

Begutachtungsanleitung

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und stationäre Hospizversorgung

Stand 12. Mai 2014

Soweit im Text Substantive verwendet werden, für die männliche und weibliche Wortformen existieren, sind je nach inhaltlichem Zusammenhang beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit lediglich die männliche Form Anwendung findet.

Die Begutachtungsanleitung wurde vom GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) am 12.05.2014 als Richtlinie nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V erlassen.

Herausgeber:

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff- Straße 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: <http://www.mds-ev.org>

Vorwort

Jeder Mensch möchte am Lebensende ohne Schmerzen oder anderes Leiden möglichst im Kreise seiner nächsten Angehörigen in Würde Abschied vom Leben nehmen können. Schwerstkranke und sterbende Menschen erhalten qualifizierte medizinische und pflegerische Hilfe, die es möglich macht, dass sie auch in der letzten Lebensphase zu Hause, in einer Pflegeeinrichtung oder in der speziell darauf eingerichteten Umgebung eines stationären Hospizes umfassend versorgt werden.

Die 2007 eingeführte 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 stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden zu lindern. Ziel der stationären Hospizversorgung ist es, eine palliativmedizinische Behandlung, Pflege sowie Begleitung anzubieten, welche die Lebensqualität des sterbenden Menschen verbessert, seine Würde nicht antastet und aktive Sterbehilfe ausschließt.

Aufgabe der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) ist die sozialmedizinische Begutachtung von Anträgen auf Leistungen der SAPV und der stationären Hospizversorgung im Auftrag der Krankenkassen. Parallel zur zunehmenden Verfügbarkeit palliativer Versorgungsstrukturen werden auch die gutachtlichen Leistungen des MDK in diesen Begutachtungsbereichen vermehrt in Anspruch genommen. Bei der Beurteilung von Anträgen auf Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung geht es im Wesentlichen darum festzustellen, ob die medizinischen Voraussetzungen für den Leistungsanspruch der Versicherten vorliegen. Dazu gehört unter anderem, dass ein besonderer Versorgungsbedarf besteht und dass die allgemeine ambulante Palliativversorgung für die Versorgung nicht ausreicht. In einem gesonderten Teil der Begutachtungsanleitung wird auf die Begutachtung von Anträgen auf Leistungen der stationären Hospizversorgung eingegangen, die neben der SAPV ein wichtiges Angebot der palliativen Versorgung darstellen.

Die Begutachtungsanleitung verfolgt den Zweck, die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten konkret zu regeln und die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem MDK effektiv und effizient zu strukturieren. Sie benennt Qualitätskriterien für die zu erstellenden Gutachten und gewährleistet damit die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung nach einheitlichen Kriterien. Die Begutachtungsanleitung ist für die Krankenkassen und den MDK verbindlich.

Die Erarbeitung der Begutachtungsanleitung erfolgte in Zusammenarbeit zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und der MDK-Gemeinschaft. Hierfür gebührt allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe unser Dank. Besonders gedankt sei auch Herrn Prof. Dr. Raymond Voltz, Direktor des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln, für wichtige Hinweise und Anregungen aus der Sicht des klinisch tätigen Arztes.

Nach Maßgabe des § 282 Abs. 2 SGB V ist die Begutachtungsanleitung als Richtlinie vom GKV-Spitzenverband erlassen.

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstands
GKV-Spitzenverband

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	5
TEIL A: SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG (SAPV)	7
1 Einleitung	7
2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfallbegutachtung	9
2.1 Rechtliche Grundlagen.....	9
2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass.....	10
2.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung	13
2.3.1 Anspruchsvoraussetzungen für SAPV-Leistungen	13
2.3.2 Leistungsinhalte und Leistungsumfang der SAPV	22
2.3.3 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung	29
2.3.4 Algorithmus zur SAPV	30
2.3.5 Dauer der verordneten SAPV-Leistungen	31
2.3.6 Alternative Versorgungsmöglichkeiten	32
2.4 SAPV bei Kindern	34
2.4.1 Besonderheiten der Palliativversorgung im Kindesalter	34
2.4.2 Notwendigkeit einer Krisenintervention im Kindesalter	36
2.4.3 Alternative Versorgungsmöglichkeiten bei Kindern.....	38
2.4.4 Begutachtungsgrundsätze bei Kindern.....	39
3 Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK	41
3.1 Fallbearbeitung und Fallauswahl bei der Krankenkasse.....	41
3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK	41
4 Gutachten	43
4.1 Gutachten nach Aktenlage	43
4.2 Gutachten mit persönlicher Befunderhebung	44
4.3 Folgeaufträge.....	44
5 Vorgehen bei Widersprüchen	45
6 Ergebnismitteilung	45
Teil B: STATIONÄRE HOSPIZVERSORGUNG	46
1 Einleitung	46

2	Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfallbegutachtung	47
2.1	Rechtliche Grundlagen	47
2.2	Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass	49
2.3	Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung	51
2.3.1	Anspruchsvoraussetzungen für stationäre Hospiz-Leistungen	51
2.3.2	Antragsverfahren zur stationären Hospiz-Aufnahme	54
2.3.3	Dauer der beantragten stationären Hospizleistungen	54
2.3.4	Algorithmus zur stationären Hospizversorgung	56
2.3.5	Leistungsinhalte und Leistungsumfang der stationären Hospizversorgung.....	57
2.3.6	Alternative Versorgungsmöglichkeiten	57
3	Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK.....	58
3.1	Fallbearbeitung und Fallauswahl bei der Krankenkasse.....	58
3.2	Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK	58
4	Gutachten.....	60
4.1	Gutachten nach Aktenlage	60
4.2	Gutachten mit persönlicher Befunderhebung	61
4.3	Folgaufträge.....	61
5	Vorgehen bei Widersprüchen.....	62
6	Ergebnismitteilung	62
TEIL C: LITERATURVERZEICHNIS UND ANLAGEN		63
7	Literaturverzeichnis	63
8	Anlagen und Verweise	67
8.1	Richtlinie SAPV	67
8.2	Empfehlungen des GKV-SV nach § 132d Abs. 2 SGB V für die SAPV.....	72
8.3	Empfehlungen des GKV-SV zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der SAPV von Kindern und Jugendlichen	78
8.4	Rahmenvereinbarung stationäre Hospizversorgung	84
8.5	Vordrucke.....	95
8.5.1	Muster 63 Verordnung SAPV	95
8.5.2	Erläuterung zu Muster 63	97
8.6	Abkürzungen.....	99

TEIL A: SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG (SAPV)

1 Einleitung

Seit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) am 01.04.2007 haben Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Diese wurden geschaffen, um dem Wunsch der meisten Menschen, in Würde unter Linderung ihres Leidens und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben, besser Rechnung zu tragen. Angestrebt wurde deshalb eine Verbesserung der ambulanten Palliativversorgung.

Während Leistungen anderweitiger ambulanter palliativer Versorgungsformen in erster Linie von Haus- und Fachärzten sowie Pflegediensten ohne entsprechende Spezialisierung, ggf. unter Einbindung von Hospizdiensten, erbracht werden, handelt es sich bei der SAPV um eine spezialisierte Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen. Die SAPV richtet sich an Palliativpatienten und deren soziales Umfeld, wenn die Intensität oder Komplexität der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams notwendig macht. Entsprechend der Begründung des Gesetzgebers zum § 37b SGB V handelt es sich bei der SAPV um eine Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen, die bei Bedarf auch rund um die Uhr erbracht werden kann. Die Leistung ist primär medizinisch ausgerichtet und umfasst die Befreiung oder Linderung von Symptomen (z. B. Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Verwirrtheit und Depressionen). Der Leistungsanspruch umfasst auch die Koordinierung der einzelnen Teilleistungen. Darüber hinausgehende Begleitleistungen (z. B. Sterbebegleitung und Trauerbegleitung der Angehörigen) sind vom Leistungsanspruch nicht umfasst, sondern sind weiterhin ergänzend, z. B. von ambulanten Hospizdiensten, zu erbringen. SAPV-Leistungen können gemäß SAPV-RL in Anspruch genommen werden, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Die Leistungen sind an das Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen, die Lebenserwartung begrenzenden Erkrankung geknüpft, bei der eine besonders aufwändige Versorgung benötigt wird, um dem schwerstkranken Menschen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in seiner vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung oder den weiteren in der SAPV-RL genannten Orten zu ermöglichen. Anderweitige ambulante Versorgungsformen reichen in diesen Fällen nicht oder nur unter besonderer Koordination aus. Dabei können die SAPV-Leistungen in abgestufter Weise als Beratung, Koordination, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Versorgung erbracht werden.

Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ist es, im Auftrag der Krankenkassen zu prüfen, ob die medizinischen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen im Einzelfall vorliegen. Dabei hat sich die Begutachtung an einheitlichen Kriterien zu orientieren. Insbesondere die Abgrenzung der SAPV-Leistungen von anderen ambulanten Leistungen der Palliativversorgung sowie die sachgerechte Beurteilung des Leistungsumfangs im Rahmen der abgestuften Leistungserbringung stellen dabei besondere Anforderungen an die ärztlichen Gutachter. Um eine einheitliche sozialmedizinische Begutachtung sicherzustellen, wird in der vorliegenden Begutachtungsanleitung die Indikationsstellung zu SAPV-Leistungen differenziert dargestellt und veranschaulicht. Diese konsentrierte Begutachtungs-

anleitung ist sowohl für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung als auch für die Krankenkassen verbindlich.

2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfallbegutachtung

Grundlage der sozialmedizinischen Begutachtung von Leistungsanträgen auf SAPV sind § 37b SGB V und die SAPV-Richtlinie (SAPV-RL) des G-BA vom 20.12.2007 (in der jeweils aktuellen Fassung). Im Folgenden werden daher die wichtigsten Vorgaben des Gesetzes und der SAPV-RL für die Begutachtung erläutert. Die Originaltexte sind in den grau unterlegten Kästen voran gestellt und werden nachfolgend erläutert.

2.1 Rechtliche Grundlagen

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V):

§ 37b 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 Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches 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 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.

2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass

Die Palliativmedizin hat in den vergangenen Jahren eine stetige Entwicklung erfahren und ist immer mehr ins Bewusstsein der Öffentlichkeit und der Politik gerückt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt in der Definition aus dem Jahre 2002 Palliativmedizin als einen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit den Problemen einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dabei stehen Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art im Vordergrund.

Für die Palliativmedizin ist die Einführung des § 37b im SGB V von besonderer Bedeutung. Patienten haben hierdurch einen gesetzlichen Anspruch auf eine Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung leiden und eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Nach Maßgabe des § 37b SGB V wurde der Leistungsanspruch vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) konkretisiert.

SAPV-Richtlinie:

§ 1 Grundlagen und Ziele

(1) 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 oder familiären Umgebung zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.

(2) SAPV kann im Haushalt des schwerstkranken Menschen oder seiner Familie oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI) erbracht werden. Darüber hinaus kann SAPV auch erbracht werden

- in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 SGB XII und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 SGB VIII,
- an weiteren Orten, an denen sich der schwerstkranke Mensch in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung dauerhaft aufhält und diese Versorgung zuverlässig erbracht werden kann, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind.

(3) In stationären Hospizen besteht ein Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV, wenn die ärztliche Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund des besonders aufwändigen Versorgungsbedarfs (siehe § 4) nicht ausreicht.

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

(5) Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.

(6) Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

In § 1 der SAPV-RL werden u.a. die Ziele der Leistung und die Orte, an denen sie erbracht werden kann, festgelegt.

Die genannten Ziele sind für die Begutachtung relevant, da ein wesentlicher Begutachtungsauftrag darin besteht, festzustellen, ob diese Ziele nur durch Beteiligung der Leistungserbringer der SAPV oder bereits durch Leistungen der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen erreicht werden können.

Zu den Orten, an denen SAPV erbracht werden kann, zählen:

- der Haushalt des Patienten
- der Haushalt der Familie des Patienten, wie z.B. der Eltern, der Kinder oder der Enkelkinder
- weitere Orte, an denen sich der Patient in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung dauerhaft aufhält (wie z.B. eine Wohngemeinschaft), vorausgesetzt, dass die Versorgung an diesem Ort zuverlässig erbracht werden kann
- stationäre Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI)
- Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 SGB XII
- Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 SGB VIII
- stationäre Hospize (nur der ärztliche Leistungsanteil der SAPV)

Diese Aufzählung ist vom Gesetzgeber bewusst nicht abschließend gehalten worden, sondern soll ausweislich der Gesetzesbegründung auch die Erbringung von SAPV an anderen Orten, die als Häuslichkeit angesehen werden können, ermöglichen.

2.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung

2.3.1 Anspruchsvoraussetzungen für SAPV-Leistungen

SAPV-Richtlinie:

§ 2 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn

- sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist (§ 3)

und

- sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4) benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder an den in § 1 Abs. 2 und 3 genannten Orten erbracht werden kann.

§ 3 Anforderungen an die Erkrankung

(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 ärztlicher Einschätzung die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Der Anspruch auf SAPV-Leistungen leitet sich aus der Kombination aller Anforderungen an die Erkrankung (§ 3) und der gleichzeitig bestehenden Notwendigkeit einer besonders aufwändigen Versorgung (§ 4) ab. Das Vorliegen nur einzelner Kriterien kann den Leistungsanspruch nicht ausreichend begründen.

In § 1 der SAPV-RL ist ausgeführt, dass bei der SAPV anstelle eines kurativen Ansatzes das medizinisch-pflegerische Ziel einer einzelfallgerechten Steigerung der Lebensqualität durch Linderung von Symptomen und Leiden besteht. Die Frage, ob die Durchführung einer spezifischen Tumorthherapie (Chemo-/Strahlentherapie) und die gleichzeitige Durchführung von SAPV-Leistungen den Vorgaben der SAPV-RL entsprechen, sollte anhand der Ziele der Chemo- oder Strahlentherapie beurteilt werden. Handelt es sich bei den Therapien um Maßnahmen mit dem Ziel der Heilung der Erkrankung oder der Lebensverlängerung oder Rezidivprophylaxe, so bestehen Zweifel, ob dieses mit der gleichzeitigen Durchführung von SAPV-Leistungen zu vereinbaren ist.

Strahlentherapeutische oder andere krankheitsmodifizierende Maßnahmen können jedoch auch sinnvollerweise mit dem therapeutischen Ziel der Symptomlinderung eingesetzt werden. Die Phase der Palliativversorgung lässt sich also weniger an den verwendeten Therapiemethoden festlegen als am primären Therapieziel. Entsprechende Konstellationen können beispielsweise bei der strahlentherapeutischen Behandlung von Schmerzen durch Knochenmetastasen vorliegen. Merkmal dieser Strahlentherapie ist i. d. R., dass nur wenige Anwendungen ausreichend sind, um die symptombezogenen Ziele zu erreichen. In diesen Fällen ist eine gleichzeitige Durchführung von SAPV-Leistungen nachvollziehbar. Demnach ist die Durchführung einer Strahlen- oder Chemotherapie per se kein Ausschlussgrund für Leistungen der SAPV.

Voraussetzung für den Anspruch auf SAPV-Leistungen ist, dass sämtliche unter § 3 der SAPV-RL genannten Anforderungen an die Erkrankung additiv vorliegen. Diese sind keineswegs bei allen Patienten, die an chronischen Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium oder ausgeprägter Multimorbidität leiden (z.B. geriatrischen Patienten), erfüllt.

Wesentliche Bedingung für den Anspruch auf SAPV-Leistungen ist immer die begründete ärztliche Einschätzung, dass die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Beispielsweise können folgende Umstände diese ärztliche Einschätzung begründen (Aufzählungen nicht abschließend):

- Krankheitsstadium mit einer wahrscheinlichen Überlebensspanne von Tagen/Wochen/Monaten (s. oben)
- Progredienz im Krankheitsverlauf innerhalb von Tagen oder Wochen durch neue klinische Ereignisse, z.B.
 - Auftreten prognostisch ungünstiger Organmanifestationen (Metastasen) bei Tumorerkrankungen
 - symptomatische (maligne) Pleuraergüsse
 - Aszites
 - Meningeosis carcinomatosa
 - Blutungen
 - Funktionseinschränkungen lebenswichtiger Organe (z.B. Leber-, Niereninsuffizienz)
- Verschlechterung des Allgemeinzustandes innerhalb von Tagen oder Wochen, z.B.
 - Verschlechterung des Karnofsky-Index
 - neu aufgetretene Immobilität
 - Kachexiesyndrom
- Zunahme stark belastender Symptome innerhalb von Tagen oder Wochen, z.B.
 - Luftnot
 - (Durchbruch-) Schmerzen
 - Übelkeit/Erbrechen
 - epileptische Anfälle
 - neue oder fortschreitende Lähmungen
 - Schluckstörung, Dysphagie
 - Bewusstseinsstörungen/Delir
 - Unruhe
 - Angst

- psychotische Symptome wie Verwirrtheit, Halluzinationen
- ausgeprägte Schlafstörungen
- ausgeprägter Juckreiz

Wenn alle Anforderungen an die Erkrankung nach § 3 der SAPV-RL erfüllt sind, ist davon auszugehen, dass es sich bei dem Betroffenen um einen Palliativpatienten im oben beschriebenen Sinne handelt. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine onkologische oder um eine nicht-onkologische Erkrankung handelt.¹ Die Anforderungen nach § 3 der SAPV-RL sind damit eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für den Anspruch auf SAPV-Leistungen. Bezüglich der Besonderheiten bei Kindern wird auf Kapitel 2.4 verwiesen.

Die Abgrenzung der SAPV gegenüber den anderweitigen ambulanten Versorgungsformen ergibt sich aus § 4 der SAPV-RL.

SAPV-Richtlinie:

§ 4 Besonders aufwändige Versorgung

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 zu erreichen. Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt.

Ein Symptomgeschehen im Sinne der Richtlinie des G-BA ist dann 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

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Das Vorhandensein eines Bedarfs nach einer besonders aufwändigen Versorgung ist das wesentliche Kriterium für die Indikationsstellung für Leistungen der SAPV in Abgrenzung zur Durchführung von Leistungen der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen.²

¹ s. Berichte des G-BA an das BMG zur Evaluation der SAPV-Richtlinie.

² Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe zu dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, 2007, S. 5; GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Gesetzentwurf vom 24.10.2006, S.106: „Versicherte, die diesen besonderen Bedarf nicht aufweisen, werden weiter im Rahmen der derzeitigen Strukturen versorgt.“

Zentrale gutachterliche Aufgabe ist es daher zu überprüfen, ob der Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht. Dafür können gemäß § 4 der SAPV-RL folgende Kriterien herangezogen werden:

1. Die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes reichen nicht oder nur unter besonderer Koordination aus, um die in § 1 Abs. 1 der SAPV-RL genannten Ziele (menschenwürdiges Leben bis zum Tod in der vertrauten Umgebung, optimierte Symptomkontrolle etc.) zu erreichen. Dieses Kriterium ist nur im Kontext mit den folgenden Kriterien 2-4 zu beurteilen.
2. Es liegt ein komplexes Symptomgeschehen vor.
3. Die Behandlung des komplexen Symptomgeschehens setzt spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen voraus.
4. Die Behandlung des komplexen Symptomgeschehens muss nach einem zwischen Ärzten und Pflegefachkräften in besonderem Maße abgestimmten Konzept erfolgen.

Zu 1. „Nicht-Ausreichen der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen“:

Als anderweitige ambulante Versorgungsformen im Bereich der Palliativversorgung können insbesondere folgende Angebote angesehen werden:

- haus- und fachärztliche Versorgung³ einschließlich notwendiger Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie Heil- und Hilfsmittelversorgung
- ambulante Versorgung durch Spezialambulanzen (§ 116b SGB V)
- Versorgung durch ambulante Pflegedienste (häusliche Krankenpflege oder Leistungen nach SGB XI)
- Betreuung durch ambulante Hospizdienste
- Seelsorge
- regionale Versorgungsangebote, bei denen die ärztliche und pflegerische Versorgung durch Leistungserbringer erbracht wird, die über eine Basisqualifikation in Palliativversorgung verfügen

Alle diese ambulanten Versorgungsformen werden häufig auch unter dem Begriff „allgemeine ambulante Palliativversorgung“ zusammengefasst. Aus gutachterlicher Sicht ist diese Bezeichnung wenig hilfreich, da dem Begriff, im Gegensatz zur SAPV, keine einheitlich definierten Qualifikationsanforderungen und Strukturmerkmale zugeordnet werden können. Insofern wird empfohlen, zur Abgrenzung der SAPV, den nicht näher spezifizierten Begriff der „anderweitigen ambulanten Versorgungsformen“, wie er in der SAPV-RL gebraucht wird, zu verwenden.

Zu 2. „Komplexes Symptomgeschehen“:

Das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens stellt nach der SAPV-RL den wesentlichen Anhaltspunkt für den Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung und da-

³ ergänzende EBM-Gebührenpositionen für die palliativmedizinische Versorgung seit 01.10.2013

mit für die Indikationsstellung zur SAPV dar. Ein solches komplexes Symptomgeschehen ist grundsätzlich im Kontext mit dem klinischen Verlauf und der prognostischen Gesamtsituation zu sehen. Nur selten handelt es sich um ein monosymptomatisches Geschehen, welches so schwerwiegend ist, dass es für sich alleine diese Kriterien im Sinne der RL erfüllt. Vielmehr liegen regelhaft ineinandergreifende, sich gegenseitig ungünstig beeinflussende klinische Konstellationen und Kontextfaktoren vor, wobei eine kurzfristig variierende Symptomatik eine sehr zeitnahe Umstellung und Anpassung der Therapie erforderlich macht. Die Auflistung der Kriterien für ein komplexes Symptomgeschehen in § 4 Satz 3 der SAPV-RL ist nicht abschließend. Die Formulierung schließt andere komplexe Symptomgeschehen nicht aus.⁴

Folgende klinische Ausprägungen der in § 4 der SAPV-RL genannten Kriterien können ein komplexes Symptomgeschehen anzeigen (Aufzählungen nicht abschließend):

Ausgeprägte Schmerzsymptomatik

Zeichen einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik können z.B. sein:

- Schmerzen, die unter der laufenden Therapie nicht ausreichend gelindert werden können
- schwer behandelbarer Schmerztyp, z.B. neuropathische Schmerzen
- häufig wechselnde Schmerzintensität
- bestehende Schmerzen, die durch Kontextfaktoren massiv verstärkt werden

Hinweise auf eine besonders aufwändige Versorgung im Hinblick auf die Schmerztherapie können z.B. sein:

Notwendigkeit der

- regelmäßigen Einnahme der Schmerzmedikamente nach einem festen Zeitschema nach dem Prinzip der Antizipation einschließlich der Bedarfsmedikation und Co-Analgetika (adjuvante Therapie) mit kontrollierter Dosisanpassung unter engmaschiger Überwachung und Überprüfung der Medikamentenwirkung
- Opioidrotation oder Umstellung der Dosis bei Änderung der Applikationswege
- Kombination von unterschiedlich wirkenden Analgetika
- Anwendung eines analgetischen Behandlungsregimes, das im Rahmen der bestehenden anderweitigen ambulanten Versorgungsformen nicht durchgeführt werden kann (z.B. pumpenassistede Medikamentenapplikation verbunden mit engmaschiger Überwachung und Dosisanpassung)
- Behandlung von Nebenwirkungen, ggf. durch Begleitmedikamente

Ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik

Zeichen einer ausgeprägten neurologischen, psychiatrischen oder psychischen Symptomatik können z.B. sein:

⁴ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe zu dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, 2007, S. 5.

