

Erstfassung für Stellungnahmeverfahren

**Stellungnahme des Krebsverbandes Baden-Württemberg e.V.
und der
Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte in Baden-Württemberg
zur**

**Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Verordnung von
spezialisierte ambulanter Palliativversorgung
(SAPV-Richtlinie)**

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

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Grundlagen und Ziele	3
§ 2	Anspruchsvoraussetzungen	4
§ 3	Anforderungen an die Erkrankungen	4
§ 4	Besonders aufwändige Versorgung	5
§ 5	Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	6
§ 6	Zusammenarbeit der Leistungserbringer	9
§ 7	Verordnung von SAPV	10
§ 8	Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse.....	11

§ 1 Grundlagen und Ziele	Ihre Stellungnahme
<p>(1) ¹Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI) zu ermöglichen. ²Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.</p>	<p>✓</p>
<p>(2) Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.</p>	<p>Ergänzungsvorschlag: „Den besonderen Belangen von Kindern und ihren nächsten Angehörigen sind Rechnung zu tragen“ <i>Begründung:</i> Bei unheilbar kranken und sterbenden Kindern ist nicht nur der Patient, sondern auch in besonderer Weise das gesamte „System Familie“ betroffen. <i>Hinweis:</i> Auf die besonderen Anforderungen an die spezialisierte pädiatrische Palliativversorgung wird im weiteren Text nicht (mehr) gesondert Bezug genommen, hier wären möglicherweise noch Spezifizierungen nötig.</p>
<p>(3) ¹Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten sowie die Belange seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. ²Der Patientenwille und Patientenverfügungen sind zu beachten.</p>	<p>✓</p>
<p>(4) ¹Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere durch Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste und kann als isolierte Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. ²Andere Sozialleistungsansprüche bleiben somit unberührt.</p>	<p>✓</p>

§ 2 Anspruchsvoraussetzungen	Ihre Stellungnahme
(1) Versicherte haben nach Maßgabe dieser Richtlinie Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn	✓
1. sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist (§ 3) und	✓
2. sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4) benötigen, die nach den medizinischen Erfordernissen auch ambulant erbracht werden kann.	Änderungsvorschlag: Statt „medizinischen Erfordernissen“ besser „individuellen Erfordernissen“. <i>Begründung: Palliative Care zur Betreuung unheilbar kranker und sterbender Patienten umfasst neben den medizinischen auch pflegerische sowie psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse.</i>
§ 3 Anforderungen an die Erkrankungen	Ihre Stellungnahme
(1) Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können.	✓
(2) Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann.	✓
(3) Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.	Wortwahl: Statt „Lebenserwartung gesunken“ besser „Lebenserwartung begrenzt “. <i>Begründung: Begrenzt ist ein wertneutraler Begriff</i> Kommentar: <i>Es ist sehr zu begrüßen, dass keine festen Fristen genannt werden. Dieses entspricht den praktischen Anforderungen, da es durchaus Krankheitsverläufe mit zumindest passager notwendiger spezialisierter Palliativversorgung gibt, die sich über mehr als 6 Monate hinziehen können (z.B. lebenslimitierende Erkrankungen im Kindesalter, neurologische Erkrankungen).</i>

