

**61. Sitzung des Sozialausschusses am 30.10.2008**  
**TOP 2 „Sachstandsbericht des Sozialministeriums über die Finanzierung der PCT's“**

- **14 Projekte** arbeiten in Schleswig-Holstein an der Entwicklung und Weiterentwicklung von ambulanten palliativen Versorgungsstrukturen (Palliative Care Team – PCT) in ihrer Region. Diese Projekte werden seit 2007 aus Landesmitteln gefördert um frühzeitig im Land Strukturen und Netzwerke aufzubauen, die eine flächendeckende Versorgung von sterbenskranken Menschen in Schleswig-Holstein ermöglichen. (s. Anlage 1; Liste der Projekte)
- Diese 14 Projekte haben sich zusätzlich zur regionalen Strukturentwicklung zu einer **„Arbeitsgemeinschaft ambulante Palliativversorgung Schleswig-Holstein“** (14.05.2008) zusammengeschlossen. (s. Anlage 2; Grafik) Eine Grundlagenvereinbarung regelt die Aufgaben und Ziele dieser Arbeitsgemeinschaft. *„Gemeinsames Ziel ist die flächendeckende wohnortnahe ambulante Palliativversorgung in Schleswig-Holstein aufgrund eines Versorgungsvertrages (Rahmenvertrag) mit den Kostenträgern zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Schleswig-Holstein und dessen Durchführung“* (Auszug aus der Grundlagenvereinbarung der ASPVSH).  
Nachdem es zum großen Teil gelungen ist regionale und landesweite Netzwerkstrukturen aufzubauen, muss jetzt vorrangig eine gesicherte Regelfinanzierung erreicht werden.
- Hierzu liegen die folgenden **rechtlichen Voraussetzungen** vor:
  - die gesetzliche Grundlagen § 37b i.V.m. § 132d SGB V (s. Anlage 3)
  - die Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (s. Anlage 4) und
  - die Gemeinsame Empfehlung der Kassen nach § 132d SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (s. Anlage 5)
- **In den seit April laufenden Verhandlungen** haben die schleswig-holsteinischen Kassenvertreter (VDAK, AOK, BKK und IKK) bisher alle Vorschläge der Arbeitsgemeinschaft (ASPVSH) zurückgewiesen. Im Oktober ist den Kassenvertretern ein erster Entwurf eines Versorgungsvertrages vorgelegt worden. Eine Rückmeldung ist noch nicht erfolgt.
- Es zeigt sich in **anderen Bundesländern**, dass sich dort keine Ansätze für eine flächendeckende Verhandlungen von Versorgungsverträgen finden lassen. In einigen Bundesländern wurden in den vergangenen Jahren Modellprojekte initiiert und evaluiert (z.B. Saarbrücken, Ost-Hessen, Bodensee- Hochrheinkliniken, Dresden, Göttingen). Die Finanzierung wird hier sichergestellt durch Versorgungsverträge im Rahmen der Integrierten Versorgung (§140a SGB V).  
Aus diesen Modellprojekten konnte die schleswig-holsteinische Arbeitsgemeinschaft (ASPVSH) für einen Versorgungsvertrag im Rahmen von §37b SGB V i.V.m. 132d SGB V Schlüsse ziehen.

Es bleibt zu hoffen, dass die schleswig-holsteinischen Kassen letztendlich das Konzept der Landesregierung, Vorreiter für eine palliativmedizinische Versorgung zu werden, unterstützen können und es zu einer baldigen Einigung der Kostenträger und der Leistungserbringer in Schleswig-Holstein kommen kann.



## Pilotprojekte zur Etablierung von palliative Care Teams in Schleswig-Holstein

Förderung im Rahmen der Richtlinie für die Gewährung von Zuwendungen für Pilotprojekte zur Etablierung von Palliative Care Teams (PCT) in Schleswig-Holstein (Gl.Nr 6671.4)

