>Delegation steht in der Verantwortung des Arztes.</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 14: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<b>Satz 2: Verpflichtung zur Kooperation streichen</b>	Nach unserer Auffassung ist es zweifellos hilfreich und richtig, wenn der entsprechende Hospizdienst mit den Leistungserbringern der SAPV zusammenarbeitet. Diesbezüglich eine Verpflichtung zur Kooperation einzuführen, lehnen wir hingegen ab. In der Praxis werden die Wünsche der Patienten im Vordergrund stehen; das schließt ggf. auch die Arbeit eines Hospizdienstes ein.	Der G-BA hat gem. § 37b Abs. 3 Nr. 2 die Zusammenarbeit mit Hospizen zu regeln. Eine Beteiligung der Hospizdienste erfolgt ohnehin nur auf Wunsch des Patienten.
<b>Satz 2: Informationsfluss über Netzwerk zum Leistungsnehmer unklar. Implementierung von Casemanagement.</b>	In welcher Form sollen die Kooperationsvereinbarungen vorliegen im Bezug auf Zielsetzung und Verbindlichkeit? Wie ist der Leistungsnehmer über das Kooperationsnetz informiert, wie wird die Wahlfreiheit des Patienten sichergestellt? Zur Gewährleistung von Kontinuität, Effizienz, Bedarfsentsprechung, Verbindlichkeit und Zuständigkeit muss eine Koordinierungsperson (z.B. casemanagement) zur Verfügung stehen. Den Empfehlungen der DGP zur Umsetzung der SAPV vom 22.06.2007 mit der Forderung nach einer multiprofessionellen Kompetenz sollte unbedingt entsprochen werden.	s. Vorbemerkung zu § 5 Abs. 3.
In <b>Aufbauphase Übergangsregelung</b> bzgl. Kooperationsvereinbarungen treffen	Zwingend schriftlich niederzulegende Kooperationsvereinbarungen können zu einer Verzögerung der Leistungserbringung führen. Im Hinblick auf die oft akut notwendig werdende Versorgung (da die bisherige Versorgung nicht mehr ausreicht) müssen die Leistungen zeitnah erbracht werden können; gerade in der Anlaufphase stehen dem vorab zu schließende Kooperationsvereinbarungen entgegen.	Es wurde klargestellt, dass Kooperationsvereinbarungen auch kurzfristig mündlich erfolgen können.
Satz 2 ergänzen: (...) zu treffen, <u>die obligatorische Regelungen zur fallbezogenen Integration der behandelnden Hausärzte in das PCT enthalten müssen, für den Fall, dass dies von den Patienten, den Angehörigen oder Hausärzten gewünscht wird.</u>	Die hausärztliche Koordinationsverantwortung endet nicht ab dem Zeitpunkt wenn der Patient Leistungen der SAPV in Anspruch nimmt. Eine Koordination der Leistungen im Rahmen der SAPV durch z. B. einen Verantwortlichen in einem Palliative Care Team ist nur sinnvoll bei gleichzeitiger Einbindung des behandelnden Hausarztes in das PCT. Diese Einbindung muss von den Hausärzten, dem Patienten oder sei-	Vergleiche Änderung: Einfügung von Satz 4 (s.u.).

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 14: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	nen Angehörigen gewünscht werden	
Satz 2: verbindliche <b>Kooperationsvereinbarungen nicht als obligate Regelung</b> in Richtlinie verankern.	Dass die einzelnen Leistungserbringer im Rahmen der SAPV zusammenarbeiten haben, ist selbstverständlich. Nicht in jedem Fall bedarf es deshalb einer „verbindlichen Kooperationsvereinbarung“. Eine solche zwingende Voraussetzung ist auch nur eine weitere bürokratische Hürde, die im Übrigen Zeit für die Patientenversorgung bindet. Außerdem wird nicht deutlich, was Inhalt einer solchen Vereinbarung sein soll und welche Rechtsfolgen es nach sich zieht, wenn eine solche verbindliche Kooperationsvereinbarung nicht geschlossen wird.	Kooperationsvereinbarungen weiterhin für notwendig erachtet.
Satz 2 ändern: Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen <u>abzuschließen</u> zu treffen.		
Satz 3 ändern: Kooperationspartner ist auch der jeweilige Hospiz- oder <u>Pflegedienst</u> , der (...).	Die Ergänzung ist durch die faktische Bedeutung der ambulanten Versorgung durch herkömmliche Pflegedienste in der Praxis erforderlich.	Der Hospizdienst wurde lediglich auf Grund der unterschiedlichen systematischen Einbettung der Leistung gesondert aufgeführt. Die Pflegedienste sind bereits von der Regelung als Kooperationspartner erfasst.
Satz 3 ändern: Kooperationspartner ist <u>insbesondere</u> auch der <u>jeweilige ambulante</u> Hospizdienst, <del>der auf Wunsch des Patienten an der Versorgung beteiligt wird.</del>	Gilt für alle Leistungserbringer.	s.o.
Satz 3 ändern: Kooperationspartner sind auch <del>der jeweilige:</del> <u>ambulante</u> Hospizdienste und <u>stationäre Hospize</u> <del>der auf Wunsch des Patienten an der Versorgung beteiligt wird.</del>	Ambulante oder stationäre, da Formulierung in § 37b Abs. 3, Ziffer 2 so gewählt wurde. Eine Beteiligung sollte nicht nur auf „Wunsch“ des Patienten möglich sein, sondern für alle Leistungserbringer gelten.	s.o.
Satz 3 ändern: Kooperationspartner <u>sind auch die übrigen</u> <del>ist auch der jeweilige Hospizdienst, der auf</del> <u>nach dem</u>	Der Hospizdienst ist einer der Kooperationspartner, der auf Wunsch des Patienten immer, ebenso wie der Seelsorger und andere zu betei-	s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



**Tabelle 14: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Wunsch des Patienten an der Versorgung <u>zu Beteiligten</u> <del>beteiligt</del> wird.	gen sind. Die ausdrückliche Heraushebung eines Leistungserbringers sollte hier zwingend dem Prinzip der Einbindung weiterer Akteure nach dem Wunsch- und Wahlrecht des Patienten weichen. Das heißt allein der Patient hat zu entscheiden, wen er – über die Leistungserbringer der speziellen Palliativversorgung hinaus – in seine Versorgung einbinden möchte.	
Satz 3 ergänzen: Kooperationspartner ist auch der jeweilige Hospizdienst ( <u>bei Kindern und Jugendlichen der jeweilige Kinderhospizdienst</u> ), der auf Wunsch des Patienten an der Versorgung beteiligt wird.		s. Vormerkung zu § 5 Abs. 3. Kinderhospizdienste können ebenfalls Kooperationspartner werden.
Satz 3 erweitern: Kooperationspartner ist auch der jeweilige Hospizdienst ( <u>bei Kindern und Jugendlichen der jeweilige Kinderhospizdienst</u> ) <del>der auf Wunsch des Patienten an der Versorgung beteiligt wird</del> .	Der Wunsch des Patienten ist immer maßgeblich, egal ob Hospiz, Pflege oder Palliativarzt beteiligt werden soll.	s.o.

**Fazit:**

<sup>1</sup>Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; die diesbezügliche Koordination ist sicherzustellen. <sup>2</sup>Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen schriftlich oder mündlich zu treffen. <sup>3</sup>Kooperationspartner ist auch der ambulante Hospizdienst, der auf Wunsch des Patienten an der Versorgung beteiligt wird. <sup>4</sup>Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann der dauerbehandelnde Arzt im Einzelfall Kooperationspartner werden. <sup>5</sup>Das Nähere regeln die Verträge nach § 132d SGB V.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 15: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 2**

Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Klarstellung, dass bestehende <b>Strukturen der individuellen Versorgung nicht verändert werden, falls der Patient dies nicht wünscht.</b>	Der bad e.V. befürwortet die Regelung, wünscht jedoch zusätzlich eine Klarstellung, dass bestehende Strukturen der individuellen Versorgung nicht verändert werden, falls der Patient dies nicht wünscht.	Vgl. § 1 Abs. 3
Ergänzung erforderlich, dass die <b>weitere Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen sicher zu stellen ist, soweit dies dem Wunsch des Patienten entspricht.</b>	Eine Ergänzung ist dahingehend erforderlich, als dass insbesondere die weitere Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen sicher zu stellen ist, soweit dies dem Wunsch des Patienten entspricht.	Vgl. § 1 Abs. 3
	Die Regelung ist sehr allgemein. Wenn gemeint ist, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer in die weitere SAPV einzubeziehen sind, dann sollte dies auch so formuliert werden. Im Weiteren wird auf die Anmerkungen zu § 5 Abs. 2 verwiesen. <b>Vertragsärzte sind nicht nur die „Verordner“, sondern sind in diese Versorgungsstrukturen einzubeziehen.</b>	s. Vorbemerkung zu § 5 Abs. 3.
Für <b>psychotherapeutische Versorgung</b> unheilbar kranker und sterbender Menschen <b>kein Antrags- und Genehmungsverfahren.</b> <b>Psychotherapie mit Palliativpatienten und ihren Angehörigen muss zum Leistungsangebot der SAPV gehören.</b>	Die psychotherapeutische Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen erfordert in der Regel keine Richtlinienpsychotherapie, die an gebunden ist und in Einheiten von jeweils 50 Minuten durchgeführt wird. Die Behandlung erfordert vielmehr ein flexibles, zeitnahes und akut auf den Einzelfall angepasstes Behandlungsangebot bei gesicherter Strukturqualität. Außerdem ist die im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nur beschränkt mögliche Einbeziehung von Bezugspersonen wichtiger Bestandteil der Psychotherapie mit Palliativpatienten. Vor allem wird die Reduzierung auf potenzielle Zuarbeit dem Stellenwert psychotherapeutischer Behandlung für die Erhaltung und Wiederherstellung der Lebensqualität nicht gerecht.  Psychotherapie mit Palliativpatienten und ihren Angehörigen muss zum Leistungsangebot der SAPV gehören. Nur wenn Psychotherapeuten vertraglich in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung eingebunden werden, besteht die Möglichkeit, durch Verträge die Qualitäts-	Psychotherapie ist – soweit ansonsten die Ziele der Palliativversorgung nicht erreicht werden können – auch im Rahmen der SAPV möglich. Die Erbringung als solche hat sich jedoch am Umfang der Primärversorgung auszurichten (§ 5 Abs. 1); eine gesonderte Methodenbewertung findet für die SAPV nicht statt.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 15: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 2**

Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	anforderungen an Psychotherapeuten, Inhalt und Umfang ihres Leistungsangebotes sowie die Vergütung mit Blick auf die Zielgruppe angemessen zu definieren und damit eine Leistungserbringung zu ermöglichen.	
Satz ändern: Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten <u>und auszubauen</u> . (2x*)	SAPV ist nicht nur auf Palliative-Care-Teams zu beschränken, sondern sollte auch die Möglichkeit schaffen, regionale Palliative-Care-Netzwerke auszubauen (z.B. nach dem Modell Erlangen) und zugelassene ambulante Pflegedienste mit weitergebildetem Personal einbinden.	Vgl. § 6 Abs. 5.
	„Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten <u>und auszubauen</u> .“ SAPV ist nicht nur auf Palliative-Care-Teams zu beschränken, sondern sollte auch die Möglichkeit schaffen, regionale Palliative-Care-Netzwerke auszubauen (z.B. nach dem Modell Erlangen) und zugelassene ambulante Pflegedienste mit weitergebildetem Personal einbinden.	Vgl. § 6 Abs. 5.
Satz ergänzen: (...) , <u>gegebenenfalls zu erweitern bzw. zu optimieren</u> .		s. o.
Satz ändern: Die <del>gewachsenen vorhandenen</del> Versorgungsstrukturen sind zu <u>berücksichtigen</u> -beachten.	Formulierung übernommen in Anlehnung an Formulierung in § 37b Abs. 3, Ziffer 2	
<b>Fazit:</b> Keine Änderungen erforderlich.		

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 16: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 3**

Es ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung ausgetauscht werden.

<b>Änderungsvorschläge</b>	<b>Begründungen / Kommentare</b>	<b>Position UA SAPV</b>
Informationsaustausch im Rahmen der Schweigepflicht und soweit der Patient dies wünscht.		s.u.
Satz ändern: Es ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung <u>unter Berücksichtigung des Datenschutzes</u> ausgetauscht werden.	§ 6 Abs. 3 wird begrüßt und ergänzt. Auch beim Austausch der notwendigen Informationen ist dafür Sorge zu tragen, dass die Datenschutzbestimmungen eingehalten werden.	Dem Vorschlag wurde entsprochen (s.u.)
Die Informationen müssen schriftlich dokumentiert und für jeden zugänglich hinterlegt werden.		Die Umsetzung dieses Vorschlags bleibt den Vertragspartnern nach § 132d SGB V überlassen.
<b>Zeitnah konkretisieren</b>	Was ist zeitnah?	s.o.

**Fazit:**

Es ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen ausgetauscht werden.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 17: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 4**

Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Satz ändern: (...) <del>berücksichtigen</del> <u>respektieren</u> .	Der Begriff „respektieren“ verschafft der ärztlichen Entscheidung ein höheres Gewicht und entfaltet stärkere Bindungswirkung	
<b>Anlage in Richtlinie einfügen zur Definition des ärztlich und pflegerischen Entscheidungsspielraums.</b>	Wer definiert den Spielraum der ärztlichen und pflegerischen Palliativversorgung?	Der Entscheidungsspielraum wird durch die SAPV-RL ausreichend vorgegeben.
Satz ändern: Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung <u>der Versorgungsstufe der SAPV Palliativversorgung</u> an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen.	Konkretisierung wegen Eindeutigkeit	Es werden keine trennscharf abgrenzbaren Stufen geschaffen (s. § 5 Abs. 2).

Fazit:  
Keine Änderung erforderlich.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 18: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV (Entwurf GF / Abt. R)
Satz 1: Nach dem Wort „Palliativversorgung“ sind die Worte <u>„und der anderweitigen ambulanten Versorgung“</u> einzufügen.	Der Zusatz trägt der Tatsache Rechnung, dass Versicherte vielfältige Leistungsangebote in Anspruch nehmen, die es jeweils zu berücksichtigen gilt.	Die koordinativen Aufgaben beziehen sich auf die Palliativversorgung. Anderweitige Netzwerkbildung wird durch die Regelung nicht verhindert.
Satz 1 ändern: <u>„Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten auf der Basis der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar.“</u>	Hier sollte eher auf die Weiterentwicklung innerhalb der Strukturen der Palliativversorgung hingewiesen werden.	vgl. § 6 Abs. 2.
Satz 1 ändern: (...)innerhalb der gewachsenen <u>Versorgungsstrukturen</u> unabdingbar.	Die bestehenden Versorgungsstrukturen sollten stärker genutzt werden. Es sollte vermieden werden, neben den bestehenden Strukturen eine zweite Struktur aufzubauen.	
<b>Terminus „vernetztes Arbeiten“ konkretisieren</b> (Bedeutung für die Beteiligten)	Die Richtlinie sollte konkretisieren, ohne zu verschleiern. Was bedeutet konkret der Terminus „vernetztes Arbeiten“? Was bedeutet dies konkret für die Beteiligten?	s. Vorbemerkung zu § 5 Abs. 3.
Satz 2 ändern: (...), physiotherapeutischer, <u>psychotherapeutischer</u> , psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen	Vernetztes Arbeiten ist wesentlich. Es lässt sich aber im Rahmen der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeuten kaum realisieren. Entscheidend ist der Einbezug von Psychotherapeuten in die Palliative-Care-Teams, vergleichbar der Einbeziehung in onkologischen Zentren (z. B. Brustzentrum).	Psychotherapeuten können je nach Vertragsgestaltung ebenfalls Leistungserbringer werden.
Satz 3 hinzufügen: <u>Inbesondere mit stationären Pflegeeinrichtungen ist eine enge Verzahnung und Kooperation vorzunehmen.</u>	Von besonderer Bedeutung ist eine enge Zusammenarbeit zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und den Leistungserbringern der speziellen Palliativversorgung. Wie diverse Untersuchungen zeigen, fehlt es hier häufig an einer befriedigenden medizinischen Versorgung ins-	s. § 6 Abs. 1

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 18: § 6 Zusammenarbeit Leistungserbringer – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV (Entwurf GF / Abt. R)
	<p>besondere in Krisensituationen. Signifikant häufig ist das Pflegeheim der Ort, an dem die Bewohner ihren letzten Lebensabschnitt verbringen. Insbesondere an der Schnittstelle zu diesen Einrichtungen gilt es den betroffenen Menschen unnötige Ortswechsel z. B. aufgrund von Krankenhausaufenthalten durch eine optimierte Kooperation mit den Ärzten der spezialisierten Palliativversorgung zu ersparen. Daher ist die stationäre Pflegeeinrichtung an dieser Stelle explizit zu nennen.</p>	
	<p>Vernetztes Arbeiten ist wesentlich. Es lässt sich aber im Rahmen der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeuten kaum realisieren. Entscheidend ist der Einbezug von Psychotherapeuten in die Palliative-Care-Teams, vergleichbar der Einbeziehung in onkologischen Zentren (z. B. Brustzentrum).</p>	s.o.
<p>Satz 3 hinzufügen: <u>Zu diesem Zweck ist der vorbehandelnde koordinierende Vertragsarzt – in der Regel der Hausarzt – fallbezogen in das PCT als Mitglied aufzunehmen.</u></p>		s. o.