§ 4 Besonders aufwändige Versorgung	Ihre Stellungnahme
<p>(1) ¹Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie die ambulanten Leistungen nach § 39a SGB V nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 1 Abs. 1) zu erreichen. ²Anhaltspunkt 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. ³Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:</p>	<p>Kommentar: Grundsätzlich erscheint es problematisch, einzelne Symptome als Voraussetzungen für eine „besonders aufwändige Versorgung“ zu benennen. Auch wenn es im Rahmen der Versorgungsforschung erste Daten gibt, welche Symptome im Rahmen spezialisierter Palliativversorgung besonders häufig sind, wird es immer wieder einzelne Patienten geben, bei denen der Bedarf einer „besonders aufwändigen Versorgung“ im Sinne der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch statistisch möglicherweise seltenere, aber in Einzelfällen besonders stark ausgeprägten Symptome oder durch komplexe Kombinationen verschiedener Symptome und resultierende besondere psychosozialen Belastungen hervorgerufen wird.</p> <p>Wenn jedoch Symptome genannt werden sollen, müsste die vorliegende Liste ergänzt werden. Als Datenbasis könnte z.B. der Jahresbericht 2006 der Hospiz- und Palliativhebung (HOPE) herangezogen werden, mit dem Daten von 2841 Patienten ausgewertet wurden, die in Palliativeinrichtungen wie Palliativstationen und Hospizen sowie von ambulanten Ärzten und Pflegediensten erhoben wurden (vgl. S. Woskanjan, G. Lindena, unveröffentlichtes Manuskript, siehe auch http://www.hope-clara.de). Dabei konnten auch Daten von 1472 Patienten ausgewertet werden, die an Palliativstationen als Einrichtungen stationärer spezialisierter Palliativversorgung betreut wurden. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Daten überwiegend an Tumorpatienten erhoben wurden, der Anspruch auf spezialisierte palliativmedizinische Versorgung jedoch auch Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen wie z.B. Endstadium der AIDS-Erkrankung, terminaler Herz-, Lungen oder Niereninsuffizienz sowie Endstadien unheilbarer neurologischer Erkrankungen wie Multipler Sklerose, ALS etc. umfasst.</p> <p>Falls einzelne Symptome benannt werden, sollte die Liste wie folgt ergänzt werden:</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausgeprägte Schmerzsymptomatik - Ausgeprägte neurologische Symptome (z.B. Bewusstseinsstörungen, Myoklonien, Spastik) - Ausgeprägte psychische Symptome (z.B. Angst, Anspannung, Agitation, Depression) - Ausgeprägte respiratorische Symptome (z.B. Dyspnoe, Husten, Hämoptoe)

	<ul style="list-style-type: none"> - Ausgeprägte gastrointestinale Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Diarrhoe, Obstruktion, Dysphagie, Singultus, Reflux, Ernährungsprobleme) - Ausgeprägte dermatologische Symptome (z.B. exulcerierende Wunden, Dekubitus, Lymphödem, Pruritus) - Ausgeprägte urogenitale Symptome (z.B. Harnverhalt, starke Hämaturie) - Außergewöhnlich belastende Symptome weit fortgeschrittener nicht-onkologischer Erkrankungen z.B. wie unheilbarer neurologischer Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, terminaler Herz-, Lungen- Nieren- oder Leberinsuffizienz - Ausgeprägte psychische Belastung des Patienten oder Überforderung der Familie bzw. des sozialen Umfeldes, die die häusliche Versorgung gefährden - In begründeten Fällen können auch andere belastende Symptomkonstellationen eine besonders aufwändige Versorgung rechtfertigen
<ul style="list-style-type: none"> - ausgeprägte Schmerzsymptomatik - ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik - ausgeprägte respiratorische Symptomatik - ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik - ausgeprägte exulcerierende Wunden oder Tumore 	
<p>§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung</p>	<p>Ihre Stellungnahme</p>
<p>(1) ¹Die SAPV umfasst je nach Bedarf im Einzelfall alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen. ²Sie umfasst zusätzlich die besondere, auf den Einzelfall bezogene Koordination der einzelnen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung des verordnenden Arztes, der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer,</p>	