- stark belastende oder (rasch) progrediente Sensibilitätsstörungen
- neu auftretende oder rezidivierende epileptische Anfälle
- rezidivierende, belastende Angstzustände und/oder Panikattacken
- schwere depressive Zustände mit komplexen Symptomen wie z.B. ausgeprägter Schlaflosigkeit, ständigem Grübeln, häufigem Weinen, innerer Unruhe, Suizidgedanken
- akute oder im Tagesverlauf wechselnde Bewusstseinsstörungen bzw. delirante Zustände unterschiedlicher Ursache, z.B. bedingt durch Erhöhung des Hirndrucks, Tumorprogredienz, therapiebedingte Nebenwirkungen, metabolische Veränderungen
- akut psychotische Symptomatik
- ausgeprägter Unruhezustand

Hinweise auf eine besonders aufwändige Versorgung im Hinblick auf eine neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik können z.B. sein:

Notwendigkeit der

- speziell geschulten Gesprächsführung bei ausgeprägter Angst, Panik oder Verwirrtheits-Symptomatik
- Anwendung einer speziellen medikamentösen Kombinationstherapie
- engmaschigen Anpassung der medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungsmaßnahmen und Überwachung der Wirkung der durchgeführten Maßnahmen

Ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik

Zeichen einer ausgeprägten respiratorischen/kardialen Symptomatik können z.B. sein:

- schwer beherrschbare Luftnot unterschiedlicher Ursachen, z.B. bei nicht ursächlich zu behandelndem Lungenödem, Pleura-/Perikardergüssen, tumorbedingter Tracheal-/Bronchialkompression/-obstruktion
- therapierefraktäre Angina pectoris
- täglich oder mehrmals wöchentlich auftretende Synkopen oder Adam-Stokes-Anfälle z.B. im Rahmen rezidivierender Lungenembolien oder hochgradiger Herzrhythmusstörungen
- unstillbarer, belastender Husten mit erheblichen Auswirkungen auf den Allgemeinzustand
- Luftnot, die durch psychosoziale Faktoren stark beeinflusst wird

Hinweise auf eine besonders aufwändige Versorgung im Hinblick auf eine respiratorische/kardiale Symptomatik können z.B. sein:

Notwendigkeit der

- Erkennung der Ursachen der Dyspnoe und Auswahl entsprechender Behandlungsmaßnahmen
- Anwendung von speziellen Entspannungs- und Lagerungstechniken sowie Atemübungen bei Atemnot
- engmaschigen Anpassung der nicht-medikamentösen und medikamentösen Therapie zur Beherrschung auch von Erstickungsangst und Panik
- Anleitung von Angehörigen zu speziellen Maßnahmen der Symptomlinderung

Ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

Zeichen einer ausgeprägten gastrointestinalen Symptomatik können z.B. sein:

- therapierefraktäre Übelkeit, die eine effektive Symptomkontrolle beeinträchtigt, z.B. durch Unmöglichkeit oraler Medikamentenaufnahme
- rezidivierendes Erbrechen, das eine effektive Symptomkontrolle beeinträchtigt, z.B. durch Erbrechen eingenommener Medikamente
- rezidivierende Hämatemesis bzw. Miserere
- rezidivierende Meläna/Blutstuhl bzw. Rektalblutung
- Symptome durch massiven Aszites
- Ileus/Subileus
- ausgeprägter, belastender Singultus, Dysphagie
- ausgeprägte Obstipation

Hinweise auf eine besonders aufwändige Versorgung im Hinblick auf eine gastrointestinale Symptomatik können sein:

Notwendigkeit der

- Durchführung einer komplexen medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie gegen Übelkeit und Erbrechen
- Indikationsstellung zur Anlage einer Magensonde oder Ablauf-PEG und ggf. Durchführung spezieller entlastender Maßnahmen
- Anwendung von speziellen Entspannungs- und Lagerungstechniken

Ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden oder Tumore

Neben den körperlichen Beschwerden stellt das Vorhandensein von ausgeprägten exulzierenden unheilbaren Wunden und Tumoren für den Patienten und sein soziales Umfeld oft auch eine erhebliche psychische Belastung dar, z.B. durch einen von der Wunde ausgehenden sehr unangenehmen Geruch oder eine entstellende Wirkung.

Hinweise auf eine besonders aufwändige Versorgung im Zusammenhang mit ulzerierenden/exulzierenden Wunden oder Tumoren können sein:

Notwendigkeit der

- Durchführung eines ausführlichen Wundassessments ggf. mit der Notwendigkeit von mehrfachem Re-Assessment
- Durchführung von aufwändigen Verbandwechseln ggf. unter Verwendung spezieller Materialien, ggf. unter Anwendung einer Analgosedierung
- Anwendung von speziellen Lagerungstechniken
- Behandlung von der Wunde ausgehender Blutungen oder Infektionen
- Vorbereitung von Krisensituationen (z.B. unstillbare Blutung)
- Behandlung von Geruchsentwicklung
- Aufklärung und psychologischen Betreuung des Patienten und der Angehörigen zur Krankheitsverarbeitung

Ausgeprägte urogenitale Symptomatik

Zeichen einer ausgeprägten urogenitalen Symptomatik können z.B. sein:

- akuter Harnverhalt, z.B. mechanischer, medikamententoxischer, neurogener oder funktioneller Ursache
- Fistelbildung mit Stuhl-/Harninkontinenz
- Blutungen im Bereich der ableitenden Harnwege

Hinweise auf eine besonders aufwändige Versorgung im Hinblick auf eine urogenitale Symptomatik können sein:

Notwendigkeit der

- engmaschigen Verlaufsbeobachtung der Ausscheidungsfunktion
- kurzfristigen Katheterisierung unter erschwerten anatomischen Bedingungen

Sonstige ausgeprägte Symptomatik

- Symptome durch eine Hyperkalzämie oder andere metabolische Störungen
- ausgeprägter, belastender Pruritus, z.B. bei Ikterus oder Niereninsuffizienz
- ausgeprägter Singultus

Die vorgenannten Aufzählungen dienen der Veranschaulichung und sind nicht abschließend.

Zu 3. „Spezifische Qualifikationen“:

Im Kontext der SAPV sind mit spezifischen palliativmedizinischen und/oder palliativpflegerischen Kenntnissen und Erfahrungen die Qualifikationen gemeint, die von den spezialisierten Leistungserbringern gemäß den Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V des GKV-Spitzenverbandes nachzuweisen sind.⁵

Zu 4. „Behandlung nach abgestimmtem Konzept“:

Die Regelung hebt darauf ab, dass die Behandlung aufgrund der Komplexität des vorliegenden Symptomgeschehens nicht durch einzelne veranlasste Leistungen und Hilfsangebote, sondern durch ein interdisziplinäres Team erfolgen muss. Im Gegensatz zu Einzelleistungen, z.B. häuslicher Krankenpflege oder Maßnahmen der physikalischen Therapie, findet bei Teamleistungen regelhaft eine berufsgruppenübergreifende Behandlungsplanung und -steuerung statt. Außerdem werden die Leistungen nach einem festgelegten, berufsgruppenübergreifenden Konzept erbracht.

⁵ GKV-Spitzenverband: Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, 2012.

Aufgabe des Gutachters ist es, zu prüfen, ob Einzelleistungen ausreichend sind oder ob eine Teamleistung durch spezialisierte Leistungserbringer notwendig ist. Diese Frage stellt sich z.B. konkret bei der Abgrenzung von SAPV-Leistungen zu Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Versorgungsbedürftigkeit für SAPV-Leistungen

Für die sozialmedizinische Begutachtung kann die Versorgungsbedürftigkeit für SAPV-Leistungen auf der Grundlage der §§ 1 bis 4 der SAPV-RL wie folgt beschrieben werden:

Versorgungsbedürftigkeit für SAPV-Leistungen besteht,

- wenn eine nicht heilbare, fortschreitende Erkrankung vorliegt, die so weit fortgeschritten ist, dass die Lebenserwartung nach begründeter Einschätzung des verordnenden Arztes auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist⁶
und
- wenn die Ziele nach § 1 Absatz 1 der SAPV-RL im Rahmen der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen nicht oder nur durch besondere Koordination erreicht werden können (dies kann ggf. auf der Grundlage des bisherigen Behandlungsverlaufes beurteilt werden)
und
- wenn ein komplexes Symptomgeschehen vorliegt, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt.

Bezüglich der Besonderheiten bei Kindern siehe Kapitel 2.4.

⁶ Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.

2.3.2 Leistungsinhalte und Leistungsumfang der SAPV

SAPV-Richtlinie:

§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

(1) 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. 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) SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht. 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. Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

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

erbracht werden. 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.

Leistungsinhalte

Inhalt der SAPV kann grundsätzlich all das sein, was auch im Rahmen der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen mit palliativer Zielsetzung erbracht werden könnte.⁷ Die SAPV geht allerdings dadurch über die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen hinaus, indem sie auch folgende Inhalte einschließt:

- Beratung, Anleitung und Begleitung des verordnenden oder des behandelnden Arztes
- Beratung, Anleitung und Koordination der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen
- Koordination der einzelnen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen

Maßgeblich ist der jeweilige Versorgungsbedarf des Patienten in einem gegebenen Zeitraum. SAPV kann als zusätzliche Leistung neben den Leistungen der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen verordnet werden. Ziel ist eine flexible Leistungsübernahme durch die spezialisierten Leistungserbringer, bei der die Intensität der Leistungen nach Bedarf erweitert oder reduziert werden kann. So weisen die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V in Ziffer 3.3 darauf hin, dass der Versorgungsumfang bei einer Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf so weit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen anzustreben ist.

§ 5 Abs. 3 der SAPV-RL enthält eine nicht abschließende Auflistung von Leistungsinhalten der SAPV. Einige dieser Leistungen werden im Folgenden näher erläutert:

Die Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung erfolgt unter Einbeziehung aller für die Versorgung eines Patienten notwendigen spezialisierten und nicht spezialisierten Leistungserbringer und Berufsgruppen im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit. Zu einem multiprofessionellen Netzwerk aus spezialisierten und nicht-spezialisierten Leistungserbringern können neben dem Palliativmediziner und der Pflegefachkraft mit Palliative-Care-Weiterbildung weitere Pflegefachkräfte, Therapeuten (z.B. Physiotherapeuten), Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen, Seelsorger mit oder ohne Palliative-Care-Weiterbildung gehören. Hinzukommen können ehrenamtliche Mitarbeiter der Hospizgruppen.

⁷ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe zu dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, 2007, S. 5.

Palliativmedizinische Maßnahmen im Sinne der SAPV sind z.B.

- die Erhebung eines palliativmedizinischen Assessments unter besonderer Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte der Patienten und Angehörigen
- die Erhebung von Anamnese und Befund im Hinblick auf die palliative Versorgungssituation und auch mit dem Ziel, festzustellen, in welchem Umfang SAPV-Leistungen erforderlich oder anderweitige ambulante Versorgungsformen ausreichend sind
- die Festlegung eines speziellen Behandlungsplans zur Kontrolle des komplexen Symptomgeschehens
- die Erstellung eines speziellen medikamentösen Behandlungsplans nach festem Zeitintervall mit individueller Dosis und Dosisanpassung
- die vorausschauende Planung und Dokumentation von Maßnahmen zur Krisenintervention
- die Anregung/Einleitung weiterer Maßnahmen (z.B. Heilmittelversorgung, psychologische Begleitung, palliative Bestrahlung)
- die spezielle Aufklärung der Patienten und deren Angehörigen über Zustand, Prognose, mögliche Krisen und Verläufe (Antizipation)
- die Unterstützung und Beratung bei Entscheidungen über kausale und symptomatische Therapien sowie über Therapieänderung einschließlich eventueller Therapiebegrenzung (Reanimation, Krankenhauseinweisung)
- die Behandlung der therapiebedingten Begleitsymptome
- Indikationsstellung und Einleitung apparativer bzw. invasiver Behandlungsmaßnahmen (Medikamenten- und Infusionspumpen, Sauerstoffgeräte, Absaugvorrichtungen, Sonden und Drainagen)
- die Beratung zur künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der letzten Lebensphase
- die palliative ärztliche Behandlung von ausgeprägten exulzierenden Tumoren und Wunden
- die Behandlung in der Finalphase und ggf. terminale Sedierung unter Berücksichtigung der ethischen Grundsätze und des Patientenwillens einschließlich Begleitung der Sterbenden und der Angehörigen

Palliativpflegerische Maßnahmen im Sinne der SAPV sind z.B.

- die Erhebung der palliativpflegerischen Probleme
- die Erstellung eines individuellen Pflegeplans unter Berücksichtigung des ausgeprägten komplexen Symptomgeschehens
- die Sicherstellung der Umsetzung und Kontrolle der ärztlichen palliativpflegerischen Anweisungen
- die Durchführung einer spezialisierten Schmerzbehandlung durch Medikamentengabe nach vorgegebenem ärztlichen Behandlungs- und Behandlungsplan
- die Erfassung und Dokumentation körperlicher und psychischer Symptome für eine patientenorientierte, zeitabhängige, ggf. täglich anzupassende Therapie
- die fachgerechte Versorgung von Problemwunden und krankhaften Körperöffnungen, deren Pflege über die Versorgung reizloser Stomata hinausgeht (große OP-Wunden, Geschwüre, Infektionen der Haut und Schleimhäute, Fisteln)

- die Krankenbeobachtung v.a. im Hinblick auf die Bedürfnisse des Patienten und zur frühzeitigen Erkennung bzw. Vorbeugung krisenhafter Situationen bezüglich der Einleitung weiterer Maßnahmen
- die Krisenintervention bei akuter Symptom-Dekompensation, ggf. in Absprache mit dem Palliativarzt des SAPV-Teams oder mit Einbeziehung anderer Berufsgruppen
- die Koordination notwendiger ärztlicher Hausbesuche, ggf. Anregung einer Neuverordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln
- die sach- und fachgerechte Anwendung technischer Hilfsmittel (z.B. Schmerzpumpen, Infusionspumpen, Portsysteme) nach Anleitung und Einweisung durch den Palliativarzt des SAPV-Teams
- die Anleitung des Patienten, seiner Angehörigen oder Pflegepersonen zur Durchführung spezieller therapeutischer Maßnahmen
- die Anleitung und Unterstützung von Angehörigen und involvierten Pflegefachkräften bei der Durchführung spezieller palliativpflegerischer Maßnahmen

Die Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft „rund um die Uhr“ für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der für die SAPV erforderlichen Maßnahmen wird durch den spezialisierten Leistungserbringer gewährleistet. Die alleinige Rufbereitschaft „rund um die Uhr“ ist nicht verordnungsfähig.

Die Organisation regelmäßiger Teambesprechungen unter Teilnahme aller involvierten Professionalitäten dient dem Informationsaustausch im Team und der Überprüfung und ggf. Anpassung des individuellen Behandlungsplans.

Leistungsumfang

SAPV-Leistungen ergänzen das bestehende Versorgungsangebot. Es handelt sich dabei um Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung gemäß SGB V. Andere Sozialleistungsansprüche (z.B. SGB XI-Leistungen) bleiben unberührt.⁸

SAPV wird grundsätzlich als ergänzende Leistung neben der bestehenden Versorgung erbacht, d.h., die SAPV und damit die Entscheidung für eine vorwiegend auf Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität ausgerichtete Versorgung verdrängt nicht den Anspruch auf Leistungen der sonstigen Versorgung. Allerdings sind Doppelleistungen ausgeschlossen. Ein und dieselbe konkrete Leistung kann nicht gleichzeitig Bestandteil der allgemeinen Versorgung und der SAPV sein.⁹

Hinweis:

In einigen Verträgen nach § 132d Abs. 1 SGB V wird auf die Unterscheidung zwischen additiv unterstützender Teilversorgung und vollständiger Versorgung verzichtet. Die in diesen Verträgen mit dem Ziel der qualitätsgesicherten und bedarfsgerechten Versor-

⁸ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, 2007, § 1 Absatz 4.

⁹ GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), Gesetzentwurf vom 24.10.2006, S. 106: „Soweit Schnittmengen zwischen vertragsärztlicher Versorgung und der Versorgung im Übrigen entstehen, sind Doppelabrechnungen auszuschließen.“

gung sowie leistungsgerechten Vergütung vereinbarten Regelungen müssen demnach nicht der Systematik der Verordnung der Leistungen folgen.

Im Folgenden wird der unterschiedliche Leistungsumfang, in dem SAPV erbracht werden kann, erläutert. Grundlage der Begutachtung ist der Inhalt der Verordnung.

Beratungsleistung

Bei der Beratungsleistung im Sinne der SAPV-RL handelt es sich auf der Grundlage von Anamnese und Befund vor allem um die

- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod,
- spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung.

Im Rahmen der Beratungsleistung kann u.a. geklärt werden, ob der Versicherte über die Beratung hinaus SAPV-Leistungen benötigt oder ob die Leistungen der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen im Weiteren ausreichend sind (Erhebung im Rahmen eines palliativmedizinischen Basisassessments).¹⁰ Die Beratungsleistung kann bei Bedarf wiederholt werden, z.B. im Rahmen eines telefonischen bzw. persönlichen Gespräches mit dem Versicherten, seinen Angehörigen/Bezugspersonen oder einem nicht-spezialisierten Leistungserbringer.

Bei der Frage, ob der als spezialisierter Leistungserbringer tätige Arzt oder die Pflegefachkraft – wenn nur eine Beratungsleistung verordnet wurde – um die Beratung zu erbringen, mit dem zu versorgenden Versicherten einmal persönlich Kontakt gehabt/ihn untersucht haben muss, ist das Beratungsziel zu berücksichtigen. Sofern der die SAPV-Leistung verordnende Arzt oder ein Leistungserbringer der Primärversorgung zu gezielten Fragestellungen (z.B. zur speziellen Wundversorgung oder Schmerzbehandlung) beraten werden soll, setzt dies voraus, dass sich der SAPV-Leistungserbringer vor Ort von der Versorgungssituation selbst ein Bild gemacht hat und ein persönlicher Kontakt mit dem Patienten erfolgt ist.

Koordination der Versorgung

Bei der Koordination der Versorgung im Sinne der SAPV-RL handelt es sich auf der Grundlage von Anamnese und Befund um die

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit.

Nachdem festgestellt wurde, dass SAPV-Leistungen notwendig sind und der Versicherte (ggf. seine Angehörigen und weitere Leistungserbringer) über die individuell erforderlichen Maßnahmen informiert wurde, koordinieren die spezialisierten Leistungserbringer die individuell erforderlichen palliativmedizinischen und palliativpflegerischen sowie psychosozialen Leistungen und Angebote. Die einzelnen Maßnahmen werden in der Regel von den Leis-

¹⁰ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.: DGP Dokumentationshilfen, 2009.

tungserbringern der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen, z.B. Haus- und Fachärzten, Psychologen, Pflegediensten, Apotheken, Therapeuten (z.B. Physiotherapeut), Sozialarbeitern, Seelsorgern oder ambulanten Hospizdiensten erbracht. Koordinationsleistungen können demnach nur erbracht werden, wenn weitere Berufsgruppen in die Versorgung einbezogen sind.

Die Koordination der Versorgung kann bei Bedarf wiederholt werden, falls zwischenzeitlich eine geänderte Situation eingetreten ist, die eine erneute Koordination erfordert.

Additiv unterstützende Teilversorgung

Die additiv unterstützende Teilversorgung beinhaltet auf der Grundlage von Anamnese und Befund die Beratung und ggf. die Koordination der Versorgung.

Merkmale der additiv unterstützenden Teilversorgung sind:

- Additiv unterstützende Teilversorgung ist notwendig, wenn die Möglichkeiten der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen nur zum Teil ausreichen, um die Ziele gemäß § 1 Abs. 1 der SAPV-RL zu erreichen.
- Im Rahmen der additiv unterstützenden Teilversorgung können einzelne oder mehrere Leistungen/Leistungsinhalte der SAPV (vgl. SAPV-RL § 5 Absatz 3) durch den spezialisierten Leistungserbringer durchgeführt werden.
- Bei der additiv unterstützenden Teilversorgung werden palliativmedizinische und/oder -pflegerische Maßnahmen im Rahmen von Hausbesuchen direkt am Patienten erbracht.
- Bei der additiv unterstützenden Teilversorgung sind außer dem spezialisierten Leistungserbringer noch weitere ärztliche oder pflegerische Leistungserbringer regelmäßig in die Palliativversorgung des Patienten einbezogen.

Die Verordnung additiv unterstützender Teilversorgung ist in der Regel nachvollziehbar, wenn aus der Verordnung hervorgeht, dass im Verordnungszeitraum intermittierend oder regelmäßig

- eine Behandlung am Patienten notwendig ist, die spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinäres Konzept voraussetzt,
- ein Teil der notwendigen palliativen Maßnahmen weiterhin im Rahmen der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen erbracht wird.

Die Verordnung additiv unterstützender Teilversorgung kann nicht nachvollzogen werden, wenn z.B.

- die näheren Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV nicht erkennen lassen, dass der Versorgungsbedarf über eine Beratung und Koordination hinausgeht,
- z.B. wenn „Optimierung der Schmerzmedikation“ als einzige notwendige Maßnahme angegeben wird und nicht erkennbar ist, dass es sich um eine komplexe Problematik (z.B. mixed-pain Symptomatik) handelt,

- bei Folgeverordnungen eine Stabilisierung im Krankheitsverlauf dokumentiert ist und davon ausgegangen werden kann, dass die notwendige Versorgung wieder im Rahmen der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen erbracht werden kann.

Vollständige Versorgung

Die vollständige Palliativversorgung beinhaltet auf der Grundlage von Anamnese und Befund die Beratung und ggf. die Koordination der Versorgung.

Merkmale der „vollständigen Versorgung“:

- Die vollständige Palliativversorgung ist notwendig, wenn die Möglichkeiten der anderweitigen ambulanten Palliativversorgungsformen auch unter Einbeziehung von Beratung, Koordination und additiv unterstützender Teilversorgung nicht ausreichen, um die Ziele gemäß § 1 Abs. 1 der SAPV-RL zu erreichen.
- Im Rahmen der vollständigen Palliativversorgung müssen alle individuell notwendigen Leistungen/Leistungsinhalte der SAPV (vgl. SAPV-RL § 5 Absatz 3) durch den spezialisierten Leistungserbringer durchgeführt werden.
- Bei der vollständigen Palliativversorgung werden die palliativmedizinischen und/oder palliativpflegerischen Maßnahmen im Rahmen von Hausbesuchen direkt am Patienten erbracht.