**Fazit:**  
Keine Änderung erforderlich.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

### 5.3.8 Auswertung der Stellungnahmen zu § 7

**Tabelle 19: § 7 Verordnung von SAPV – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	Der bad e.V. befürwortet die Regelung, betrachtet insbesondere die Regelung der Möglichkeit der Verordnungsfähigkeit des Krankenhausarztes für sachgerecht und nachahmungswert für die HKP-Richtlinien.	Positives Votum.
	Die Regelung sieht entsprechend § 37b Abs. 1 Satz 2 vor, dass auch ein Krankenhausarzt eine ambulante Leistung verordnen kann. Dies stellt einen Systembruch dar und es müsste konkret formuliert werden unter welchen Voraussetzungen und in welchem engen Rahmen ein Krankenhausarzt eine solche Verordnung vornehmen darf. Hierzu gehört die Prüfung, weshalb die Dauer der ausgestellten Verordnung auf 7 Tage festgelegt werden sollte. Zu fragen bleibt auch, aus welchem „Topf“ die Vergütung erfolgt. Außerdem ist kritisch anzumerken, dass der Patient mit seinen Wünschen und Vorstellungen überhaupt nicht berücksichtigt wird bzw. nicht einmal erwähnt wird. Wichtig erscheint uns, auf entsprechende Erklärungen des Patienten in einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht hinzuweisen und dass Bevollmächtigte des Patienten einzubeziehen sind, um die Vorstellungen und Wünsche des Patienten zu erforschen.	VO durch Krankenhausarzt ist vom Gesetz vorgegeben.  Die Dauer von sieben Tagen entspricht der mehrheitlichen Auffassung des UA (DKG: 28 Tage, s. u. Fazit zur § 7 Abs. 1) der einem sachgerechten Entlassungsmanagement.  Vergütungsfragen fallen nicht in die Zuständigkeit des G-BA..  Der Wunsch des Versicherten ist zu beachten (vgl. § 1 Abs. 3).
Exakte <b>Schnittstellenbeschreibung</b> zwischen dem Vertragsarzt der palliativen Basisversorgung (i.d.R. der Hausarzt) und der Arbeit der qualifizierten Palliativärzte (QPA) und Palliativdienste <b>einfügen</b> .  Allgemeinen <b>Hinweis auf eine besondere Qualifikation des Verordners</b> aufnehmen.	Verordner der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind, neben Krankenhausärzten für bis dahin im Krankenhaus versorgte Patienten, vor allem die behandelnden Hausärzte. Eine exakte Schnittstellenbeschreibung zwischen dem Vertragsarzt der palliativen Basisversorgung (i.d.R. der Hausarzt) und der Arbeit der qualifizierten Palliativärzte (QPA) und Palliativdienste lässt die Richtlinie leider vermissen. Aber genau diese Schnittstellenbeschreibung ist u.E. immens wichtig, um Fehlgebrauch und somit Verschwendung von Ressourcen entgegen-	Die Verträge nach § 132d SGB V haben ein flexibles Schnittstellenkonzept sicherzustellen.  Damit jeder dauerbehandelnde Arzt verordnen kann, wurden keine gesonderten Qualifikatio-

