DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN

BAG SAPV
BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG

ERLÄUTERUNGEN ZU REGELUNGEN DER AMBULANTEN PALLIATIVVERSORGUNG

Herausgeber
>> Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
>> Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV e.V.

Initiative zur Umsetzung der CHARTA zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland und ihrer Handlungsempfehlungen

Inhalt

1. Einleitung 3

2. Informationen 4

3. Übersicht Palliativversorgung 5

4. Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen - Palliativversorgung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung 6

5. Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) 7

5.1. Krankenbehandlung nach § 27 SGB V in Verbindung mit Palliativversorgung 7

5.2. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung (BQKPMV) 8

5.3. Häusliche Krankenpflege - Symptomkontrolle bei Palliativpatienten 11

5.4. Palliativ-pflegerische Beratung im Rahmen der ambulanten Hospizarbeit 12

6. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) 13

6.1. Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung 14

7. „Bedarfsgerechte, abgestufte und sektorenübergreifende Versorgung“ 19

7.1. Bedarfsgerechte Versorgung im Häuslichen Umfeld 19

7.2. Verordnungsformulare „Häusliche Krankenpflege“ und „SAPV“ 23

7.3. Entlassungsmanagement 24

7.4. Palliative Netzwerke 24

7.5. Themen und Empfehlungen der Zusammenarbeit 26

Literaturverzeichnis 27

Abbildungsverzeichnis 29

Hinweis:
Zur besseren Lesbarkeit werden in dieser Erläuterung personenbezogene Bezeichnungen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehen, generell nur in der im Deutschen üblichen männlichen Form angeführt. Dies soll jedoch keinesfalls eine Geschlechterdiskriminierung oder eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zum Ausdruck bringen.

1. Einleitung

„Schwerstkranke und sterbende Menschen
benötigen ein breites und regional gut vernetztes Spektrum der Palliativversorgung,
dass an ihre Bedürfnisse und Wünsche angepasst ist“ (1).

Die meisten Menschen wünschen sich eine Versorgung in ihrem persönlichen Umfeld, dabei ist die Unterstützung und Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in diesem Zusammenhang als persönliches Zuhause der Betroffenen zu betrachten.

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung wurde 2015 im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes (1) neu definiert mit – gegenüber der Basisversorgung – zusätzlichen Anforderungen, die sich insbesondere auf die Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer und -angebote beziehen. Dabei wird durch die Definition in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (2) unter den Begriffen der allgemeinen Palliativversorgung, der palliativen Regelversorgung oder Basisversorgung, in der Regel die nicht spezialisierte Palliativversorgung in einem grundsätzlich zweistufigen System, verstanden. Dies wird auch mit der Weiterentwicklung im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes weiterhin aufgegriffen und daher von einer grundsätzlich zweistufigen Palliativversorgung ausgegangen, um die Weiterentwicklungen, deren Vernetzung und wachsende Palliativkompetenz auch als Teil der Regelversorgung/Basisversorgung zu etablieren.

Ein enges Zusammenwirken von allgemeiner ambulanter Palliativversorgung (AAPV) und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) – wo notwendig auch mit den weiteren Akteuren der Region, insbesondere mit den ambulanten Hospizdiensten zur ehrenamtlichen Begleitung Patienten und ihrer Nahestehenden – ist, wo dies möglich und gewünscht ist, Voraussetzung für eine gelingende Palliativversorgung und den Verbleib im häuslichen bzw. vertrauten Umfeld.

Diese Erläuterungen zu Regelungen der ambulanten Palliativversorgung geben einen detaillierten Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und Richtlinien der einzelnen Angebote ambulanter Palliativversorgung für gesetzlich Krankenversicherte. Gleichzeitig zeigt es das unter Experten aus allen Bundesländern abgestimmte Grundverständnis für Inhalte der aufgezeigten Leistungen[1]. Eine populationsgerechte und sektorenübergreifende Versorgung muss einheitlich verstanden werden und damit auch auf eine Verbesserung der Versorgung für Betroffene hinwirken. Wünschenswert wäre auch eine Berücksichtigung für privat kranken- und pflegeversicherte Menschen mit Bedarf an ambulanter Palliativversorgung. Zur sektorenübergreifenden Darstellung der Patientenversorgung werden Aspekte des Überleitungsmanagements mit einbezogen.

[1] Auf der Grundlage von: (1), (2), SGB V, SGB XI

2. Informationen

Herausgeber
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV (BAG-SAPV)

Kontakt, beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)

Aachener Straße 5
10713 Berlin

Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV (BAG-SAPV)
Postadresse
Weihergase 15
65203 Wiesbaden

Projektleitung:
Michaela Hach (BAG-SAPV), Katja Goudinoudis (DGP), Andreas Müller (DGP)

Projektbeteiligte:
- Vorstandsmitglieder der DGP und BAG-SAPV,
- Landesvertretungen der DGP und BAG-SAPV & Projektleitungen der Forschungsprojekte Innovationsfonds des G-BA, in alphabetischer Reihenfolge nach Bundesländern:
  - Baden-Württemberg: Dr. Dietmar Beck;
  - Bayern: Dr. Almut Föller, Gregor Sattelberger, Elisabeth Krull;
  - Berlin: Michael Nehls;
  - Brandenburg: Dr. Belinda Wirtz;
  - Bremen: Christof Ronge;
  - Hamburg: Dr. Maja Falckenberg, Dr. Claudia Wenzel;
  - Hessen: Katrin Martini, Dr. Ingmar Hornke;
  - Mecklenburg-Vorpommern: Barbara Arnweiler;
  - Niedersachsen: Dr. Ales Stanek, Corina Klein;
  - Nordrhein-Westfalen: Dr. Ulrich Grabenhorst, Dr. Astrid-Rike Bitschnau-Lueg; Dr. Ulrike Hofmeister
  - Rheinland-Pfalz: Sabine Tögel, Dr. Robert Gosenheimer;
  - Saarland: Dr. Heinrich Habig, Dr. Benjamin Gronwald;
  - Sachsen: Dr. Uwe Richter, Markus Seibt;
  - Sachsen-Anhalt: Dr. Elisabeth Wölbling, Sindy Hermann;
  - Schleswig-Holstein: Thomas Schell;
  - Thüringen: Prof. Dr. Winfried Meissner, Christian Döring;
  - Dr. Roman Rolke (Innovationsfonds-Projekt).

➢ Projekt im Rahmen der Umsetzung der Handlungsempfehlungen einer Nationalen Strategie - Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland und freundlicher Unterstützung durch die Koordinierungsstelle Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland Franziska Kopitzsch und Susanne Nerlich.

3. Übersicht Palliativversorgung

<table>
<tr><th colspan="4">Palliativversorgung
-Zugang zur Versorgung zur Stärkung der häuslichen Versorgung-</th></tr>
<tr><th></th><th colspan="2">AAPV</th><th>SAPV</th></tr>
<tr><th>Zugang zur Palliativversorgung</th><th>Versorgungsbedarf (Basisversorgung)</th><th>Besonderer Versorgungsbedarf</th><th>Besonders aufwändiger Versorgungsbedarf</th></tr>
<tr><td rowspan="10">Krankenbehandlung, Pflege und Versorgung sowie ehrenamtliche Unterstützung schwerstkranker und sterbender Menschen im persönlichem Umfeld</td><td rowspan="2">Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung</td><td rowspan="2">Besonders qualifizierte und koordinierte Palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV)</td><td>Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)</td></tr>
<tr><td>Zusätzlich: Haus- und fachärztliche Behandlung der nicht aufwändigen Behandlungsanteile</td></tr>
<tr><td>Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe</td><td>Palliativpflege als Komplexleistung (G-BA HKP-RL Nr. 24a)</td><td>Zusätzlich b. Bedarf Anteile der nicht aufwändigen häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe</td></tr>
<tr><td>Ehrenamtliche Hospizdienste-Palliative Beratung</td><td>ehrenamtliche Hospizdienste-Palliative Beratung</td><td>Zusätzlich b. Bedarf Ehrenamtliche Hospizdienste-Palliative Beratung</td></tr>
<tr><td>Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln</td><td>Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln</td><td>Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln</td></tr>
<tr><td>Häusliche Pflege, dazugehörend Sterbebegleitung</td><td>Häusliche Pflege, dazugehörend Sterbebegleitung</td><td>Zusätzlich b. Bedarf Häusliche Pflege, dazugehörend Sterbebegleitung</td></tr>
<tr><td>Stationäre Pflege</td><td>Stationäre Pflege
Stationäres Hospiz</td><td>Zusätzlich b. Bedarf Stationäres Hospiz</td></tr>
<tr><td>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen</td><td>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen</td><td>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen</td></tr>
<tr><td colspan="3">Selektivverträge</td></tr>
</table>

4. Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen - Palliativversorgung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Krankenbehandlung – SGBV							
	AAPV						**SAPV**
	GKV-Versicherte mit Bedarf an Palliativversorgung (Basisversorgung)	**GKV-Versicherte mit besonderem Bedarf an Palliativversorgung**					**GKV-Versicherte mit besonders aufwändigem Bedarf an Palliativversorgung**
Gesetzliche Verankerung	- § 39b SGBV **Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen**						
	- § 27 SGB V (3) **Krankenbehandlung** „Zur Krankenbehandlung gehört auch die **palliative Versorgung** der Versicherten.“	- § 87 Abs. 1b SGB V (4) „**Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung** (BQKPMV)“	- §37 SGBV (5) - „**Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege**“	- §140a SGBV **Besondere Versorgung** (6) - § 140b (weggefallen, a. F.)	- §39a SGBV (7) **palliativ-pflegerische Beratung** durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte	- § 73b SGB V (8) - § 119b SGB V (9)	- §37b (10) i.V.m. §132d SGBV (11) **„Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)“**
Leistungsregelung	- EBM (12) - HKP-RL (13) - Krankenhaus-strukurgesetz (14) - Heil- und Hilfsmittelkatalog - …….	- Bundesmantelvertrag Anlage 30 - Palliativ-medizinische Versorgung (15)	- G-BA RL Häusliche Krankenpflege- Nr. 24a (13) - Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege	- Besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge - Einzelne Verträge mit Leistungserbringern	- Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit (16)	- § 73b SGB V: Verträge mit Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KV vertreten - § 119b SGB V: Kooperationsverträge mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern	- G-BA RL SAPV (17) - SAPV Vertrag mit den Krankenkassen, viele angelehnt an die Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V 1 nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (18)
Pflege SGB XI – Sterbebegleitung -							
	GKV-Versicherte mit Bedarf an Palliativversorgung (Basisversorgung)	**GKV-Versicherte mit besonderem Bedarf an Palliativversorgung**					**GKV-Versicherte mit besonders aufwändigem Bedarf an Palliativversorgung**
Gesetzliche Verankerung	**SGB XI** (19)	**SGB XI**					**SGB XI**
Leistungsregelung	- Geldleistung - Sachleistung: Häusliche Pflege, Teilstationäre Pflege, Stationäre Pflege, Stationäres Hospiz	- Geldleistung - Sachleistung: Häusliche Pflege, Teilstationäre Pflege, Stationäre Pflege, Stationäres Hospiz					- Geldleistung - Sachleistung: Häusliche Pflege, Teilstationäre Pflege, Stationäre Pflege, Stationäres Hospiz

Hinweise: 1. keine abschließende Übersicht
2. In den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt bestehen auch Selektivverträge, z.B. Verträge zur besonderen Versorgung nach § 140a bzw. § 140b (a. F.) SGB V

5. Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Der Großteil der Patienten kann durch Versorgungs- und Begleitungsangebote der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung ausreichend versorgt werden. Nach einem palliativen Versorgungsansatz vorgehen oder palliative Grundversorgung leisten, können Leistungserbringer, die nicht in Palliativversorgung spezialisiert sind, auch als einzelne Berufsgruppe oder gar Person (z.B. ein Hausarzt in einer Einzelpraxis). Diese Leistungserbringer arbeiten nicht ausschließlich in der Palliativversorgung, behandeln und versorgen aber mehr oder weniger regelmäßig auch Menschen mit palliativen Versorgungsbedürfnissen.

In nicht spezialisierten Versorgungsstrukturen ist multiprofessionelle Teamarbeit eher die Ausnahme als die Regel. Es sollte daher sichergestellt sein, dass nicht spezialisierte Angebote und Leistungserbringer kontinuierlich in einem angemessenen Austausch mit spezialisierten Anbietern stehen. In jedem Fall sollte eine Unterstützung durch ein interdisziplinäres Palliativteam in Form einer Kooperation und/oder Beratung erfolgen können. Am effektivsten wird Palliativversorgung von einem interdisziplinären Team von Behandlern[2] durchgeführt, die sowohl über das Wissen als auch über die praktischen Erfahrungen in allen ihre Disziplin betreffenden Aspekten des Versorgungsprozesses verfügen (20).

5.1. Krankenbehandlung nach § 27 SGB V in Verbindung mit Palliativversorgung (3)

• Zielgruppe:	- Gesetzlich Krankenversicherte mit Anspruch auf Krankenbehandlung
• Allgemeine Anforderung	- Leistungserbringung im Rahmen: ○ ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung, ○ häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe, ○ Krankenhausbehandlung, ○ Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittelversorgung, ○ medizinischer Rehabilitation und ergänzende Leistungen.
• Qualifikations-anforderung	- Berufliche Grundqualifikation der einzelnen beteiligten Berufsgruppen, keine besondere palliativmedizinische Qualifikation
• Struktur- und Prozessanforderung	- Entsprechend der jeweiligen Versorgungsstruktur, keine speziellen Kenntnisse erforderlich. - ***Wünschenswert:*** *Kenntnisse aller palliativen Versorgungsmöglichkeiten*.
• Versorgungsauftrag	- Allgemeine Krankenversorgung
• Versorgungsziel / Ergebnis	- Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. - ***Wünschenswert:*** *Sterbende begleiten*
• Besonderheiten	- Keine

[2] „Krankenbehandler“ war eine diskriminierende Begriffsbildung des NS-Regimes für jüdische Ärzte. Um Verwirrungen durch eine andere verwendete Begrifflichkeit zu vermeiden, werden die in den zitierten Gesetzestexten originalen Begriffe verwendet.

5.2. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung (BQKPMV) § 87 Abs. 1b SGB V in Verbindung mit der Anlage 30 des BMÄ (4)

• Zielgruppe	Schwerstkranke und sterbende Versicherte, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Dies beinhaltet: - kurative Behandlungen der Grunderkrankungen sind nicht mehr indiziert oder vom Patienten nicht mehr erwünscht, - angemessene Versorgung in der Häuslichkeit bzw. in selbst gewählter Umgebung ist möglich, - stationäre Behandlung nach § 39 SGB V führt erwartungsgemäß nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten, - der Allgemeinzustand des Versicherten ist stark reduziert, er benötigt regelmäßig eine ärztliche Behandlung und im Regelfall die Versorgung in der Häuslichkeit, - eine Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist nicht indiziert – mit Ausnahme der Beratungsleistung der SAPV – da das komplexe Symptomgeschehen gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nicht vorliegt, - es liegt ein besonderer Versorgungsaufwand vor, der eine entsprechend qualifizierte palliativmedizinische Betreuung nach dieser Vereinbarung durch mehrere Leistungserbringer erfordert
• Allgemeine Anforderung	- Besonderes Engagement und besondere Qualifikation des an der Vereinbarung zur Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V teilnehmenden Vertragsarztes - Bedarfsgerechte Strukturierung des Versorgungsprozesses - Koordination aller beteiligten Leistungserbringer durch den teilnehmenden Vertragsarzt – Aktive Kooperation des verantwortlichen Arztes mit weiteren an der Versorgung Beteiligten – Weitere Maßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität
• Qualifikations-anforderung	Eine der folgenden Voraussetzungen jeweils aus den Feldern Theorie und Praxis: **Praktische Erfahrungen:** – Mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team oder – Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre **Theoretische Kenntnisse:** – 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer oder – Vertragsärzte, die bereits die strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung „Curriculum – Psychosomatische Grundversorgung (80 Stunden) absolviert haben, weisen die Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen

	(Symptomkontrolle - 20 Stunden)“ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach oder – Vertragsärzte, die bereits die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) absolviert haben, weisen die Teilnahme an den Themenkomplexen 3, 4, 5 und 6 der Kurs-Weiterbildung („Psychosoziale und spirituelle Aspekte“, „Ethische und rechtliche Fragestellungen“, „Kommunikation und Teamarbeit“ und „Selbstreflexion“ insgesamt 18 Stunden) nach.
• Struktur- und Prozessanforderung	Der teilnehmende Arzt übernimmt zur Versorgung des Patienten folgende Aufgaben: - Ersterhebung der individuellen palliativen Bedarfe des Patienten im Rahmen eines standardisierten palliativmedizinischen Assessments - Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen zur standardisierten Behandlungsplanung und erforderlichenfalls gemeinsame Abstimmung der Betreuungsschritte mit dem behandelnden Arzt, sofern es sich nicht um eigene Patienten handelt, - Koordination der palliativmedizinischen und –pflegerischen Versorgung durch Einbezug und Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, - Erstellung eines schriftlichen und allen Beteiligten zugänglichen Therapieplans/ qualifizierten Schmerztherapieplanes sowie Notfallplans bei allen zu versorgenden Patienten in Zusammenarbeit mit beteiligten Ärzten, - Verordnung gemäß § 37 SGB V, sofern Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege erforderlich sind - Konsiliarische Beratung auf Wunsch von behandelnden Ärzten in allen Belangen der palliativmedizinischen Behandlung - Betreuung und Beratung des Patienten sowie dessen Angehöriger und Informationsbereitstellung zu spezifischen bundesweiten bzw. regionalen Hilfs- und Entlastungsangeboten (z.B. palliativ-spezialisierte Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen, SAPV Teams, Versorgungsangebote in der Hospiz- und Palliativversorgung, Selbsthilfeangebote), - Übernahme der ärztlichen Beratung und Aufklärung zu Möglichkeiten der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, sofern diese nicht vorliegen. – Feststellung des Patientenwillens gemäß § 1901 b BGB, sofern der Patient nicht einwilligungsfähig ist. – Konsiliarische Abstimmung mit einem Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin - Einstellen und/oder Beratung zur Schmerztherapie und/oder Symptomkontrolle - Sicherstellung der palliativ-medizinischen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten, an Wochenenden und an Feiertagen, auch unter Einbeziehung von an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegediensten und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. - Sicherstellung, ○ dass die weiteren einbezogenen Leistungserbringer über die palliativmedizinische Versorgung des Patienten in Kenntnis gesetzt werden,