<p>der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132d SGB V.</p>	
<p>(2) ¹Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V (Palliative-Care-Teams) erbracht. ²Sie wird stufenweise nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit die ambulante Versorgung, insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu erreichen. ³Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratungsleistung, - Koordination der Versorgung, - additiv unterstützende Teilversorgung, - vollständige Versorgung <p>erbracht werden. ⁴Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen</p>	<p>Kommentar:</p> <p><i>1) <u>Stufenmodell:</u> Das modulare Versorgungsmodell von Beratungsleistung/Koordination, additiv unterstützender Teilversorgung oder vollständiger Versorgung erscheint grundsätzlich sehr sinnvoll, da es dem unterschiedlichen individuellen Betreuungsbedarf der Patienten gerecht wird und eine Anpassung des Versorgungskonzeptes an die jeweils vor Ort vorhandenen Ressourcen bzw. die unterschiedlichen Kompetenzen der individuell in die Patientenbetreuung eingebundenen Primärbetreuer ermöglicht. Entscheidend ist hierbei jedoch eine qualifizierte und sachgerechte Bedarfssteuerung.</i></p> <p><i>2) <u>Zweckmäßigkeit der Leistungen:</u> Hier sind die Grenzen des ambulanten noch Leistbaren zu beachten. Zwar soll durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung betroffenen Patienten wesentlich häufiger als bisher ermöglicht werden, bis zum Tod in der vertrauten häuslichen Umgebung zu verbleiben, jedoch erscheint es nicht sachgerecht, davon auszugehen, dass alle Patienten mit spezialisiertem palliativmedizinischen Betreuungsbedarf durchweg zu Hause betreut werden können. Erfahrungen aus Modellprojekten wie z.B. Home Care in Berlin lassen annehmen, dass der Anteil der zu Hause versterbenden Patienten von bisher 30% auf 70% gesteigert werden kann, jedoch wird es immer wieder auch Patienten geben, bei denen die stationäre der ambulanten Palliativversorgung vorzuziehen ist.</i></p> <p>Ergänzungsvorschlag: „Die Grenzen des mit der spezialisierten Palliativversorgung ambulant noch adäquat zu Leistenden sind zu beachten. Wo erforderlich, sind Einrichtungen der stationären Palliativversorgung wie Palliativstationen, Hospize oder stationäre Pflegeeinrichtungen als Behandlungsalternativen einzubeziehen.“</p>
<p>(3) Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit 	<p>Ergänzungsvorschläge:</p> <p>1) „Sicherstellung der Versorgung mit akut notwendigen Medikamenten (inkl. der Betäubungsmittelverordnung unterliegende Arzneimitteln) sowie Heil- und Hilfsmitteln auch zu Nachtzeiten sowie an Wochenenden und Feiertagen“</p> <p>2) „Aufbau und Koordination eines bedarfsadaptierten Netzwerkes der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung inkl. Koordination und Monitoring der</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen - Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe) - Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern - Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht - Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen - Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche) - Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod - Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung - Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten - Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen - Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV 	<p>unterschiedlichen Teilleistungen (Systemmanagement)“</p> <p>3) „Erstellung und Koordination eines auf den Einzelfall bezogenen Versorgungsplans (Fallmanagement)“</p> <p>4) statt „Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z.B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten“ besser <i>„Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen durch bedarfsgerechte Einbeziehung von Psycho(-onkologen), Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Ehrenamtlichen ambulanter Hospizdienste“</i>.</p> <p><u>Begründung:</u> Neben Ärzten und Pflegenden müssen auch weitere in der Palliativmedizin erfahrene Berufsgruppen Bestandteil einer bedarfsgerechten Versorgung unheilbar kranker und sterbender Patienten sein und fallbezogen hinzugezogen werden können. Bestandteil einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist ja gerade eine multiprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und deren bedarfsgerechte Koordination. Weiterhin ist zu gewährleisten, dass nicht nur die ärztliche und pflegerische, sondern auch die psychosoziale Betreuung durch entsprechend qualifiziertes Personal erfolgen kann. So sollte z.B. für die psychologische Begleitung unheilbarer und sterbender Menschen eine qualifizierte Weiterbildung vorliegen, wie etwa die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte Weiterbildung Psychoonkologie (WPO), vgl. hierzu auch das Memorandum der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. (ADT) www.tumorzentren.de/pdf/ADT.Memorandum.letzte.Fassung.pdf</p> <p>5) statt „Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen“ <i>„Maßnahmen zur Qualitätssicherung wie z. B. Organisation multidisziplinärer Qualitätszirkel und b.B. multiprofessioneller Fallbesprechungen“</i></p> <p>6) statt „Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SPV“ <i>„Erhebung (Assessment) und dokumentierte Verlaufskontrolle der zur „besonders aufwendigen Versorgung“ führenden Symptome“</i></p> <p>Kommentar: Hier sollten möglichst standardisierte und validierte Erhebungsinstrumente eingesetzt werden.</p>
---	--