lfd. Nr.	Region	Antragsteller / Zuwendungsempfänger	Form	Projektlaufzeit
01	Ostholstein	<b>Palliativnetz östliches Holstein e.V</b>	Verein	<b>01.11.07 - 31.12.08</b>
02	Herzogtum Lauenburg	<b>Netzwerk Palliative Care Kreis Lauenburg e.V.</b>	Verein	<b>01.11.07 - 31.12.08</b>
05	Lübeck	<b>Horizonte e.V</b>	Verein	<b>15.11.07- 31.12.08</b>
03	Neumünster	<b>Friedrich-Ebert Krankenhaus, Palliativstation</b> Hospiz-Initiative Neumünster e.V. PflegeDiakonie, Neumünster	Krankenhaus	<b>15.11.07- 31.12.08</b>
04	Steinburg	<b>DRK Schwesternschaft Ostpreußen e.V.</b> Klinikum Itzehoe	ambulanter Dienst	<b>15.11.07- 31.12.08</b>
06	Nordfriesland	gemeinschaftlicher Antrag der Hospizvereine <b>Hospizverein Südtondern</b> Hospizverein Eiderstedt Hospizverein Husum	Hospizverein	<b>15.11.07 -31.12.08</b>
07	Dithmarschen	<b>Westküstenklinikum Heide</b> Häusliche Alten- und Krankenpflege, Schafstedt Ambulanter Pflegedienst Rainer Schmitz Freundeskreis Hospiz Meldorf	Krankenhaus	<b>15.11.07 -31.12.08</b>
08	Flensburg	<b>Katharinenhospiz Haus am Park</b> ca. 90 Kooperationspartner	Krankenhaus	<b>01.11.07-31.12.08</b>
09	Rendsburg	<b>Pflege Lebensnah</b> und Unterstützerkreis	stationäres Hospiz	<b>15.11.07 - 31.12.08</b>
10	Kiel	<b>DRK Anschar-Schwesternschaft</b> UKSH Campus Kiel, Tumorzentrum UKSH Campus Kiel, Schmerz- und Palliativst. und regionale Unterstützerkreis	ambulanter Dienst	<b>15.11.07 - 31.12.08</b>
11	Schleswig	<b>Ambulanter Hospizdienst Schleswig</b> und Unterstützerkreis	Hospizverein	<b>01.01.08 - 31.12.08</b>
12	Pinneberg	<b>Johannes-Hospiz</b> Regio Kliniken	stationäres Hospiz	<b>01.01.08 - 31.12.08</b>
13	Segeberg	<b>Hospizverein Segeberg</b> Ch. Witte niedergelassener Arzt und Unterstützerkreis	Hospizverein	<b>01.01.08 - 31.12.08</b>
14	Geesthacht	<b>Medizinisches Versorgungszentrum Buntenkamp</b> und Unterstützerkreis	Praxis	<b>keine Förderung</b> (Antragstellung nicht fristgerecht)

# Arbeitsgemeinschaft spezialisierte ambulante palliative Versorgung Schleswig-Holstein (ASPVSH)

## Gruppe der professionellen Verhandler (Gaststatus)

Ärztegenossenschaft  
Kassenärztliche Vereinigung  
Krankenhausgesellschaft  
Forum Pflegegesellschaft

## 14 Projektgruppen

**zur Etablierung von Palliative-Care-Teams in S-H**  
Eine von allen unterzeichnete Grundlagenvereinbarung regelt die Zusammenarbeit, Ziele und Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

Vorsitzende/r des HPVSH  
Vertreter/in des MSGF  
(Gaststatus)

Alle AGs haben keine eigene Entscheidungskompetenz. Sie bereiten Material zur Entscheidungsfindung für die ASPVSH vor und bekommen bei Bedarf ein Verhandlungsmandat der ASPVSH.

## AG - Krankenkassen

10 Delegierte aus den  
Projektgruppen

Gruppe der professionellen  
Verhandler unterstützt die ASPVSH  
bei den Verhandlungen mit den  
Krankenkassen

Ärztegenossenschaft, Kassenärztliche  
Vereinigung, Krankenhausgesellschaft,  
Forum Pflegegesellschaft

AG – Dokumentation,  
Controlling,  
Qualitätssicherung

14 Delegierte aus den  
Projektgruppen

## Weitere AG´s in Planung:

(noch nicht personell besetzt)

- Öffentlichkeitsarbeit
- Beratung Fort-/Weiterbildung
- Vernetzung, Kommunikation

## **Gesetzliche Grundlagen zur Palliativversorgung**

### **§ 37b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches<sup>1</sup> haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92<sup>2</sup> bis zum 30. September 2007 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer

### **§ 132d SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

(1) Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. In den Verträgen ist ergänzend zu regeln, in welcher Weise die Leistungserbringer auch beratend tätig werden.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Empfehlungen

1. die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
3. Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

fest.

---

<sup>1</sup> SGB XI § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

<sup>2</sup> SGB V § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses



## Bundesministerium für Gesundheit

### **Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung**

[1446 A]

Vom 20. Dezember 2007

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Dezember 2007 die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gemäß § 37b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie; SAPV-RL) beschlossen.

I. Die SAPV-Richtlinie wird wie folgt gefasst:

#### **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs- Richtlinie/SAPV-RL)**

##### § 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 erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – 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 der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. <sup>2</sup>Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.

(4) <sup>1</sup>Die SAPV 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.

##### § 2 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben Anspruch auf SAPV, 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.

##### § 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) <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 der verordnenden Ärztin oder 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.

##### § 4 Besonders aufwändige Versorgung

<sup>1</sup>Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 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/exulzerierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik

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

(1) <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 der verordnenden oder behandelnden Ärztin oder des verordnenden oder behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132d SGB V.