	○ die Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht sowie die erstellten Bedarfs- und Notfallpläne bei der Versorgung beachtet werden, ○ bei Bedarf eine Rücksprache der Pflegekräfte und/oder des ärztlichen Bereitschaftsdienstes mit dem teilnehmenden Arzt erfolgen kann, - Ärztliche Versorgung von Palliativpatienten, die in stationären Hospizen, Pflegeeinrichtungen oder in sonstigen beschützenden Einrichtungen untergebracht sind, - Teilnahme an Fallbesprechungen (auch an Fallbesprechungen in Pflegeeinrichtungen gemäß § 132g Abs. 2 SGB V) und telefonische Rückkopplung mit den Haus- und Fachärzten, - SAPV-Verordnung im Bedarfsfall - Beachtung der gesetzlichen Vorschriften bei der Verschreibung und Vorratshaltung von Betäubungsmitteln.
• Versorgungsauftrag	- Jeweils der Erkrankung angemessene, fachübergreifende und umfassende palliative Behandlung und Betreuung sowie eine den medizinischen Erfordernissen und Möglichkeiten des Patienten angepasste, koordinierte Versorgungssteuerung. - Frühzeitiges Erkennen einer sehr aufwändigen und komplexen Versorgungssituation und des damit verbundenen Erfordernisses von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung
• Versorgungsziel / Ergebnis	- Ambulante Palliativversorgung soll durch eine besondere Qualifikation und verbesserte Koordination gestärkt werden, um Betroffenen ein Sterben zu Hause bzw. in selbst gewählter Umgebung bei bestmöglicher individueller Lebensqualität zu ermöglichen
• Besonderheiten	- Bei Kindern und Jugendlichen kann eine notwendige palliativ-medizinische Versorgung auch dann stattfinden, wenn die verbleibende Lebenserwartung nicht zuverlässig eingeschätzt werden kann und wenn auch aus diesem Grunde eine weitere kurative Behandlung erfolgt. - Für die Behandlung ist im besonderen Maße die individuelle Situation des Palliativpatienten zu berücksichtigen. Die Ermittlung des Willens bzw. des mutmaßlichen Willens des Palliativpatienten ist dabei unbedingt erforderlich. - Der Anspruch der Patienten auf eine SAPV im Sinne des § 37b SGB V wird von dieser Vereinbarung nicht berührt. Die Leistungen nach dieser Vereinbarung können nicht erbracht werden, wenn nach Kenntnis des teilnehmenden Arztes der behandelte Patient Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – mit Ausnahme der Beratungsleistung – gemäß § 37b SGB V i.V.m. § 132d Abs. 1 SGB V erhält. Der Arzt ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob für den Patienten eine SAPV genehmigt wurde und stattfindet. - **Bestehende regionale Verträge bleiben von dieser Vereinbarung unberührt.** - Im KV Bezirk Westfalen-Lippe: Teil des Selektivvertrages

5.3. Häusliche Krankenpflege - Symptomkontrolle bei Palliativpatienten (nach § 37 SGB V i.V. mit HKP-RL Nr. 24 a) (13)

• Zielgruppe	Schwerstkranke und sterbende Menschen in jedem Alter, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate limitiert ist und unter anderem die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität im Vordergrund stehen.
• Allgemeine Anforderung	Zugelassener Pflegedienst in enger Abstimmung mit behandelndem Vertragsarzt und Zusammenarbeit mit dem auf Wunsch des Patienten involvierten Hospizdienstes
• Qualifikations-anforderung	Berufliche Grundqualifikation, spezielle Qualifikationsanforderungen werden u.U. in den Rahmenverträgen auf Länderebene geregelt.
• Struktur- und Prozessanforderung	Die Leistung der Symptomkontrolle umfasst sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen. - Sofern durch Patientinnen oder Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung z.B. durch einen ambulanten Hospizdienst oder Kinderhospizdienst unterstützt werden. - Sofern ein ambulanter Hospizdienst eingebunden ist, ist der erforderliche Informationsaustausch unter den Beteiligten sicherzustellen
• Versorgungsauftrag	Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt insbesondere bei - Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation - Wundkontrolle und –behandlung bei exulzerierenden Wunden - Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen
• Versorgungsziel / Ergebnis:	Sicherstellung der ärztlichen Behandlung in der Häuslichkeit bei sterbenden Menschen mit einem palliativen Versorgungsbedarf, der nicht die spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V erfordert.
• Besonderheiten:	- Der grundsätzliche Anspruch einer Patientin oder eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V wird durch die Verordnung der Nr. 24a HKP-RL nicht berührt. - **Die Nr. 24a ist jedoch nicht** bei Patientinnen oder Patienten **verordnungsfähig**, die eine SAPV-Vollversorgung oder eine additiv unterstützende palliativpflegerische Teilversorgung erhalten, in der die palliativpflegerische Versorgung vollständig durch das SAPV-Team erbracht wird (siehe auch § 5 Abs. 2 der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPVRL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14. SGB V).

5.4. Palliativ-pflegerische Beratung im Rahmen der ambulanten Hospizarbeit nach §39a SGBV (16)	
• Zielgruppe	Sterbende Menschen, die an einer Erkrankung leiden, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, - bei der der sterbende Mensch eine palliative Versorgung und eine qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung wünscht, - die sich bei Kindern nach dem aktuellen medizinischen Stand als lebensverkürzend auswirkt; dabei kann auf Wunsch der Familie die Begleitung bereits ab Diagnosestellung beginnen.
• Allgemeine Anforderung	• Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem und enge Zusammenarbeit im lokalen und kommunalen Verbund mit Initiativen des sozialen Engagements • Erfahrung mit Sterbebegleitungen • Ständige fachliche Verantwortung mindestens einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft • Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit mit mindestens einem zugelassenen Pflegedienst und mindestens einer approbierten Ärztin bzw. einem approbierten Arzt, die über palliativ-pflegerische oder palliativ-medizinische Erfahrungen verfügen • Vorhaltung eines geeigneten Systems zur sachgerechten und kontinuierlichen Dokumentation. Die Dokumentation muss insbesondere Angaben hinsichtlich des Begleitungszeitraumes und den Besonderheiten bei der Begleitung enthalten. Die Dokumentation ist beim sterbenden Menschen zu führen • Maßnahmen zur Sicherung der Qualität • ständige Weiterentwicklung der Qualität
• Qualifikations-anforderung	Fest angestellte fachlich verantwortliche Fachkraft, die mindestens folgende Voraussetzungen erfüllt: - Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger", "Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger", "Altenpflegerin/Altenpfleger". Sie kann auch eine Universitäts- bzw. Fachhochschulausbildung aus dem Bereich Pflege, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Heilpädagogik abgeschlossen haben. - Mindestens dreijährige hauptberufliche Tätigkeit - Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme / Pädiatrischen Palliative Care - Nachweis eines Koordinatoren-Seminars - Nachweis eines Seminars zur Führungskompetenz
• Struktur- und Prozessanforderung	Ambulante Hospizdienste erbringen Sterbebegleitung sowie palliativ-pflegerische Beratung. Die Behandlung der körperlichen

	Beschwerden (z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle) obliegt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzten und zugelassenen Pflegediensten. Die ambulanten Hospizdienste können Teil der multiprofessionellen Versorgungsstruktur der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne eines integrativen Ansatzes sein. Der Fachkraft obliegen - die palliativ-pflegerische und psychosoziale Beratung von sterbenden Menschen und deren Angehörigen, - Qualitätssicherung in der Patientenbegleitung - Zusammenarbeit in den übrigen vernetzten Strukturen (insbesondere mit der palliativ-medizinischen Ärztin, dem palliativ-medizinischen Arzt bzw. palliativ-pflegerischen Pflegedienst).
• Versorgungsauftrag	- die mit dem Krankheitsprozess verbundenen Leiden lindern, - helfen, die Konfrontation mit dem Sterben zu verarbeiten und die damit verbundenen Trauerprozesse begleiten, - bei der Überwindung der in diesem Zusammenhang bestehenden Kommunikationsschwierigkeiten unterstützen.
• Versorgungsziel / Ergebnis:	- sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen sowie die Familie in diesem Prozess zu begleiten, zu entlasten und zu unterstützen. - Die Wünsche und Bedürfnisse der sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen stehen im Zentrum.
• Besonderheiten:	Bei der Begleitung in stationären Einrichtungen ist ein zwischen dem ambulanten Hospizdienst und der jeweiligen Einrichtung vernetztes und abgestimmtes Vorgehen sicherzustellen.

6. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Man geht davon aus, dass etwa 10% der sterbenden Menschen aufgrund einer aufwändigen Versorgung und eines komplexen Symptomgeschehens eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) benötigen. Die SAPV ist eine Teamkomplexleistung aus mindestens Ärzten und Pflegenden und stellt eine besonders aufwändige Palliativversorgung sicher. Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungs-formen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach§ 1 Abs. 1 [der SAPV Richtlinie, Anm. d. Verf] 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 (17).
Die Leistungserbringer in der SAPV arbeiten ausschließlich oder überwiegend in der Palliativversorgung und haben somit ausreichend praktische Erfahrung mit komplexen Situationen.

6.1. Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach §§ 37b und 132d SGBV (10) (11)

• Zielgruppe:	Schwerstkranke Menschen die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und die unter Berücksichtigung ihrer Lebensqualität und Selbstbestimmung ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung ermöglicht haben wollen. Im Vordergrund steht für die Betroffenen anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Diese Betroffene benötigen unter anderem auch eine besonders aufwändige Versorgung, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder an den in § 1 Abs. 2 und 3 der RL-SAPV genannten Orten erbracht werden kann. (17)
• Allgemeine Anforderung	– 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. (17) – 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. (21) - Vorhaltung einer geeigneten, aktuell geführten und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugänglichen Patientendokumentation. (21) – Notfallvorrat an Betäubungsmitteln für den unvorhersehbaren, dringenden und kurzfristigen Bedarf der Patienten nach § 5c BtMVV (21) – Arzt/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (ausreichende Ausstattung für den Notfall und Krisenintervention unter Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z.B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen) (21) – Vorhaltung geeigneter administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik. (21) – Eigenständige Adresse (21) – Vorhaltung geeigneter Räumlichkeiten für Beratung von Patienten und Angehörigen, Teamsitzungen und Besprechungen, Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und Hilfsmitteln, BtM-Schrank (§ 15 BtM-G) (21) – Leistungserbringung nach Bedarf intermittierend oder durchgängig, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. 4 RL-SAPV), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 RL-SAPV zu Erreichen (21) – Vorhandene Versorgungsstrukturen sind zu beachten (17) – Vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung (17)

	– Förderung und Ausbau lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen Hinweg unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen (17) – Verordnung durch behandelnden Vertragsarzt oder Krankenhausarzt (17) – 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 SGBV, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. (17) – Bedarfsgerechte Versorgung: wohnortnah ausgerichtet und durch die allgemeine Palliativversorgung nicht zu gewährleisten (21) – Im Falle der Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf wird der Versorgungsumfang der SAPV so weit wie möglich zu reduziert und eine Weiterversorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung angestrebt (21) – Sicherstellung, 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 eines qualifizierten Arztes und einer qualifizierten Pflegefachkraft ist dabei zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein
• Qualifikations-anforderung	Ärzte – anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer und – Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten, 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 palliativmedizinischen 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 Pflegefachkräfte – Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger (dreijährige Ausbildung) und – 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, 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 ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgt, können von der vorgenannten Anzahl bisher versorgter Palliativpatienten/innen abweichende Regelungen getroffen werden. – Bei Leistungserbringern, die nach ihrer Konzeption sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche versorgen, muss mindestens ein Arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den genannten Voraussetzungen sowie ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit den genannten Voraussetzungen innerhalb des Teams tätig sein. – Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 SGB V können Übergangsregelungen vorsehen, wonach Ärzte, die die berufspraktische Erfahrung nach, bzw. Pflegefachkräfte, die die berufspraktische Erfahrung 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 muss innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss des Arbeitsvertrags abgeschlossen sein. (21)
• Struktur- und Prozessanforderung	- Behandlung setzt ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraus (17) - Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit - Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen - apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe) - palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht - spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität 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 - Gewährleistung, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen - Sicherstellung der Koordination - verbindliche Kooperationsvereinbarungen schriftlich oder mündlich - Gewährleistung, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen ausgetauscht werden - Berücksichtigung des ärztlich und pflegerisch erforderlichen Entscheidungsspielraums für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls
• Versorgungsauftrag	Besonders aufwändige Versorgung, (17) Kriterien: – anderweitige ambulante Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes reichen nicht oder nur unter besonderer Koordination aus – Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens – Behandlung erfordert spezifische palliativmedizinische und / oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der folgenden 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 Symptome – sonstiges komplexes Symptomgeschehen
• Versorgungsziel / Ergebnis	- Lebensqualität schwerstkranker Menschen erhalten, fördern und verbessern - Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen erhalten, fördern und verbessern - Menschenwürdiges Leben bis zum Tod der vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung ermöglichen - Vordergründig medizinisch pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern (17)

• Besonderheiten	- Für die spezialisierten palliativen Versorgungsangebote wird ein multiprofessionelles Team mit einem interdisziplinären Arbeitsansatz benötigt. Das palliative Kernteam sollte als Minimalanforderung aus Pflegefachkräften und Ärzten mit einer spezialisierten Ausbildung bestehen und, wenn möglich, durch Psychologen, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten ergänzt werden. Behandler anderer Berufsgruppen können Mitglieder des Kernteams sein, häufiger wird es sich hierbei jedoch um Liaisondienste handeln (22) - 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 nicht ausreicht (17) - Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen (17) - Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten sowie die Belange seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. (17) - Der Patientenwille (mündlich, schriftlich, aktuell oder voraus verfügt) ist handlungsleitend (17) - Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. (17) - Sie kann als alleinige Beratungsleistung, Koordination, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. (17) - **Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt*** (17) *Dies betrifft alle im Sozialgesetzbuch vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen (§ 11 SGB I), z.B. alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung.
• Inhalt und Umfang der Versorgung	- umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind (17) - umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung 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 (17) - Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als Beratungsleistung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützende Teilversorgung, vollständige Versorgung erbracht werden (17)

7. „Bedarfsgerechte, abgestufte und sektorenübergreifende Versorgung“

7.1. Bedarfsgerechte Versorgung im Häuslichen Umfeld

Schwerstkranke und sterbende Menschen können im Verlauf ihrer lebenslimitierenden Erkrankung unterschiedlichen Bedarf an palliativer Versorgung haben (allgemeiner, besonderer und spezieller Bedarf). Der Patientenpfad ist daher entsprechend dem individuellen Bedarf jeweils flexibel auszurichten und an die Versorgungserfordernisse anzupassen. Dies erfordert ein gut funktionierendes Hospiz- und Palliativnetzwerk, eine ausgezeichnete Koordination und Kooperation. Hierbei sind Kriterien zur Vermeidung von Unterversorgung-, Überversorgung- und Fehlversorgungen zu beachten. Versorgungsbrüche sind dringlichst zu vermeiden, eine niederschwellige Überleitung in ein, dem Versorgungsbedarf des Patienten entsprechendes Angebot, ist zu gewährleisten. Eine gute Schnittstellenarbeit und Transparenz an den Schnittstellen ist für eine bedarfsgerechte und dem jeweiligen Versorgungsbedarf angepasste Palliativversorgung unabdingbar.