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



**Tabelle 19: § 7 Verordnung von SAPV – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	<p>zuwirken. Erfahrungen aus Modellprojekten mit hausarztzentrierten Versorgung zeigen, dass z. B ein vermehrter Einsatz von QPA vor allem außerhalb der normalen Praxisöffnungszeiten erfolgt.</p> <p>Nach § 37b Abs. 3.2 ist u.a. das Verhältnis der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zur ambulanten Versorgung zu regeln. In Bezug auf die vorgenannten Probleme ist in die Richtlinie u.E. ein allgemeiner Hinweis auf eine besondere Qualifikation des Verordners aufzunehmen. Nur diese kann einer gewissen Willkür entgegenwirken. Dieser Hinweis müsste dann außerhalb der Richtlinie, aber in enger Ankoppelung an sie, präzisiert werden.</p>	<p>nen der Verordner in die RL aufgenommen.</p>
<p><b>Die Verordnung des Arztes sollte sich ausschließlich auf medizinische Behandlungsprozedere beziehen.</b></p>	<p>Die Beratungsleistung und die ausschließlich palliativpflegerische Versorgung sollte eine Verordnungsfreie Leistung des SAPV sein und entsprechend mit dem Kostenträger abrechnungsfähig sein. Diesbezüglich ist eine separate Leistungs- und Vergütungsvereinbarung mit der Krankenkasse abzuschließen.</p>	<p>SAPV wird als gesonderte Leistung verordnet (§ 37b Abs. 1 S. 2 SGB V).</p>
<p><b>Die Berechtigung zur Verordnung einer SAPV sollte uneingeschränkt sowohl Vertragsärzten als auch Krankenhausärzten erteilt werden.</b></p>	<p>Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Verordnungsfähigkeit der SAPV durch einen Krankenhausarzt 1.) an die Entlassung aus der stationären Versorgung geknüpft und 2.) auf einen Zeitraum von längstens 7 Tagen beschränkt wird. Der Übergang in die SAPV muss für jeden Patienten aus seiner individuellen Versorgungsstruktur heraus, gleich ob aus der stationären oder ambulanten Krankenhausversorgung oder aus der vertragsärztlichen Versorgung, nahtlos sichergestellt sein. Dies erfolgt im Krankenhaus z.B. durch ein spezielles Entlassungsmanagement.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wenn keine Entlassung des Patienten ansteht, wäre eine Verordnung nicht sinnvoll und nicht möglich.</li> <li>2. Es ist Teil eines sachgerechten Entlassungsmanagements, dass rechtzeitig die notwendigen Maßnahmen für die ambulante Weiterbehandlung durch</li> </ol>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 19: § 7 Verordnung von SAPV – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
		den Vertragsarzt getroffen werden.
Satz 1 ergänzen: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird vom behandelnden Vertragsarzt <b><u>in Absprache mit dem Palliative-Care-Team</u></b> nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet.“	Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sind palliativmedizinische Kenntnisse noch nicht flächendeckend verbreitet. Insofern wäre es sinnvoll, die Ärzte des PCT in den Prozess der Verordnung mit einzubeziehen. Deren spezielle Kenntnisse und Erfahrungen können helfen, unnötige Verordnungen (und damit einen Abschiebeeffekt in die SAPV) zu vermeiden und auch die Bedarfsstufe der SAPV (Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung, vgl. § 1 Abs. 4) festzulegen.	Die vorgreifliche Kommunikation mit Leistungserbringern bedarf keiner gesonderten Erwähnung.
<b>Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung durch den behandelnden Vertragsarzt nur unter Einbindung der Palliative-Care-Teams</b>	An dieser Stelle sollte man in der Richtlinie noch einmal unterstreichen, dass bei der Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung durch den behandelnden Vertragsarzt nur unter Einbindung der Palliative-Care-Teams geschehen soll.	s.o.
Die <b>Verordnung von SAPV löst vorläufige Kostenübernahme aus.</b>	Wir gehen davon aus, dass damit eine vorläufige Kostenübernahme einhergeht.	Vgl. § 8.
Satz 1 ergänzen: (...) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird vom behandelnden Vertragsarzt, <u>bei pflegerischer Indikation unter Hinzuziehung einer Pflegefachkraft</u> , nach Maßgabe dieser Richtlinie, verordnet.	Da es sich bei der speziellen Palliativversorgung um eine medizinisch pflegerische Leistung handelt, ist der Pflegeprofession zumindest im Rahmen der pflegerisch indizierten Leistungserbringung ein Mitentscheidungsrecht einzuräumen. Die entsprechenden Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtungen sollten deshalb in diesen Fällen (in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt) über die Einbeziehung mitentscheiden.	s.o.
Satz 1 ergänzen: (...) nach Maßgabe dieser Verordnung <u>insbesondere stundenweise zusammengefasst und verordnet.</u>	Die Zusammenfassung und Verordnung der erforderlichen Leistungen nach Stunden schafft mehr Einzelfallgerechtigkeit. Sie macht das komplexe Leistungsgeschehen sowohl für Leistungserbringer als auch für Kostenträger operationalisierbar und vereinfacht das Genehmigungsverfahren.	s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 19: § 7 Verordnung von SAPV – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
Satz 2 anpassen: <b>Wenn ein KH-Arzt zum PCT gehört, erfolgt keine Begrenzung der Verordnungszeit.</b>	Gehört der Krankenhausarzt zu einem Palliativteam, das an der SAPV beteiligt ist, darf die Verordnungszeit nicht begrenzt werden, um einen fließenden Übergang zu gewährleisten.	s. Anpassung in § 7 Abs. 1, ansonsten keine Änderung erforderlich.
Satz 2: Wenn <b>Verordnung durch KH-Arzt</b> erfolgt, behält dieser weiterhin die die Verordnungscompetenz ( <b>Lotsenfunktion</b> ).	Außerdem plädieren wir dafür, dass bei Patienten, die aus dem Krankenhaus mit einer entsprechenden Verordnung entlassen wurden, der Krankenhausarzt die Nachsorge übernimmt und weiterhin die Verordnungscompetenz innehat (sog. Lotsenfunktion).  Dies sollte jedenfalls solange gelten, bis deutschlandweit mehr (Haus-)Ärzte über die Zusatzqualifikation Palliativversorgung verfügen. Denn praktische Erfahrungen haben gezeigt, dass das Fortführen der Behandlung durch Hausärzte zu Versorgungseinbrüchen führen kann und die Patienten wieder ins Krankenhaus eingeliefert werden müssen.	Eine solche Regelung wird im Sinne des Entlassungsmanagements nicht für angebracht gehalten.
Satz 2 ergänzen: Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht SAPV erforderlich, kann der Krankenhausarzt die Verordnung <u>inklusive der Verordnung von Heil-, Hilfs-, und Arzneimitteln sowie BTM</u> ausstellen, <u>längstens jedoch für 28 Tage. (2x*)</u>	Die Ergänzung der Verordnung durch den Krankenhausarzt ergibt sich aus einschlägigen Erfahrungen aus der Praxis. Eine begrenzte Verordnungsdauer von SAPV durch Krankenhausärzte ist durch den Gesetzestext nicht zu begründen und auch wegen des nachfolgenden § 7 (2) nicht sinnvoll. Die Verordnungsdauer von lediglich 7 Tagen durch den entlassenden Krankenhausarzt ist relativ kurz, wenn man z.B. mögliche Abwesenheiten und Urlaubszeiten des primär versorgenden Vertragsarztes berücksichtigt. Dieses kann zu Versorgungsbrüchen führen. Durch eine Erhöhung der Verordnungsdauer könnte dies vermieden werden.	Gegenstand der SAPV-RL ist die Verordnung von SAPV als solcher. Die Verordnung von Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln ist im Rahmen der SAPV möglich, s. auch § 5 Abs. 1 S. 1.  SpiK, Ärzte und PatV: 7 Tage DKG: 28 Tage
Satz 2 ersetzen: <del>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. Die Erstverordnung gilt für längstens 4 Wochen. Das PCT nach § 132 d SGB V prüft, ob die Ziele nach § 1 nur mit SAPV erreicht werden</del>	Ein Erstverordnungszeitraum von 4 Wochen wäre sinnvoll, denn gerade in den ersten Tagen werden sehr viele Maßnahmen eingeleitet (Aufnahme, Notfallplanung, Patientenverfügung, Organisation von Heil- und Hilfsmitteln, Einstellung der Schmerzsymptomatik...). Die Maßnahmen würden gerade erst richtig greifen und wirken, wenn die Verordnung erneut in Frage gestellt wird. Die Formulierung wurde in An-	1. s.o. 2. Die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen obliegt den Krankenkassen.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 19: § 7 Verordnung von SAPV – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<u>können.</u>	lehnung an § 39 SGB V gewählt (Versicherte haben Anspruch..., wenn nach Prüfung durch das Krankenhaus...) – denn die Verordnung und das Auswählen der Verordnungsstufe setzen palliative Kenntnisse voraus, die bei den Verordnern nicht generell zu erwarten sind.	
Satz 2 ändern: (...) längstens jedoch für <u>28</u> 7 Tage. (4x*)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Begrenzung auf 7 Tage könnte dazu führen, unnötigen Bürokratismus zu induzieren und unnötige Ängste bei den Familien zu forcieren. Ein Zeitraum von bis zu 28 Tagen gewährleistet hingegen eine gewisse Sicherheit gerade in einer externen instabilen Krankheitssituation, innerhalb derer es vermutlich in vielen Fällen zum Versterben des Patienten kommen wird. Gerade bei Kindern und Jugendlichen erfordert die Einstellung der Schmerzsymptomatik einen erheblichen Zeiträumen bis die Maßnahmen nachhaltig wirken, der über die hier beschriebenen 7 Tage der Erstverordnung durch den Krankenhausarzt hinausgeht.</li> <li>2. Die Verordnungsdauer von lediglich 7 Tagen durch den entlassenden Krankenhausarzt ist relativ kurz, wenn man z.B. mögliche Abwesenheiten und Urlaubszeiten des primär versorgenden Vertragsarztes berücksichtigt. Dieses kann zu Versorgungsbrüchen führen. Durch eine Verordnungsdauer von z. B. 4 Wochen könnte dieses vermieden werden.</li> </ol>	s.o.
Satz einfügen: <u>Aufgrund der besonderen Belange der Kinder und der besonderen Bedingungen der spezialisierten pädiatrischen Palliativversorgung kann die Verordnungsfrist bei Kindern längstens 28 Tage umfassen.</u>	In vielen Fällen benötigt der niedergelassene Kinderarzt eine Einarbeitungszeit und die Patienten werden über einen längeren Zeitraum von der Klinik betreut.	s.o.
Satz einfügen: <u>Bei Kindern und Jugendlichen kann der Krankenhausarzt für längstens 28 Tage die Verordnung ausstellen.</u>	Aufgrund der besonderen Belange der Kinder und der besonders komplexen erforderlichen ärztlichen Versorgung sowie der besonderen Bedingungen der spezialisierten pädiatrischen Palliativversorgung halten wir eine Verordnungsfrist von längstens 28 Tagen für angemessen. In vielen Fällen benötigt der niedergelassene Kinderarzt eine Einarbeitungszeit und die Patienten werden über einen längeren Zeitraum von der Klinik betreut.	s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 19: § 7 Verordnung von SAPV – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	tungszeit und die Patienten werden über einen längeren Zeitraum von der Klinik betreut.	
Satz 2 ändern: (...) Verordnung ausstellen, mindestens bis zu einer Dauer von <del>jedoch für 7</del> 21 Tagen.	Die Verordnungsdauer von 7 Tagen ist im Hinblick auf die zu berücksichtigende Lebenserwartung der SAPV-Patienten von Tagen, Wochen und Monaten (vgl. § 3 Abs. 3) zu kurz. Sie verursacht darüber hinaus innerhalb zu kurzer Zeit zu viel Bürokratie. Daher sollte die Verordnungsdauer mindestens bei 21 Tagen liegen.	s.o.
Satz am Ende einfügen: <u>Die Verordnung ist zuvor mit dem Hausarzt abzustimmen, bestehende Betreuungsverhältnisse mit Pflegediensten u.a. sind zu berücksichtigen. Die Patienten/Angehörigen sind darauf hinzuweisen, dass sie freie Wahlmöglichkeiten der Leistungserbringer von SAPV haben. In den Fällen der Anforderung von SAPV durch einen Vertragsarzt, der nicht der Hausarzt ist, bzw. durch den Krankenhausarzt ist der behandelnde Hausarzt zeitnah über die Verordnung zu unterrichten.</u>	Die Verordnung von Leistungen der SAVP durch Krankenhausärzte muss dem behandelnden Hausarzt zeitnah mitgeteilt werden, damit dieser die Folgeverordnung sichern kann und ggf. im Rahmen seiner hausärztlichen Koordinierungsverantwortung tätig wird. Wichtig ist, dass die Patienten die Leistungserbringer von SAPV selbst wählen können.	s.o.

**Fazit:**

<sup>1</sup>SAPV wird vom behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet. <sup>2</sup>Satz 1 gilt für die Behandlung durch den Krankenhausarzt bei einem von ihm ambulant versorgten Patienten entsprechend. <sup>3</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.