(2) <sup>1</sup>SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht. <sup>2</sup>Sie wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. 4), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 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 SAPV 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 einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht
- spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care entspricht
- 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

#### § 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer

(1) <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 der Patientin oder des Patienten an der Versorgung beteiligt wird. <sup>4</sup>Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt im Einzelfall Kooperationspartnerin oder Kooperationspartner werden. <sup>5</sup>Das Nähere regeln die Verträge nach § 132d SGB V.

(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 unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen 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>SAPV wird von der behandelnden Vertragsärztin oder von dem behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet. <sup>2</sup>Satz 1 gilt für die Behandlung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt bei einer oder einem von ihr oder ihm ambulant versorgten Patientin oder Patienten entsprechend. <sup>3</sup>Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 7 Tage.

(2) 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.

#### § 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 § 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.

II. Die SAPV-Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Siegburg, den 20. Dezember 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende  
Hess

## **Gemeinsame Empfehlungen**

des AOK-Bundesverbandes, Bonn,  
des BKK Bundesverbandes, Essen,  
des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel,  
des IKK-Bundesverbandes, Bergisch Gladbach,  
der Knappschaft, Bochum,  
des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg,  
des AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

### **nach § 132d Abs.2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008**

unter Beteiligung

des Arbeiterwohlfahrt Bundesverbandes e.V., Berlin,  
des Arbeitgeber- und Berufsverbandes Privater Pflege e.V., Hannover,  
der Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V., Berlin,  
der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, München,  
des Bundesverbandes Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V., Essen,  
der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V., Berlin,  
des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. Berlin,  
des Bundesverbandes Häusliche Kinderkrankenpflege e.V., Köln,  
des Bundesverbandes Kinderhospiz e.V., Freiburg,  
des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Berlin,  
der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Gießen,  
des Deutschen Bundesverbandes für Pflegeberufe, Berlin,  
des Deutschen Caritasverbandes e.V., Freiburg,  
der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Berlin,  
der Deutschen Hospiz Stiftung, Dortmund,  
des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V., Berlin,  
des Deutschen Kinderhospizvereines e.V., Olpe,  
der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft, Berlin,  
des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Gesamtverband e.V., Berlin,  
des Deutschen Pfliegerates, Berlin,  
des Deutschen Roten Kreuzes, Generalsekretariat, Berlin,  
des Diakonischen Werkes der EKD e.V., Berlin,  
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin,  
des Sozialverbandes VdK Deutschland e.V., Berlin,  
des Verbandes Deutscher Alten- und Behinderten Hilfe e.V., Essen,  
der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Berlin,  
die Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden in Deutschland e.V., Frankfurt am Main

## **1. Zielsetzung**

- 1.1 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen.
- 1.2 Die SAPV ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung.
- 1.3 Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Empfehlungen fortlaufend auswerten und diese erforderlichenfalls weiterentwickeln.

## **2. Zulassungsvoraussetzungen**

- 2.1 SAPV wird von Leistungserbringern erbracht, mit denen die Krankenkasse zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung einen Vertrag geschlossen hat. Sie wird intermittierend oder durchgängig nach Bedarf als
  - Beratungsleistung,
  - Koordination der Versorgung,
  - additiv unterstützende Teilversorgung,
  - vollständige Versorgungerbracht. Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ist Rechnung zu tragen.
- 2.2 Bei der Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung sind die bereits bestehenden Strukturen so weit wie möglich einzubeziehen. Auf die bereits tätigen Leistungserbringer ist zurückzugreifen, soweit sie die erforderlichen Anforderungen erfüllen. Verträge sind nur in dem Umfang abzuschließen, wie sie für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind. Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht.
- 2.3 Eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV ist insbesondere dann gegeben, wenn sie wohnortnah ausgerichtet ist und die Palliativpatienten, die einen besonderen Versorgungsbedarf haben, der durch die allgemeine Palliativversorgung nicht gewährleistet werden kann, ausreichend und zweckmäßig mit der Leistung der SAPV versorgt werden können. Die bedarfsgerechte Versorgung zeigt sich auch darin, dass es mit der Leistung der SAPV mehr Menschen als bisher ermöglicht wird, in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu führen.
- 2.4 Der Versorgungsbedarf kann in einzelnen Regionen unterschiedlich sein. Indikatoren

für die Bedarfslage können insbesondere sein,

- die regionale Siedlungsstruktur,
- die Altersstruktur,
- epidemiologisch relevante Erkrankungen sowie
- die demografische Entwicklung.

So ist zwischen Regionen geringer, mittlerer und hoher Bevölkerungsdichte zu unterscheiden. Die Unterscheidung ist ggf. nicht allein auf der Ebene der Bundesländer durchzuführen, sondern kann bis auf die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte vollzogen werden, um dem erheblichen Unterschied in der Bevölkerungsdichte auch innerhalb der Bundesländer gerecht zu werden. Nach derzeit vorliegenden Schätzungen haben bis zu 10 Prozent aller Sterbenden einen solchen besonderen Versorgungsbedarf, der im Rahmen der SAPV abzudecken ist.