Behandlungspfad für Patienten und Angehörige in der häuslichen Versorgung[3]

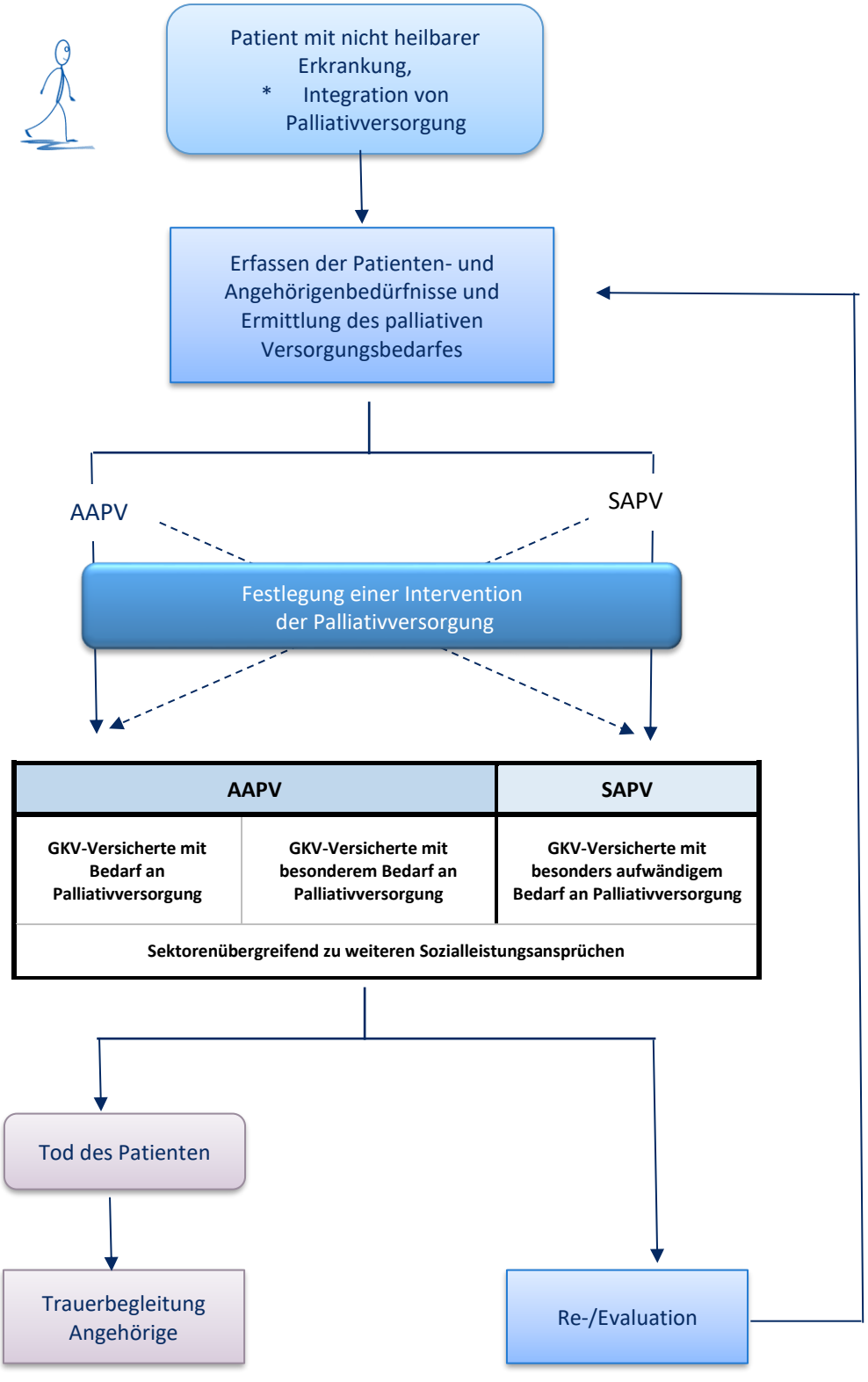


Abbildung 1 Behandlungspfad Ambulante Palliativversorgung 1

[3] Angelehnt an den Behandlungspfad für Patienten und Angehörige S3 LL „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (22)

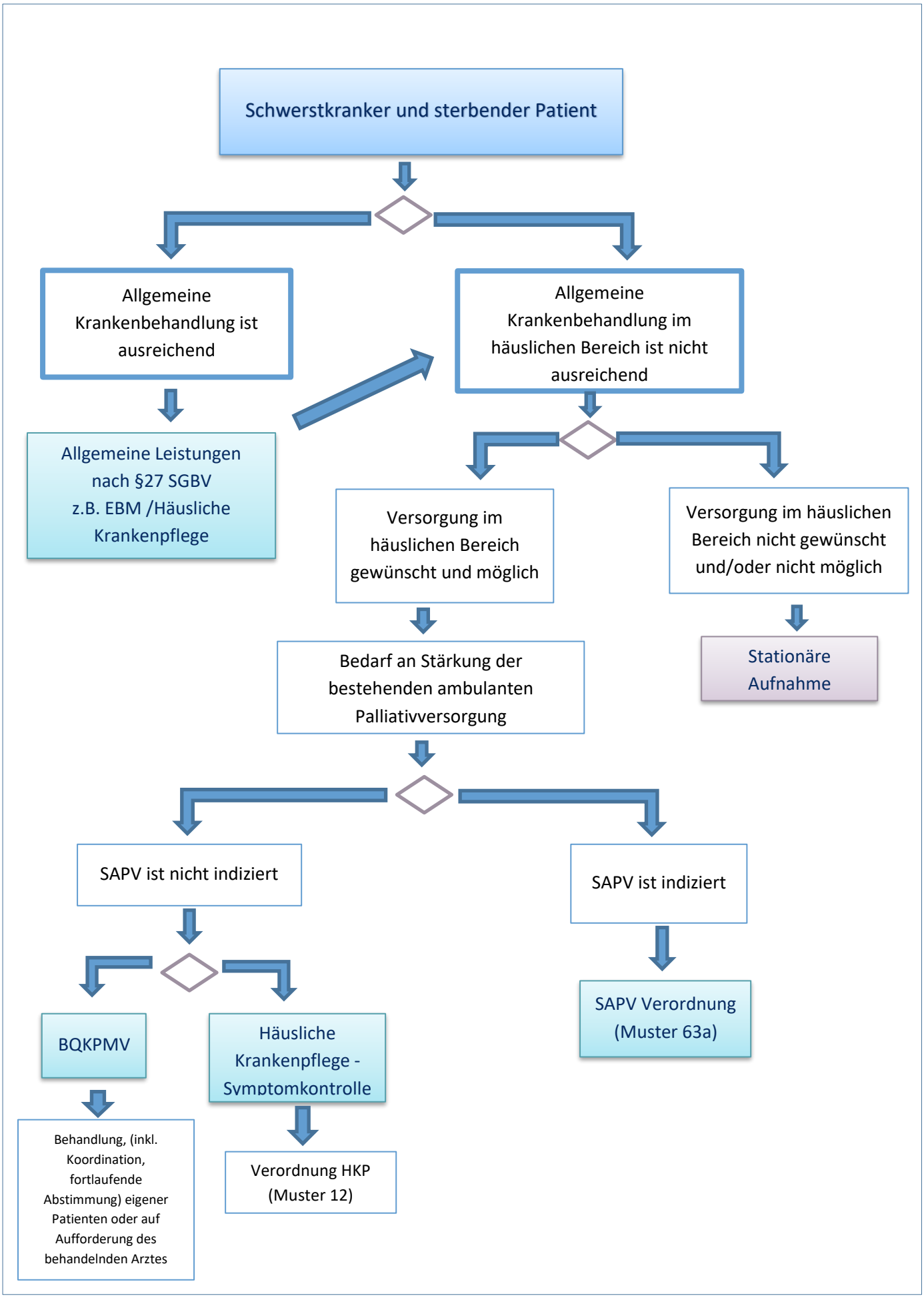
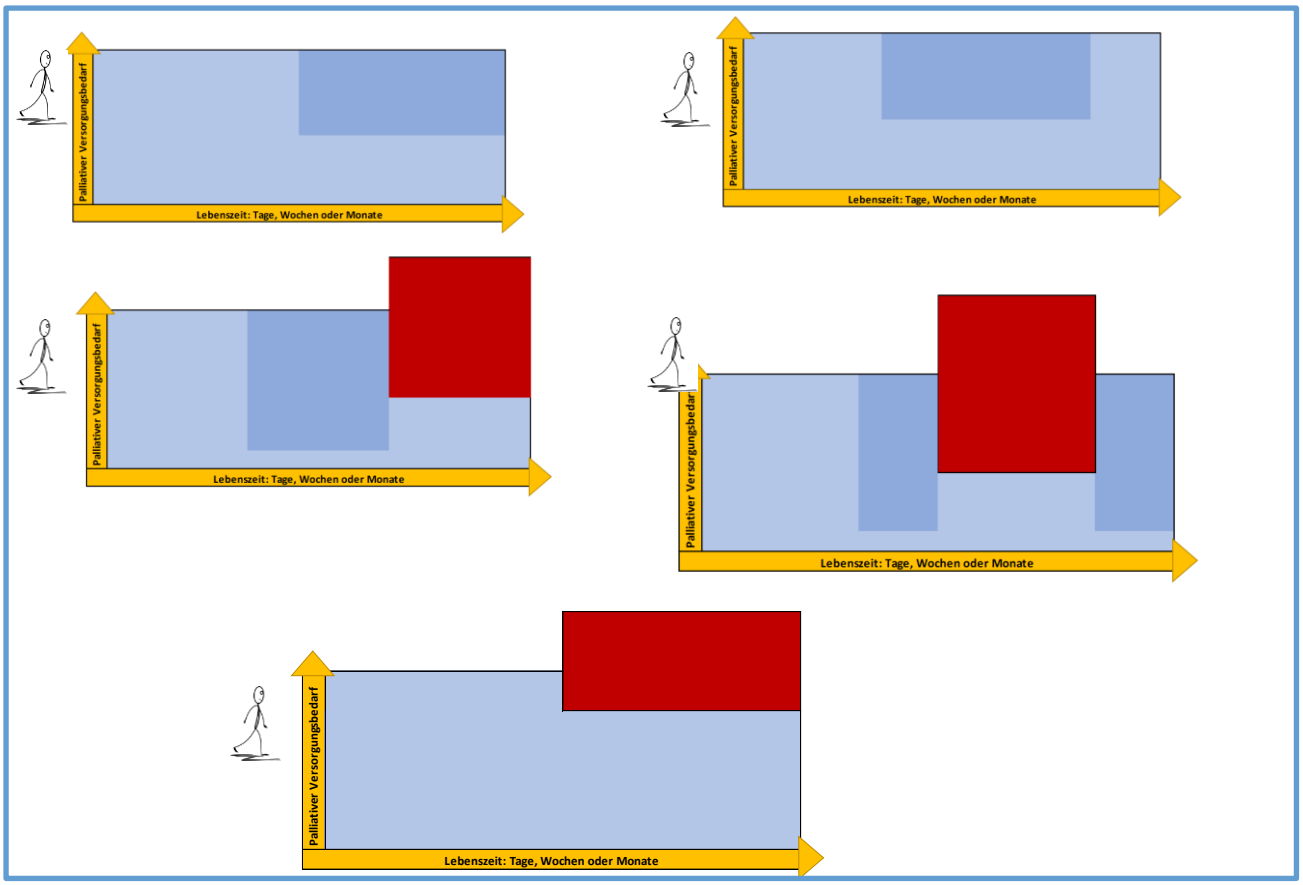