§ 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer	Ihre Stellungnahme
<p>(1) ¹Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die einzelnen Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; die Koordination innerhalb des Teams ist sicherzustellen. ²Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen zu treffen. ³Kooperationspartner ist auch der jeweilige Hospizdienst, der auf Wunsch des Patienten an der Versorgung beteiligt wird.</p>	<p>Kommentar: Im Rahmen der Palliativversorgung wird vielfältig auf die Rolle der multiprofessionellen Teams hingewiesen. Im Rahmen der Erbringung von Leistungen nach § 37b SGB V in Verbindung mit § 132d SGB V ist es wichtig, die verschiedenen Ebenen der Teambildung zu unterscheiden und abzugrenzen. Grundsätzlich kann der Begriff Team in unterschiedlicher Weise verstanden werden. Team kann sowohl patientenbezogen das jeweilige Team bedeuten, das sich um einen individuellen Patienten kümmert als auch das multiprofessionelle Team unterschiedlicher Berufsgruppen sowie das Team der verschiedenen Leistungserbringer innerhalb des Versorgungsnetzwerkes. Daraus ergibt sich</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Dienste, z.B. ambulante Hospizdienste, ambulante Pflegedienste, Ärzte, Psycho(onko)logen sowie ggf. Seelsorger ist sicherzustellen. Ziel ist, dass entsprechend des individuellen Betreuungsbedarfs eines Patienten ggf. alle Professionen in die Versorgung einbezogen werden können. 2. Um Qualitätsansprüche wie eine 24-Stunden-Erreichbarkeit bei vertretbaren Wegstrecken und Wartezeiten, Kontinuität in der Versorgung, Bezugspflege etc. sichern zu können und vorhandene Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen, sollten regionale Teams gebildet werden können. So sollte der Vertragspartner, der die Leistungen nach § 37b erbringt, durch Kooperationsverträge mit anderen Diensten, z.B. weiteren Diensten, die ambulante Pflege erbringen, die Leistungserbringung sicherstellen können. Dies hätte neben der Sicherstellung einer Versorgung insbesondere auch im ländlichen Bereich den Vorteil, dass die Kompetenz der für die spezialisierte Palliativversorgung qualifizierten Kräfte im Sinne einer Multiplikatorfunktion als Impuls in bestehende Pflegeteams hineinwirken kann und so auch die allgemeine palliativmedizinische Versorgung im Rahmen der Primärversorgung verbessert wird.
<p>(2) Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten.</p>	<p>✓</p>
<p>(3) Es ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung ausgetauscht werden.</p>	<p>✓</p>

<p>(4) Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen.</p>	<p>✓</p>
<p>(5) ¹Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. ²Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.</p>	<p>✓</p>
<p>§ 7 Verordnung von SAPV</p>	<p>Ihre Stellungnahme</p>
<p>(1) ¹Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird vom behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet. ²Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht SAPV erforderlich, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 7 Tage.</p>	<p><i>Kommentar: Die Verordnungsdauer von lediglich 7 Tagen durch den entlassenden Krankenhausarzt ist relativ kurz, wenn man z.B. mögliche Abwesenheiten und Urlaubszeiten des primär versorgenden Vertragsarztes berücksichtigt. Dieses kann zu Versorgungsbrüchen führen. Durch eine Verordnungsdauer von z.B. 4 Wochen könnte dieses vermieden werden.</i></p>
<p>(2) Die ärztliche Verordnung erfolgt auf einem zu vereinbarenden Vordruck, der der Leistungserbringung nach Bedarfsstufen (§ 5 Abs. 2) Rechnung zu tragen hat und Angaben zur Dauer der Verordnung enthält.</p>	<p><i>Kommentar: Es ist zu ergänzen, dass die ärztliche Verordnung in Absprache mit dem spezialisierten Palliative Care Team erfolgen sollte. Ein wesentlicher Grund für die Implementierung der SPAV liegt ja gerade in der mangelnden speziellen palliativmedizinischen Erfahrung der Vertragsärzte. Eine alleinige Vollmacht zur Verordnung von Leistungen der SAPV durch die Vertragsärzte würde diese mangelnde Erfahrung nicht berücksichtigen. Da im Palliative Care Team eine besondere Kompetenz des Personals zur spezialisierten Palliativversorgung vorliegen muss, sollte dieser Palliativmediziner ebenso in der Lage sein, alle erforderlichen Leistungen zu verordnen. Dieses sollte ergänzt werden.</i></p>