Die Verordnung von vollständiger Palliativversorgung ist in der Regel nachvollziehbar, wenn aus der Verordnung hervorgeht, dass im Verordnungszeitraum

- eine Behandlung am Patienten notwendig ist, die spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinäres Konzept voraussetzt,
- die individuell notwendigen palliativen Maßnahmen auch nicht teilweise im Rahmen der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen erbracht werden können,
- die palliativärztliche und -pflegerische Versorgung im Sinne der SAPV-RL ausschließlich durch die spezialisierten Leistungserbringer erbracht werden muss, z.B.
 - bei Vorliegen einer ausgeprägten Symptomatik im Bereich einer oder mehrerer Organsysteme (z.B. Schmerzen und Dyspnoe und Übelkeit/Erbrechen),
 - bei besonders dynamischem Krankheitsverlauf oder besonderen apparativen Maßnahmen.

Die Verordnung von vollständiger Palliativversorgung kann nicht nachvollzogen werden, wenn z.B.

- die näheren Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV nicht erkennen lassen, dass der Versorgungsbedarf über eine additiv unterstützende Teilversorgung hinaus geht,
 - z.B. wenn „tägliche Hausbesuche“ als einzige notwendige Maßnahme angegeben sind,
- bei Folgeverordnungen eine Stabilisierung im Krankheitsverlauf dokumentiert ist und davon ausgegangen werden kann, dass die notwendige Versorgung wieder im Rahmen

der additiv unterstützenden Teilversorgung oder der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen erbracht werden kann.

2.3.3 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

SAPV-Richtlinie:

§ 7 Verordnung von SAPV

(1) SAPV wird von der behandelnden Vertragsärztin oder von dem behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe der Richtlinie SAPV verordnet. 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. 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, in der Regel jedoch längstens 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.

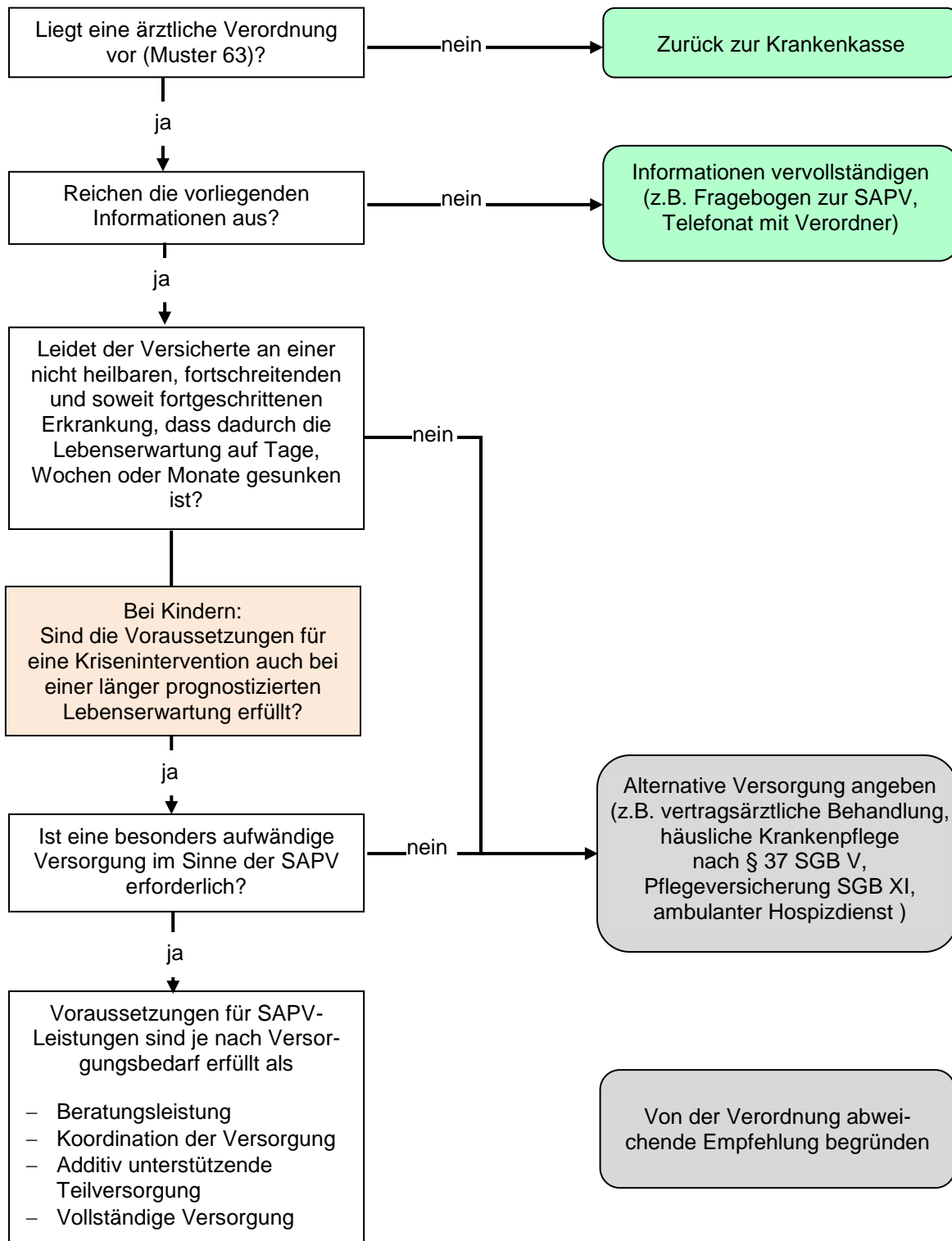
Die Verordnung von SAPV-Leistungen erfolgt unter Verwendung des Musters 63.

Aus der Verordnung müssen folgende Angaben hervorgehen:

- die verordnungsrelevante(n)/leistungsbegründende(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung, dass eine nicht heilbare, fortschreitende und weit fortgeschrittene Erkrankung mit verkürzter Lebenserwartung vorliegt
- welches komplexe Symptomgeschehen konkret besteht als Begründung für die Notwendigkeit der SAPV
- nähere Angaben zu den individuell notwendigen Maßnahmen der SAPV gemäß Verordnungsvordruck

2.3.4 Algorithmus zur SAPV

Der Gutachter stellt nach dem folgenden Algorithmus fest, ob die medizinisch-pflegerischen Voraussetzungen für SAPV-Leistungen vorliegen.



2.3.5 Dauer der verordneten SAPV-Leistungen

Bei der Beurteilung der verordneten Leistungsdauer der SAPV sind folgende Aspekte zu beachten:

- Es gibt keine gesetzliche Vorgabe, die die Leistungsdauer der SAPV auf eine genaue Anzahl von Tagen, Wochen oder Monaten begrenzt. Die verordnete Dauer der SAPV ist nicht mit der prognostizierten Lebenserwartung gleichzusetzen, sondern entspricht dem voraussichtlichen Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung.
- Verordnungen, die von Krankenhausärzten ausgestellt werden, gelten in der Regel jedoch längstens für 7 Tage. Danach muss ggf. ein Vertragsarzt eine Folgeverordnung ausstellen. Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass die Begrenzung auf 7 Tage zu kurz ist, etwa dann, wenn ein Palliativpatient mit einer Lebenserwartung von nur wenigen Tagen aus dem Krankenhaus entlassen wird und SAPV erhält. In diesen Fällen ist es kaum zumutbar, nach 7 Tagen – unter Umständen in der akuten Sterbephase – noch eine Anschlussverordnung eines Vertragsarztes einzuholen. In diesen Fällen ist eine längere Verordnungsdauer durch den Krankenhausarzt möglich.

Auf der Grundlage der bisher vorliegenden Erfahrungen sind nachfolgende Verordnungszeiträume in der Regel als „nachvollziehbar“ anzusehen. Diese Erfahrungswerte sind jedoch nicht verbindlich, sondern geben Erfahrungszeiträume an, in denen sich häufig Veränderungen im Krankheitsverlauf oder der Versorgungssituation eingestellt haben, die eine Neubewertung von Leistungsumfang und -dauer – ggf. im Rahmen einer Folgeverordnung – sinnvoll erscheinen lassen. Vor diesem Hintergrund können die Erfahrungswerte als Orientierungswert herangezogen werden. Angesichts der Dynamik des Krankheitsgeschehens und interindividuell sehr unterschiedlicher Krankheitsverläufe ist jedoch immer eine einzelfallbezogene Beurteilung erforderlich.

- | | |
|--|---------------|
| • Beratungsleistung: | bis zu 7 Tage |
| • Beratungs- und Koordinationsleistung: | 7 bis 14 Tage |
| • additiv unterstützende Teilversorgung: | 28 Tage |
| • vollständige Versorgung: | 28 Tage |

Auch bei der Beurteilung von Folgeverordnungen ist eine vollständig ausgefüllte Verordnung (Muster 63) unabdingbar, aus der nähere Angaben zum komplexen Symptombeschehen sowie zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV hervorgehen.

Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen. Wenn im weiteren Verlauf anderweitige ambulante Versorgungsformen ausreichend sind, liegen die Voraussetzungen für SAPV-Leistungen nicht mehr vor.¹¹

¹¹ GKV-Spitzenverband: Empfehlungen nach § 132d Abs.2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, 2012, Ziffer 3.2.

Anmerkung zur Leistungsdauer:

Eine Erkrankung ist nach § 3 Abs. 3 Satz 1 SAPV-RL 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. Die geforderte Begrenzung der Lebenserwartung lässt sich nicht auf eine bestimmte Anzahl von Monaten beziehen.

Nicht zuletzt mangels valider Instrumente zur Abschätzung der Lebenserwartung wurde bei der Ausgestaltung der SAPV-RL bewusst auf die Nennung eines festen Zeitfensters für die Lebenserwartung verzichtet. Stattdessen wird als Grundlage der Verordnung eine begründete Einschätzung des verordnenden Arztes zur begrenzten Lebenserwartung gefordert, ohne dass diese konkret auf der Verordnung anzugeben ist. Diese Regelungen entsprechen der Gesetzessystematik. Die Anforderungen an die Erkrankungen dienen lediglich der grundlegenden Kennzeichnung des ggf. anspruchsberechtigten Personenkreises. Die zusätzliche und für den Einzelfall wesentliche Anspruchsvoraussetzung und damit auch das maßgebliche Kriterium für die Bestimmung des Anspruchszeitraums ist hingegen das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens mit dem SAPV-spezifischen Versorgungsbedarf. Starre Vorgaben für einen feststehenden Anspruchszeitraum vor dem Tod des Versicherten wären mit dieser Systematik nicht zu vereinbaren.

Wenn bei Erstverordnungen von SAPV mehrere Monate verordnet werden, sollte die Plausibilität hinterfragt werden. Auch wenn im Einzelfall nach der vorgenannten Systematik ein Leistungsbezug für solche Zeiträume nicht ausgeschlossen ist, dürfte eine prognostische Einschätzung, dass über den gesamten Zeitraum ein komplexes Symptomgeschehen mit dem SAPV-spezifischen Versorgungsbedarf besteht, mit der gleichen Schwierigkeit behaftet sein wie die Abschätzung der Lebenserwartung.

2.3.6 Alternative Versorgungsmöglichkeiten

In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vom 25.06.2010 wird unter § 5 (2) unter anderem Folgendes ausgeführt:

SAPV-Richtlinie:

§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

(2) (...) SAPV wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. 4), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht,...

Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot durch Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste.

In Fällen, in denen die Durchführung von SAPV-Leistungen nicht empfohlen werden kann, weil die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt sind, sind ggf. andere Leistungen notwendig. In diesen Fällen sind alternative Versorgungsmöglichkeiten zu benennen.

Das bestehende Gesundheitssystem bzw. das ambulante Versorgungsangebot bietet für schwerstkranke und lebenslimitiert erkrankte Menschen zahlreiche Versorgungsmöglichkeiten und Hilfsangebote, die im Rahmen nicht spezialisierter anderweitiger ambulanter Versorgungsformen durchgeführt werden können:

- vertragsärztliche Versorgung
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 SGB V)
- Versorgung mit Heilmitteln (§ 32 SGB V)
- Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 33 SGB V)
- häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)
- ambulante Behandlung am Krankenhaus (§ 116b SGB V)
- Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI)
- ambulante Hospizdienste (§ 39a Abs. 2 SGB V)
- Selbsthilfegruppen
- Seelsorge

Bei individueller Notwendigkeit und Indikation können zum Tragen kommen:

- vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
- stationäre Hospizleistungen (§ 39a Abs. 1 SGB V)
- akutstationäre Krankenhausbehandlung auf einer Palliativstation (§ 39 SGB V)

Leistungen der häuslichen Krankenpflege, insbesondere Maßnahmen der speziellen Krankenbeobachtung und der außerklinischen Intensivpflege^{12 13}, sind gegenüber den Leistungen der SAPV abzugrenzen. Diese Leistungen schließen sich jedoch grundsätzlich nicht gegenseitig aus.

Zu den Besonderheiten bei Kindern siehe Kapitel 2.4.

¹² Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Häusliche Krankenpflege Richtlinie, Stand 2013.

¹³ SEG 2 - Grundsatzstellungnahme „Abgrenzung von Intensivpflegepatienten in der Häuslichkeit“ SEG 2 (Stand Oktober 2007).

2.4 SAPV bei Kindern

2.4.1 Besonderheiten der Palliativversorgung im Kindesalter

In der SAPV-RL wird neben den für alle betroffenen Patienten geltenden Kriterien hinsichtlich der Betreuung von Kindern folgendes ausgeführt:

SAPV-Richtlinie:

§ 1 Grundlagen und Ziele

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

Um diese allgemein gehaltene Vorgabe der SAPV-RL für die Begutachtung zugänglich zu machen, werden im Folgenden die Hintergründe, aus denen die besonderen Belange von Kindern abgeleitet werden können, vertieft dargestellt.

Die IMPaCCT-Gruppe (International Meeting for Palliative Care in Children, Trento) der European Association for Palliative Care (EAPC) hat in einem Definitionsansatz für den palliativmedizinischen Bedarf von Kindern lebenslimitierende Erkrankungen als solche definiert, die meist zu einem vorzeitigen Tod führen. Davon abgegrenzt werden lebensbedrohliche Erkrankungen, bei denen ein vorzeitiger Tod sehr wahrscheinlich, jedoch auch ein Überleben bis ins Erwachsenenalter hinein möglich ist.

Dabei wurden die Erkrankungen der Kinder, welche eine palliativmedizinische Versorgung benötigen, in vier Gruppen unterteilt (Grundlage ACT: A guide to the development of childrens palliative care services der Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their families, 2003).¹⁴

Gruppe 1

- Erkrankungen mit potentiell kurativer Therapie, z.B. onkologische Erkrankung mit ungewissem Ausgang

Gruppe 2

- Erkrankungen, bei denen der frühzeitige Tod unvermeidbar ist
- mögliche positive Beeinflussung des Verlaufes durch Therapien, z.B. Mukoviszidose

Gruppe 3

- fortschreitende Erkrankungen ohne kurative Therapiemöglichkeiten, z.B. Muskeldystrophie Typ Duchenne

Gruppe 4

- irreversible, jedoch nicht progrediente Erkrankungen
- regelhafte Komplikationen mit Wahrscheinlichkeit eines frühen Todes, z.B. schwere Zerebralpareesen, Mehrfachbehinderung nach Trauma

Die international gebräuchlichen Definitionen der pädiatrischen Palliativversorgung (WHO, IMPaCCT) verfolgen insgesamt weitreichendere Zielstellungen. Insbesondere stellt die ganzheitliche Betrachtung des gesamten Familiengefüges einen wesentlichen Aspekt dar.

¹⁴ Zernikow, Hechler: IMPaCCT- Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa, 2008.

Daran knüpft sich auch die Forderung nach einer möglicherweise phasenhaften, sich zum Teil über Jahre erstreckenden Versorgung an, da viele Erkrankungen im Kindesalter mit der Möglichkeit zu Todesnähe und Sterben potentiell progredient verlaufen und ein unheilbares oder fortgeschrittenes Stadium erreichen können.

Die vorgenannten Definitionsansätze der IMPaCCT-Gruppe zu palliativmedizinischen Versorgungsaspekten dienen der Veranschaulichung der Problematik im Kinderbereich, eignen sich jedoch nicht zur Abgrenzung der konkreten Voraussetzungen der SAPV, welche sich aus den gesetzlichen Grundlagen und denen der SAPV-RL ableiten.

Insbesondere bei Vorliegen einer Grunderkrankung aus der IMPaCCT-Gruppe 4 sind im Einzelfall die Voraussetzungen für eine SAPV unter der Indikationsvoraussetzung einer fortschreitenden Erkrankung gemäß SAPV-Richtlinie dezidiert zu reflektieren.

Hier geben die Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen vom 12.06.2013¹⁵ folgende Hinweise:

„Zudem können Kinder und Jugendliche mit komplex neurologischen Erkrankungen Anspruch auf SAPV haben. Dies gilt auch dann, wenn die neurologische Grundkrankheit (z.B. perinatale Hirnschädigung) nicht als fortschreitend zu bewerten ist, wohl aber die daraus entstehenden Folgeerkrankungen wie Zerebralparese, zerebrale Krampfanfälle, Schluckstörung und restriktive Ventilationsstörung ...beständig an Schwere zunehmen.“

Im Rahmen der Begutachtung von SAPV-Verordnungen im Kindesalter sind weitere zielgruppenspezifische Besonderheiten zu beachten.

Die physiologischen/altersspezifischen Entwicklungsschritte in den einzelnen Phasen der Kindheit einschließlich unterschiedlicher Kommunikationsfähigkeit hinsichtlich Erkrankung und Tod sowie die altersabhängigen Vorstellungen vom Tod sind zu beachten.

Es besteht ein großes Spektrum spezifisch pädiatrischer lebenslimitierender Erkrankungen, die infolge der jeweiligen Krankheitsverläufe möglicherweise eine längere Leistungsdauer oder in mehreren Phasen SAPV im Sinne von Kriseninterventionen erfordern können.

Insbesondere bei den sehr seltenen Erkrankungen (gerade aus dem nicht-onkologischen Bereich) fehlen häufig valide Statistiken bzw. liegen kaum Erfahrungswerte über die Prognose bzw. Prävalenz lebenslimitierender einzelner Krankheitssymptome vor. Verlässliche epidemiologische Daten hinsichtlich der Anzahl von Kindern mit einer lebenslimitierenden Erkrankung liegen nicht vor.

Die Einschätzung des ungefähren Todeszeitpunktes ist somit noch schwieriger als bei Erwachsenen.

Auch bei dem Übergang von Kindern in das Erwachsenenalter können lebenslimitierende Erkrankungen, welche in der Kindheit diagnostiziert wurden, weiterhin hohe therapeutische Anforderungen (auch im Hinblick auf eine sachgerechte und altersgerechte palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung) stellen.

¹⁵ GKV-Spitzenverband, Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen vom 12.06.2013.

Der familiäre, insbesondere elterliche Kontext sowie kulturelle/spirituelle Sichtweisen sind in die Betreuung einzubeziehen.

Des Weiteren bestehen spezielle Anforderungen an eine weitgehend kindgerechte Entwicklung, z.B. Realisierung eines Schulbesuches bzw. Möglichkeit kindgerechter Aktivitäten.

2.4.2 Notwendigkeit einer Krisenintervention im Kindesalter

SAPV-Richtlinie:

§ 3 Anforderungen an die Erkrankung

- (3) Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.

Wie im Erwachsenenalter sind die in § 2 und § 3 der SAPV-RL genannten Voraussetzungen auch für das Kindesalter obligat, d.h. insbesondere das Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch die Lebenserwartung begrenzt ist.

Zusätzlich können bei Kindern entsprechend § 3 Abs. 3 die Voraussetzungen für eine SAPV auch als Krisenintervention bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt sein.

Die Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen vom 12.06.2013 stellen klar, dass die Versorgung mittels SAPV für Kinder und Jugendliche bereits ab Diagnosestellung einer lebenslimitierenden Erkrankung möglich und die intermittierende Versorgung nicht auf die letzten Lebenstage beschränkt ist.

Eine Krisenintervention im Sinne der SAPV-RL kann im Kindesalter zum Beispiel unter folgenden Umständen notwendig sein (Aufzählung nicht abschließend):

1. Erstdiagnose einer lebenslimitierenden Erkrankung ohne kurative oder rehabilitative Behandlungsmöglichkeiten bei noch nicht absehbarem Lebensende – insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer Beratung der Eltern, bei Bedarf des Kindes und des Hausarztes über mögliche palliativmedizinische oder palliativpflegerische Maßnahmen
2. rascher Progress einer lebenslimitierenden Erkrankung mit tiefgreifenden Veränderungen in der Behandlung ohne Aussagemöglichkeiten zur noch verbleibenden Lebenszeit – neben einer Beratung können hier auch die Koordination neu einzuführender palliativmedizinischer/-pflegerischer Maßnahmen und bei Bedarf für einen begrenzten Zeitraum auch eine additiv unterstützende Teilversorgung durch spezialisierte Leistungserbringer der SAPV notwendig sein
3. Realisierung des möglichen Lebensendes nach Überwindung einer interkurrent lebensbedrohlichen Verschlechterung der schon länger bestehenden lebenslimitierenden Erkrankung – insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer Beratung bezüglich der Notwendigkeit therapeutischer Interventionen bzw. eines palliativen Ansatzes bei einer erneuten lebensbedrohlichen Verschlechterung des Krankheitsbildes – dieses inkludiert auch eine Thematisierung des Umgangs mit Sterben und Tod

4. Vorliegen einer lebensbedrohlichen Verschlechterung des Krankheitsbildes mit potentiell jedoch erhaltener Hoffnung eines Überlebens – neben einer Beratung können hier auch die Koordination von nur in dieser Krankheitsphase notwendigen palliativmedizinischen/-pflegerischen Maßnahmen und bei Bedarf für einen begrenzten Zeitraum auch eine additiv unterstützende Teilversorgung durch spezialisierte Leistungserbringer der SAPV notwendig sein

Kinder mit lebenslimitierenden oder lebensbedrohlichen Erkrankungen erhalten größtenteils bereits umfassende therapeutische und/oder psychosoziale Unterstützung (siehe Kapitel 2.4.3 „Alternative Versorgungsmöglichkeiten“). SAPV kann somit im Rahmen einer ggf. notwendigen Krisenintervention als zusätzlich phasenweise erforderliche Leistung indiziert sein, ohne entsprechende Alternativen zu ersetzen. Die Domäne in der Betreuung und Führung dieser Kinder findet sich oft bei fachpädiatrischen Spezialisten in Bezug auf das zugrunde liegende Krankheitsbild. Die Involvierung palliativmedizinischer bzw. palliativpflegerischer Kompetenz in Form einer SAPV setzt, wie oben dargestellt, eine besondere Gesamtsituation voraus.