Abbildung 2 Behandlungspfad Ambulante Palliativversorgung 2

Beispielhafte Versorgungspfade ambulanter Palliativversorgung

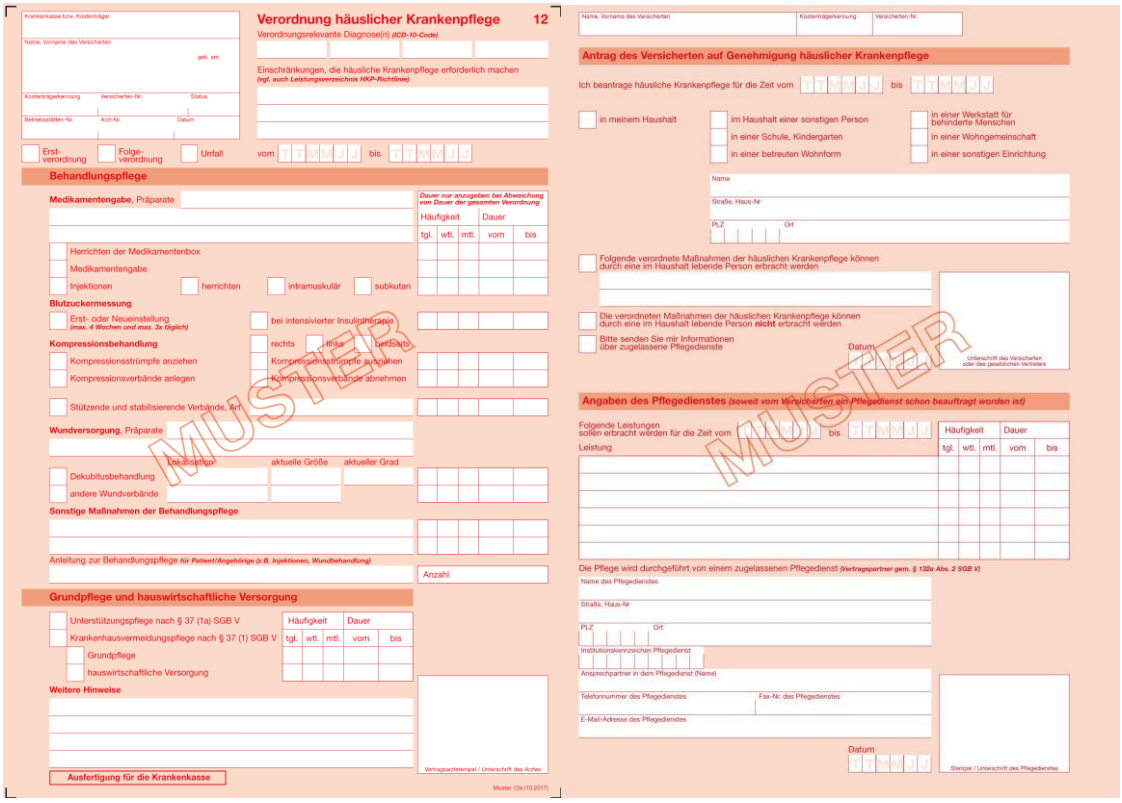


Legende:

Bedarf an Palliativversorgung	**Besonderer Bedarf an Palliativversorgung**	**Besonders aufwändiger Bedarf an Palliativversorgung**
- § 27 SGB V Krankenbehandlung - §39a SGBV palliativ-pflegerische Beratung, i.V.m. Rahmenvereinbarung zur Hospizarbeit	- § 87 Abs.1b SGB V, § 37 SGB V i.V.m. Nr. 24 a HKP-RL - § 39 a Abs. 2 SGB V i.V.m. Rahmenvereinbarung	– § 37b SGB V i.V.m. § 132d SGB V SAPV

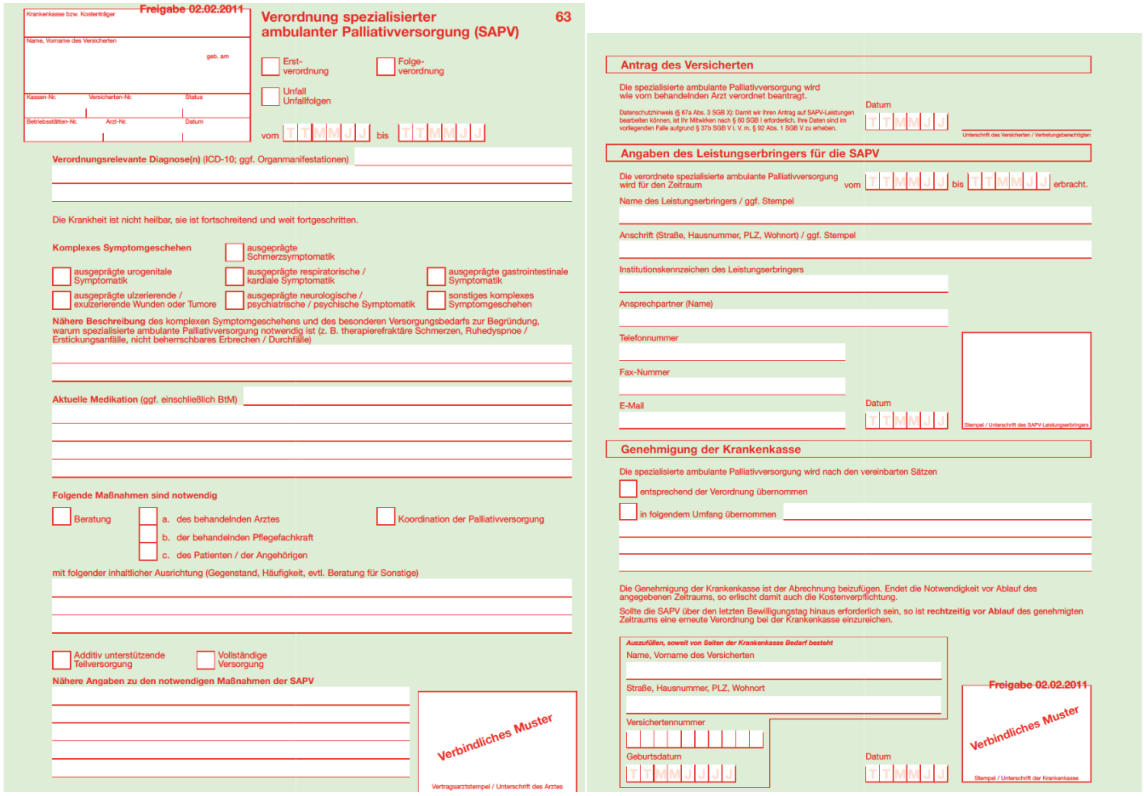
7.2. Verordnungsformulare „Häusliche Krankenpflege“ und „SAPV“

Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12)



Informationen zum Muster unter: http://www.kbv.de/html/28888.php

Verordnung von SAPV (Muster 63a)



Informationen zum Muster unter:
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/000000_Erl%C3%A4uterung_Vordrucksvereinbarung_Muster_63.pdf

7.3. Entlassungsmanagement (23)

Seit dem 01.10.2017 haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf ein Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus. Ziel ist eine gut vorbereitete und individuell angepasste Entlassung und dadurch eine verbesserte Versorgungskontinuität durch Regelungen von Verordnungen nach § 39 ABS. 1A SGB V für die Übergangsphase. Das ist auch insbesondere bei der Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten ein Kernanliegen der Palliativversorgung. Die entlassenden Krankenhäuser sind somit angewiesen, eine Verordnung nach § 39 ABS. 1A SGB V grundsätzlich über den Hausarzt zu regeln und nur in Ausnahmen (z.B. in Urlaubszeiten des Hausarztes) die Verordnung selber auszustellen. Für Medikamente gilt die Packungsgröße N1. Nur in besonderen Fällen (bei Entlassung vor Feiertagen oder Wochenende) dürfen die benötigten Medikamente mitgegeben werden bis einschließlich der Morgengabe des nächsten Werktages, ausgenommen davon sind BtM-pflichtige Medikamente, diese dürfen nicht mitgegeben werden. Näheres ist dem Entlassungsmanagement nach§ 39 ABS. 1A SGB V zu entnehmen.

7.4. Palliative Netzwerke[4]

Regionale Netzwerke sind besonders für die allgemeine ambulante Palliativversorgung von besonderer Bedeutung, die die Leistungserbringung in der Regel als Solistenleitung erfolgt. Interprofessionelle Zusammenarbeit, so wie sie in allen Empfehlungen für die Palliativversorgung beschrieben wird, muss aus dem vor Ort vorhanden Netzwerk aus den verschiedenen Leistungserbringern erfolgen. Der Netzwerkaufbau und die -pflege kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Es benötigt ein breites Spektrum an Institutionen, Versorgungsangeboten und wirksamer Koordination bieten, können den Zugang zu Palliativversorgung verbessern und die Qualität wie auch die Kontinuität der Betreuung steigern. Laut Europarat, hängt die Versorgungsqualität in einer bestimmten Region nicht nur von der Qualität der einzelnen Institutionen und Versorgungsangebote ab, sondern auch insbesondere von der Koordination der unterschiedlichen Angebote [4], da dies den Zugang zur Palliativversorgung verbessert und sowohl der Qualität als auch der Kontinuität der Betreuung zugutekommt.[4,5,6,7].

[4] Ellershaw J.Care of the dying: what a difference an LCP makes! PalliatMed 2007; 21: 365–368
[5] Elsey B, McIntyre J. Assessing a support and learning network for palliative care workers in a country area of South Australia. Aust J Rural Health 1996; 4: 159–164
[6] Mitchell G, Price J. Developing palliative care services in regional areas. The Ipswich Palliative Care Networkmodel. Aust Famy Physician 2001; 30: 59–62
[7] Schroder C, Seely JF. Pall-Connect: a support network for community physicians. J Palliat Care 1998; 14: 98-101

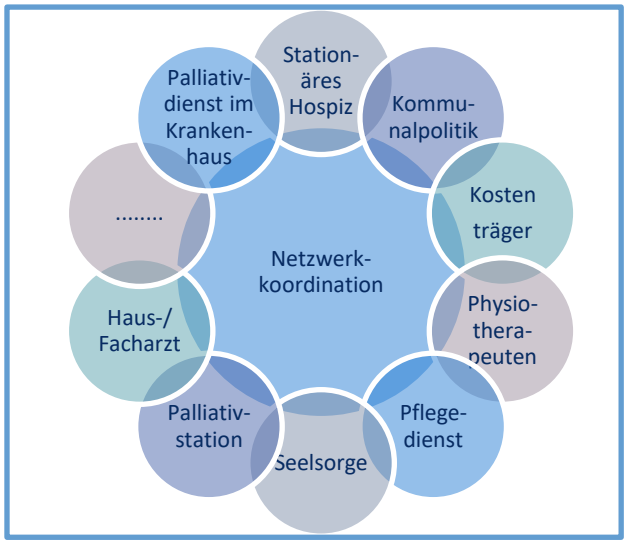


Abbildung 3: Hospiz- und Palliativnetzwerk

Damit ein solches Netzwerk gut funktioniert, müssen nachfolgende Bedingungen erfüllt sein:

- eine wirksame Koordination,
- eine wertschätzende und offene Kommunikation mit der Bereitschaft zu Reflexion und konstruktiver Kritik,
- die Bereitschaft zur Kooperation und Verantwortung zu übernehmen und
- ein breites Spektrum an Institutionen und Dienstleistungen, die alle verschiedenen Stufen der Palliativversorgung abdecken.

Neben der gegenseitigen Unterstützung kann ein solches Netzwerk auch dem fachlichen Austausch und qualitativen Weiterentwicklung der Beteiligten und somit der Kooperation für eine bedarfsgerechte Versorgung dienen und die Kontinuität verbessern.

Eine wirksame Koordination der Versorgungsangebote wird es einem größeren Teil der Menschen ermöglichen, zu Hause zu sterben, falls sie dies wünschen. Um effektiv zu sein, müssen diese Koordinationsleistungen 24 Stunden am Tag und 7 Tage pro Woche verfügbar sein. Kompetente Leistungsanbieter und ein funktionierendes und tragfähiges Netzwerk kann das Verbleiben im häuslichen Bereich oder in einer Einrichtung der Altenpflege, Behindertenhilfe o.ä. erleichtern bzw. erst ermöglichen.

Das Spektrum

Ein Palliativversorgungsnetzwerk hat mehrere Aufgaben. Komponenten eines gut funktionierenden Netzwerkes sind neben der Koordination der Betreuung:

- die Entwicklung einer Netzwerkkultur
- die gemeinsame Definition von Zielen und Qualitätsstandards
- einheitliche Aufnahme- und Entlassungskriterien auf allen Ebenen der Betreuung
- die Anwendung gemeinsamer Evaluationsmethoden
- die Einführung gemeinsamer therapeutischer Strategien auf der Grundlage der vorhandenen Evidenz
- Kontinuität der Versorgung

In Deutschland hat der Gesetzgeber durch die Einführung einer besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung (BQKPMV) mit dem Hospiz- und Palliativgesetz eine dreistufige Versorgungsstruktur in der ambulanten Palliativversorgung bewirkt.
Mit der Einführung der Nr. 24a der HKP-RL hat der G-BA diese dreistufige Versorgungsstruktur im Bereich der ärztlich delegierten Leistungen durchbrochen. Es ist inkonsequent sowie fachlich und sachlich nicht nachvollziehbar, dass für den pflegerischen Anteil der ärztlich delegierten Palliativversorgung, erst recht jedoch für die pflegefachlichen Perspektive in der Palliativversorgung, der G-BA keine dreistufige Versorgungsstruktur vorgibt.
Hinsichtlich einer differenzierten und diversifizierten Versorgungsstruktur, welche neben den stationären palliativen Leistungsstrukturen im ambulanten Sektor eine palliative Basisversorgung, eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung sowie eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung vorsieht, muss folglich die Struktur im Leistungsgeschehen schlüssig und homogen sein, um im Versorgungspfad des einzelnen betroffenen Menschen Fehlallokationen, Überversorgung und fehlende Versorgung zu vermeiden.