§ 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse	Ihre Stellungnahme
<p>¹Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach §132d SGB V, wenn die Verordnung gemäß des Musters XX spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. ²Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.</p>	<p>Kommentar: Eine Genehmigungspflicht bzw. ein Genehmigungsvorbehalt ist durch den Gesetzestext nicht zu begründen. Änderungsvorschlag: Streichen des Satzteiltes ...“bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung“...</p> <p>Kommentar: Die Begrenzung auf 3 Arbeitstage zur Vorlage der Verordnung erscheint sehr knapp bemessen. Dieses enge Zeitfenster könnte bei der Dynamik der instabilen Palliativsituation einen unnötigen zusätzlichen Zeitdruck schaffen, der sowohl von Patienten als auch von Angehörigen als bedrohlich und die häusliche Versorgung gefährdend wahrgenommen wird. Eine Erweiterung des Zeitfensters auf z.B. 7 Arbeitstage könnte dem entgegenwirken.</p>

Ihre Stellungnahme: Übergeordnete Anregungen oder Vorschläge
<p>"Anforderungen an ein spezialisiertes Palliativ-Care-Team" U.E. sollten im Rahmen der SAPV-Richtlinie nicht nur die Anforderungen an die Erkrankungen, sondern auch die Anforderungen an die spezialisierten Palliativ-Care-Teams zumindest ansatzweise aufgeführt werden.</p> <p>Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Leistungserbringer in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zur Sicherstellung einer Erfahrungskompetenz auch bei komplexem und besonders problematischem Versorgungsbedarf primär bis ausschließlich diese Versorgung anbieten, wie es auch in der Empfehlung des Ministerkomitees des Europarates zur Strukturierung der spezialisierten Palliativversorgung empfohlen wird: „Spezialisierte Palliativversorgung bezeichnet solche Dienste, deren Haupttätigkeit in der Bereitstellung von Palliativversorgung besteht. Diese Dienste betreuen in der Regel Patienten mit komplexen und schwierigen Bedürfnissen“ (vgl. Empfehlung Rec 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und –pflegerischen Versorgung. Geneva, 2003). Die Leistungserbringer nach § 132d SGB V sollten daher u.a. mindestens die folgenden Minimalanforderungen erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Verfügbarkeit einer funktionsfähigen Infrastruktur zur Planung, Koordination und Durchführung einer bedarfsgerechten multiprofessionellen Teamarbeit 2) Durchgängige telefonische Erreichbarkeit 24-Stunden an 365 Tagen im Jahr

Ihre Stellungnahme: Übergeordnete Anregungen oder Vorschläge

- 3) Ständige Verfügbarkeit mindestens eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
- 4) Ständige Verfügbarkeit mindestens einer Pflegekraft mit einer Weiterbildung im Bereich Palliative Care
- 5) Medizinische Leitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin sowie mindestens einjähriger ganztägiger Tätigkeit in einer palliativmedizinischen Einrichtung (Kommentar: Derzeit wird die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin im Rahmen der Übergangbestimmungen meist noch ohne die einjährige Tätigkeit auf einer Palliativstation vergeben. Die Medizinische Leitung eines Teams zur spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung erfordert jedoch einen Spezialistenstatus gleichermaßen durch Weiterbildung wie durch Erfahrung)
- 6) Bei Bedarf Einbeziehung physiotherapeutischer und psychologischer Kompetenz mit Expertise im Bereich Palliative Care sowie ggf. auch Einbeziehung seelsorgerlicher Begleitung möglich
- 7) Erreichbarkeit der zu betreuenden Patienten bei vertretbaren Wartezeiten