Die Notwendigkeit einer Krisenintervention bei lebenslimitierender Erkrankung im Kindesalter ist in solchen Krankheitsphasen zu erwarten, welche einer besonders aufwändigen Versorgung, d.h. insbesondere eines multiprofessionellen, interdisziplinären und palliativen Ansatzes, bedürfen und zusätzlich ein komplexes Symptomgeschehen im Sinne der SAPV-RL aufweisen.

Entsprechend der vom G-BA definierten tragenden Gründe zur SAPV-RL ist, da keine letztgültig validen Instrumente zur Abschätzung der Lebenserwartung vorliegen, insbesondere die begründete Einschätzung des verordnenden Arztes zur Entscheidungsfindung über die Notwendigkeit einer SAPV heranzuziehen.

Bei unklarer Prognose mit weit differierenden Interventionsmöglichkeiten sollte sich der Arzt am anzunehmenden Willen des Kindes orientieren.

Über die zu erwartende Restlebenszeit darf dem Arzt keine verbindliche Aussage zugemutet werden.

Bezüglich der im Kindesalter möglichen Krisenintervention sollten beim Übergang in das Erwachsenenalter im Einzelfall sozialmedizinische Empfehlungen gegeben werden, die den jeweiligen individuellen Behandlungsbedürfnissen Rechnung tragen.

Dies betrifft z.B.

- voranschreitende Erkrankungen mit deutlicher Verschlechterung der Symptompräsenz im jungen Erwachsenenalter (z.B. fortschreitende Muskelerkrankungen wie M. Duchenne, Mukoviszidose)
- onkologische Erkrankungen, welche im jugendlichen Alter beginnen, jedoch erst im frühen Erwachsenenalter ein nicht mehr behandelbares Rezidiv aufweisen (z.B. maligne Knochentumore)

In diesem Zusammenhang geben die Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen vom 12.06.2013 folgende Hinweise:

„Wenn ein Krankheitsbild aus dem Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin vorliegt und die Versorgung durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer in der Vergangenheit erfolgt ist, ist eine Weiterversorgung durch diese Leistungserbringer in der Regel auch über das 18. Lebensjahr möglich. Dies kann im Einzelfall auch möglich sein, wenn ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters jenseits des 18. Lebensjahres auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt.“

Die medizinische Indikation und somit die Notwendigkeit von SAPV ergibt sich unabhängig vom Alter des Betroffenen aus der aktuellen krankheitsbezogenen palliativen Gesamtsituation, dem Schweregrad des Symptomkomplexes und dem individuellen Verlauf bei besonders aufwändigem Versorgungsbedarf.

In Bezug auf den pädiatrischen Einzelfall ist von einer Inhomogenität der Krankheitsbilder mit unterschiedlichen Phasenverläufen auszugehen, weshalb keine allgemein gültigen Empfehlungen zur Leistungsdauer der SAPV möglich sind. Auch wiederholte Leistungen können bei lebenslimitierenden Krankheiten mit krisenhaften Episoden erforderlich sein.

Die zielgruppenspezifischen Besonderheiten (z.B. „Krisenintervention“) finden inhaltlich im Muster 63 kein Korrelat. Dieses gilt für alle Versicherten ohne Spezifizierung einer Altersgruppe.

Die medizinische Notwendigkeit der SAPV definiert sich prioritär über die besonders aufwändige Versorgung (ausgeprägter Symptomkomplex) und die interdisziplinär erforderlichen palliativen Interventionen. Unter ganzheitlicher Betrachtungsweise sollte ergänzend die Beachtung von persönlichen, familiär bestehenden Förderfaktoren und Barrieren einfließen.

In den Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V für die SAPV findet sich unter Ziffer 3.3 im Hinblick auf die Leistungsdauer und Indikationsstellung folgende Aussage:

„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.“

2.4.3 Alternative Versorgungsmöglichkeiten bei Kindern

Die SAPV ist ein ergänzendes Versorgungsangebot der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Liegen im Einzelfall die Voraussetzungen für SAPV nicht vor, kann sich bei der sozialmedizinischen Begutachtung die Frage alternativer Versorgungsmöglichkeiten stellen.

Das bestehende Gesundheitssystem bietet für Kinder und Jugendliche mit lebensbedrohlichen sowie chronischen und zum Teil lebensphasenübergreifenden, aber lebenslimitierenden Erkrankungen u.a. entsprechende leitliniengerechte Interventionen und Versorgungsmöglichkeiten:

- vertragsärztliche Versorgung
- Spezialambulanzen entsprechend § 116b SGB V
- Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)
- häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
- sozialmedizinische Nachsorge (§ 43 SGB V)

- Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V
- stationäre Rehabilitationsleistungen (§ 40 SGB V)
- Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI)
- Selbsthilfegruppen

In diesem Zusammenhang ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die durch das SAPV-Team zu gewährleistende Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft der Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen dient (vgl. § 5 Abs. 3 Spiegelstrich 7 SAVP-RL) und nicht als Ersatz von anderweitigen Versorgungskonzepten der Notfallversorgung dienen kann.

Bei individueller Notwendigkeit in einer Krisensituation oder Sterbephase stehen zur Verfügung:

- anderweitige ambulante Versorgungsformen (siehe oben)
- ambulante Kinderhospizdienste
- bei fehlender Möglichkeit einer ambulanten Versorgung: stationäre Kinderhospize
- stationäre Palliativversorgung nach § 39 SGB V

Sollte im Einzelfall aufgrund der Schwere und der Progression der Grunderkrankung die palliative Versorgung im häuslichen Bereich durch eine SAPV darüber hinausgehend unterstützt werden müssen, kann dieses zielführend sein, um die optimale Versorgung zu gewährleisten (siehe Vorgaben SAPV-RL).

Hinzuweisen bleibt auf die notwendige Abgrenzung der SAPV gegenüber sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V. Letztere stellen als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation wie auch die SAPV einen Teil des ambulanten medizinischen Versorgungssystems dar. Beide Leistungsangebote schließen Kinder im Finalstadium ein.

Entsprechend der „Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V“ des GKV-Spitzenverbandes kommen Leistungen der sozialmedizinischen Nachsorge nicht in Betracht, wenn Leistungen nach § 37b SGB V (SAPV) in Anspruch genommen werden.

Gemäß der SAPV-RL ergänzt die SAPV das bestehende Versorgungsangebot als zusätzlich mögliche Leistung im Einzelfall. Beide Leistungen können sowohl im stationären als auch im ambulanten Versorgungsbereich durch Verordnung durch den Arzt eingeleitet werden.

2.4.4 Begutachtungsgrundsätze bei Kindern

Zusammenfassend sind bei der Begutachtung von SAPV-Anträgen für Kinder folgende Besonderheiten zu beachten:

1. Bei Kindern ist eine SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung, bei Bedarf ab Diagnosestellung einer lebenslimitierenden Erkrankung möglich.
2. Unter dem Gesichtspunkt einer SAPV als Krisenintervention ist unter Umständen eine Leistungserbringung in mehreren zeitlichen Intervallen bei lebenslimitierender Erkrankung ohne Aussagemöglichkeiten zu dem zu erwartenden Lebensende möglich.

3. Bei Übergang in das Erwachsenenalter sollte der Krankenkasse im Einzelfall eine sozialmedizinische Empfehlung gegeben werden, die dem jeweiligen individuellen Behandlungsbedarf Rechnung trägt. In diesem Zusammenhang ist auf die diesbezüglich vorgeordneten Ausführungen in den Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen vom 12.06.2013 hinzuweisen.

3 Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK

Die Krankenkasse kann nach Maßgabe des § 275 Abs. 1 SGB V den MDK mit einer gutachterlichen Stellungnahme zur Verordnung einer SAPV beauftragen.

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung die Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen.

SAPV-Richtlinie:

§ 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse

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. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.

Nach § 276 Abs. 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

Je nach regionaler Vereinbarung werden zusätzlich zur Verordnung gemäß Muster 63 weitere ergänzende Unterlagen über die klinische Situation/Symptomatik und den palliativen Behandlungsbedarf eingereicht oder vom MDK-Gutachter auf der Grundlage von § 276 Abs. 2 SGB V nachgefordert.

Bei Folgeverordnungen ist entsprechend zu verfahren.

3.1 Fallbearbeitung und Fallauswahl bei der Krankenkasse

Die Krankenkasse entscheidet, in welchen Fällen und mit welcher konkreten Fragestellung sie den MDK mit einer Begutachtung beauftragt oder ob sie die beantragte Leistung ohne gutachterliche Prüfung bewilligt. Mit dem Begutachtungsauftrag erhält der MDK neben der vollständig und leserlich ausgefüllten Verordnung über SAPV in der Regel den aktuellen Leistungsauszug und ein ggf. vorliegendes Pflegegutachten.

3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK

Vor dem Hintergrund regional unterschiedlicher Vertragsstrukturen ist zu betonen, dass für den MDK-Gutachter primär die Vorgaben der SAPV-RL verbindlich sind.

Aufgrund der Zielgruppe und der SAPV-RL liegt immer Eilbedürftigkeit vor. Eine exakt definierte zeitliche Vorgabe existiert nicht.

Es ist dafür zu sorgen, dass Aufträge zur SAPV zügig und fachlich qualifiziert durch Schwerpunktgutachter bearbeitet werden.

Der auftragsannahmende MDK-Mitarbeiter stellt die unverzügliche Weiterleitung an den zuständigen Gutachter sicher. Im Rahmen der Auftragsbearbeitung prüft der Gutachter die Unterlagen. Wenn die Aussagen auf der Verordnung keine Entscheidung zulassen, sind weitere Informationen einzuholen.

Sind die eingereichten Unterlagen vollständig und aussagekräftig, wird im Regelfall eine fallabschließende SFB ausreichen, um der Krankenkasse eine Leistungsentscheidung zu ermöglichen.

Eine fallabschließende SFB ist eine kondensierte, ergebniszentrierte Form der sozialmedizinischen Bearbeitung und stellt eine vollwertige sachverständige Stellungnahme dar, die nicht alle Anforderungen an ein sozialmedizinisches Gutachten erfüllen muss.

Der Medizinische Dienst übermittelt das Begutachtungsergebnis in einer der Eilbegutachtung angemessenen Form an die Krankenkasse zurück.

Eine differenzierte Form der SFB stellt das **Gutachtenäquivalent** dar. Es enthält mindestens folgende Angaben und ermöglicht damit grundsätzlich eine Leistungsentscheidung des Auftraggebers:

- Frage(n) des Auftraggebers
- Kurzbeschreibung des Sachverhalts
- Beurteilung
- Ergebnis/Beantwortung der Frage(n)

In der Regel sollten sich aus den Unterlagen die folgenden entscheidungsrelevanten Inhalte entnehmen lassen:

- die verordnungsrelevante(n)/leistungsbegründende(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung, dass eine nicht heilbare, fortschreitende und weit fortgeschrittene Erkrankung mit verkürzter Lebenserwartung vorliegt
- das komplexe Symptomgeschehen als Begründung für die Notwendigkeit der SAPV
- nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV gemäß Verordnungsvordruck

Aus den angegebenen Symptomen und geplanten Behandlungen sollte sich eine schlüssige Begründung des Ergebnisses ableiten lassen, ob und in welchem Umfang SAPV-Leistungen erforderlich sind.

Bei eindeutigem Sachverhalt und positiver gutachterlicher Empfehlung ist eine SFB oder ein Gutachtenäquivalent in aller Regel ausreichend.

Bei negativer gutachterlicher Empfehlung ist mindestens ein Gutachtenäquivalent erforderlich. In diesen Fällen sind zwingend alternative Versorgungsmöglichkeiten zu benennen.

4 Gutachten

Ein sozialmedizinisches Gutachten ist eine schriftliche inhaltlich und formal ausgestaltete, einzelfallbezogene sachverständige Stellungnahme. Ein Gutachten enthält neben der Frage des Auftraggebers eine Wiedergabe der vorliegenden Informationen, eine Beurteilung und die Beantwortung aller Fragen. Das Gutachten enthält

- eine ausführliche Anamnese mit Angaben zum bisherigen Krankheitsverlauf und zur Therapie,
- eine Beschreibung des derzeitigen körperlichen und/oder psychischen Befundes,
- die Darstellung der wesentlichen Diagnosen,
- eine sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung,
- eine eindeutige Beantwortung aller Fragen des Auftraggebers,
- Empfehlungen bzw. Hinweise zu alternativen Versorgungsmöglichkeiten.

4.1 Gutachten nach Aktenlage

Ein Gutachten nach Aktenlage stellt ein vollwertiges Gutachten dar, bei dem die notwendigen Angaben zu Anamnese und Befund aus den vorliegenden Unterlagen entnommen werden.

Ein Gutachten nach Aktenlage wird erstellt, wenn ausführlichere Erläuterungen und/oder Begründungen erforderlich sind, z.B. im Zusammenhang mit einem Negativvotum oder einem Widerspruch.

Die verordneten SAPV-Leistungen sind unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen und Richtlinien im sozialmedizinischen Zusammenhang darzustellen und einer sozialmedizinischen Bewertung und Beurteilung zu unterziehen. Die Beurteilung schließt mit einer eindeutigen Beantwortung aller Fragen des Auftraggebers ab. Darüber hinaus können Empfehlungen bzw. Hinweise zum weiteren Vorgehen abgegeben werden.

Generell soll sich der Umfang eines Gutachtens auf das Notwendige beschränken. Die im Rahmen der Fragestellung bedeutsamen Punkte sind angemessen zu beschreiben. Das Gutachten soll vorrangig dazu dienen, dass der Auftraggeber eine sozialmedizinisch fundierte leistungsrechtliche Entscheidung treffen kann.

Die Ausführlichkeit der Darstellung der vorliegenden Unterlagen und der bewertenden Beurteilung ist insbesondere abhängig vom Ergebnis. Wenn die Voraussetzungen für die Leistung nicht gesehen werden, ist diese negative Entscheidung ausführlicher zu begründen als eine positive Empfehlung. Es muss auch für den verordnenden Arzt und den Versicherten nachvollziehbar dargelegt werden, aus welchen Gründen die verordnete Leistung nicht in Betracht kommt. In diesen Fällen sind zwingend alternative Versorgungsmöglichkeiten zu benennen.

Die Erstellung eines sozialmedizinischen Gutachtens im Sinne einer schriftlichen inhaltlich und formal ausgestalteten, einzelfallbezogenen sachverständigen Stellungnahme erscheint bei der Mehrzahl der Aufträge entbehrlich und bleibt besonderen Konstellationen vorbehalten.

4.2 Gutachten mit persönlicher Befunderhebung

Zur Beurteilung einer Verordnung von SAPV wird es nur im Ausnahmefall erforderlich sein, eine persönliche Befunderhebung durchzuführen, da in aller Regel ausreichende Informationen über das Krankheitsbild und den derzeitigen Zustand des Versicherten vorliegen. Wenn eine persönliche Befunderhebung erforderlich ist, kann sie bei diesen schwerstkranken Personen nur im Rahmen eines Hausbesuchs erfolgen. Unnötige Belastungen des Versicherten und seiner Angehörigen in der Finalphase einer Erkrankung sind zu vermeiden. Begutachtungen im häuslichen Umfeld oder im Hospiz werden daher in aller Regel nur dann anfallen, wenn z.B. im Rahmen einer Begutachtung auch andere sozialmedizinische Fragen zu klären sind.

Bei länger verlaufenden Krankheitsfällen oder bei Kindern kann eine persönliche Befunderhebung erforderlich sein, um die Dauer und den Umfang der SAPV-Leistungen klären zu können. Auch im Rahmen von Widerspruchsverfahren kann es erforderlich sein, durch persönliche Befunderhebung zu klären, ob tatsächlich die Voraussetzungen für eine SAPV-Leistung vorliegen.

4.3 Folgeaufträge

Bei einem Folgeauftrag (z.B. aufgrund einer Folgeverordnung) ist zu prüfen, ob die vorgeannten Voraussetzungen für den Leistungsanspruch auf SAPV vorliegen. Da sich nicht immer sicher abschätzen lässt, ob unwiderruflich die Terminalphase einer Erkrankung eingetreten ist, kann es bei einer Folgeverordnung notwendig sein, zu prüfen, ob eine Progression des Symptomgeschehens vorliegt oder eine Stabilisierung des Zustandes eingetreten ist. Bei Progredienz liegen die Voraussetzungen für die SAPV-Leistung in der Regel weiterhin vor. Bei einer Stabilisierung hingegen ist zu prüfen, ob ggf. eine anderweitige ambulante Versorgungsform ausreicht oder ggf. vorübergehend eine Reduzierung des Leistungsumfanges möglich ist.

5 Vorgehen bei Widersprüchen

Werden bei der ersten Vorlage die Voraussetzungen für die SAPV nicht oder nicht im gewünschten Umfang festgestellt, so dass die Krankenkasse die Leistung ablehnt, kann der Versicherte Widerspruch gegen die Entscheidung der Krankenkasse einlegen.

Daraufhin kann die Krankenkasse den MDK mit einer erneuten sozialmedizinischen Bearbeitung beauftragen.

Eine Stellungnahme im Widerspruch setzt grundsätzlich eine erstgutachterliche Empfehlung voraus. Führen neue Informationen zu einer Änderung des Gutachtenergebnisses, so kann der Erstgutachter dies entsprechend darlegen. Bleibt der Erstgutachter bei seiner bisherigen Stellungnahme, so ist ein Zweitgutachten durch einen anderen Gutachter erforderlich.

Die Entscheidungsgrundlage der vorausgegangenen Stellungnahme ist im Gutachten darzustellen, die Argumente des Widerspruchsführers sind aufzunehmen und einzeln abzuarbeiten. Für und Wider sind ausführlich zu begründen. Stellt der Gutachter fest, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen weiterhin nicht vorliegen, ist ein ausführliches Gutachten zu erstellen, das einer Prüfung durch das Sozialgericht standhält.

Eine persönliche Begutachtung kann im Widerspruchsverfahren in Einzelfällen angezeigt sein.

6 Ergebnismitteilung

Die Ergebnismitteilung erfolgt zeitnah unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorschriften in Schriftform an die beauftragende Krankenkasse.

Teil B: STATIONÄRE HOSPIZVERSORGUNG

1 Einleitung

Angesichts der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklung rückt das Thema der Hospizversorgung stark in den politischen Fokus, unter anderem mit dem Ergebnis, dass sich Laien und Fachleute verstärkt für eine humane Sterbebegleitung engagieren. Dabei stehen entsprechend dem Willen aller Beteiligten ambulante Versorgungs- und Betreuungsformen im Vordergrund (ambulant vor stationär), jedoch geraten diese in Einzelfällen an ihre Belastungsgrenzen, so dass eine Versorgung im Hospiz angezeigt sein kann.

Das zentrale Anliegen der Palliativ- und Hospizversorgung ist es, Schwerstkranken und Sterbenden ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen. Sterben ist ein Teil unserer menschlichen Existenz (vergleiche Leitsatz 1 der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland).¹⁶ Schwerstkranke und Sterbende sind in besonderem Maße auf Unterstützung und Fürsorge angewiesen. Ihre Bedürfnisse stehen im Mittelpunkt der Hospizarbeit.

Hospizvereine sind Teil der regional und multiprofessionell vernetzten Versorgungsstrukturen und kooperieren u.a. eng mit dem stationären Hospiz und der SAPV (s. SAPV-RL § 6 (1)). Die Gründung der Hospizvereine basiert meist auf ehrenamtlichem Engagement. Die Ehrenamtlichen, die die Hospizidee in der Gesellschaft verankern, schenken den Schwerstkranken und Sterbenden sowie ihren Angehörigen einen Teil ihrer Zeit, Zuwendung und Solidarität. Ehrenamtliche Hospizhelfer gehören mit zu den tragenden Säulen der Palliativ- und Hospizversorgung.

Die Geschichte der stationären Hospize (lat. hospitium = Herberge, Unterkunft, Gastfreundschaft) reicht weit zurück: seit 1842 werden Sterbehäuser mit dem neuzeitlichen Hospizbegriff bezeichnet. Die Gründung der Hospizbewegung ist eng mit dem Namen der englischen Ärztin, Sozialarbeiterin und Krankenschwester Cicely Saunders (1918–2005) verknüpft. Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband vertritt die Belange der Schwerstkranken und Sterbenden und ist die bundesweite Interessensvertretung der Hospizbewegung sowie der zahlreichen Hospizeinrichtungen in Deutschland.

Die stationären Hospize sind kleine eigenständige Einrichtungen mit familiärem Charakter. Der sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Dienstes. Die Betreuung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team mit palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Ausrichtung.

¹⁶ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Bundesärztekammer: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Stand September 2010.

2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfallbegutachtung

Grundlagen der sozialmedizinischen Beratung von Leistungsanträgen auf stationäre Hospizversorgung sind § 39a Abs. 1 SGB V und die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.3.1998 (in der jeweils aktuellen Fassung).

2.1 Rechtliche Grundlagen

Der Anspruch auf stationäre Hospizleistungen ist in § 39a Abs. 1 SGB V geregelt:

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V):
§ 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 90 vom Hundert, bei Kinderhospizen zu 95 vom Hundert. Der Zuschuss darf kalendertäglich 7 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

Die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V enthält zudem wichtige Details zu Art und Umfang der stationären Hospizversorgung einschließlich deren Qualitätssicherung. Sie wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen geschlossen.

Die für die Einzelfallbegutachtung der stationären Hospizversorgung relevanten Inhalte werden in den nachfolgenden Kapiteln aufgeführt und erläutert. In der Präambel der Rahmenvereinbarung werden Grundsätze zur Hospizarbeit beschrieben.

Rahmenvereinbarung:

Präambel

Im Vordergrund der Hospizarbeit steht die ambulante Betreuung im Haushalt oder in der Familie mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen.¹⁷ Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden und ihrer Angehörigen stehen im Zentrum des Handelns der Hospize. Neben dieser ambulanten Hospizbetreuung und der Versorgung Sterbender in Pflegeheimen und in Krankenhäusern (insbesondere Palliativstationen) sind in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig. Ziel der stationären Hospizarbeit ist es, eine Pflege und Begleitung (palliativmedizinische Behandlung und Pflege) anzubieten, welche die Lebensqualität des sterbenden Menschen verbessert, seine Würde nicht antastet und aktive Sterbehilfe ausschließt. Zur Optimierung der Versorgung arbeitet das Hospiz im Rahmen des regionalen Netzwerkes mit

- niedergelassenen Vertragsärzten,
- Vertragskrankenhäusern und
- sonstigen innerhalb des Versorgungsspektrums Beteiligten eng zusammen.

Wenn Kinder sterben, stellt dies die Familien wie die Begleitenden vor besondere Herausforderungen. Für Hospize und Kinderhospize gelten weitgehend dieselben Grundsätze der Hospizarbeit, sie verfügen aber zum Teil über jeweils besondere Strukturen.