**Dissens DKG:**

Satz 3: (...), längstens jedoch für 28 Tage.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 20: § 7 Verordnung von SAPV – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
SN zu § 5 Abs. 3: <u>Vorschlag: Leistungen können längerfristig insbesondere für sechs Monate verordnet und auf Antrag verlängert werden. In diesen Fällen hat der verordnende Arzt spätestens nach drei Monaten der Krankenkasse gegenüber eine überprüfende Stellungnahme abzugeben.</u>		Die Verordnungsdauer legt der verordnende Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen fest.
	Bis ein neues Muster entwickelt und vereinbart worden ist, sollte das Muster 12 verwendet werden können.	Der UA SAPV hält die o.g. Vorgaben für den Verordnungsvordruck für ausreichend.
	Ohne Kenntnis des Vordrucks ist der Bundesärztekammer eine Stellungnahme zu diesem Punkt nicht möglich. Grundsätzlich erscheint der Bundesärztekammer eine stufenweise Verordnung nicht adäquat, da das Palliativteam gemeinsam mit dem betroffenen Patienten und seinen Angehörigen die Intensität der Versorgung auch kurzfristig erhöhen können muss.	Dem Vorschlag wurde entsprechen (s.u.).
	Es ist richtig, eine abgestufte Verordnung von SAPV zu ermöglichen, dabei sollte der Vordruck eine flexible Verordnung von SAPV Leistungen ermöglichen und keine festen Leistungspakete vorgeben.	Die SAPV ist als flexibles Leistungskonzept ausgelegt.
Satz ändern: (...) nach Bedarfsstufen (§ 5 Abs. 2) (...). <b>(3x*)</b>	Die Leistungserbringung muss nach Bedarf erfolgen und nicht nach einem gestuften Verfahren. Es muss auch sofort die „vollständige Versorgung“ (d.h. Stufe 4) möglich sein muss (siehe auch § 5 Abs. 2). <i>Der Begriff „Stufen“ fördert Missverständnisse, weshalb hier lediglich von einer Leistungserbringung „nach Bedarf“ gesprochen werden kann. Es 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 Ko-</i>	s.o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 20: § 7 Verordnung von SAPV – Abs. 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	<i>ordination oder die vollständige Versorgung zu verordnen.</i>	
Satz ändern: (...) Rechnung zu tragen hat <del>und Angaben zur Dauer der Verordnung enthält.</del>	Die Lebensdauer ist ohnehin begrenzt. Zur Vermeidung unnötiger Bürokratie sollte auf Angaben zur Dauer verzichtet werden.	Angaben zur Dauer sind insbesondere bei längerfristigen Verläufen notwendig.
Satz ergänzen: Die ärztliche Verordnung <u>erfolgt in Absprache mit dem spezialisierten Palliative Care Team</u> (...) <b>(2x*)</b>	<p>Ein wesentlicher Grund für die Implementierung der SPAV liegt ja gerade in der mangelnden speziellen palliativmedizinischen Erfahrung der Vertragsärzte. Eine alleinige Vollmacht zur Verordnung von Leistungen der SAPV durch die Vertragsärzte würde diese mangelnde Erfahrung nicht berücksichtigen. Da im Palliative Care Team eine besondere Kompetenz des Personals zur spezialisierten Palliativversorgung vorliegen muss, sollte dieser Palliativmediziner ebenso in der Lage sein, alle erforderlichen Leistungen zu verordnen. Dieses sollte ergänzt werden.</p> <p><i>Die direkte Beteiligung des Palliative-Care-Teams scheint uns unverzichtbar, wenn es um die Frage des 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 Versorgung am sinnvollsten erfolgen kann.</i></p>	s. o.

Fazit:

Die ärztliche Verordnung erfolgt auf einem zu vereinbarenden Vordruck, der der Leistungserbringung nach dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf (§ 5 Abs. 2) Rechnung zu tragen hat und Angaben zur Dauer der Verordnung enthält.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

### 5.3.9 Auswertung der Stellungnahmen zu § 8

**Tabelle 21: § 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse**

<sup>1</sup>Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	Ohne konkrete Abgrenzungstatbestände, welche Leistungen zur SAPV gehören, welche Leistungen wie bisher durch ambulante Dienste erbracht werden, welche Leistungen durch ambulante Hospizdienste erbracht werden, wird es hier zu Differenzen zwischen verordnenden Arzt und Krankenkasse kommen. Ohne klare Abgrenzungsmerkmale besteht für die Krankenkasse immer die Möglichkeit, die Bedingungen des § 5 Abs. 2 S. 4 dieser Richtlinie (Notwendigkeit / Zweckmäßigkeit / Wirtschaftlichkeit) zu verneinen und auf günstigere Leistungserbringer zu verweisen	§ 5 Abs. 2 S. 4 ist lediglich ein deklaratorischer Hinweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V.
	Wenn der Versicherte nach § 37b Abs. 1 Satz 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung hat, dann hat die Krankenkasse auch die Leistungsansprüche zu übernehmen. Selbstverständlich steht ihr ein Prüfungsrecht zu. Dieses Recht sollte im Interesse der schwerkranken Patienten zeitnah ausgeübt werden. Hierzu trifft § 8 keine Aussage, sondern nimmt lediglich auf § 132d SGB V Bezug.	Bis zur Entscheidung hat die Krankenkasse die Kosten in jedem Fall zu übernehmen; es geht also zu Lasten der Krankenkasse, wenn die Prüfung nicht zeitnah erfolgt.
	Auch bzgl. der Qualifikation der prüfenden Medizinischen Dienste sollte ein Hinweis eingefügt werden.	Ist nicht Regelungsgegenstand der RL
	Zur Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse sollte das Personal der Krankenkasse die selben fachlichen Voraussetzungen erfüllen wie das Team der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, da ansonsten keine ausreichende Prüfung über die Berechtigung zur Verordnung und Leistungserbringung erfolgen kann.	s.o.
§ 8 streichen  bzw.	§ 8 enthält Regelungen, die nicht durch den Gesetzestext zu begründen sind. Diese sind deshalb ersatzlos zu streichen bzw. zu modifizieren. Eine Genehmigungspflicht bzw. Genehmigungsvorbehalt ist durch den Gesetzestext nicht zu begründen. Wegen der besonderen Stress- und	Die Krankenkasse ist als Kostenträger stets berechtigt, die Leistungsvoraussetzungen zu prüfen (vgl. auch BT-Drucks.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF



**Tabelle 21: § 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse**

<sup>1</sup>Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p>Satz 1 ändern: Die Krankenkasse übernimmt <del>bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung</del> 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 am <del>dritten</del> <u>siebten</u> der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. (2x*)</p>	<p>Krisensituation, die sich mit einer schwersten Krankheit und dem Versterben einer Person ergeben und aufgrund der Erfahrungen in den letzten Jahre mit einer gleich lautenden Regelung in der Häuslichen Krankenpflege, ist der Zeitrahmen auf sieben Tage zu erweitern.</p>	<p>16/4247, S. 34 zu Nr. 23). § 8 ist eine Regelung <i>zugunsten</i> der Versicherten.</p>
<p><b>Zur Sicherstellung einer nahtlosen Versorgung sollte die Krankenkasse dazu verpflichtet werden, bei Nichtgenehmigung einer SAPV und Ablehnung einer weiteren Kostenübernahme eine Alternativversorgung anzubieten.</b></p>	<p>Es ist einem schwerstkranken Patienten in der letzten Phase seines Lebens nicht zuzumuten, aufgrund einer unregelmäßigen Kostenübernahmesituation in eine Versorgungslücke zu fallen. Für diese Patientenklientel stellt die in der HKP gebräuchliche Regelung keine ausreichende Lösung dar. Es bedarf vielmehr einer nahtlosen und adäquaten „Auffangoption“.</p>	<p>Die Krankenkassen sehen die nahtlose Versorgung nicht gefährdet.</p>
<p>Satz 1 ändern: (...) übernimmt <del>“bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung“</del> die (...).</p>	<p>Eine Genehmigungspflicht bzw. ein Genehmigungsvorbehalt ist durch den Gesetzestext nicht zu begründen.</p>	<p>Eine Genehmigungspflicht wird durch die Regelung nicht normiert. Die Entscheidung über das Bestehen von Leistungsansprüchen kann jedoch den Krankenkassen abgesprochen werden. Die Regelung dient der Sicherung der kurzfristigen Versorgung.</p>
<p>Satz 1 ändern: Die Krankenkasse übernimmt <del>bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung</del> die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend</p>	<p>Eine Genehmigungspflicht bzw. ein Genehmigungsvorbehalt ist durch den Gesetzestext nicht zu begründen. Vor diesem Hintergrund sowie den Erfahrungen aus dem Bereich der Häuslichen Krankenpflege, plädieren wir für die nebenstehende Formulierung.</p>	<p>s.o.</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 21: § 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse**