"Berücksichtigung gewachsener Strukturen"

Aufgrund regional unterschiedlich gewachsener Strukturen sollte es möglich sein, die in der Richtlinie zur SPAV festgelegten Vorschriften vollumfänglich, aber adaptiert an die lokalen Verhältnisse umzusetzen. So sollte es z.B. möglich sein, regional bereits erfolgreich etablierte Versorgungsstrukturen wie z.B. die in Baden-Württemberg eingerichtete Brückenpflege, die bereits Teilaufgaben einer spezialisierten Palliativversorgung übernimmt, in das Versorgungskonzept mit einzubeziehen. Das Modell der Brückenpflege wurde in Baden-Württemberg speziell zur Verbesserung der Versorgung schwerstkranker Tumorpatienten beim Übergang von der stationären in die häusliche Betreuung etabliert. In der Evaluationsphase in den Versorgungsregionen der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte in Mannheim, Stuttgart, Tübingen und Ravensburg konnte zwischen 1990 und 1994 eine Verbesserung der Versorgung nachgewiesen werden. Aufgrund dieser Ergebnisse entwickelten sich anhand der Rahmenrichtlinien des Sozialministeriums Baden-Württemberg und des Krebsverbandes Baden-Württemberg zur Erweiterung des Angebotes in Baden-Württemberg bis heute insgesamt 20 Teams an 16 Standorten, die in die Regelversorgung der Krankenkassen übernommen wurden. Alle Brückenpflegeeinrichtungen beteiligen sich am Qualitätskonzept des Arbeitskreises Brückenpflege in der ATO (Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte) in Baden-Württemberg. Steuerungsinstrumente zur Qualitätssicherung sind tägliche Fallbesprechungen und Übergabegespräche, dokumentierte Fallsupervisionen, bei Bedarf externe Teamsupervisionen sowie die Teilnahme an der Hospiz- und Palliativbefragung HOPE. Der jährliche Qualitätsbericht der Brückenpflegeeinrichtungen liefert messbare Ergebnisse zu allen Aufgabenbereichen und ermöglicht, das Leistungsgeschehen zu steuern.

Alle Mitarbeiter der Brückenpflege müssen eine Qualifikation für die spezielle palliativmedizinische Versorgung der ambulant betreuten Tumorpatienten vorweisen. Voraussetzung für die Beschäftigung als Brückenpflegekraft ist ein Abschluss als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft sowie zusätzlich

Ihre Stellungnahme: Übergeordnete Anregungen oder Vorschläge

mindestens 5 Jahre Berufserfahrung in onkologischer und/oder ambulanter Pflege. Darüber hinaus verfügt eine Vielzahl der Brückenpflegekräfte über fachspezifische Weiterbildungen wie z.B. den Master of Advanced Studies in Palliative Care oder die Weiterbildung zur onkologischen Fachpflegekraft, in deren Curriculum von 250 Stunden auch 160 Stunden Weiterbildung in Palliative Care enthalten sind. Fachspezifische Zusatzqualifikationen wie Weiterbildungen in Wundmanagement, Basaler Stimulation, Kinästhetik, Gesprächsführung mit Schwerstkranken etc. runden das Qualifikationsprofil der Brückenpflegeeinrichtung ab (vgl. Qualitätskonzept des Arbeitskreises Brückenpflege der ATO Baden-Württemberg 2006/2007).

Da durch die an die Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte angegliederten Brückenpflegekräfte in Baden-Württemberg bereits seit über 10 Jahren eine relativ große Zahl an Patienten mit speziellem palliativmedizinischen Versorgungsbedarf ambulant betreut wurde, ist bereits eine hohe Erfahrungskompetenz gewährleistet, so dass es zweckmäßig erscheint, die in Baden-Württemberg bereits etablierte Versorgungsstruktur der Brückenpflege sinnvoll in die regionale Umsetzung der Richtlinie zur speziellen ambulanten Palliativversorgung einzubeziehen.