Kinderhospize sind auf die besonderen Bedürfnisse und Wünsche von Kindern¹⁸ mit lebenslimitierenden Erkrankungen und ihren Familien bereits ab Diagnosestellung ausgerichtet.

Nach § 39a SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuss zu vollstationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung erbracht wird, wenn eine bedarfsgerechte Palliativversorgung im Haushalt oder der Familie der oder des Versicherten nicht erbracht werden kann. Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend hat der GKV Spitzenverband mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen in dieser Rahmenvereinbarung das Nähere über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vereinbart. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung von Kindern:

Die Festlegungen bezüglich der Kinderhospize berücksichtigen, dass eine nicht unerhebliche Anzahl von lebenslimitierenden Erkrankungen, welche sich im Kindesalter manifestieren, erst im jungen Erwachsenenalter in die letzte Lebensphase übergehen. Aus evtl. Voraufenthalten im Kinderhospiz kann hier eine Vertrauensbildung erfolgt sein, welche für den jungen Erwachsenen bei gegebener Indikation die weiterführende Betreuung in einem stationären

¹⁷ GKV-Spitzenverband et al.: Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalten, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit, 2006.

¹⁸ Soweit hier von "Kindern" die Rede ist, sind jeweils Kinder und Jugendliche gemeint sowie ggf. junge Erwachsene, wenn die Erkrankung im Kindes- oder Jugendalter aufgetreten ist und die Versorgung im Kinderhospiz von den jungen Erwachsenen gewünscht wird, im Einzelfall auch bei Auftreten der Erkrankung im jungen Erwachsenenalter.

Kinderhospiz bahnen kann. Zudem sind die Betreuungsangebote von Kinderhospizen, welche auch auf Jugendliche ausgerichtet sind, häufig eher auch für junge Erwachsene geeignet als die Möglichkeiten in Erwachsenenhospizen. Hier ist insbesondere die psychosoziale Betreuung zu nennen. Entsprechende alters- und entwicklungsadaptierte Konzepte werden von einzelnen Kinderhospizen konkret verfolgt.

2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass

In § 5 der Rahmenvereinbarung ist festgelegt, dass die Krankenkassenverbände auf Landesebene gemeinsam und einheitlich einen Vertrag schließen, wenn ein Hospiz die in der Rahmenvereinbarung genannten Voraussetzungen erfüllt. Nach § 7 der Rahmenvereinbarung werden darin auch die tagesbezogenen Bedarfssätze des Hospizes festgesetzt.

Gesetzlich festgesetzt ist eine Eigenbeteiligung des Hospizes von 10 % (Erwachsenenhospiz) und 5 % (Kinderhospiz) an den zuschussfähigen Kosten. Diese kann z.B. durch Spenden, ehrenamtliche Mitarbeiter etc. aufgebracht werden. Nach § 7 Abs. 6 Satz 2 der Rahmenvereinbarung dürfen von den Versicherten weder Eigenanteile angenommen noch in Rechnung gestellt werden.

Rahmenvereinbarung:
§ 1 Stationäre Hospize

- (1) Stationäre Hospize sind selbstständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung zu erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8 und höchstens 16¹⁹ Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker sterbender Menschen auszurichten ist. Stationäre Hospize verfügen über eine besondere Ausstattung, die eine palliativmedizinische, palliativpflegerische, soziale sowie geistig-seelische Versorgung gewährleistet und bringen einen Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement auf. Stationäre Hospize verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie sind integraler Bestandteil eines ambulanten ehrenamtlichen Hospizdienstes.
- (2) Anstelle der vollstationären Hospizversorgung kann die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung und soziale Betreuung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen zu gewährleisten, so dass die Patientin bzw. der Patient möglichst lange in ihrer bzw. seiner häuslichen Umgebung bleiben kann. Die teilstationäre Versorgung kann sowohl als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes als auch als integraler Bestandteil eines vollstationären Hospizes vorgehalten werden.
- (3) Stationäre Hospize sind aufgrund ihres Versorgungsauftrages baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Es ist deshalb ausgeschlossen, dass ein stationäres Hospiz Bestandteil einer stationären Pflegeeinrichtung ist.
- (4) Stationäre Kinderhospize sind aufgrund ihres speziellen Aufgabengebiets selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung - Besonderheiten bei Kindern:

Die Zielgruppe des Versorgungsangebotes sind Patienten mit einer Altersspanne vom Säugling bis zum jungen Erwachsenenalter. Somit bestehen alters- und zielgruppenspezifische Anforderungen an die Art und Qualität der personellen, räumlichen und technischen Ausstattung.

Insbesondere die angestrebte Betreuung der Familie unter ganzheitlicher Betrachtungsweise (Patient, Eltern, Geschwister) erfordert spezielle Betreuungskonzepte (z.B. psychologische/pädagogische Betreuung der Geschwister, welche häufig ein sog. „Schattenkinddasein“ führen).

¹⁹ Vor dem 14.04.2010 bestehende Verträge mit Hospizen bleiben von dieser Regelung zur Mindestplatzzahl unberührt. Bei Neugründung muss die Mindestplatzzahl in einer von den Vertragspartnern festgelegten Frist erreicht werden.

Auch die ausgeprägte Heterogenität der Krankheitsbilder im Vergleich zum Diagnosespektrum im Erwachsenenalter erfordert spezifische pflegerische und medizinische Kompetenz.

2.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung

2.3.1 Anspruchsvoraussetzungen für stationäre Hospiz-Leistungen

Rahmenvereinbarung:

§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

- (1) Grundvoraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist, dass
 - a) die Patientin bzw. der Patient an einer Erkrankung leidet,
 - die progredient verläuft und
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung notwendig oder von der Patientin bzw. dem Patienten erwünscht ist und
 - die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – erwarten lässt,
 - b) eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist und
 - c) eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativmedizinische und palliativpflegerische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt. Damit sind neben den Angehörigen insbesondere die vertragsärztliche Versorgung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und (familien)ergänzende ambulante Versorgungsformen gemeint. Bei erkrankten Kindern kommt der Entlastung des Familiensystems bereits ab Diagnosestellung besondere Bedeutung zu.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Anders als in der ursprünglichen Fassung der Rahmenvereinbarung vom 13.03.1998 (und der SAPV-Richtlinie) ausgeführt, wird ein „weit fortgeschrittenes Krankheitsstadium“ oder ein „besonders aufwändiger Versorgungsbedarf“, ausgelöst durch ein komplexes Symptomgeschehen, nicht ausdrücklich vorausgesetzt. Jedoch muss ein Hospiz logistisch und personell (bezogen auf den pflegerischen Bereich) zu einer entsprechenden Versorgung in jedem Stadium der Erkrankung in der Lage sein (s. §§ 3 und 4 der Rahmenvereinbarung).

Das Vorliegen einer Pflegestufe im Sinne des SGB XI ist keine Voraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz. Im Gegensatz zu einem Pflegeheim steht im Hospiz nicht die auf Dauer angelegte pflegerische Versorgung im Vordergrund, sondern die vorübergehende palliativmedizinische und palliativpflegerische Betreuung, Begleitung und Versorgung. Dabei ist, falls möglich, auch eine Rückkehr nach Hause oder in andere Versorgungsstrukturen anzustreben (siehe auch § 2 Abs. 5 Rahmenvereinbarung und Kap. 2.3.5).

Insgesamt sind im Vergleich zur SAPV-Richtlinie die medizinischen Aufnahmekriterien zur Hospizversorgung offener bzw. niederschwelliger formuliert.

Gleichwohl handelt es sich um ein Betreuungsangebot für Menschen, bei denen sich das Therapieangebot auf die Symptomlinderung beschränkt und darüber hinausgehende Ansätze (im Sinne einer primär lebensverlängernden Intention) nicht mehr gewollt oder verantwortbar erscheinen und die wegen schwerwiegender Umstände nicht in der Häuslichkeit verbleiben können.

Es müssen alle nachfolgend genannten Aufnahmekriterien erfüllt sein:

- Der Antragsteller leidet an einer progredient verlaufende Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, bei der die Heilung nicht mehr möglich und eine palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung notwendig ist bzw. vom Antragsteller gewünscht wird.
- Eine medizinische Notwendigkeit zur stationären Krankenhausbehandlung besteht nicht.
- Die ambulante Versorgung ist aufgrund des gebotenen palliativmedizinischen und palliativpflegerischen und/oder psychosozialen Aufwandes mit den für den Antragsteller verfügbaren Versorgungsstrukturen nicht realisierbar.

Besonderheiten bei Kindern:

Im Unterschied zu Erwachsenen wird für Kinder die Voraussetzung „begrenzte Lebenserwartung“ nicht in einem Zeitrahmen von „Tagen, Wochen oder wenigen Monaten“ definiert, sondern ein Intervall von „Jahren“ genannt.

Wesentlich ist zudem die Integration der Gesamtfamilie in das Versorgungskonzept, beginnend mit der Diagnosestellung beim Kind. Des Weiteren kann neben dem palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgungsbedarf auch psychosozialer Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, als Parameter zur Einschätzung der Notwendigkeit eines stationären Hospizaufenthalts einbezogen werden.

In Familien werden Kinder mit einer lebenslimitierenden Erkrankung häufig über lange Zeiträume betreut. Aufgrund der belastenden Gewissheit einer deutlich verkürzten Lebenserwartung, insbesondere wenn wahrscheinlich ist, dass das Erwachsenenalter nicht erreicht wird, ergeben sich zahlreiche Belastungsfaktoren für Patienten, Eltern und Geschwister. Neben den umfänglichen medizinisch-pflegerischen Anforderungen resultiert oft eine hohe psychische und soziale Belastung, welche sich aus der Schwere der Erkrankung und der verkürzten Lebenserwartung ergibt. Kinderhospize sind daher in besonderem Maße auf die Betreuung dieser Gesamtsituation ausgerichtet.

Neben der Betreuung der Familien am Lebensende des Kindes ist häufiger eine Entlastung des Familiensystems auch in Krankheitsphasen mit erhöhtem palliativmedizinischen und -pflegerischen Aufwand und/oder psychosozialem Versorgungsbedarf möglich, wenn die Möglichkeiten der bisherigen ambulanten Betreuung überschritten werden.

Rahmenvereinbarung:

§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

(2) Eine palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung in einem stationären Hospiz kommt – sofern die vorgenannten Grundvoraussetzungen im Einzelfall erfüllt sind – insbesondere bei einem der folgenden Krankheitsbilder in Betracht:

- a) Krebserkrankungen,
- b) Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
- c) Erkrankungen des Nervensystems,
- d) chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankungen.

Insbesondere folgende Diagnosen begründen zusätzlich die palliativpflegerische und palliativmedizinische Versorgung von Kindern in Kinderhospizen:

- a) Stoffwechselerkrankungen, die schon im Kindes- oder Jugendalter in der Regel zum Tode führen,
- b) genetisch bedingte Erkrankungen, Immunerkrankungen und Fehlbildungen mit lebensverkürzender Prognose.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung – Besonderheiten bei Kindern:

Die Auflistung weiterer Diagnosegruppen für das Kindes- und Jugendalter berücksichtigt, dass im Gegensatz zum Erwachsenenalter ein großes Spektrum an heterogenen und zum Teil sehr seltenen Erkrankungen eine deutliche Verkürzung der Lebenserwartung mit sich bringen kann. Insbesondere bei sehr seltenen Krankheitsentitäten liegen wenige Erfahrungswerte bezüglich Verlauf/Prognose vor.

Rahmenvereinbarung:

§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

(3) Die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei Patientinnen und Patienten vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Sofern in Einzelfällen Patientinnen und Patienten aus Pflegeheimen in ein Hospiz verlegt werden sollen, ist vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen zu lassen, ob die Kriterien nach Absatz 1 und 2 erfüllt werden und warum eine angemessene Versorgung der oder des Sterbenden im Pflegeheim nicht mehr möglich ist.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Eine stationäre Hospizversorgung ist für Patienten, die in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht sind, grundsätzlich nicht vorgesehen, da die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen integraler Bestandteil einer vollstationären Pflege ist. Im Einzelfall kann ein Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz verlegt werden, wenn dafür die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 und 2 der Rahmenvereinbarung erfüllt sind. Dieses ist gutachterlich durch den MDK zu überprüfen. Voraussetzung muss sein, dass bei dem

Antragsteller ein hoher palliativer Versorgungsbedarf besteht, der selbst unter Einbeziehung von ambulanten Leistungserbringern, wie z.B. SAPV-Leistungserbringern ggf. ergänzt um ambulante Hospizdienste, nicht sichergestellt werden kann.

2.3.2 Antragsverfahren zur stationären Hospiz-Aufnahme

Rahmenvereinbarung:

§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

(4) Die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung nach den Absätzen 1, 2 und 3 ist durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt oder Krankenhausärztin bzw. Krankenhausarzt zu bestätigen.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Es handelt sich um ein Antragsverfahren und keine Verordnung. Das bedeutet, dass der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter bei seiner Krankenkasse einen entsprechenden Kostenübernahmeantrag stellen muss. Mit diesem zusammen ist eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung einzureichen. Hierzu gibt es kein allgemein konsentiertes Verfahren und somit auch keine Standardformulare. Teilweise beschränken sich die Bescheinigungen auf die Bestätigung, dass die Kriterien des § 2 Abs. 1 der Rahmenvereinbarungen erfüllt sind. In Absprache mit den regionalen Krankenkassen und den Hospizen werden ergänzende Fragebögen oder kombinierte Antragsformulare verwendet. In vielen Fällen wird ein Antrag auf Hospizversorgung am Ende eines Krankenhausaufenthaltes gleichzeitig mit einem Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit/Höherstufung durch den Sozialdienst der Klinik initiiert.

2.3.3 Dauer der beantragten stationären Hospizleistungen

Rahmenvereinbarung:

§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

(4) Die Leistung ist zunächst auf 4 Wochen befristet; § 275 SGB V bleibt unberührt.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Hier gibt die Rahmenvereinbarung eine eindeutige Vorgabe. Entsprechend folgen die Krankenkassen dieser Regel.

Längere Aufenthalte sind in der Praxis eher die Ausnahme, Verlängerungsanträge müssen entsprechend begründet sein.

Rahmenvereinbarung:

§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

(5) Bei der Frage, ob eine (weitere) Notwendigkeit für eine Versorgung im stationären Hospiz gegeben ist, ist zu prüfen, ob – sofern der Zustand der Patientin oder des Patienten und der Familie trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht hat – eine Entlassung nach Hause möglich ist. In diesen Fällen sind bei einer erneuten Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung Wiederaufnahmen auch innerhalb eines Jahres möglich.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

In der Regel ändert sich im weiteren Verlauf an einem einmal festgestellten Finalstadium einer Erkrankung, an der bereits festgestellte palliative Versorgungsnotwendigkeit eines Patienten nichts Wesentliches mehr.

Wenn eine bereits zuvor festgestellte Notwendigkeit zur Hospizversorgung bestätigt ist, wäre eine Entlassung nur möglich, wenn nicht nur der grund- und behandlungspflegerische Aufwand in Umfang und Zeitaufwand ambulant oder im Pflegeheim realisierbar ist (Planbarkeit!), sondern auch eine Versorgungsstruktur zur Verfügung steht, die ggf. auch eine spezialisierte palliative Betreuung und Versorgung des Patienten im Sinne der SAPV gewährleistet – wenn nötig rund um die Uhr.

Wie beim Primäranspruch wird an dieser Stelle die Option einer Weiterversorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung in der Rahmenvereinbarung nicht benannt.

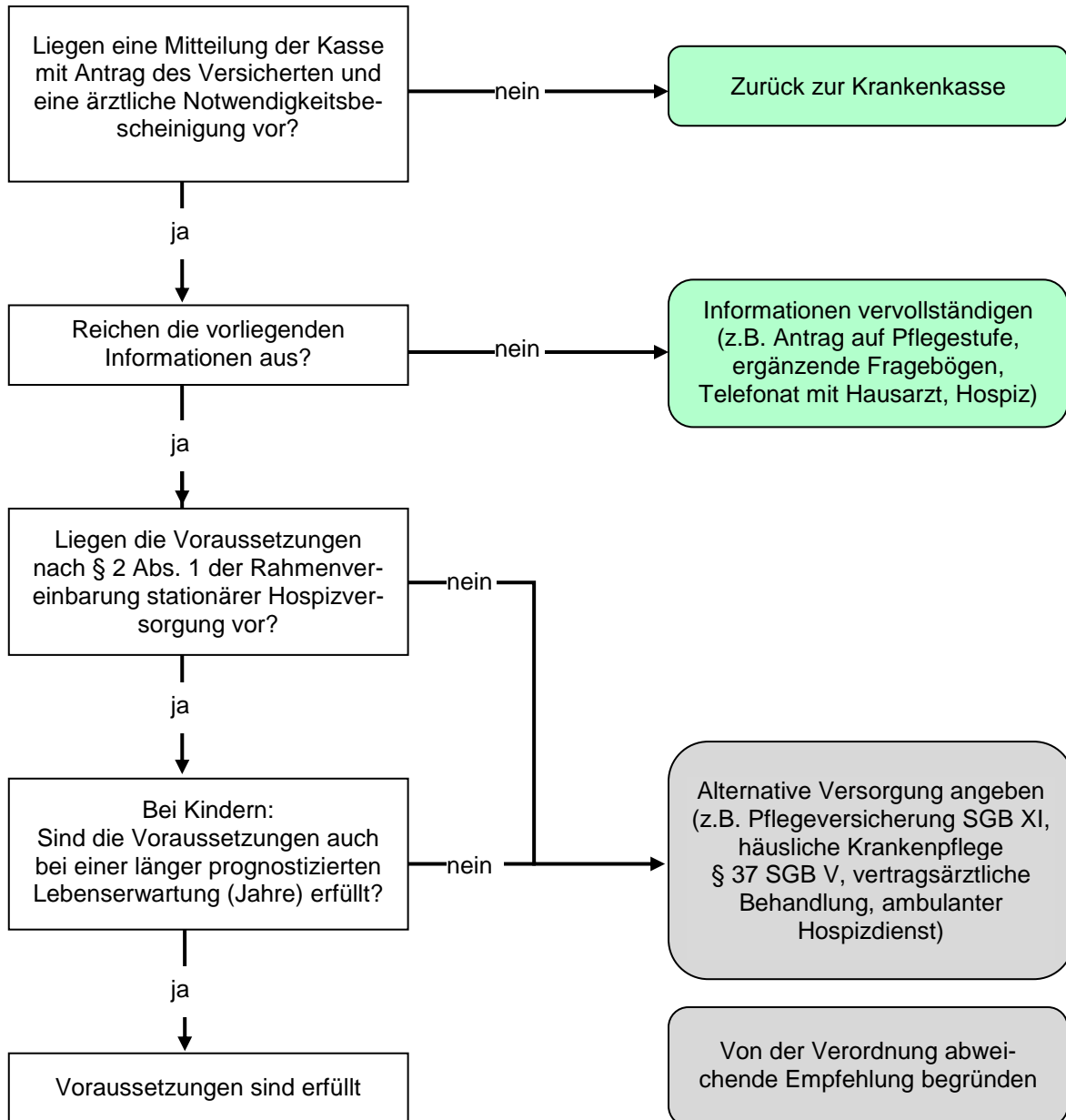
Diese Bewertung kann kaum alleine gutachterlich geleistet werden. Hier sind zur Klärung die zeitnahe Einbindung der Sozialen Dienste der Kranken- und Pflegekassen sowie der Hospize und/oder deren Pflegeberater notwendig und deren Stellungnahmen einzuholen. Dabei ist zu klären, ob auch das soziale Umfeld eines Patienten soweit eine gewisse Stabilität erreicht hat, dass eine Versorgung in alternativen Strukturen möglich ist.

Für die Führungskräfte eines Hospizes ist die begründete Beendigung einer Hospizpflege nicht selten eine schwierige Herausforderung, da Bewohner und/oder Angehörige mit einer solchen Entscheidung nicht immer einverstanden sind. Es erscheint ratsam, bei Verlängerungsanträgen grundsätzlich mit dem Hospiz und/oder dem behandelnden Arzt in telefonischen Kontakt zu treten, um weitere Hintergrundinformationen einzuholen.

„Vorsorgliche“ Anträge auf Unterbringung in einem Hospiz für den Fall, dass die häuslichen Strukturen nicht mehr ausreichen könnten, können nicht bearbeitet werden, da eine sozialmedizinische Beurteilung nur zu einem konkreten Zeitpunkt möglich ist (s. Teil B 3.1).

2.3.4 Algorithmus zur stationären Hospizversorgung

Der Gutachter stellt nach dem folgenden Algorithmus fest, ob die medizinisch-pflegerischen Voraussetzungen für eine stationäre Hospizversorgung vorliegen.



2.3.5 Leistungsinhalte und Leistungsumfang der stationären Hospizversorgung

§ 3 der Rahmenvereinbarung regelt den Versorgungsumfang (s. Anhang).

Zusammenfassend werden folgende Leistungen im stationären Hospiz erbracht:

- Unterkunft, Verpflegung und Leistungen entsprechend der stationären Pflegeeinrichtungen
- allgemeine und spezielle palliativmedizinische/-pflegerische Leistungen mit dem Ziel der Symptomlinderung
- Miteinbeziehung der Angehörigen
- Möglichkeiten der Kriseninterventionen (physisch und psychisch)
- psychosoziale und seelsorgerische Begleitung
- ärztliche Behandlung durch Vertragsarzt, ggf. additiv ärztliche Leistung durch SAPV-Team bei speziellen schwerwiegenden palliativpflegerischen Problemen (s. SAPV-RL § 1 (3))

Besonderheiten bei Kindern:

In § 3 Abs. 3 und Abs. 9 der Rahmenvereinbarung wird die Notwendigkeit der Betreuung der gesamten Familie während des stationären Hospizaufenthaltes des Kindes betont. Neben den spezifisch pädiatrisch palliativ-medizinisch und -pflegerischen Anforderungen ist eine altersgerechte psychologische, aber auch pädagogische (hier auch Geschwisterkinder) Betreuung der Kinder notwendig, um u.a. Ressourcen für die weitere ambulante/häusliche Betreuung zu erschließen.

2.3.6 Alternative Versorgungsmöglichkeiten

In den Fällen, in denen die Anspruchsvoraussetzungen für eine Hospizaufnahme nicht erfüllt sind, stehen andere geeignete Versorgungsmöglichkeiten und ggf. ergänzende Hilfsangebote zur Verfügung:

- Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI)
- teilstationäre Angebote (z.B. Tagespflege)
- ambulanter Hospizdienst, Selbsthilfegruppen
- vertragsärztliche Versorgung
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 SGB V)
- Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (§§ 32/33 SGB V)
- häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
- ambulante Behandlung am Krankenhaus (§ 116b SGB V)
- Psychoonkologie
- Seelsorge

Bei individueller Notwendigkeit und Indikation können zum Tragen kommen:

- spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV nach § 37b SGB V)
- Palliativstation eines Krankenhauses (§ 39 SGB V)

3 Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK

Die Krankenkasse kann nach Maßgabe des § 275 Abs. 1 SGB V den MDK mit einer gutachterlichen Stellungnahme zum Antrag eines Versicherten auf Kostenübernahme einer stationären Hospizversorgung beauftragen. Vorliegen muss hierzu neben dem Antrag des Versicherten eine Notwendigkeitsbescheinigung des betreuenden Arztes. Hierzu gibt es keine bundeseinheitlichen Antragsformulare, vielmehr sind regionale Lösungen die Regel.