### **3. Inhalt und Umfang der Leistungen**

- 3.1 Inhalt und Umfang der zu erbringenden SAPV-Leistungen ergeben sich aus der gemäß der SAPV-Richtlinie nach § 37b SGB V in Verbindung mit § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 14 SGB V ausgestellten und genehmigten Verordnung. 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 der SAPV-Richtlinie spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.
- 3.2 Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen. Soweit die allgemeine Palliativversorgung ausreichend ist, darf SAPV nicht erbracht werden.
- 3.3 Im Falle der Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf ist der Versorgungsumfang der SAPV so weit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung anzustreben.
- 3.4 In den Vereinbarungen über die SAPV sind Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass für den Palliativpatienten eine reibungslose Versorgung mit Arznei- Heil- und Hilfsmitteln auch weiterhin gewährleistet ist.

### **4. Organisatorische Voraussetzungen**

- 4.1 Die Leistungen der SAPV werden durch spezialisierte Leistungserbringer erbracht. Spezialisierte Leistungserbringer sind nach Nr. 5.2 qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte und nach Nr. 5.3 qualifizierte Pflegefachkräfte, die orientiert an der Konzeption eines Palliativ-Care-Teams fachübergreifend ggf. auch in Kooperation mit anderen Professionen (s. Nr. 5.4) eng zusammenarbeiten. Sie erfüllen ergänzend besondere sächliche Voraussetzungen nach Nr. 4.4 und Nr. 4.5, die für eine spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung erforderlich sind. Eine psychosoziale Unterstützung ist in enger Zusammenarbeit z.B. mit ambulanten Hospizdiensten nach § 39a Abs. 2 SGB V, Seelsorge und Sozialarbeit zu

gewährleisten.

- 4.2 Die spezialisierten Leistungserbringer sind Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie arbeiten mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, wie Hausärzten und ambulanten Hospizdiensten gemäß § 39a Abs. 2 SGB V eng zusammen (integrativer Ansatz). Mit den regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern sind Kooperationsvereinbarungen schriftlich abzuschließen und der Krankenkasse vorzulegen.
- 4.3 Die spezialisierten Leistungserbringer arbeiten nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzept, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung (inkl. der personellen und sächlichen Ausstattung) sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind. Das Konzept ist der Krankenkasse vorzulegen.
- 4.4 Die spezialisierten Leistungserbringer haben als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:
- eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation
  - Arzneimittel (inkl. BtM) für die Notfall/Krisenintervention
  - Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z.B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen)
  - eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.
- 4.5 Die spezialisierten Leistungserbringer müssen über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für
- die Beratung von Patienten und Angehörigen
  - Teamsitzungen und Besprechungen
  - die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und Hilfsmitteln

verfügen. Sofern eine Aufbewahrung von Medikamenten erfolgt, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtM-G) fallen, ist ein BtM-Schrank (§ 15 BtM-G) erforderlich.

## **5. Personelle Anforderungen**

- 5.1 Die spezialisierten Leistungserbringer stellen sicher, dass das für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch den spezialisierten Leistungserbringer eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patienten, deren Angehörigen und die an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen ist. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Ärztin/eines Arztes und/oder einer Pflegefachkraft ist zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.
- 5.2 Die nach Nr. 4.1 tätigen Ärztinnen und Ärzte verfügen über

- eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung)
- und
- Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre.

5.3 Die nach Nr. 4.1 tätigen Pflegefachkräfte verfügen über:

- die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin / Altenpfleger (dreijährige Ausbildung aufgrund einer landesrechtlichen Regelung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung und
  - den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden
- und
- Erfahrung durch mindestens eine zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren; davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung.

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

## **6. Qualitätssicherung**

6.1 Die spezialisierten Leistungserbringer sind verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Sie nehmen regelmäßig an palliativmedizinischen/-pflegerischen Fortbildungen teil und führen möglichst halbjährlich multidisziplinäre Qualitätszirkel durch, an denen auch die übrigen in der Versorgung Tätigen teilnehmen. Die spezialisierten Leistungserbringer sollen sich außerdem an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

6.2 Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und auf Wunsch der Krankenkasse als Konzept vorzulegen. Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und - soweit vorhanden - allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Es soll kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein.

- 6.3 Die Teilnahme an Supervision ist zu ermöglichen. Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen sind in überschaubaren Intervallen durchzuführen; die inhaltliche und zeitliche Organisation ist den Beteiligten überlassen.
- 6.4 Die spezialisierten Leistungserbringer erstellen einen jeweils individuellen Behandlungsplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.