<sup>1</sup>Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p>der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, <del>wenn die Verordnung gemäß des Musters XX spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.</del></p>		
<p>Satz 1 ändern: Die Krankenkasse übernimmt <del>bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung</del> die Kosten (...).<b>(3x*)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die inhaltliche Anlehnung an die HKP-Richtlinien erscheint nicht sachgerecht, da die Verordnung von SAPV weit über rein pflegerische Aspekte hinausgeht. Vor allem aber würde durch diese Regelung ein Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen, den der Gesetzgeber bewusst aus den ersten Entwürfen zum GKV-WSG herausgenommen hat, wieder eingeführt. Der Passus „bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung“ muss – dem Willen des Gesetzgebers folgend – gestrichen werden.</li> <li>2. Der Gesetzgeber hat die Verordnung der SAPV nicht unter einen Genehmigungsvorbehalt gestellt.</li> </ol>	<p>s. o.</p>
<p>Satz 1 ändern: Die Krankenkasse übernimmt <u>im Falle einer Ablehnung der Genehmigung vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn bis zur</u> <del>einer</del> Entscheidung (...).</p>	<p>Die Karenzzeit von drei Tagen für die rechtzeitige Einreichung der Verordnung kann nur für solche Verordnungen gelten, die von den Krankenkassen nicht genehmigt werden. Es geht hier grundsätzlich um die Problematik, dass die Krankenkassen nicht das Risiko für evtl. unwirtschaftliche Maßnahmen bis zum Abschluss des Bewilligungsverfahrens tragen sollen. Aus diesem Grund soll die vereinbarte Vorlagefrist die Kassen davor schützen, dass nicht genehmigungsfähige Maßnahmen auch bei verspätetem Einreichen bezahlt werden müssen. Ist die Verordnung aber unstrittig medizinisch notwendig, ist sie also zu bewilligen, muss die Krankenkasse ab Ausstellung durch den Arzt die Kosten übernehmen, auch wenn die Verordnung zu spät eingereicht wurde. Daher besteht auch dann ein Vergütungsanspruch, wenn die Maßnahmen inhaltlich unstrittig sind, aber die Verordnung nicht innerhalb der Frist der Krankenkasse zugeht. (s. Schreiben des AOK-</p>	<p>Auch bei verspätetem Einreichen einer berechtigten Verordnung ist die Krankenkasse zur Leistung verpflichtet (s. Kapitel 2.8).</p>

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 21: § 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse**

<sup>1</sup>Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
	Bundesverbandes v. 24.09.1999, Anhang). Weil es im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege in diesem Punkt zu Auseinandersetzungen (Aktz. S 24 KN 44/06 KR, SG Saarland) zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern über die Auslegung dieser Regelung kam, sollte eine entsprechende Präzisierung vorgenommen werden.	
<b>Zeitfenster zur Vorlage der Verordnung auf 7 Arbeitstage erhöhen</b>	Die erscheint sehr knapp bemessen. Dieses enge Zeitfenster könnte bei der Dynamik der instabilen Palliativsituation einen unnötigen zusätzlichen Zeitdruck schaffen, der sowohl von Patienten als auch von Angehörigen als bedrohlich und die häusliche Versorgung gefährdend wahrgenommen wird. Eine Erweiterung des Zeitfensters auf z.B. 7 Arbeitstage könnte dem entgegenwirken.	Ein Zeitfenster von drei Arbeitstagen ist ausreichend.
Satz 1 ändern: (...) <del>dem dritten</del> <u>dem siebten</u> der Ausstellung (...). (4x*)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.</li> <li>2. Das Vorlegen der Verordnung stellt in der besonderen Lebenssituation (bes. Stress- und Krisensituation) für die Angehörigen oft eine zusätzliche Belastung dar, die einen zumutbareren Zeitraum erforderlich macht.</li> <li>3. Wegen der besonderen Stress- und Krisensituation, die sich mit einer schwersten Krankheit und dem Versterben einer Person ergeben und aufgrund der Erfahrungen in den letzten Jahre mit einer gleich lautenden Regelung in der Häuslichen Krankenpflege, ist der Zeitrahmen auf sieben Tage zu erweitern.</li> </ol>	s.o.
Satz 1, nach, einfügen: <sup>2</sup> <u>Die Krankenkasse übernimmt auch die Kosten bei einer verspäteten Vorlage der Verordnung.</u>		s. o.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

**Tabelle 21: § 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse**

<sup>1</sup>Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über 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.

Änderungsvorschläge	Begründungen / Kommentare	Position UA SAPV
<p>wenn diese sich in einer besonderen Situation begründet, z.B. kein unterschreibungsberechtigter Betreuer vor Ort, und die medizinische Notwendigkeit der Leistung besteht bzw. bestanden hat. (3x*)</p>		
<p>Satz 1, nach, ergänzen: <u>Dabei handelt es sich nicht um eine Ausschlussfrist für medizinisch notwendige Leistungen. Genehmigungsfähige medizinisch notwendige Leistungen werden unabhängig von der genannten Drei-Tages-Frist ab verordnetem Leistungsbeginn von der Krankenkasse übernommen.</u></p>	<p>Regelmäßig werden mit Verweis auf die gleich lautende Regelung in den Richtlinien häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Nr. 6, dort Ziff. 24 medizinisch notwendige Leistungen erst ab Eingangsdatum genehmigt, wenn die Drei-Tages-Frist überschritten ist. Die medizinische Notwendigkeit der davor liegenden Versorgung wird jedoch nicht bestritten. Von Kostenträgerseite wird die Drei-Tages-Frist, entgegen der Intention der Richtlinie, als verwaltungsrechtliche Ausschlussfrist auch für wirtschaftlich erbrachte notwendige Leistungen angesehen. Mit der Ergänzung wird deutlich, dass sich das Bonitätsrisiko des Leistungserbringers nur auf unwirtschaftliche Leistungen zweifelhafter Notwendigkeit beschränkt. Siehe auch Sozialgericht für das Saarland S 24 KN 44/06 KR vom 15.01.2007.</p>	<p>s. o.</p>
<p>Satz 2 streichen: Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.</p>	<p>Eine Genehmigungspflicht bzw. ein Genehmigungsvorbehalt ist durch den Gesetzestext nicht zu begründen. Vor diesem Hintergrund sowie den Erfahrungen aus dem Bereich der Häuslichen Krankenpflege, plädieren wir für die nebenstehende Formulierung.</p>	<p>s. o.</p>

**Fazit:**  
<sup>1</sup>Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über 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 § 7 Abs. 2 spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. <sup>2</sup>Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.

\* Mehrfachnennungen

unterstrichen: Worte einfügen, ~~durchgestrichen~~: Worte streichen

**fett markiert**: implizite Forderung ohne konkrete Änderungsformulierung, operationalisiert durch GF

## 5.4 Anhänge

### 5.4.1 Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

#### **Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses**

#### **zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor einer abschließenden Entscheidung zum Entwurf der Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

#### **Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie**

Vom 13. September 2007

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 91 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hat in seiner Sitzung am 13. September 2007 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren vor der Entscheidung über die Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gemäß § 37b V i. V. m. § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 14 SGB V (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie; SAPV-Richtlinie) einzuleiten.

- I Es wird Gelegenheit gegeben, zu der als **Anlage** beigefügten Erstfassung der SAPV-Richtlinie Stellung zu nehmen:
- den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung nach § 92 Abs. 7b S. 1 SGB V
  - den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene nach § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V
  - der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer nach § 91 Abs. 8a SGB V und
  - den folgenden Organisationen ( § 31 Abs. 1 lit. a) der Verfahrensordnung des G-BA) im Einzelfall:
    - o Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte in Baden-Württemberg (ATO) und Krebsverband Baden-Württemberg e. V. (gemeinsam)
    - o Berufsverband der Schmerztherapeuten (BVSD)
    - o Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
    - o Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
    - o Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG)
    - o Deutsche Schmerzgesellschaft (DGSS)
    - o Deutscher Hausärzteverband
    - o Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e. V. (GNPI)
    - o Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V.
    - o Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
    - o Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V.

- Johannes-Hospiz Münster gGmbH, St. Franziskus-Hospital GmbH und Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft Münster mbH
- Vertragsgemeinschaft „Integrierte optimierte Palliativversorgung im Saarland“

II Die Frist für die Abgabe der Stellungnahmen beträgt 4 Wochen.

Siegburg, den 13. September 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Der Vorsitzende

Hess

#### 5.4.2 Erstfassung der SAPV-Richtlinie für Stellungnahmeverfahren

##### § 1 Grundlagen und Ziele

(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.

(2) Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.

(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.

(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.

##### § 2 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben nach Maßgabe dieser Richtlinie Anspruch 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 medizinischen Erfordernissen auch ambulant erbracht werden kann.

##### § 3 Anforderungen an die Erkrankungen

(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.

#### **§ 4 Besonders aufwändige Versorgung**

<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:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore

#### **§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung**

(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 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.

(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 aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen

- (3) Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:
- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
  - Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder 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

## **§ 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer**

(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.