Nicht selten werden mit demselben Formular Leistungen der Pflegeversicherung beantragt, so dass häufig bereits Unterlagen über den aktuellen Pflegebedarf beigelegt sind (z.B. Anträge mit verkürzter Begutachtungsfrist nach § 18 Abs. 3, Satz 3 SGB XI).

Nach § 276 Abs. 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

Je nach regionaler Vereinbarung werden weitere ergänzende Unterlagen über die klinische Situation/Symptomatik und den palliativen Behandlungsbedarf eingereicht oder vom MDK-Gutachter auf der Grundlage von § 276 Abs. 2 SGB V nachgefordert.

Bei Verlängerungsanträgen ist entsprechend zu verfahren.

3.1 Fallbearbeitung und Fallauswahl bei der Krankenkasse

Die Krankenkassen entscheiden, welche Fälle sie dem MDK mit einer konkreten Fragestellung zur Begutachtung vorlegen. Mit dem Begutachtungsauftrag erhält der MDK leserliche und aussagekräftige Unterlagen mit einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung.

„Vorsorgliche“ Anträge auf Unterbringung in einem Hospiz für den Fall, dass die häuslichen Strukturen zu einem noch nicht konkret zu benennenden Zeitpunkt nicht mehr ausreichen könnten, sollten nicht zur Begutachtung vorgelegt werden.

Dem Auftraggeber bereits vorliegende aktuelle Gutachten (z.B. Pflegegutachten o.a.) sollten dem Auftrag primär beigelegt werden. Es kann nicht grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass dem bearbeitenden Schwerpunktgutachter diese Unterlagen zeitnah zugänglich sind.

3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK

Für den MDK-Gutachter ist primär die Rahmenvereinbarung der stationären Hospizversorgung verbindlich.

In der Regel ist ein Antrag auf Hospizleistungen immer dringlich, daher ist eine zügige Bearbeitung zu fordern. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass Begutachtungsaufträge zur Hospizversorgung zügig und fachlich qualifiziert durch Schwerpunktgutachter bearbeitet werden.

Der MDK-Mitarbeiter, der den Antrag annimmt, stellt die unverzügliche Weiterleitung an den zuständigen Gutachter sicher. Im Rahmen der Auftragsbearbeitung prüft dieser die Unterlagen auf Vollständigkeit.

Abhängig von regionalen Besonderheiten werden ergänzende Unterlagen mit dem Auftrag vorgelegt, z.B. spezielle Fragebögen. Lassen die vorgelegten Unterlagen keine Entscheidung zu, sind durch den Gutachter weitere Informationen einzuholen. Hierfür bietet sich die telefonische Klärung offener Fragen mit dem Arzt an, der die Notwendigkeitsbescheinigung ausgestellt hat.

Ist aus den eingereichten Unterlagen die Indikation für eine Hospizversorgung schlüssig abzuleiten, reicht eine fallabschließende SFB aus.

Eine fallabschließende SFB ist eine kondensierte, ergebniszentrierte Form der sozialmedizinischen Bearbeitung und stellt eine vollwertige sachverständige Stellungnahme dar, die nicht alle Anforderungen an ein sozialmedizinisches Gutachten erfüllen muss.

Der Medizinische Dienst übermittelt das Begutachtungsergebnis in einer der Eilbegutachtung angemessenen Form an die Krankenkasse zurück.

Eine differenzierte Form der SFB stellt das **Gutachtenäquivalent** dar. Es enthält mindestens folgende Angaben und ermöglicht damit grundsätzlich eine Leistungsentscheidung des Auftraggebers:

- Frage(n) des Auftraggebers
- Kurzbeschreibung des Sachverhalts
- Beurteilung
- Ergebnis/Beantwortung der Frage(n)

In der Regel sollten sich aus den Antragsunterlagen die folgenden entscheidungsrelevanten Inhalte entnehmen lassen:

- die verordnungsrelevante(n)/leistungsbegründende(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung, dass eine nicht heilbare, progredient verlaufende Erkrankung vorliegt
- dass die Lebenserwartung des Antragstellers absehbar begrenzt ist
- dass eine palliativpflegerische und -pflegerische Versorgung notwendig oder vom Patienten gewünscht ist
- dass eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist
- dass eine ambulante Versorgung nicht möglich bzw. nicht ausreichend ist

Aus den angegebenen Symptomen, den notwendigen Behandlungsmaßnahmen und dem darüber hinausgehenden Versorgungsbedarf sollte sich eine hinreichende Prognose sowie eine schlüssige Begründung des Begutachtungsergebnisses ableiten lassen.

Gewisse Beurteilungsschwierigkeiten resultieren aus der Tatsache, dass sämtliche medizinischen Sachverhalte erfüllt sein können, aber zu den bestehenden Versorgungsstrukturen hinreichende Informationen nicht vorliegen oder medizinisch nicht bewertet werden können, diese gleichwohl nach der Rahmenvereinbarung entscheidungsrelevant sind. Der Gutachter des MDK prüft ausschließlich, ob die medizinischen Voraussetzungen gemäß Rahmenvereinbarung erfüllt sind.

Bei eindeutigem Sachverhalt und positiver gutachterlicher Empfehlung ist eine SFB bzw. ein Gutachtenäquivalent in aller Regel ausreichend.

Bei negativer gutachterlicher Empfehlung ist mindestens ein Gutachtenäquivalent erforderlich. In diesen Fällen sind zwingend alternative Versorgungsmöglichkeiten zu benennen.

4 Gutachten

Ein sozialmedizinisches Gutachten ist eine schriftliche, inhaltlich und formal ausgestaltete, einzelfallbezogene sachverständige Stellungnahme. Ein Gutachten enthält neben der Fragestellung des Auftraggebers eine Wiedergabe der vorliegenden Informationen, eine Beurteilung und die Beantwortung aller Fragen. Das Gutachten enthält

- die ausführliche Anamnese mit Angaben zum bisherigen Krankheitsverlauf und zur Therapie,
- die Beschreibung des derzeitigen körperlichen und/oder psychischen Befundes,
- die Darstellung der wesentlichen Diagnosen,
- eine sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung,
- eine eindeutige Beantwortung aller Fragen des Auftraggebers,
- Empfehlungen bzw. Hinweise zu alternativen Versorgungsmöglichkeiten.

4.1 Gutachten nach Aktenlage

Ein Gutachten nach Aktenlage stellt ein vollwertiges Gutachten dar, bei dem die notwendigen Angaben zu Anamnese und Befund aus den vorliegenden Unterlagen entnommen werden.

Ein Gutachten nach Aktenlage wird erstellt, wenn ausführlichere Erläuterungen und/oder Begründungen erforderlich sind, z.B. im Zusammenhang mit einem Negativvotum oder einem Widerspruch.

Die beantragten Leistungen sind unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen und der Rahmenempfehlung im sozialmedizinischen Zusammenhang darzustellen und einer sozialmedizinischen Bewertung und Beurteilung zu unterziehen. Die Beurteilung schließt mit einer eindeutigen Beantwortung der Fragen des Auftraggebers ab. Darüber hinaus können Empfehlungen bzw. Hinweise zum weiteren Vorgehen abgegeben werden.

Generell soll sich der Umfang eines Gutachtens auf das Notwendige beschränken. Die im Rahmen der Fragestellung bedeutsamen Punkte sind angemessen zu beschreiben. Das Gutachten soll vorrangig dazu dienen, dass der Auftraggeber eine sozialmedizinisch fundierte leistungsrechtliche Entscheidung treffen kann.

Die Ausführlichkeit der Darstellung der vorliegenden Unterlagen und der bewertenden Beurteilung ist insbesondere abhängig vom Ergebnis. Wenn die Voraussetzungen für die Leistung nicht gesehen werden, ist diese negative Entscheidung ausführlicher zu begründen als eine positive Empfehlung. Es muss auch für den behandelnden Arzt und den Versicherten nachvollziehbar dargelegt werden, aus welchen Gründen die beantragte Leistung nicht in Betracht kommt. In diesen Fällen sind zwingend alternative Versorgungsmöglichkeiten zu benennen

Die Erstellung eines sozialmedizinischen Gutachtens im Sinne einer schriftlichen inhaltlich und formal ausgestalteten, einzelfallbezogenen sachverständigen Stellungnahme erscheint bei der Mehrzahl der Aufträge entbehrlich und bleibt besonderen Konstellationen vorbehalten.

4.2 Gutachten mit persönlicher Befunderhebung

Angesichts der Ausnahmesituation, in der sich Antragsteller und Angehörige befinden, sollte diese Form der Begutachtung nach Möglichkeit unterbleiben. In aller Regel liegen ausreichende Informationen über das Krankheitsbild und den derzeitigen Zustand des Versicherten vorliegen. Begutachtungen im häuslichen Umfeld oder im Hospiz werden daher in aller Regel nur dann anfallen, wenn z.B. im Rahmen einer Begutachtung auch andere sozialmedizinische Fragen zu klären sind.

Denkbar wäre dies im Zusammenhang mit der Notwendigkeit zur Erstellung eines Pflegegutachtens mit Befunderhebung, was gleichwohl nur in strittigen Fällen mit einem zusätzlichen Erkenntnisgewinn für den Gutachter verbunden sein dürfte. Zuvor sollten alle denkbaren Informationsquellen ausgeschöpft werden, um dem Antragsteller die Belastung einer persönlichen Begutachtung zu ersparen.

4.3 Folgeaufträge

Die Bezuschussung einer notwendigen stationären Hospizversorgung durch die Krankenkasse erfolgt in der Regel laut Rahmenvereinbarung (stationäre Hospizversorgung § 2 Abs. 4) zunächst für einen Zeitraum von vier Wochen. Mit der Prüfung der Frage, ob eine darüber hinausgehende Notwendigkeit für eine Versorgung im stationären Hospiz gegeben ist, kann nach Maßgabe des § 275 Abs. 1 SGB V der MDK beauftragt werden. Der Gutachter nimmt dazu Stellung, ob die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung weiterhin vorliegt bzw. ob im Einzelfall – sofern der Zustand des Patienten eine gewisse Stabilität erreicht hat – eine Entlassung nach Hause gerechtfertigt ist bzw. eine anderweitige Versorgung in Frage kommt.

5 Vorgehen bei Widersprüchen

Werden bei der ersten Vorlage die Voraussetzungen für eine Hospizaufnahme oder Verlängerung des Hospizaufenthaltes nicht oder nicht im gewünschten Umfang festgestellt, so dass die Krankenkasse die Leistung ablehnt, kann der Versicherte Widerspruch gegen die Entscheidung der Krankenkasse einlegen.

Daraufhin kann die Krankenkasse den MDK mit einer erneuten sozialmedizinischen Bearbeitung beauftragen.

Eine Stellungnahme im Widerspruch setzt grundsätzlich eine erstgutachterliche Empfehlung voraus. Führen neue Informationen zu einer Änderung des Gutachtenergebnisses, so kann der Erstgutachter dies entsprechend darlegen. Bleibt der Erstgutachter bei seiner bisherigen Stellungnahme, so ist ein Zweitgutachten durch einen anderen Gutachter erforderlich.

Die Entscheidungsgrundlage der vorausgegangenen Stellungnahme ist im Gutachten darzustellen, die Argumente des Widerspruchsführers sind aufzunehmen und einzeln abzuarbeiten. Für und Wider sind ausführlich zu begründen. Stellt der Gutachter fest, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen weiterhin nicht vorliegen, ist ein ausführliches Gutachten zu erstellen, das einer Prüfung durch das Sozialgericht standhält.

Eine persönliche Begutachtung kann im Widerspruchsverfahren in Einzelfällen angezeigt sein.

6 Ergebnismitteilung

Die Ergebnismitteilung erfolgt zeitnah unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorschriften in Schriftform an die beauftragende Krankenkasse.

TEIL C: LITERATURVERZEICHNIS UND ANLAGEN

7 Literaturverzeichnis

Aulbert E., Nauck F. et al.: Lehrbuch der Palliativmedizin, Schattauer Verlag, 3. aktualisierte Auflage, 2012

Bausewein C., Roller S. et al.: Leitfaden Palliative Care, Palliativmedizin und Hospizversorgung, Urban und Fischer, 4. Auflage, 2010

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit: Begleitung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen in Bayern - Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung, 2011

Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP): Kursbuch Palliativmedizin, 2004

Bundesgesetzblatt Teil I vom 17. Juli 2009: Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.: DGP Dokumentationshilfen: Palliativpflegerische s Assessment: u.a. Genogramm, Palliative Outcome Scale (Stand 11/2009)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.: Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen, 2012

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.: Mustervertrag zur Spezialisierten Ambulanten Pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV), Stand 15.01.2009

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.: SAPV-Glossar, Stand 15.01.2009

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Bundesärztekammer: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Stand September 2010

Führer M., Zernikow B.: Palliativmedizin in der Kinderheilkunde, Monatsschr Kinderheilkd, 2005,153: 512-516

Gärtner J., Simon S. et al.: Palliativmedizin und fortgeschrittene, nicht heilbare Erkrankungen, Internist, 2011, 52; Vol 1: 20-27

Gärtner J., Wolf J. et al.: Onkologie und Palliativmedizin, Internist, 2011, 52; Vol 1: 15-19

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie), 17.09.2009, letzte Änderung 21.02.2013, in Kraft getreten 21.08.2013

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL), 20.12.2007, letzte Änderung 15.4.2010, in Kraft getreten 25.6.2010

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe zu dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vom 20.12.2007, letzte Änderung 15.4.2010, in Kraft getreten 25.6.2010

GKV-Spitzenverband: Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs.2 SGB V vom 01.04.2009

GKV-Spitzenverband: Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 132c Abs.2 SGB V i.d. F. vom 30.06.2008

GKV-Spitzenverband: Empfehlungen nach § 132d Abs.2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 05.11.2012

GKV-Spitzenverband, Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.: Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen vom 12.06.2013

GKV-Spitzenverband et al.: Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalten, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i.d.F. vom 17.01.2006

GKV-Spitzenverband et al.: Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i.d.F. vom 14.04.2010

GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), Drucksache 16/3100, Gesetzentwurf vom 24.10.2006

Gronemeyer, St.: Sozialmedizinische Begutachtung und SAPV, Angew Schmerzther Palliativmed, Sonderheft 1/10

Husebö S., Klaschik E. et al.: Palliativmedizin, Springer-Verlag, 5. Auflage, 2009

Jansky M., Lindena G. et al.: Stand der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland – Verträge und Erfahrungen, Z Palliativmed, 2011, 12: 164-174

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Einheitlicher Bewertungsmaßstab EBM, Stand 4. Quartal 2013

Knipping C.: Lehrbuch Palliative Care, Verlag Hans Huber, 2. Auflage, 2007

Kostrzewa S., Kutzner M.: Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung, Verlag Hans Huber, 4. Auflage, 2009

MDS: Begutachtungsfaden: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Stand 30.11.2010

- Müller-Busch C.: Definitionen und Ziele in der Palliativmedizin, Internist 2011, 52, Vol 1: 7-14
- Radbruch L., Payne S.: Standards und Richtlinien für die Hospiz- und Palliativversorgung in Europa Teil 1, Z Palliativmed, 2011, 12: 216-227
- Radbruch L., Payne S.: Standards und Richtlinien für die Hospiz- und Palliativversorgung in Europa Teil 2, Z Palliativmed, 2011, 12: 237-282
- Rellensmann G., Hasan C.: Empfehlungen zum Vorgehen in Notfallsituationen; Monatsschr Kinderheilkd, 2009, 157: 38-42
- Simon S., Müller-Busch C. et al.: Symptomatische Behandlung von Schmerzen und Atemnot, Internist, 2011, 52, Vol 1: 28-35
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung
- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) Soziale Pflegeversicherung
- Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) Sozialhilfe
- Sozialmedizinische Expertengruppe Pflege (SEG 2) der MDK-Gemeinschaft: Abgrenzung von Intensivpflegepatienten in der Häuslichkeit, 2007
- Steuerungsgruppe der Task Force on Palliative Care for Children and Adolescents der European Association for Palliative Care (EAPC), korrespondierender Autor Zernikow B.: IMPaCCT-Standards der pädiatrischen Palliativversorgung in Europa; Monatsschr Kinderheilkd, 2008, 156: 1114-1120
- World Health Organization: WHO Definition of Palliative Care, 2009
- Zernikow B., Hechler T.: IMPaCCT: Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa, Z Palliativmed, 2008; 9: 61-66
- Zernikow, B.: Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Springer Verlag, 2. Auflage, 2013

Weiterführende Internetadressen

<http://www.bundesverband-kinderhospiz.de>

<http://www.deutscher-kinderhospizverein.de>

<http://www.dgpalliativmedizin.de>

<http://www.dhpv.de>

<http://www.hospiz.net>

<http://www.kbv.de>

<http://www.kinderkrebsstiftung.de>

<http://www.patientenschuetzer.de>

<http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de>

8 Anlagen und Verweise

8.1 Richtlinie SAPV

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

vom 20. Dezember 2007,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008, S. 911

zuletzt geändert am 15. April 2010,
veröffentlicht im Bundesanzeiger, S. 2 190,
in Kraft getreten am 25. Juni 2010

Inhalt

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

§ 1 Grundlagen und Ziele Grundlagen und Ziele

(1) 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 oder familiären Umgebung zu ermöglichen. Im Vordergrund steht an-

stelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.

(2) SAPV kann im Haushalt des schwerstkranken Menschen oder seiner Familie oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI) erbracht werden. Darüber hinaus kann SAPV auch erbracht werden

-in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 SGB XII und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 SGB VIII,

-an weiteren Orten, an denen

- sich der schwerstkranke Mensch in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung dauerhaft aufhält und
- diese Versorgung zuverlässig erbracht werden kann

wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind.

(3) In stationären Hospizen besteht ein Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV, wenn die ärztliche Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund des besonders aufwändigen Versorgungsbedarfs (siehe § 4) nicht ausreicht.

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

(5) Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.

(6) Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.

§ 2 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn

-sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist (§ 3) und

-sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4) benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder an den in § 1 Abs. 2 und 3 genannten Orten 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 der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.

§ 4 Besonders aufwändige Versorgung

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. Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativpflegerische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

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

§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

(1) 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. 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) SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der ambulanten Hospizdienste und ggf. der stationären Hospize, organisiert sind. 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. Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

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

erbracht werden. 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 palliativpflegerischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen
- apparative palliativpflegerische Behandlungsmaßnahmen (z.B. Medikamentenpumpe)
- palliativpflegerische 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) 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. Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen schriftlich oder mündlich zu treffen. Kooperationspartner ist auch der ambulante Hospizdienst, der auf Wunsch der Patientin oder des Patienten an der Versorgung beteiligt wird. Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt im Einzelfall Kooperationspartnerin oder Kooperationspartner werden. 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) Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. 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) SAPV wird von der behandelnden Vertragsärztin oder von dem behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet. 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. 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, in der Regel jedoch längstens 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

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. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.

8.2 Empfehlungen des GKV-SV nach § 132d Abs. 2 SGB V für die SAPV

Empfehlungen
des GKV-Spitzenverbandes²⁰
nach § 132d Abs. 2 SGB V
für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung
vom 23.06.2008
in der Fassung vom
05.11.2012²¹

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 Behindertenrates, Berlin
des Deutschen Bundesverbandes für Pflegeberufe, Berlin,
des Deutschen Caritasverbandes e.V., Freiburg,
der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Berlin,
der Patientenschutzorganisation Deutsche 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 Pflegerates, Berlin,
des Deutschen Roten Kreuzes, Generalsekretariat, Berlin,
des Diakonischen Werkes der EKD e.V., Berlin,
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin,
des Verbandes Deutscher Alten- und Behinderten Hilfe e.V., Essen,
des Verbraucherzentrale Bundesverbandes e.V., Berlin,
der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V., Frankfurt am Main

²⁰ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

²¹ Die Empfehlungen vom 05.11.2012 lösen die Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V des AOK-Bundesverbandes, des BKK Bundesverbandes, (jetzt) des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, des IKK-Bundesverbandes, der Knappschaft, (jetzt) des Verbandes der Ersatzkassen e.V. vom 23.06.2008 ab (vgl. § 217f Abs. 5 SGB V).

1. Zielsetzung

- 1.1 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen (§ 37b Abs. 1 Satz 1 SGB V) 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; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV.
- 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 Der GKV-Spitzenverband wird 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. Anhaltzahlen zur Bedarfsschätzung, wie sie mit einem SAPV-Leistungserbringer mit 8 Vollzeitstellen auf 250.000 Versicherte in der Gesetzesbegründung zu § 132d Abs. 2 SGB V für die Versorgung von erwachsenen Palliativpatienten genannt sind, können zur Orientierung herangezogen werden, ersetzen eine individuelle Prüfung des regionalen Bedarfs jedoch nicht. Indikatoren für die individuelle Feststellung des Bedarfs an SAPV-Leistungserbringern können insbesondere sein,
- die regionale Siedlungsstruktur und die daraus resultierenden Rahmenbedingungen,
 - 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 den zum Zeitpunkt des Gesetzgebungsverfahrens vorliegenden Schätzungen von Experten hatten bis zu 10 Prozent aller Sterbenden einen solchen besonderen Versorgungsbedarf, der im Rahmen der SAPV abzudecken ist. Für Kinder und Jugendliche lag keine gesonderte Schätzung vor.

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. Den Vertragspartnern wird empfohlen, Regelungen zur Übermittlung der Verordnung in den Verträgen zu treffen, um die vorgenannte 3-Tagesfrist zu wahren.
- 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. Die in der SAPV tätigen Ärzte sind berechtigt, für die SAPV-Patienten die zulasten der GKV verordnungsfähigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel auf den für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Verordnungs-

vordrucken zu verordnen. Das Nähere ist in der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Vergabe von Betriebsstätten-Nummern und einer Pseudo-Arztnummer an Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 132d Abs. 1 SGB V zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV (SAPV-BSNR-Vereinbarung) in der jeweils gültigen Fassung festgelegt.