7.5. Themen und Empfehlungen der Zusammenarbeit in einer abgestuften Palliativversorgung

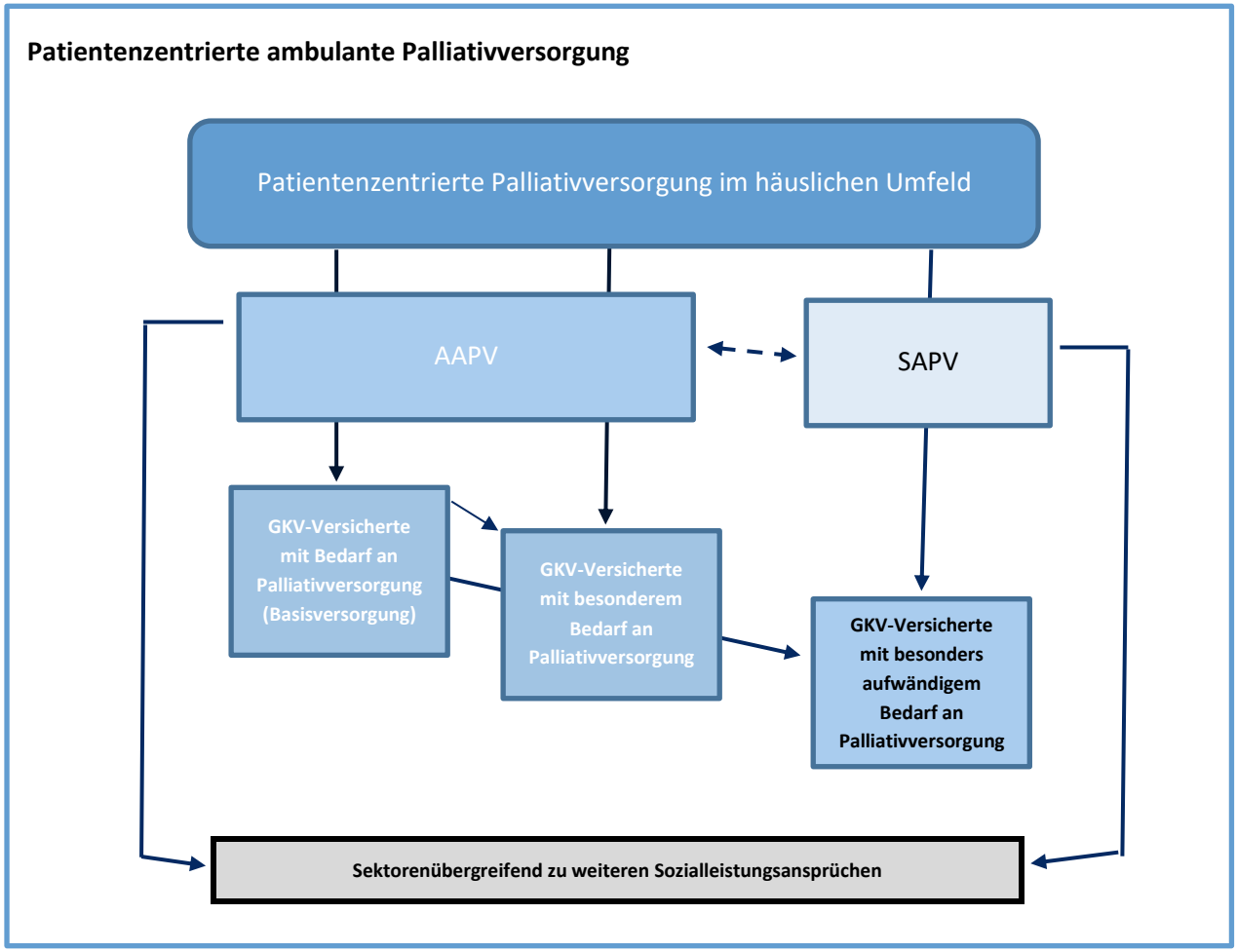


Abbildung 4 Patientenzentrierte ambulante Palliativversorgung

- **Merkmale:**

– MitarbeiterInnen der AAPV arbeiten zeitweise und zusätzlich zu ihren Primäraufgaben in der Palliativversorgung
– Die Mitarbeiter der SAPV arbeiten ausschließlich oder überwiegend in der Palliativversorgung.

Grundsätzlich ergänzt die SAPV das bestehende Versorgungsangebot insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste [8] und beinhaltet ausschließlich die Beratung, Koordination der Versorgung, Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen und die Behandlung der palliativrelevanten Symptome und Maßnahmen. Die hausärztlichen Maßnahmen obliegen auch weiterhin dem Vertragsarzt, die Grund- und Behandlungspflege bleiben beim bereits involvierten Pflegedienst bzw. werden einem Pflegedienst vom behandelndem Hausarzt übertragen.

Literaturverzeichnis

1. **Bundesministerium für Gesundheit (BMG).** Hospiz- und Palliativgesetz. Berlin : s.n., 2015. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 7. Dezember 2015.

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

3. **Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz.** Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung. *www.gesetze-im-internet.de.* [Online] 17. August 2017. [Zitat vom: 03. April 2018.] https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/.

4. **Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen).** Vereinbarung nach §87 Abs. 1b SGBV zur besonder qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung. *http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf.* [Online] 17. August 2017. [Zitat vom: 21. April 2018.] http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf.

5. **Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz.** Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 37 Häusliche Krankenpflege. *www.gesetze-im-internet.de.* [Online] 05. April 2018. [Zitat vom: 20. April 2018.] https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__37.html.

6. **Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz - Juris.** Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 140a SGB V Besondere Versorgung. *www.gesetze-im-internet.de.* [Online] 17. August 2017. [Zitat vom: 20. April 2018.] https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__140a.html.

7. **Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz.** Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen. *www.gesetze-im-internet.de.* [Online] 29. Juli 2017. [Zitat vom: 20. April 2018.] https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__39a.html.

[8] § 1, Abs. 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativ-versorgung (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

8. **Bundesministerium der Justiz und fürVerbraucherschutz - Juris.** Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 73b Hausarztzentrierte Versorgung. *www.gesetze-im-internet.de .* [Online] 11. April 2017. [Zitat vom: 20. April 2018.] https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__73b.html.
9. **Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz.** Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen. *www.gesetze-im-internet.de .* [Online] 08. Dezember 2015. [Zitat vom: 20. April 2018.] https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__119b.html.
10. —. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. *www.gesetze-im-internet.de.* [Online] 17. August 2017. [Zitat vom: 20. April 2018.] https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__37b.html.
11. —. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. *www.gesetze-im-internet.de .* [Online] 08. Dezember 2015. [Zitat vom: 20. April 2018.]
12. **Kassenärztliche Bundesvereinigung.** Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). *Online-Version des EBM.* [Online] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 01. April 2018. [Zitat vom: 03. April 2018.] http://www.kbv.de/html/online-ebm.php.
13. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Richtlinien über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege. *Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) - Häusliche Krankenpflege-Richtlinie.* [Online] 05. April 2018. [Zitat vom: 03. April 2018.] https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/11/.
14. **Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 51, ausgegeben zu Bonn am 17. Dezember 2015.** Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG). *Bundesanzeiger Verlag.* [Online] 17. Dezember 2015. [Zitat vom: 03. April 2018.] https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s2229.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2229.pdf%27%5D__1522745453116.
15. **GKV-Spitzenverband.** Bundesmantelvertrag - Anlagen. *Anlage 30 - Palliativ-medizinische Versorgung, Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung.* [Online] 29. November 2016. [Zitat vom: 03. April 2018.] https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag/anlagen_zum_bundesmantelvertrag/einzelne_anlagen_zum_bmv/bmv_anlage_30_palliativmedizin.jsp.
16. **GKV_Spitzenverband, Arbeiterwohlfahrt Bundesverband, Bundesverband Kinderhospiz, Deutscher Caritasverband, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Deutsche Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutesch Rotes Kreuz, Diakonie Deutschland.** Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und. Umfang der ambulanten Hospizarbeit. *gkv-spitzenverband.de.* [Online] 14. März 2016. [Zitat vom: 20. April 2018.] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Rahmenvereinbarung__39a_Abs_2_Satz_8_SGB_V_ambulante_Hospizarbeit.pdf.
17. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. [Online] 25. Juni 2010. [Zitat vom: 20. April 2018.] https://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf.
18. **GKV-Spitzenverband.** Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. [Online] 05. November 2012. [Zitat vom: 20. April 2018.] https://www.gkv-

spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Palliativ_Empfehlungen_nach__132d_Abs_2_SGB_V_05-11-20102.pdf.
19. **Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz.** Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. *www.gesetze-im-internet.de.* [Online] 01. Januar 2017. [Zitat vom: 20. April 2018.] https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/.
20. *A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. 2002; .* **Ferris FD, Balfour HM, Bowen K et al.** 2002; 106–123, 24:, 2002, Bd. J Pain Symptom Manage.
21. **GKV-Spitzenverband.** Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung . *www.gkv-spitzenverband.de.* [Online] 05. November 2012. [Zitat vom: 20. April 2018.] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Palliativ_Empfehlungen_nach__132d_Abs_2_SGB_V_05-11-20102.pdf.
22. **Radbruch; et al.** White Paper, Standards und Richtlinien. *2 Pallmed.* 2011, S. 12: 216-227.
23. **Kassenärztliche Bundesvereinigung.** Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V. *http://www.kbv.de.* [Online] 01. Oktober 2017. [Zitat vom: 20. April 2018.] http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf.
24. **Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV), Bundesärztekamer (BÄK).** Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland - Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland - Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie.* Berlin : Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV), Bundesärztekamer (BÄK), 2016.
25. **DKG, DKH, AWMF.** S3 Leitlinie "Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung". *S3 Leitlinie "Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung".* 2015. Bd. Leitlinienprogramm Onkologie | S3Leitlinie Palliativmedizin, Mai/2015. AWMF Registernummer: 128/001OL.
26. **Ellershaw, J.** Care of the dying: what a difference an LCP makes! *PalliatMed.* 2007, 21: 365–368.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Behandlungspfad Ambulante Palliativversorgung 1 20
Abbildung 2 Behandlungspfad Ambulante Palliativversorgung 2 21
Abbildung 3: Hospiz- und Palliativnetzwerk 25
Abbildung 4 Patientenzentrierte ambulante Palliativversorgung 26

Stand. Mai 2018