(2) Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten.

(3) Es ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung ausgetauscht werden.

(4) Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen.

(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.

## **§ 7 Verordnung von SAPV**

(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.



(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.

#### **§ 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse**

<sup>1</sup>Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über 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.

### **5.4.3 Anschreiben an die stellungnahmeberechtigten Organisationen nach § 92 Abs. 7b S. 1 SGB V**

#### **Stellungnahmeverfahren vor einer abschließenden Entscheidung des G-BA zur Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von „Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 13. September 2007 beschlossen, vor seiner abschließenden Entscheidung über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von „Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (SAPV-Richtlinie) gemäß § 92 Abs. 7b S. 1 SGB V bzw. § 33 der Verfahrensordnung des G-BA den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie den in § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V genannten Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu erteilen. Der G-BA hat hierfür eine Frist von 4 Wochen eingeräumt.

Bitte senden Sie Ihre Stellungnahme in elektronischer Form als MS-Word-Datei bis zum

**16. Oktober 2007**

an die E-Mailadresse

[sapv@g-ba.de](mailto:sapv@g-ba.de).

Wir weisen darauf hin, dass nach diesem Termin eingegangene Stellungnahmen nicht berücksichtigt werden können. Bitte übersenden Sie Ihre Stellungnahme auch an die Postadresse: Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 1763, 53707 Siegburg.

Mit der Übersendung Ihrer Stellungnahme erklären Sie sich einverstanden, dass diese im Rahmen der abschließenden Entscheidung des G-BA zur Erstfassung der SAPV-Richtlinie veröffentlicht werden kann. Wir weisen darauf hin, dass die versandten Unterlagen vertraulich zu behandeln sind.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Dr. med. Dietrich Sonntag

Referent

**Anlage**

1. Erstfassung der SAPV-Richtlinie für Stellungnahmeverfahren
2. Erläuterungen zum Entwurf der Erstfassung der SAPV-Richtlinie

**5.4.4 Anschreiben an Organisationen mit Stellungnahmerecht im Einzelfall zur Erstfassung der SAPV-Richtlinie nach § 31 VerFO**

**Stellungnahmeverfahren vor einer abschließenden Entscheidung des G-BA zur Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von „Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 13. September 2007 beschlossen, dem der ORG vor seiner abschließenden Entscheidung über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von „Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (SAPV-Richtlinie) gemäß § 31 Abs. 2 lit. a) der Verfahrensordnung des G-BA im Einzelfall Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme vor der abschließenden Entscheidung zum Entwurf der Erstfassung der SAPV-Richtlinie zu erteilen. Der G-BA hat hierfür eine Frist von 4 Wochen eingeräumt.

Bitte senden Sie Ihre Stellungnahme in elektronischer Form als MS-Word-Datei bis zum

**16. Oktober 2007**

an die E-Mailadresse

[sapv@g-ba.de](mailto:sapv@g-ba.de).

Wir weisen darauf hin, dass nach diesem Termin eingegangene Stellungnahmen nicht berücksichtigt werden können. Bitte übersenden Sie Ihre Stellungnahme auch an die Postadresse: Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 1763, 53707 Siegburg.

Mit der Übersendung Ihrer Stellungnahme erklären Sie sich einverstanden, dass diese im Rahmen der abschließenden Entscheidung des G-BA zur Erstfassung der SAPV-Richtlinie veröffentlicht werden kann. Wir weisen darauf hin, dass die versandten Unterlagen vertraulich zu behandeln sind.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Dr. med. Dietrich Sonntag

Referent

**Anlage**

1. Erstfassung der SAPV-Richtlinie für Stellungnahmeverfahren
2. Erläuterungen zum Entwurf der Erstfassung der SAPV-Richtlinie

#### 5.4.5 Anschreiben an Heilberufekammern

##### **Stellungnahmeverfahren vor einer abschließenden Entscheidung des G-BA zur Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von „Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“**

Sehr geehrte/r ANREDE,

der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 13. September 2007 beschlossen, vor seiner abschließenden Entscheidung über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von „Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (SAPV-Richtlinie) gemäß § 91 Abs. 8a SGB V bzw. § 34 der Verfahrensordnung des G-BA der HEILBERUFEKAMMER Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu erteilen. Der G-BA hat hierfür eine Frist von 4 Wochen eingeräumt.

Bitte senden Sie Ihre Stellungnahme in elektronischer Form als MS-Word-Datei bis zum

**16. Oktober 2007**

an die E-Mailadresse

[sapv@g-ba.de](mailto:sapv@g-ba.de).

Wir weisen darauf hin, dass nach diesem Termin eingegangene Stellungnahmen nicht berücksichtigt werden können. Bitte übersenden Sie Ihre Stellungnahme auch an die Postadresse: Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 1763, 53707 Siegburg.

Mit der Übersendung Ihrer Stellungnahme erklären Sie sich einverstanden, dass diese im Rahmen der abschließenden Entscheidung des G-BA zur Erstfassung der SAPV-Richtlinie veröffentlicht werden kann. Wir weisen darauf hin, dass die versandten Unterlagen vertraulich zu behandeln sind.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez. i. A. Dr. med. Dietrich Sonntag

Referent

##### **Anlage**

1. Erstfassung der SAPV-Richtlinie für Stellungnahmeverfahren
2. Erläuterungen zum Entwurf der Erstfassung der SAPV-Richtlinie

**5.4.6 Organisationen mit Stellungnahmeberechtigung (maßgebliche Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung nach § 92 Abs. 7b S. 1 SGB V)**

Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V. – ehemals: Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
Bundesverband Kinderhospiz e. V.
Deutscher Kinderhospizverein e. V.
Deutsche Hospiz Stiftung
Deutscher Pflegerat e. V.

**5.4.7 Organisationen mit Stellungnahmeberechtigung (maßgebliche Spitzenorganisation der Pflegedienste auf Bundesebene nach § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V)**

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V.
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V.
Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V.
Bundesverband Ambulante Dienste e. V.
Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V.
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V.
Deutscher Caritasverband e. V.
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V.
Deutsches Rotes Kreuz
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.

## 5.4.8 Erläuterungen für Stellungnehmer

### Rechtsgrundlagen

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sieht durch die Einfügung des § 37b SGB V i. V. m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V die Erstellung einer Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie) vor.

### Eckpunkte der Entscheidung

#### Zu § 1 (Grundlagen und Ziele)

§ 1 Abs. 1 fasst einleitend die spezifischen Ziele der Palliativversorgung und die grundsätzliche Herangehensweise an eine Palliativbehandlung zusammen. Die Regelung erfüllt damit zunächst eine Präambelfunktion; sie steht darüber hinaus im Zusammenhang mit den §§ 4 und 5, die die Abgrenzung zur allgemeinen Palliativversorgung sowie Inhalt und Umfang der Spezialisierten Palliativversorgung (SAPV) an die Erreichbarkeit der Ziele nach § 1 knüpfen (vgl. Erläuterungen zu §§ 4 und 5).

Eine gesonderte Zielbestimmung hinsichtlich der Vermeidung von Krankenhausbehandlung wurde nicht aufgenommen; ein solcher Inhalt ist bereits durch Satz 1 abgedeckt („menschenswürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen“).

§ 1 Abs. 2 vervollständigt die Zielformulierung des Absatzes 1 um das Erfordernis, die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen (§ 37 b Abs. 1 S. 4 SGB V).

§ 1 Abs. 3 verdeutlicht einleitend, dass die SAPV keine aufgezwungene Leistung, sondern ein individuell angepasstes Angebot darstellt, das die Wünsche und Bedürfnisse der Versicherten in den Mittelpunkt der Bemühungen rückt. Damit ist ebenfalls ausgedrückt, dass die Ablehnung von einzelnen Therapien durch den Patienten kein Ausschlusskriterium für den Anspruch auf SAPV sein kann.

Abs. 4 S. 1, 1. Halbs. stellt klar, dass die SAPV grundsätzlich als ergänzende Leistung neben der bestehenden Versorgung erbracht wird. Mit der Regelung wird dem gesetzlichen Auftrag (§ 37b Abs. 3 Nr. 2 SGB V) entsprochen, das rechtliche Verhältnis zur ambulanten Versorgung zu bestimmen.

Abs. 4 S. 1, 2. Halbs. steht im Zusammenhang mit der Regelung des § 5 Abs. 2 S. 2 und 3, wonach die Leistungen entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf in verschiedenen Formen und Intensitäten erbracht werden können.

Abs. 4 S. 2 fasst zusammen, dass SAPV als zusätzliche Leistung der GKV andere Sozialleistungsansprüche grundsätzlich nicht tangiert. Zu beachten bleibt aber, dass ein und dieselbe konkrete Leistung nicht gleichzeitig Bestandteil der allgemeinen Versorgung und der SAPV sein kann; SAPV wird nach § 5 Abs. 2 S. 2 nur als solche erbracht, soweit die übrige Versorgung zur Erreichung der Ziele der Palliativversorgung nicht ausreicht.

#### Zu § 2 (Anspruchsvoraussetzungen)

§ 2 gibt im Wesentlichen die Anspruchsvoraussetzungen nach § 37b Abs. 1 S. 1 SGB V wieder. Dies dient der inneren Strukturierung der RL und leitet auf die Anspruchskonkretisierungen in § 3 und § 4 über.

Der Hinweis darauf, dass die SAPV trotz des Bedarfs nach besonders aufwändiger Versorgung auch im ambulanten Bereich erbringbar sein muss (Nr. 2), lehnt sich an

eine Formulierung in der Gesetzesbegründung an (BT-Drucks. 16/3100, S. 105). Es werden damit auch Überlegungen abgedeckt, dass mit der neugeschaffenen Leistung vor allem auch Einweisungen ins Krankenhaus vermieden bzw. vorzeitige Krankenhausentlassungen ermöglicht werden sollen.

### **Zu § 3 (Anforderungen an die Erkrankungen)**

Die Anforderungen an die Erkrankungen, bei deren Vorliegen Anspruch auf SAPV bestehen kann, wurden in abstrakter Form festgelegt. Ein Katalog von Erkrankungen trüge nicht zur Klarheit der Richtlinie bei; er wäre auch der Palliativversorgung nicht angemessen und ist daher entbehrlich.

In Abs. 3 wird die Definition einer weit fortgeschrittenen Erkrankung mit der in § 37 Abs. 1 S. 1 SGB V als Leistungsvoraussetzung genannten begrenzten Lebenserwartung verknüpft.

Da keine letztgültig validen Instrumente zur Abschätzung der Lebenserwartung vorliegen, stellt der Beschlussentwurf auf eine begründete Einschätzung des verordnenden Arztes ab und verzichtet auf die Nennung eines festen Zeitfensters. Die in § 3 Abs. 3 gewählte Formulierung ermöglicht auch bei längeren Prognosen die SAP-V als Krisenintervention.

### **Zu § 4 (Besonders aufwändige Versorgung)**

§ 37b Abs. 3 Nr. 1 SGB V beauftragt den G-BA ausdrücklich, die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Patienten zu konkretisieren. Nach dem Gesetzeszweck ist dieser das entscheidende Abgrenzungskriterium zur allgemeinen Palliativversorgung. Dies ergibt sich auch aus der Gesetzesbegründung, in der es heißt:

*„Versicherte, die diesen besonderen Bedarf nicht aufweisen, werden weiter im Rahmen der derzeitigen Strukturen versorgt.“*  
(BT-Drucks. 16/3100 S. 106).

Satz 1 formuliert den dafür maßgeblichen allgemeinen Grundsatz, an dem sich im Einzelfall jede Verordnung von SAPV messen lassen muss. Danach besteht Bedarf nach besonders aufwändiger Versorgung immer (und nur) dann, wenn die anderweitigen Versorgungsstrukturen gerade nicht ausreichen, um die in § 1 Abs. 1 formulierten Ziele der Palliativversorgung (menschenswürdiges Leben bis zum Tod in der vertrauten Umgebung, optimierte Symptomkontrolle, etc.) zu erreichen.

Die Sätze 2 und 3 konkretisieren diese abstrakte Abgrenzung aufeinander aufbauend. Abgestellt wird auf ein über das übliche Maß hinausgehendes komplexes Symptomeschehen, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische oder palliativpflegerische Kenntnisse und eine besondere Abstimmung unter den Leistungserbringern voraussetzt. Die Regelung steht deshalb im Zusammenhang mit der besonderen Koordination als Inhalt der SAPV (§ 5 Abs. 1) und der vom Gesetz geforderten Zusammenarbeit der Leistungserbringer. In Satz 3 werden in der Palliativversorgung häufige Symptomeschehen angeführt, die in der Regel als komplex gewertet werden können. Die in Satz 3 gewählte Formulierung schließt andere komplexe Symptomeschehen nicht aus.

### **Zu § 5 (Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung)**

Die Konkretisierung von Inhalt und Umfang der SAPV in Abs. 1 steht in unmittelbarem Zusammenhang mit § 4, der über die Definition des besonderen Versorgungsbedarfs eine Abgrenzung zur allgemeinen Palliativversorgung vornimmt. Inhalt der SAPV kann danach grundsätzlich all das sein, was auch im Rahmen der sonstigen ambulanten

Versorgung erbracht werden könnte. Allerdings ist unabdingbare Voraussetzung, dass die Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die spezifischen Ziele der Palliativversorgung erreichen zu können. Leistungen, die z. B. einen kurativen Ansatz verfolgen, bleiben daher von der SAPV ausgeschlossen und sind nach wie vor im Rahmen der Primärversorgung zu erbringen.

Anders als die allgemeine Palliativversorgung umfasst die SAPV zusätzlich die besondere Koordination der einzelnen diagnostischen, therapeutischen 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.

Gemeinsam ist allen Leistungen der SAPV, dass sie ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132b SGB V („Palliative-Care-Teams“) erbracht werden. In Abs. 2 wird ein flexibles Versorgungskonzept implementiert, damit dem individuellen, jeweils aktuellen Versorgungsbedarf Rechnung getragen werden kann. Danach kann SAPV intermittierend oder durchgängig als Beratungsleistung, als koordinative Leistung, als additiv unterstützende Teilversorgung oder als vollständige Versorgung erbracht werden. Die SAPV kann somit als zusätzliche Leistung neben der sonstigen ambulanten Palliativversorgung verordnet werden. Bei vollständiger Versorgung durch das PCT ist die gleichzeitige Erbringung von Maßnahmen der sonstigen ambulanten Palliativversorgung und der SAPV nicht möglich. Mit der Regelung soll eine flexible Leistungsübernahme durch die Teams ermöglicht werden, bei der die Intensität der Leistungen nach Bedarf erweitert oder reduziert werden kann.

Abs. 3 enthält eine nicht abschließende Auflistung wesentlicher Leistungsinhalte der SAPV.

#### **Zu § 6 (Zusammenarbeit der Leistungserbringer)**

Abs. 1 verpflichtet die an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringer zu aufeinander abgestimmtem und bedarfsgerechtem Vorgehen, das u. a. durch verbindliche Kooperationsvereinbarungen erreicht werden soll.

Mit Abs. 1 S. 3 wird der gesetzliche Auftrag des § 37b Abs. 3 Nr. 2 umgesetzt, wonach in der Richtlinie Regelungen zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen zu treffen sind.

Mit Abs. 3 soll insbesondere der notwendige Informationsfluss zwischen den Leistungserbringern der allgemeinen und denen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gesichert werden (vgl. auch Gesetzesbegründung: BT-Drucks. 16/3100, S. 106).

Mit Abs. 4 soll dem notwendigen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung getragen werden (vgl. auch Gesetzesbegründung zu § 37 b Abs. 3 SGB V). Sie knüpft an das Ziel in § 1 Abs. 3 an, die Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen an deren individuellen Bedürfnisse und Präferenzen sowie die ihres Umfeldes besonders anzupassen.

Abs. 5 fordert über die vorangestellten Kooperationsverpflichtungen hinaus zu vernetztem Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen auf.

#### **Zu § 7 (Verordnung von SAPV)**

Mit Abs. 1 wird klargestellt, dass die Verordnung sowohl durch den behandelnden Vertragsarzt als auch durch den Krankenhausarzt verordnet werden kann. Gleichzeitig wird ein Zeitrahmen vorgegeben, innerhalb dessen am Übergang vom stationären in

den ambulanten Versorgungssektor die notwendigen Maßnahmen zur Sicherstellung der Weiterbehandlung der Patienten getroffen werden müssen.

Mit Abs. 2 soll sichergestellt werden, dass der von der Formularkommission zu erarbeitende Vordruck zur Verordnung der SAPV eine flexible Leistungserbringung nach § 5 Abs. 2, S. 2 und 3 zulässt. Angaben zur Dauer sind notwendig, um die Möglichkeit zur intermittierenden Leistungserbringung (§ 5 Abs. 2 S. 2) zu gewährleisten.

#### **Zu § 8 (Prüfung der Leistungspflicht durch die Krankenkasse)**

In der SAPV sind rasche Entscheidungen über die Leistungsbewilligung notwendig. Die in § 8 getroffene Regelung ist inhaltlich an die entsprechende Vorschrift der HKP-Richtlinien angelehnt.