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 Palliative-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 palliativpflegerische und palliativpflegerische Versorgung erforderlich sind. Eine psychosoziale Unterstützung ist in enger Zusammenarbeit z.B. mit ambulanten Hospizdiensten und ggf. Kinderhospizdiensten (vgl. § 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 Vertragsärztinnen und -ärzten, weiteren Leistungserbringern sowie darüber hinaus mit den ambulanten Hospizdiensten und ggf. Kinderhospizdiensten (vgl. § 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
 - Notfallvorrat an Betäubungsmitteln für den unvorhersehbaren, dringenden und kurzfristigen Bedarf der Patienten nach § 5c BtMVV
 - Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (ausreichende Ausstattung für die Notfall- und Krisenintervention unter 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. Für die Aufbewahrung von Betäubungsmitteln 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 vertrauten Personen und die an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen ist. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer qualifizierten Ärztin/eines qualifizierten Arztes und/oder einer qualifizierten Pflegefachkraft ist zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.
- 5.2 Die nach Nr. 4.1 tätigen qualifizierten 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/innen, z.B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit bei spezialisierten Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V) oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativpflegerischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. Wenn ein spezialisierter Leistungserbringer ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgt, können von der vorgenannten Anzahl bisher versorgter Palliativpatienten/innen abweichende Regelungen getroffen werden.
- 5.3 Die nach Nr. 4.1 tätigen qualifizierten Pflegefachkräfte verfügen über:
- die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen
 - Gesundheits- und Krankenpfleger/in
 - Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
 - Altenpfleger/in (dreijährige Ausbildung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung und
 - den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder den Abschluss eines vergleichbaren Studiums
- und
- Erfahrung aus der ambulanten palliativen Pflege von mindestens 75 Palliativpatienten/innen, z.B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit bei spezialisierten Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V) oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen palliativpflegerischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. Wenn ein spezialisierter Leistungserbringer ausschließ-

lich Kinder und Jugendliche versorgt, können von der vorgenannten Anzahl bisher versorgter Palliativpatienten/innen abweichende Regelungen getroffen werden.

- 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.
- 5.5 Bei Leistungserbringern, die nach ihrer Konzeption sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche versorgen, muss mindestens eine/ein Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den unter Punkt 5.2 genannten Voraussetzungen sowie ein/e Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in mit den unter 5.3. genannten Voraussetzungen innerhalb des Teams tätig sein.
- 5.6 Die Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 SGB V können Übergangsregelungen vorsehen, wonach Ärztinnen oder Ärzte, die die berufspraktische Erfahrung nach Ziffer 5.2, bzw. Pflegefachkräfte, die die berufspraktische Erfahrung nach Ziffer 5.3 nicht vollständig erfüllen, diese Erfahrung auch im Rahmen der SAPV erwerben können, sofern im Team insgesamt ausreichende Erfahrung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung vorliegt. Die berufspraktische Erfahrung nach Ziffer 5.2 bzw. Ziffer 5.3 muss innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss des Arbeitsvertrags abgeschlossen sein.

6. Qualitätssicherung

- 6.1 Die spezialisierten Leistungserbringer sind verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Sie nehmen regelmäßig an palliativpflegerische n/-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.

8.3 Empfehlungen des GKV-SV zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der SAPV von Kindern und Jugendlichen

GKV-Spitzenverband²²
Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.

Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen

vom 12.06.2013

Präambel

Gemäß § 37b SGB V sowie der Richtlinie des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V und der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V ist bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen. Im Folgenden werden Maßnahmen beschrieben, wie diesen besonderen Belangen Rechnung getragen werden kann.

Leistungen der SAPV für Kinder und Jugendliche sollen nach Möglichkeit von auf die Versorgung dieser Zielgruppe spezialisierten Leistungserbringern erbracht werden. Diese Leistungserbringer werden zur Verbesserung der Lesbarkeit im Folgenden „SAPV-Teams“ genannt.

Die in der SAPV versorgten Kinder und Jugendlichen sind lebenslimitierend, komplex chronisch erkrankt und bedürfen einer ambulanten Versorgung in enger Kooperation mit Spezialisten der Palliativmedizin und der kinder- und jugendmedizinischen Fachgebiete, wie zum Beispiel der pädiatrischen Hämatologie/Onkologie, Neuropädiatrie, Kinderkardiologie oder Neonatologie ergänzt um die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Das hier vorgestellte Versorgungskonzept gibt Empfehlungen zu den maßgeblichen Zielgruppen, zum Versorgungsprozess sowie zu grundlegenden Strukturen der SAPV von Kindern und Jugendlichen.

1. Zielgruppen

²² Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

Bei Kindern und Jugendlichen, die der SAPV bedürfen, liegt eine nicht heilbare, fortschreitende und so weit fortgeschrittene Erkrankung vor, dass dadurch die Lebenserwartung begrenzt ist. Weiterhin besteht ein komplexes Symptomgeschehen, das besondere palliativpflegerische und palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen erfordert sowie ein interdisziplinäres, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Versorgungskonzept voraussetzt. Aufgrund dieses spezifischen Versorgungsbedarfs sind die Versorgungsmöglichkeiten der allgemeinen Versorgung nicht ausreichend.

Laut SAPV-Richtlinie des G-BA sind insbesondere bei Kindern die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt (vgl. § 3 Abs. 3 Satz 2 SAPV-RL). Im Vergleich zur SAPV bei Erwachsenen – bei denen eher onkologische Erkrankungen im Vordergrund stehen – leiden Kinder und Jugendliche, die der SAPV bedürfen, häufiger an genetischen Erkrankungen, Stoffwechselleiden, Hirnfehlbildungen und Muskelerkrankungen. Zudem können Kinder und Jugendliche mit komplex neurologischen Erkrankungen Anspruch auf SAPV haben. Dies gilt auch dann, wenn die neurologische Grundkrankheit (z.B. perinatale Hirnschädigung) nicht als fortschreitend zu bewerten ist, wohl aber die daraus entstehenden Folgekrankheiten wie Zerebralparese, zerebrale Krampfanfälle, Schluckstörung und restriktive Ventilationsstörung und beständig an Schwere zunehmen. Die Prognose der Lebenserwartung ist bei Kindern und Jugendlichen mit schwerwiegenden nichtonkologischen Erkrankungen erheblich schwieriger zu stellen als bei Erwachsenen mit Krebserkrankungen. Dieser Umstand ist bei der Genehmigung von SAPV-Leistungen für Kinder und Jugendliche zu berücksichtigen und darf nicht dazu führen, dass Kinder und Jugendliche mit nicht-onkologischen Erkrankungen unberücksichtigt bleiben.

Wenn ein Krankheitsbild aus dem Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin vorliegt und die Versorgung durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer in der Vergangenheit erfolgt ist, ist eine Weiterversorgung durch diese Leistungserbringer in der Regel auch über das 18. Lebensjahr möglich. Dies kann im Einzelfall auch möglich sein, wenn ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters jenseits des 18. Lebensjahrs auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt.

SAPV für Kinder und Jugendliche kann bereits ab Diagnosestellung einer lebenslimitierenden Erkrankung erforderlich sein – die intermittierende Versorgung ist nicht auf die letzten Lebenstage beschränkt (vgl. § 3 Abs. 3 Satz 2 SAPV-RL).

2. Grundsätze des Versorgungsprozesses

Das SAPV-Team ist ein multiprofessionelles Team. Es versorgt Palliativpatienten auf der Grundlage der nachfolgenden Empfehlungen zum Versorgungsprozess. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben ebenso unberührt wie Angebote, die sich aus dem hospizlich-palliativem Grundverständnis ergeben, jedoch keine Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung sind. Dazu können z.B. die Vermittlung von Angeboten der Trauerbegleitung sowie die Bereitschaft des Leistungserbringers, für Angehörige nach dem Tod des Kindes für Gespräche zur Verfügung zu stehen, gehören.

2.1 Verordnung

Voraussetzung für die spezialisierte Palliativversorgung durch ein SAPV-Team ist das Vorliegen einer ordnungsgemäßen ärztlichen Verordnung (Muster 63), die der Genehmigung

durch die Krankenkasse bedarf. Die Vorlage der Verordnung wird im Einzelfall mit dem Versicherten und seinen Angehörigen geregelt, ersatzweise übernimmt das SAPV-Team die Übermittlung der Unterlagen. Das SAPV-Team sollte frühzeitig einbezogen werden.

2.2 Kontaktaufnahme

Nach dem Erhalt einer Verordnung für Beratung, Koordination, Teil- oder Vollversorgung nimmt das SAPV-Team mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen und dem verordnenden Arzt zeitnah Kontakt auf und terminiert die Erstvisite.

2.3 Beratung

Die Beratungsleistung beinhaltet die Beratung der an der Versorgung Beteiligten (Primärversorger, Angehörige und Patienten) auf der Grundlage der Verordnung (Muster 63) nur nach persönlicher Inaugenscheinnahme des Patienten und des Versorgungsumfeldes. Die weitere Beratung kann auch telefonisch erbracht werden.

2.4 Erstvisite

Nach Vereinbarung erfolgt eine Erstvisite beim Patienten in seinem häuslichen Umfeld. Die Erstvisite erfolgt in der Regel gemeinsam durch den Arzt und die Pflegefachkraft²³ des SAPV-Teams. Die Teilnahme der Leistungserbringer der allgemeinen Versorgung und der Ehrenamtlichen des ambulanten Kinderhospizdienstes wird angestrebt. Anlässlich der Erstvisite wird im Eingangsassessament eine mehrdimensionale, d.h. neben den medizinisch-pflegerischen Aspekten auch psychologische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigende Befunderhebung des Patienten inklusive Fremdanamnese im Angehörigengespräch vorgenommen. Es schließt sich eine erste Beratung und Optimierung der Symptomkontrolle und Unterstützung der Selbsthilfefähigkeit des Patienten und seines Umfeldes an. Dies beinhaltet bedarfsorientiert:

- direkte Unterstützung im Umgang mit der schweren Erkrankung,
- Anpassung der medikamentösen Therapie und pflegerischen Versorgung,
- Anleitung und Beratung zur weiteren Behandlung,
- Ansprechen von Fragen der Entscheidungsfindung (z.B. Therapiezieländerung, Vorgehen in Notfallsituationen),
- Vorstellen weiterer Hilfs- und Unterstützungsangebote.

Das SAPV-Team leistet grundsätzlich ergänzende Angebote, d. h. die allgemeine Versorgung ist davon nicht berührt und wird durch den Haus-/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und den ambulanten Kinderkrankenpflegedienst in Kooperation mit dem SAPV-Team fortgesetzt.

2.5 Ressourcenorientierte Versorgungsplanung inklusive Notfallplanung und Krisenanti-zipation

In enger Kooperation mit den Betroffenen erfolgt die Erstellung eines an der Symptomlast und den relevanten Problemen orientierten Versorgungsplans einschließlich einer Empfehlung für das Vorgehen im Notfall-/ bzw. bei Kriseninterventionen. Der Versorgungsplan ist ressourcenorientiert und berücksichtigt die Angebote der allgemeinen Versorgung. Die früh-

²³ zu den Qualifikationsanforderungen s. Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V 5

zeitige Inanspruchnahme ehrenamtlicher Unterstützungsmaßnahmen (ambulanter Kinderhospizdienst, Nachbarschaftshilfe und ehrenamtliche Krankenbesuchsdienste) wird aktiv gefördert. Um einen Versorgungsplan zu erstellen, werden die bisherigen Krankenunterlagen organisiert und gesichtet sowie die involvierten Kooperationspartner erfasst. Es folgt eine Beurteilung des bisherigen Krankheitsverlaufes und darauf aufbauend die Versorgungsplanung (medizinisch-pflegerisch-psychosozial-spirituell).

2.6 Koordination

Nach dem Beginn der SAPV für Kinder und Jugendliche und dem Erstellen des Versorgungsplans schließt sich im Regelfall die weitere Koordination an, wenn diese oder eine Teil-/Vollversorgung im Rahmen der SAPV für Kinder und Jugendliche auf dem Muster 63 verordnet wurde. Diese beinhaltet:

- Einleitung von Maßnahmen (Koordination und Beratung) zur Umsetzung der im individuellen Versorgungsplan definierten Ziele,
- Zeitnahe bedarfsangepasste Information der beteiligten Leistungserbringer und dadurch Sicherstellung der bedarfsgerechten und abgestimmten Versorgung.

2.7 Teil- und Vollversorgung inklusive Hausbesuche im Verlauf

Im Verlauf der Teil- oder Vollversorgung müssen zusätzlich zu den Aufgaben der Koordination weitere Hausbesuche erfolgen. Die Leistungen werden entweder von einer Berufsgruppe des SAPV-Teams alleine (Arzt oder Pflegefachkraft) oder gemeinsam durchgeführt, wenn Teil- oder Vollversorgung auf dem Muster 63 verordnet wurde. Leistungen, die im Rahmen der Teil- oder

Vollversorgung bzw. bei einem erneuten Hausbesuch durchgeführt werden, sind bei Bedarf:

- Reassessment
- Anleitung des Patienten/der Familie und der Kooperationspartner in spezialisierter Krankenbeobachtung, Einführung spezieller Beobachtungsinstrumente
- Anpassung des individuellen Versorgungsplans, inklusive vorbeugendes Krisenmanagement und Bedarfsinterventionen
- Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV
- Einleitung apparativer spezialisierter palliativpflegerischer Behandlungsmaßnahmen und Hilfsmittel; Organisation und Anleitung (z.B. Medikamentenpumpe)
- Ausführliche Kommunikation mit Patienten, seiner Familie und den anderen Leistungserbringern der Primärversorgung
- Symptomlinderung durch sofortige Anwendung von Medikamenten oder anderer Maßnahmen (Lagerhaltung Medikamente für die Notfall- und Krisenintervention)
- Planung, Organisation und Durchführung einer individuell auf den Patienten bezogenen interdisziplinären Fallkonferenz
- In Absprache mit den allgemein Versorgenden vor Ort und der Familie Versorgung in der Sterbephase

3. Struktur der Leistungserbringer

Die SAPV für Kinder und Jugendliche soll vornehmlich von hierfür spezialisierten Leistungserbringern mit dafür ausreichend qualifiziertem Personal erfolgen.

Nach den bisherigen Erkenntnissen kann für ein spezialisiertes SAPV-Team von folgenden - in den Verhandlungen vor Ort zu konkretisierenden - Orientierungswerten ausgegangen werden:

- Zu versorgender Einzugsbereich von ca. 120 km im Umkreis
- 1,5 – 1,9 VK Ärzte; 3,5 - 4 VK Pflegekräfte
- Ein SAPV-Team kann mit den vorgenannten personellen Kapazitäten 40-50 Kinder und Jugendliche im Jahr versorgen
- Eine integrative Nutzung, auch stundenweise, von Personal aus bestehenden Strukturen ist bei der Herstellung der hierfür notwendigen Transparenz (z.B. getrennte Kostenstellen/Kostenstellenrechnung) möglich
- Vor diesem Hintergrund werden für eine ausreichende Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Bundesgebiet insgesamt ca. 30 SAPV-Teams benötigt (Versorgungseinheit in der Region und nicht Vertragsnehmer als Dachorganisation)
- Dabei ist eine bundeslandübergreifende Versorgung zu ermöglichen.

In bisher nicht versorgten Regionen ist zunächst zu prüfen, ob eine – ggf. länderübergreifende – Versorgung durch ein bereits vorhandenes SAPV-Team möglich ist. Anderenfalls sollte ein weiteres spezialisiertes Team für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gewonnen werden. In Regionen, in denen eine Versorgung durch ein spezialisiertes Team zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen nicht möglich ist, sind andere Organisationsmodelle unter Nutzung vorhandener Strukturen zu prüfen. So sehen die Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V unter 5.5 vor, dass Leistungserbringer, die nach ihrer Konzeption sowohl Kinder als auch Erwachsene versorgen, mindestens eine Ärztin/einen Arzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/einen Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger vorhalten müssen.

Das SAPV-Team muss eine Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft (telefonisch, bei Bedarf auch aufsuchend), rund um die Uhr, für die im Rahmen der SAPV für Kinder und Jugendliche versorgten Patienten sicherstellen.

4. Dokumentation und Qualitätsmanagement

4.1 Dokumentation

Für die Dokumentation der SAPV für Kinder und Jugendliche wird ein modifiziertes, auf die Besonderheiten der Zielgruppe abgestimmtes, Dokumentationssystem (vorzugsweise elektronisch) kontinuierlich geführt (vgl. Punkt 6.2 der Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V). Die Datenbank ist von den PCs aller Teammitglieder erreichbar und miteinander verknüpft.

4.2 Qualitätsmanagement

Das SAPV-Team führt ein internes Qualitätsmanagement durch. Die Teammitglieder nehmen regelmäßig an den wöchentlichen multiprofessionellen Teambesprechungen, regelmäßigen palliativpflegerischen und palliativpflegerischen Fortbildungen und Supervision teil.

5. Ausblick

Die Partner der Empfehlungen werden mit Ablauf von 2 Jahren nach Verabschiedung der Empfehlungen die diesbezüglichen Erfahrungen mit der Umsetzung austauschen, auswerten und bei Bedarf die Empfehlungen anpassen.

8.4 Rahmenvereinbarung stationäre Hospizversorgung

**Rahmenvereinbarung
nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V
über Art und Umfang
sowie Sicherung der Qualität
der stationären Hospizversorgung
vom 13.03.1998, i. d. F. vom 14.04.2010**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband¹, Berlin

und

- dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berlin
- dem Bundesverband Kinderhospiz e. V., Berlin
- dem Deutschen Caritasverband e. V., Freiburg
- dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V., Berlin
- dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V., Berlin
- dem Deutschen Roten Kreuz e. V., Berlin
- dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., Berlin und Stuttgart

Präambel

Im Vordergrund der Hospizarbeit steht die ambulante Betreuung im Haushalt oder in der Familie mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen. Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden und ihrer Angehörigen stehen im Zentrum des Handelns der Hospize. Neben dieser ambulanten Hospizbetreuung und der Versorgung Sterbender in Pflegeheimen und in Krankenhäusern (insbesondere Palliativstationen) sind in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig. Ziel der stationären Hospizarbeit ist es, eine Pflege und Begleitung (palliativmedizinische Behandlung und Pflege) anzubieten, welche die Lebensqualität des sterbenden Menschen verbessert, seine Würde nicht antastet und aktive Sterbehilfe ausschließt. Zur Optimierung der Versorgung arbeitet das Hospiz im Rahmen des regionalen Netzwerkes mit den

- niedergelassenen Vertragsärzten,

- Vertragskrankenhäusern
und
- sonstigen innerhalb des Versorgungsspektrums Beteiligten
eng zusammen.

Wenn Kinder sterben, stellt dies die Familien wie die Begleitenden vor besondere Herausforderungen. Für Hospize und Kinderhospize gelten weitgehend dieselben Grundsätze der Hospizarbeit, sie verfügen aber zum Teil über jeweils besondere Strukturen.

Kinderhospize sind auf die besonderen Bedürfnisse und Wünsche von Kindern²⁴ mit lebenslimitierenden Erkrankungen und ihren Familien bereits ab Diagnosestellung ausgerichtet.

Nach § 39a SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuss zu vollstationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung erbracht wird, wenn eine bedarfsgerechte Palliativversorgung im Haushalt oder der Familie der oder des Versicherten nicht erbracht werden kann. Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend hat der GKV-Spitzenverband mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen in dieser Rahmenvereinbarung das Nähere über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vereinbart. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

§ 1 Stationäre Hospize

(1) Stationäre Hospize sind selbstständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung zur erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8²⁵ und höchstens 16 Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker sterbender Menschen auszurichten ist. Stationäre Hospize verfügen über eine besondere Ausstattung, die eine palliativmedizinische, palliativpflegerische, soziale sowie geistig-seelische Versorgung gewährleistet und bringen einen Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement auf. Stationäre Hospize verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie sind integraler Bestandteil eines ambulanten ehrenamtlichen Hospizdienstes.

(2) Anstelle der vollstationären Hospizversorgung kann die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung und soziale Betreuung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen zu gewährleisten, so dass die Patientin bzw. der Patient möglichst lange in ihrer bzw. seiner häuslichen Umgebung bleiben kann. Die teil-

²⁴ Soweit hier von "Kindern" die Rede ist, sind jeweils Kinder und Jugendliche gemeint sowie ggf. junge Erwachsene, wenn die Erkrankung im Kindes- oder Jugendalter aufgetreten ist und die Versorgung im Kinderhospiz von den jungen Erwachsenen gewünscht wird, im Einzelfall auch bei Auftreten der Erkrankung im jungen Erwachsenenalter.

²⁵ Vor dem 14.04.2010 bestehende Verträge mit Hospizen bleiben von dieser Regelung zur Mindestplatzzahl unberührt. Bei Neugründung muss die Mindestplatzzahl in einer von den Vertragspartnern festgelegten Frist erreicht werden.

stationäre Versorgung kann sowohl als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes als auch als integraler Bestandteil eines vollstationären Hospizes vorgehalten werden.²⁶

(3) Stationäre Hospize sind aufgrund ihres Versorgungsauftrages baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Es ist deshalb ausgeschlossen, dass ein stationäres Hospiz Bestandteil einer stationären Pflegeeinrichtung ist.

(4) Stationäre Kinderhospize sind aufgrund ihres speziellen Aufgabengebiets selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept.

§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

(1) Grundvoraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist, dass

- a) die Patientin bzw. der Patient an einer Erkrankung leidet,
 - die progredient verläuft und
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung notwendig oder von der Patientin bzw. dem Patienten erwünscht ist und
 - die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – erwarten lässt,
- b) eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist und
- c) eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativmedizinische und palliativpflegerische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt. Damit sind neben den Angehörigen insbesondere die vertragsärztliche Versorgung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und (familien)ergänzende ambulante Versorgungsformen gemeint. Bei erkrankten Kindern kommt der Entlastung des Familiensystems bereits ab Diagnosestellung besondere Bedeutung zu.

(2) Eine palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung in einem stationären Hospiz kommt – sofern die vorgenannten Grundvoraussetzungen im Einzelfall erfüllt sind – insbesondere bei einem der folgenden Krankheitsbilder in Betracht:

- a) Krebserkrankungen,
- b) Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
- c) Erkrankungen des Nervensystems,
- d) chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankungen.

²⁶ Ausnahmen von der Mindestplatzzahl bezogen auf teilstationäre Kinderhospize können von den Vertragspartnern vereinbart werden.

Insbesondere folgende Diagnosen begründen zusätzlich die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung von Kindern in Kinderhospizen:

- a) Stoffwechselerkrankungen, die schon im Kindes- oder Jugendalter in der Regel zum Tode führen,
- b) genetisch bedingte Erkrankungen, Immunerkrankungen und Fehlbildungen mit lebensverkürzender Prognose.

(3) Die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei Patientinnen und Patienten vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Sofern in Einzelfällen Patientinnen und Patienten aus Pflegeheimen in ein Hospiz verlegt werden sollen, ist vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen zu lassen, ob die Kriterien nach Absatz 1 und 2 erfüllt werden und warum eine angemessene Versorgung der oder des Sterbenden im Pflegeheim nicht mehr möglich ist.

(4) Die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung nach den Absätzen 1, 2 und 3 ist durch eine Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt oder Krankenhausärztin bzw. Krankenhausarzt zu bestätigen. Die Leistung ist zunächst auf 4 Wochen befristet; § 275 SGB V bleibt unberührt.

(5) Bei der Frage, ob eine (weitere) Notwendigkeit für eine Versorgung im stationären Hospiz gegeben ist, ist zu prüfen, ob – sofern der Zustand der Patientin oder des Patienten und der Familie trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht hat – eine Entlassung nach Hause möglich ist. In diesen Fällen sind bei einer erneuten Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung Wiederaufnahmen, auch innerhalb eines Jahres, möglich.

§ 3 Versorgungsumfang

(1) Im Rahmen der Versorgung werden im stationären Hospiz neben der Unterkunft und Verpflegung palliativmedizinische, palliativpflegerische, soziale, therapeutische, pädagogische (Kinderhospiz) und geistig-seelische Leistungen sowie Sterbe- und Trauerbegleitung ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erbracht.

(2) Die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung soll durch Linderung der Krankheitsbeschwerden die letzte Lebensphase der Patientin bzw. des Patienten so erträglich wie möglich gestalten und ist nicht primär darauf gerichtet, das Leben zu verlängern. Im Zentrum steht somit neben der Behandlung der körperlichen Beschwerden (Schmerztherapie, Symptomkontrolle) die Linderung der mit dem Krankheitsprozess verbundenen psychischen Leiden unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte.

(3) Das Hospiz erbringt die sach- und fachkundige umfassend geplante Pflege, die sich in Inhalt und Umfang an körperlichen, psychischen, sozialen und geistig-seelischen Bedürfnissen der sterbenden Menschen orientiert. Die Angehörigen und Bezugspersonen der Sterbenden werden nach Möglichkeit in die Pflege und Begleitung mit einbezogen. In Kinderhospizen soll die Mitaufnahme von Eltern und Geschwistern möglich sein.

(4) Ein stationäres Hospiz muss insbesondere auf die Möglichkeiten von Kriseninterventionen unter palliativen Gesichtspunkten eingerichtet sein. Hierbei kann es sich neben körperli-

chen Krisen auch um psychische Krisen (z.B. Depression mit Suizidalität) handeln. Das Hospiz muss je nach den Erfordernissen der Patientin bzw. des Patienten insbesondere die folgenden Dienstleistungen mehrfach täglich bis ständig anbieten:

- a) umfassende Schmerztherapie und Symptomkontrolle,
- b) umfassende hygienische Maßnahmen,
- c) spezielle medizinisch-technische Interventionen,
- d) individuell angemessene Bewältigungs- und Unterstützungsangebote,
- e) Beobachtung und Überwachung des Gesamtgeschehens unter Wahrnehmung der medizinischen Behandlung.

(5) Im Rahmen der psychosozialen Begleitung stehen im Vordergrund Hilfen beim Verarbeitungsprozess in der Konfrontation mit dem Sterben, Krisenintervention und Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten. Die Patientin bzw. der Patient benötigt unter Umständen auch Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Die sozialen und seelsorglichen Leistungen umfassen die Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen und Bezugspersonen (einschl. Trauerarbeit), die Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen und bei der Suche nach Antworten. Dies schließt auch die Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse ein.

(6) Das stationäre Hospiz stellt sicher, dass die notwendige ärztliche Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln gewährleistet ist. Die ärztliche Behandlung, Arznei-, Verband- und Heilmittel werden im Rahmen der §§ 28, 31 und 32 SGB V übernommen. Sofern die palliativ-ärztliche Versorgung im Rahmen des § 28 SGB V nicht ausreichend ist, wird die spezialisierte palliativ-ärztliche Versorgung im Rahmen des § 37b SGB V übernommen.

(7) Zum Leistungsumfang des stationären Hospizes zählen die von stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringenden Leistungen:

- a) der Körperpflege (Waschen, Duschen und Baden, Zahnpflege, Kämmen und Rasieren, Darm- und Blasenentleerung),
- b) der Ernährung (mundgerechtes Zubereiten der Nahrung sowie die Unterstützung bei der Aufnahme der Nahrung, Hygienemaßnahmen wie z.B. Mundpflege),
- c) der Mobilität (Aufstehen und Zubettgehen, Betten und Lagern, Gehen, Stehen, Treppensteigen, u. U. Verlassen und Wiederaufsuchen des Hospizes, An- und Auskleiden),
- d) der allgemeinen sozialen Betreuung,
- e) der medizinischen Behandlungspflege,
- f) der Unterkunft und Verpflegung.

(8) Die zu erbringende palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung sowie die zu erbringenden sozialen und geistig-seelischen Leistungen erstrecken sich insbesondere auf die folgenden Leistungen:

- a) qualifizierte Schmerzbehandlung, Behandlung weiterer körperlicher und psychischer Symptome (z.B. Periduralkatheter; patientenorientierte, zeitabhängige, dosisvariierte Schmerztherapie, die täglich anzupassen ist; psychosoziale Interventionen),
- b) fachgerechte Versorgung von Wunden und krankhaften Körperöffnungen, deren Pflege über die Versorgung von Stomaöffnungen hinausgeht (z.B. größere Operationswunden, Geschwüre, Infektionen der Haut und Schleimhäute, Fisteln),
- c) Kriseninterventionen,

- d) Feststellen und beobachten der Vitalfunktionen, der Bewusstseinslage, der Haut und Schleimhäute, Ausscheidungen, Körpergewicht, Körperhaltung und des emotionalen Befindens unter Beachtung des Gesamtbefindens,
- e) Sicherung notwendiger Arztbesuche,
- f) Anleitung der oder des Versicherten, ihrer oder seiner Angehörigen oder Pflegepersonen zur Durchführung therapeutischer Maßnahmen,
- g) Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung,
- h) Unterstützung bei der Entwicklung neuer Lebens-, Verhaltens- und Bewältigungsstrategien,
- i) Hilfen beim Verarbeitungsprozess in der Konfrontation mit dem Sterben,
- j) Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten,
- k) Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung,
- l) Begleitung von Sterbenden sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen,
- m) Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen,
- n) Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse.

(9) Die Betreuung und Beschäftigung der Kinder im Kinderhospiz richtet sich nach ihrem Entwicklungsstand und ihren individuellen Bedürfnissen und schließt die Geschwister mit ein.

§ 4 Qualitätsanforderungen

(1) Die Pflege im stationären Hospiz ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Es gelten mindestens die in der Qualitätsvereinbarung zu § 113 SGB XI enthaltenen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung, soweit deren Anwendung durch die Besonderheiten der stationären Versorgung im Hospiz nicht ausgeschlossen ist oder in dieser Rahmenvereinbarung keine Abweichungen beschrieben sind.

(2) Die Pflege ist bei ständiger Präsenz einer Gesundheits- und Krankenpflegerin/eines Gesundheits- und Krankenpflegers oder einer Altenpflegerin/eines Altenpflegers²⁷ - im Kinderhospiz einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/eines Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers - rund um die Uhr und ganzheitlich und auf die Pflegekonzeption basierend zu erbringen, die auf die Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens und die individuelle Situation der Patientin bzw. des Patienten aufbaut. Diese bedarfsorientierte ganzheitliche Pflegeplanung unterstützt und fördert insbesondere die Selbsthilfepotentiale der Betroffenen. Dabei werden Angehörige und Bezugspersonen einbezogen und die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team von haupt- und ehrenamtlichen Kräften einschließlich der betreuenden Ärztin bzw. des betreuenden Arztes erbracht. Ein geeignetes Pflegedokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Das Leistungsgeschehen und der Pflegeprozess sind daraus abzuleiten.

(3) Die Qualität der Leistungserbringung ist laufend zu prüfen. Dabei ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit den individuellen Bedürfnissen der Patientin bzw. des Patienten entsprochen und damit in der letzten Lebensphase ein Höchstmaß an persönlicher Lebensquali-

²⁷ Altenpflegefachkräfte können diese Aufgaben übernehmen, wenn sie entweder eine mindestens einjährige Berufserfahrung im stationären Hospiz oder eine Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme für Pflegende im Umfang von mindestens 160 Stunden nachweisen können.

tät ermöglicht wurde. Der Träger des Hospizes ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Qualität festgelegt und durchgeführt werden. Er soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

(4) Der Träger des Hospizes hält das für die stationäre Hospizversorgung der Patientinnen und Patienten erforderliche und geeignete Personal in seinem Hospiz bereit und übernimmt die Gewähr für eine fach- und sachgerechte Betreuung und Versorgung. Die nachstehenden Qualitätsanforderungen sind ständig zu erfüllen:

a) Personelle Voraussetzungen:

- 1) Die verantwortliche Krankenpflegefachkraft hat die folgenden Voraussetzungen zu erfüllen:
 - a) sie besitzt die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung. Im Kinderhospiz ist die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/des Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers erforderlich,
 - b) sie kann eine mindestens dreijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Erlaubnis nach a) innerhalb der letzten 5 Jahre in einem Krankenhaus oder einer von den Kranken/Pflegekassen zugelassenen Pflegeeinrichtung nachweisen, wobei zumindest 2 Jahre auf eine hauptberufliche Tätigkeit in einem Hospiz, in einem Krankenhaus, in einem Palliative Care-Team oder in einem ambulanten Pflegedienst entfallen,
 - c) sie verfügt über den Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden (im Kinderhospiz pädiatrische-Palliative Care – Fachkräfte, die bereits eine Palliative Care-Weiterbildung absolviert haben, müssen diese durch ein Zusatzmodul pädiatrische Palliative Care von 40 Stunden ergänzen) und den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für Leitungsfunktionen im Umfang von mindestens 460 Stunden
 - d) sie ist hauptberuflich im Hospiz beschäftigt.
Die verantwortliche Krankenpflegefachkraft hat in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungslehrgängen die für das Arbeitsgebiet erforderlichen palliativpflegerischen bzw. palliativ-pflegerischen Kenntnisse zu aktualisieren. Sie setzt die Pflegekräfte und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer jeweiligen Qualifikation ein.
- 2) Sonstiges Personal:
Das Hospiz hat zusätzlich das folgende Personal:
 - a) Eine(n) ständig festangestellte(n), hauptberuflich im Hospiz beschäftigte(n) Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger - im Kinderhospiz vorrangig Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger -, entsprechend den jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen als stellvertretende Leitung mit Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden,
 - b) Ständig – entsprechend der Patientenzahl – weitere festangestellte ausgebildete Pflegekräfte, Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpflegerin/Altenpfleger, Krankenpflegehelferin/Krankenpflegehelfer - im Kinderhospiz vorrangig Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger); der Einsatz des Personals erfolgt entsprechend der jeweiligen Ausbildung und Qualifikation,

- c) Vertretungspersonal (für Urlaub, Krankheit, Wochenende), wobei das Vertretungspersonal die Qualifikation gemäß a) und b) zu erfüllen hat,
- d) Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen oder Psychologinnen/Psychologen.
- e) Hauswirtschafts- und Funktionspersonal.

Das Personal nach a) bis d) erbringt die Leistungen entsprechend seiner Qualifikation und übernimmt die Gewähr für die sachgerechte Durchführung der Leistungen. Der Personalbedarf nach d) und e) kann auch stundenweise extern abgedeckt werden.

Das Personal nach a) bis d) hat sich in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungslehrgängen auf den neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten.

3) Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Ein Kernelement der Hospizarbeit ist der Dienst Ehrenamtlicher. Durch ihr Engagement leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag bei der Versorgung sterbender Menschen auch in stationären Hospizen. Das Hospiz setzt ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer nachgewiesenen Befähigung ein und sorgt für deren regelmäßige Begleitung.

b) Instrumentelle Grundausrüstung (im Kinderhospiz kindgerecht):

Zur Durchführung von Pflege und Behandlung sind insbesondere vorzuhalten:

- Blutdruckmessgerät
- Blutzuckermessgerät
- Teststreifen
- Hilfsmittel gegen Dekubitus
- Sauerstoffgerät mit Zubehör
- Ernährungspumpen
- Absauggerät
- Inhalationsgerät
- Keil, Güdel-Tubus
- Perfusor
- Kühltisch für die Medikamentenaufbewahrung
- BtM-Schrank
- Pflegebetten mit Bettgitter und Aufrichthilfe
- Toilettenstühle
- Lifter (Bett, Badewanne)
- Rollstühle, Gehhilfen
- Infusionsständer

Der individuelle Anspruch der oder des Versicherten auf eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V) bleibt unberührt.

c) Bauliche Voraussetzungen/Räume/Einrichtung und Mobiliar:

Die baulichen Gegebenheiten einschließlich der Einrichtung müssen den Zielen des § 1 gerecht werden. Die Regel ist das Einbettzimmer, Zweibettzimmer können ebenfalls vorgehalten werden, wobei die Bedürfnisse der oder des Sterbenden berücksichtigt werden müssen. Im Übrigen gelten die Heimmindestbauverordnung bzw. die entsprechenden landesrechtlichen Regelungen. In Hospizen sollten die Patientenzimmer so gestaltet sein, dass Angehö-

rige mit aufgenommen werden können. Im Kinderhospiz sollten Zimmer für die Familien in ausreichender Anzahl vorhanden sein.

§ 5 Verträge

(1) Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene schließen gemeinsam und einheitlich mit dem stationären Hospiz, das die Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt, einen Vertrag. Der Vertrag regelt insbesondere:

- a) Die Anzahl der angebotenen Plätze,
- b) Meldungen des Hospizes an die Krankenkassen (z.B. über vertragsrelevante Änderungen),
- c) Umfang, Verfahren und Befristungen der Kostenzusagen der Krankenkassen,
- d) Beginn und Ende der Zulassung zur Versorgung,
- e) Umfang des Haftpflichtversicherungsschutzes des Hospizes,
- f) Zahlungsbedingungen des Zuschusses,
- g) Begehung durch den MDK,
- h) Anforderungen an die Leistungsdokumentation,
- i) Die Trägervertretung des Hospizes.

(2) Die Inhalte dieser Rahmenvereinbarung sind verbindlicher Bestandteil des Vertrages.

(3) Der Vertrag des Hospizes mit der Patientin bzw. dem Patienten darf keine Regelungen enthalten, die den Bestimmungen der Rahmenvereinbarung und des Vertrages nach Absatz 1 entgegenstehen; Ausnahmeregelungen sind nur mit Zustimmung aller Landesverbände der Krankenkassen statthaft.

(4) Aus dem Vertrag kann keine Belegungsgarantie des Hospizes gegenüber den Krankenkassen hergeleitet werden.

(5) Die Vereinbarungspartner gehen davon aus, dass mit dem Abschluss eines Vertrages nach § 5 dieser Rahmenvereinbarung die Voraussetzungen für einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI erfüllt sind.

(6) In den zwischen den Krankenkassen und den Hospizen abzuschließenden Verträgen ist gemäß § 39a Abs. 1 Satz 7 bis 9 SGB V zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt.

§ 6 Kündigung von Verträgen

(1) Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

(2) Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene kündigen den Vertrag gemeinsam und einheitlich, wenn die Voraussetzungen der Zulassung nicht mehr erfüllt sind.

(3) Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene können den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gemeinsam und einheitlich kündigen, wenn das Hospiz seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Hospizbewohnern oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten am Vertrag nicht zumutbar ist.

(4) Eine Klage gegen die Kündigung des Vertrages hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 7 Vergütungsgrundsätze und Krankenkassenleistung

(1) Zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auf Landesebene und den Hospizen bzw. deren Trägern wird ein leistungsgerechter tagesbezogener Bedarfssatz schriftlich vereinbart. Möglichkeiten zur Vereinbarung landeseinheitlicher Bedarfssätze sind vorrangig auszuschöpfen.

(2) Der tagesbezogene Bedarfssatz für die Versorgung der Patientinnen und Patienten deckt alle in § 3 genannten Leistungen des Hospizes bei leistungsfähiger und wirtschaftlicher Betriebsführung (§ 2 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 SGB V) ab. Dies schließt auch die Aufwendungen für die Betriebsverwaltung und die durch öffentliche Förderung nicht gedeckten Investitionskosten ein. Die Leistungen nach § 3 Abs. 6 Satz 2 und 3 gehen nicht in die Kalkulation des Bedarfssatzes ein.

(3) Bei der Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes sind die Parallelen zu stationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI als Basis heranzuziehen. Hierbei ist der besondere Personalbedarf der Hospize und der spezifische Personalbedarf der Kinderhospize in den Bereichen der palliativen Versorgung und sozialen Betreuung sowie bei der Befähigung und der Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu berücksichtigen.

(4) Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist eine jahresdurchschnittliche Belegung der Hospize von in der Regel 80 v.H. zugrunde zu legen. Eine geringere Belegung begründet keinen abweichenden Bedarfssatz.

(5) Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt die Patientin bzw. der Patient im Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.

(6) Zuschussfähig im Sinne des § 39a SGB V sind 90 v.H. – im Kinderhospiz 95 v.H. – des nach den Absätzen 2 bis 4 beschriebenen tagesbezogenen Bedarfssatzes. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung oder anderer Sozialleistungsträger. Eigenanteile dürfen von der bzw. dem Versicherten weder gefordert noch angenommen werden; der nicht zuschussfähige Anteil des Bedarfssatzes darf der Patientin bzw. dem Patienten weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden.

(7) Ein rückwirkendes Inkrafttreten des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist nicht zulässig.

(8) Die Krankenkassen zahlen ihre Anteile mit befreiender Wirkung an das Hospiz. Eine gemeinsame Rechnungslegung gegenüber der Kranken- und Pflegekasse sollte angestrebt werden.

§ 8 Inkrafttreten und Kündigung dieser Rahmenvereinbarung

(1) Diese Rahmenvereinbarung tritt am 23.07.2009 in Kraft und löst die Vereinbarung vom 13.03.1998 in der Fassung vom 09.02.1999 ab.

(2) Diese Rahmenvereinbarung kann von den Vertragsparteien mit halbjähriger Frist zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt diese Rahmenvereinbarung weiter.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Rahmenvereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Rahmenvereinbarung im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Partner der Rahmenvereinbarung unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

Protokollnotiz

Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Rahmenvereinbarung fortlaufend auszuwerten und diese erforderlichenfalls weiterzuentwickeln. Sollte sich kurzfristig Handlungsbedarf ergeben, kommen die Vereinbarungspartner überein, innerhalb von 6 Wochen in die diesbezüglichen Verhandlungen einzutreten.

8.5 Vordrucke

8.5.1 Muster 63 Verordnung SAPV

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kassen-Nr.</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">63</div> <h3 style="text-align: center;">Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)</h3> <p> <input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung </p> <p> <input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen </p> <p>vom <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> bis <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.</p> <p>Komplexes Symptomgeschehen</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik</td> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik</td> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore</td> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik</td> <td><input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen</td> </tr> </table> <p>Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Folgende Maßnahmen sind notwendig</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Beratung</td> <td><input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes</td> <td><input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen</td> <td></td> </tr> </table> <p>mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung <input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung</p> <p>Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; padding: 5px; margin-left: auto; margin-top: 20px;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; padding: 5px; margin-left: auto; margin-top: 20px;"> Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 40860, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 40862 berechnungsfähig. </div>	<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung		<input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft			<input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen	
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten																															
		geb. am																													
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																													
<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik																													
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen																													
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung																													
	<input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft																														
	<input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen																														

Antrag des Versicherten

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird wie vom behandelnden Arzt verordnet beantragt.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Datum

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom bis erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Datum

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung übernommen

in folgendem Umfang übernommen _____

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versichertennummer

Geburtsdatum

Datum

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

8.5.2 Erläuterung zu Muster 63

Vordruckerläuterung

Muster 63: Verordnung spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wird auf dem Vordruckmuster 63 „Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)“ nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von dem behandelnden Vertragsarzt verordnet.

Für die Verordnung wird insbesondere auf folgende Punkte hingewiesen:

1. Die Verordnung der SAPV ist nur zulässig, wenn der Versicherte
 - an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch seine Lebenserwartung begrenzt ist und somit anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung der Palliativversorgung im Vordergrund steht und
 - er eine besonders aufwändige Versorgung benötigt, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI erbracht werden kann.
2. Die Verordnung setzt demnach voraus, dass mindestens eines der auf dem Verordnungsvordruck genannten komplexen Symptomgeschehen (vgl. § 4 der SAPV-Richtlinie) vorliegt und das Krankheitsbild sowie der erforderliche Versorgungsbedarf ausreichend beschrieben sind. Die SAPV wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig von spezialisierten Leistungserbringern erbracht. Sie kann in dem Umfang verordnet werden,
 - wie es notwendig und zweckmäßig ist und
 - soweit das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere der allgemeinen Palliativversorgung, nicht ausreicht, um dem schwerkranken Menschen ein selbstbestimmtes und menschenwürdiges Leben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen.

§ 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie enthält eine Aufzählung der wesentlichen Leistungsinhalte.
3. Im Rahmen der SAPV ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar und der Arzt hat daher bei der SAPV-Verordnung die erforderlichen Maßnahmen mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen.
4. Die Verordnung (Vorderseite des Vordrucks 63) ist von Vertragsärzten auszustellen. Der Arzt hat auf dem Verordnungsvordruck anzugeben

- den Verordnungszeitraum,
 - die verordnungsrelevante(n)/leistungsbegründende(n) Diagnose(n) als medizinische-Begründung für die SAPV,
 - das komplexe Symptomgeschehen mit einer näheren Beschreibung dieses Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs,
 - die aktuelle Medikation einschl. der ggf. gegebenen Betäubungsmittel sowie
 - die erforderlichen spezialisierten palliativärztlichen und palliativpflegerischen Maßnahmen der SAPV einschließlich deren inhaltlichen Ausrichtungen; die Maßnahmen können dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend
- Beratungsleistung
 - Koordination der Palliativversorgung
 - additiv unterstützende Teilversorgung
 - vollständige Versorgung

sein. Die SAPV kann als Beratungsleistung für den behandelnden Arzt, die behandelnde Pflegefachkraft oder den Patienten/die Angehörigen erbracht werden. Im Einzelfall ist auch eine Beratung einer anderen Person möglich.

Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen der erneuten Unterschrift des Arztes mit Stempel und Datumsangabe.

5. Die vom Versicherten durch Vorlage der Verordnung beantragten Leistungen (Rückseite des Verordnungsvordrucks 63, die vom Versicherten bzw. vom SAPV-Leistungserbringer auszufüllen ist) bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Bis zu ihrer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die verordneten und vom spezialisierten Leistungserbringer erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Nähere regeln die Partner der Verträge nach § 132 d Abs. 1 SGB V.

Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse den verordnenden Arzt sowie die Leistungserbringer der SAPV über die Gründe zu informieren.

8.6 Abkürzungen

ACT	Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families
BAPP	Bundesarbeitskreis pädiatrische Palliativmedizin
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
EAPC	European Association for Palliative Care
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GE 132d	Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GKV-WSG	Gesetzliche Krankenversicherung - Wettbewerbsstärkungsgesetz
HOPE	Hospiz- und Palliativ-Erfassung (Dokumentationssystem)
IMPACT	International Meeting for Palliative Care in Children, Trento
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAPV-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie)