MDS MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN

GKV Spitzenverband

Begutachtungsanleitung

Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und stationäre Hospizversorgung

Die nachstehende Richtlinie wurde vom GKV-Spitzenverband nach Abnahme im MDS-Vorstand und nach Beratung im Beirat für MDK-Koordinierungsfragen auf Grundlage von § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassen. Sie ist für die Medizinischen Dienste, die Krankenkassen und deren Verbände verbindlich.

Stand: 04.02.2019

Herausgeber
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
D-45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: http://www.mds-ev.de

Vorwort

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

Die 2007 eingeführte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, Lebensqualität und Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in vertrauter häuslicher Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen. Im Vordergrund steht das medizinisch-pflegerische Ziel, Symptome und Leiden zu lindern. Die stationäre Hospizversorgung will mit palliativ-medizinischer Behandlung, Pflege und Begleitung die Lebensqualität des sterbenden Menschen verbessern, damit er in Würde sterben kann.

Mit dem im Dezember 2015 in Kraft getretenen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) wurden die Leistungsansprüche im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich verbessert. Auf dieser Grundlage wurden insbesondere die Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege und die Rahmenvereinbarung zur stationären Hospizversorgung überarbeitet und um eine Rahmenvereinbarung zur stationären Kinderhospizversorgung ergänzt. Für den Bereich der palliativ-medizinischen Versorgung wurden die Voraussetzungen für erweiterte Leistungsansprüche geschaffen. Durch den Ausbau der palliativ-pflegerischen und palliativ-medizinischen Versorgungsmöglichkeiten ist die Aktualisierung der Begutachtungsanleitung SAPV und stationäre Hospizversorgung notwendig geworden.

Die Begutachtungsanleitung regelt die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten und strukturiert die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem MDK. 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 MDK-Gemeinschaft, GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Hierfür danken wir allen Mitgliedern des Projektteams.

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstands
GKV-Spitzenverband

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS

Inhaltsverzeichnis

Vorwort **3**

Inhaltsverzeichnis **4**

TEIL A: SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG (SAPV) **7**

1 Einleitung **7**

2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung **9**

2.1 Rechtliche Grundlagen 9

2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass 10

2.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung 12

2.3.1 Anspruchsvoraussetzungen für SAPV-Leistungen 12

2.3.2 Leistungsinhalte und Leistungsumfang der SAPV 23

2.3.3 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung 31

2.3.4 Dauer der verordneten SAPV-Leistungen 31

2.3.5 Alternative Versorgungsmöglichkeiten 33

2.4 SAPV bei Kindern 40

2.4.1 Besonderheiten der Palliativversorgung im Kindesalter 40

2.4.2 Notwendigkeit einer Krisenintervention im Kindesalter 42

2.4.3 Alternative Versorgungsmöglichkeiten bei Kindern 45

2.4.4 Begutachtungsgrundsätze bei Kindern 46

2.5 Algorithmus zur SAPV 47

3 Zusammenarbeit Krankenkasse/MDK **48**

3.1 Fallbearbeitung und Fallauswahl bei der Krankenkasse 48

3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK 49

4 Gutachten **50**

5 Vorgehen bei Widersprüchen **52**

6 Ergebnismitteilung **52**

Teil B: STATIONÄRE HOSPIZVERSORGUNG 53

1 Einleitung 53

2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung 54

2.1 Rechtliche Grundlagen 54

2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass 56

2.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung 57

2.3.1 Anspruchsvoraussetzungen für stationäre Hospizleistungen 57

2.3.2 Antragsverfahren zur stationären Hospizaufnahme 60

2.3.3 Dauer der beantragten stationären Hospizleistungen 61

2.3.4 Leistungsinhalte und Leistungsumfang der stationären Hospizversorgung 62

2.3.5 Alternative Versorgungsmöglichkeiten 62

2.4 Stationäre Hospizversorgung im Kindesalter 63

2.4.1 Einleitung 63

2.4.2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/Begutachtung 63

2.4.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung 68

2.5 Algorithmus zur stationären Hospizversorgung 73

3 Zusammenarbeit Krankenkasse/MDK 74

3.1 Fallbearbeitung und Fallauswahl bei der Krankenkasse 74

3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK 75

4 Gutachten 76

5 Vorgehen bei Widersprüchen 77

6 Ergebnismitteilung 77

TEIL C: LITERATURVERZEICHNIS UND ANLAGEN 78

1 Literaturverzeichnis 78

2 Anlagen und Verweise 83

2.1 Richtlinie SAPV 83

2.2 Empfehlungen des GKV-SV nach § 132d Abs. 2 SGB V für die SAPV 89

2.3 Empfehlungen des GKV-SV zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der SAPV von Kindern und Jugendlichen 96

2.4 Rahmenvereinbarung stationäre Hospizversorgung 102

2.5 Rahmenvereinbarung stationäre Kinderhospizversorgung 117

2.6 Vordrucke....132

2.6.1 Muster 63 Verordnung SAPV 132

2.6.2 Erläuterung zu Muster 63 134

2.7 Abkürzungen 136

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 Fachärztinnen und -ärzten sowie Pflegediensten ohne entsprechende Spezialisierung, ggf. unter Einbindung von Hospizdiensten, erbracht werden, handelt es sich bei der SAPV um eine spezialisierte Gesamtleistung mit palliativ-ärztlichen und palliativ-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 im Sinne von eigenständigen Verordnungsleistungen auch die Beratung sowie die Koordinierung der einzelnen Teilleistungen. Darüber hinausgehende Begleitleistungen (z. B. Sterbebegleitung und Trauerbegleitung der Zugehörigen[1]) sind vom Leistungsanspruch nicht umfasst, sondern sind weiterhin ergänzend, z. B. von ambulanten Hospizdiensten, zu erbringen. Nach § 37b Abs. 3 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V bestimmt der G-BA in der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) das Nähere über die Verordnung und den Inhalt der SAPV. SAPV-Leistungen können auf der Grundlage der SAPV-Richtlinie (SAPV-RL) in Anspruch genommen werden, wenn die dort definierten 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.

Mit dem am 08.12.2015 in Kraft getretenen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)[2] wurden die Leistungsansprüche im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung ausgebaut. So wurde beispielsweise der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege hinsichtlich der palliativ-pflegerischen Versorgung zu überarbeiten. Daneben wurde der

[1] Zu den Zugehörigen zählen Angehörige und weitere, dem sterbenden Menschen Nahestehende.

[2] Deutscher Bundestag. Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativgesetz in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG . Bundesgesetzblatt Teil 1, 2015; Nr. 48, 2014-18)

Anspruch auf eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-ärztliche Versorgung gemäß § 87 Abs. 1b SGB V geschaffen.

Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) 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 Gutachterinnen und Gutachter. Um eine einheitliche sozialmedizinische Begutachtung sicherzustellen, wird in der vorliegenden Begutachtungsanleitung die Indikationsstellung zu SAPV-Leistungen differenziert dargestellt und veranschaulicht. Diese konsentierte Begutachtungsanleitung ist sowohl für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung als auch für die Krankenkassen verbindlich.

2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung

Grundlage der sozialmedizinischen Begutachtung von Leistungsanträgen auf SAPV sind § 37b SGB V und die 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 vorangestellt 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 erfährt seit Jahren eine stetige Entwicklung 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 Patientinnen und 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 Palliativversorgung war die Einführung des § 37b im SGB V im Jahre 2007 von besonderer Bedeutung. Patientinnen und 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 G-BA in der SAPV-RL konkretisiert.

SAPV-RL:
§ 1 Grundlagen und Ziele

(1) [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. [2]Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.

(2) [1]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. [2]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 ver-

tragsärztlichen Versorgung aufgrund des besonders aufwändigen Versorgungsbedarfs (siehe § 4) nicht ausreicht.

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

(5) [1]Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. [2]Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.

(6) [1]Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. [2]Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. [3]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 die SAPV 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 der Patientin oder des Patienten
- der Haushalt der Familie der Patientin oder des Patienten, wie z. B. der Eltern, der Kinder oder der Enkelkinder
- weitere Orte, an denen sich die Patientin oder 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 palliativärztliche 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-RL:

§ 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) [1]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. [2]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 Tumortherapie (Chemo- oder 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 Patientinnen und Patienten, die an chronischen Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium oder ausgeprägter Multimorbidität leiden (z. B. geriatrischen Patientinnen und 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/ungewollte Gewichtsabnahme
- 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 der betroffenen Person um eine Palliativpatientin oder einen Palliativpatienten im oben beschriebenen Sinne handelt. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine onkologische oder um eine nicht-onkologische Erkrankung handelt.[3]

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[4] ergibt sich aus § 4 der SAPV-RL.

SAPV-RL:
§ 4 Besonders aufwändige Versorgung

[1]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. [2]Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativ-medizinische und / oder palliativ-pflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in be-

[3] s. Berichte des G-BA an das BMG zur Evaluation der SAPV-RL

[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; GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Gesetzentwurf vom 24.10.2006, S.106: „Versicherte, die diesen besonderen Bedarf nicht aufweisen, werden weiter im Rahmen der derzeitigen Strukturen versorgt.“

sonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. [3]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

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. In der SAPV-RL wird der Begriff der „anderweitigen ambulanten Versorgungsformen“ verwendet. Oftmals wird auch der Begriff „allgemeinen ambulanten Palliativversorgung“ als Synonym verwendet. Diesem Begriff können im Gegensatz zur SAPV keine einheitlich definierten Qualifikationsanforderungen und Strukturmerkmale zugeordnet werden. 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.

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 palliativ-medizinische und/oder palliativ-pflegerische Kenntnisse und Erfahrungen voraus.

4. Die Behandlung des komplexen Symptomgeschehens muss nach einem zwischen Ärztinnen und 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:

- vertragsärztliche Versorgung[5]
- Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln (§ 31 SGB V)
- Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (§§ 32/33 SGB V)
- ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)
- häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
- Leistungen der ambulanten Pflege nach dem SGB XI
- regionale Versorgungsangebote, bei denen die ärztliche und pflegerische Versorgung durch Leistungserbringer erbracht wird, die über eine Basisqualifikation in Palliativversorgung verfügen

Daneben gibt es weitere Unterstützungsangebote:

- Begleitung durch ambulante Hospizdienste
- Seelsorge
- Selbsthilfegruppen

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 damit 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 Richtlinie 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.[6]

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

[5] ergänzende EBM-Gebührenpositionen für die palliativ-medizinische Versorgung seit 01.10.2013, aktualisiert 01.10.2017, § 87 Abs. 1b SGB V

[6] 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

- schwer behandelbarer Schmerztyp, z. B. neuropathische Schmerzen
- häufig wechselnde Schmerzintensität
- bestehende Schmerzen, die durch Kontextfaktoren massiv verstärkt werden
- Kombination von unterschiedlich wirkenden Analgetika

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. pumpenassistierte 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:

- 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 Verwirrtheitssymptomatik
- 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 Zugehörigen zu speziellen Maßnahmen der Symptomlinderung

<u>Ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik</u>

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/exulzerierende Wunden oder Tumore

Neben den körperlichen Beschwerden stellt das Vorhandensein von ausgeprägten exulzerierenden unheilbaren Wunden und Tumoren für die Patientin oder den Patienten und ihr/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/exulzerierenden 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 der Patientin oder des Patienten und der Zugehörigen 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
- unbehandelte dialysepflichtige terminale Niereninsuffizienz

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 palliativ-medizinischen und/oder palliativ-pflegerischen Kenntnissen und Erfahrungen die Qualifikationen gemeint, die von den spezialisierten Leistungserbringern gemäß den Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V des GKV-Spitzenverbandes den Krankenkassen gegenüber nachzuweisen sind.[7]

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 Leistungen z. B. der häuslichen 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. Aufgabe der Gutachterin oder des Gutachters ist es unter anderem, zu prüfen, ob diese Leistungen 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 sowie zur vertragsärztlichen Versorgung.

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

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,

1. wenn eine nicht heilbare, fortschreitende Erkrankung vorliegt, die so weit fortgeschritten ist, dass die Lebenserwartung nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist[8]

<u>und</u>

2. wenn die Ziele nach § 1 Abs. 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)

<u>und</u>

3. wenn ein komplexes Symptomgeschehen vorliegt, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativ-pflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt.

Bezüglich der Besonderheiten bei Kindern siehe Kapitel 2.4.

[8] 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-RL:

§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

(1) [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. [2]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) [1]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. [2]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. [3]Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

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

erbracht werden. [4]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 palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen
- apparative palliativ-medizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- palliativ-medizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht
- spezialisierte palliativ-pflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricula-

ren 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.[9] Die SAPV geht allerdings dadurch über die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen hinaus, indem sie auch folgende Inhalte einschließt:

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

Maßgeblich ist der jeweilige Versorgungsbedarf der Patientin oder des Patienten in einem gegebenen Zeitraum. SAPV kann als zusätzliche Leistung neben den Leistungen der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen verordnet werden (Ausnahmen siehe Teil A 2.3.5 und 2.4.3) 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

[9] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe zu dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, 2017, S. 5

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 palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung erfolgt unter Einbeziehung aller für die Versorgung einer Patientin oder 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 der Palliativmedizinerin oder dem Palliativmediziner und der Pflegefachkraft mit Palliative-Care-Weiterbildung weitere Pflegefachkräfte, Therapeutinnen und Therapeuten (z. B. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten), Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Psychologinnen und Psychologen, Seelsorgerinnen und Seelsorger mit oder ohne Palliative-Care-Weiterbildung gehören. Hinzukommen können ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hospizgruppen.

<u>Palliativ-medizinische Maßnahmen im Sinne der SAPV sind z. B.</u>

- die Erhebung eines palliativ-medizinischen Assessments unter besonderer Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte der Patientinnen und Patienten und Zugehörigen
- 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 Patientinnen und Patienten und deren Zugehörigen 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 palliativärztliche Behandlung von ausgeprägten exulzerierenden Tumoren und Wunden
- die Behandlung in der Finalphase und ggf. terminale Sedierung unter Berücksichtigung der ethischen Grundsätze und des Willens der Patientin oder des Patienten einschließlich Begleitung der Sterbenden und der Zugehörigen

Palliativ-pflegerische Maßnahmen im Sinne der SAPV sind z. B.

- die Erhebung der palliativ-pflegerischen Probleme
- die Erstellung eines individuellen Pflegeplans unter Berücksichtigung des ausgeprägten komplexen Symptomgeschehens
- die Sicherstellung der Umsetzung und Kontrolle der ärztlichen palliativ-pflegerischen Anweisungen
- die Durchführung einer spezialisierten Schmerzbehandlung durch Medikamentengabe nach vorgegebenem ärztlichen Behandlungs- und Bedarfsplan
- 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 allgemeine Krankenbeobachtung v. a. im Hinblick auf die Bedürfnisse der Patientin oder 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 der Palliativärztin oder 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 die Palliativärztin oder den Palliativarzt des SAPV-Teams
- die Anleitung der Patientin oder des Patienten, seiner Zugehörigen oder Pflegepersonen zur Durchführung spezieller therapeutischer Maßnahmen
- die Anleitung und Unterstützung von Zugehörigen und involvierten Pflegefachkräften bei der Durchführung spezieller palliativ-pflegerischer Maßnahmen

Die Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft „rund um die Uhr“ für die im Rahmen der SAPV betreuten Patientinnen und Patienten zur Sicherstellung der für die SAPV erforderlichen Maßnahmen wird durch spezialisierte 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.[10]

SAPV wird grundsätzlich als ergänzende Leistung neben der bestehenden Versorgung erbracht, 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.[11]

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 Versorgung 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 Patientinnen und Patienten und ihrer Zugehörigen einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod,
- spezialisierte Beratung von betreuenden Leistungserbringern der Primärversorgung.

Im Rahmen der Beratungsleistung kann u. a. geklärt werden, ob die Versicherten über die Beratung hinaus SAPV-Leistungen benötigen oder ob die Leistungen der anderweitigen ambulanten Versor-

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

[11] 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.“

gungsformen im Weiteren ausreichend sind (Erhebung im Rahmen eines palliativ-medizinischen Basis-assessments).[12]

Die Beratungsleistung kann bei Bedarf wiederholt werden, z. B. im Rahmen eines telefonischen bzw. persönlichen Gespräches mit den Versicherten, ihren Zugehörigen/Bezugspersonen oder nicht-spezialisierten Leistungserbringern.

Bei der Frage, ob die als spezialisierte Leistungserbringer tätigen Ärztinnen und Ärzte oder die Pflegefachkräfte – wenn nur eine Beratungsleistung verordnet wurde – um die Beratung zu erbringen, mit den zu versorgenden Versicherten einmal persönlich Kontakt gehabt/sie untersucht haben müssen, ist das Beratungsziel zu berücksichtigen. Sofern die eine SAPV-Leistung verordnenden Ärztinnen und Ärzte oder Leistungserbringer der Primärversorgung zu gezielten Fragestellungen (z. B. zur speziellen Wundversorgung oder Schmerzbehandlung) beraten werden sollen, setzt dies voraus, dass sich die SAPV-Leistungserbringer vor Ort von der Versorgungssituation selbst ein Bild gemacht haben und ein persönlicher Kontakt mit der Patientin oder 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 palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit.

Nachdem festgestellt wurde, dass SAPV-Leistungen notwendig sind und die Versicherten (ggf. ihre Zugehörigen und weitere Leistungserbringer) über die individuell erforderlichen Maßnahmen informiert wurden, koordinieren die spezialisierten Leistungserbringer die individuell erforderlichen palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen sowie psychosozialen Leistungen und Angebote. Die einzelnen Maßnahmen werden in der Regel von den Leistungserbringern bzw. Anbieterinnen und Anbietern der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen, z. B. Haus- und Fachärztinnen und -ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Pflegediensten, Apotheken, Therapeutinnen und Therapeuten (z. B. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten), Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Seelsorgerinnen und 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.

[12] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: DGP-Dokumentationshilfen 01/2018

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 Abs. 3) durch spezialisierte Leistungserbringer durchgeführt werden.

- Bei der additiv unterstützenden Teilversorgung werden palliativ-medizinische und/oder -pflegerische Maßnahmen im Rahmen von Hausbesuchen direkt an der Patientin oder am Patienten erbracht.

- Bei der additiv unterstützenden Teilversorgung sind außer spezialisierten Leistungserbringern noch weitere ärztliche oder pflegerische Leistungserbringer regelmäßig in die Palliativversorgung der Patientin oder 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 an der Patientin oder dem Patienten notwendig ist, die spezifische palliativ-medizinische und/oder palliativ-pflegerische 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 Abs. 3) durch spezialisierte Leistungserbringer durchgeführt werden.

- Bei der vollständigen Palliativversorgung werden die palliativ-medizinischen und/oder palliativ-pflegerischen Maßnahmen im Rahmen von Hausbesuchen direkt an der Patientin oder am Patienten erbracht.

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

- eine Behandlung an der Patientin oder dem Patienten notwendig ist, die spezifische palliativ-medizinische und/oder palliativ-pflegerische 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 spezialisierte 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.

(1) 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),

(2) 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-RL:
§ 7 Verordnung von SAPV

(1) [1]SAPV wird von der behandelnden Vertragsärztin oder von dem behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet. [2]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. [3]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.

„Vorsorgliche“ SAPV-Verordnungen für den Fall, dass die Grundversorgung nicht mehr ausreichen könnte, können nicht bearbeitet werden, da eine sozialmedizinische Beurteilung nur bezüglich des konkreten verordneten Zeitraumes möglich ist. Die SAPV-Bedürftigkeit leitet sich aus dem Ist-Zustand der Versicherten ab.

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 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 Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten ausgestellt werden, gelten in der Regel jedoch längstens für 7 Tage. Danach muss ggf. eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt eine Folgeverordnung ausstellen. Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass die Begrenzung

auf 7 Tage zu kurz ist, etwa dann, wenn eine Palliativpatientin oder 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 einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes einzuholen. In diesen Fällen ist eine längere Verordnungsdauer durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt nachvollziehbar.

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 Symptomgeschehen 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.[13]

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 der verordnenden Ärztin oder 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 der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes zur begrenzten Lebenserwartung gefordert, ohne dass diese konkret auf der Verordnung anzugeben ist. Diese Regelungen entsprechen der Gesetzes-

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

systematik. 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 von 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.

2.3.5 Alternative Versorgungsmöglichkeiten

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

> **SAPV-RL:**
> **§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung**
>
> (2) […] [2]Sie 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 Vertragsärztinnen und 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 anderweitiger ambulanter Versorgungsformen durchgeführt werden können:

- vertragsärztliche Versorgung[14]
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 SGB V)
- Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (§§ 32/33 SGB V)
- häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V).
- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

[14] Siehe Fußnote 5

- ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)
- Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI)

Daneben gibt es weitere Unterstützungsangebote:

- ambulante Hospizdienste (§ 39a Abs. 2 SGB V)
- Seelsorge
- 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 SAPV-RL) und nicht als Ersatz von anderweitigen Versorgungskonzepten der Notfallversorgung dienen kann.

Nur die Notwendigkeit der psychosozialen Unterstützung der Patientinnen und Patienten und der Zugehörigen allein stellt keine Indikation für eine SAPV-Verordnung dar.

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)

2.3.5.1 Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP)

Der G-BA regelt nach § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 SGB V in der HKP-Richtlinie Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung.

In § 1 Abs. 1 Satz 2 der HKP-Richtlinie ist klargestellt, dass die häusliche Krankenpflege sowohl kurativ als auch palliativ indiziert sein kann. Dies trägt der gesetzlichen Zielsetzung einer insgesamt stärkeren Ausrichtung der häuslichen Krankenpflege auch auf die palliative Versorgung Rechnung. Dadurch wird klargestellt, dass die im Leistungsverzeichnis in der Anlage zur Richtlinie genannten verordnungsfähigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege grundsätzlich auch palliativ ausgerichtet sein können (z. B. die Medikamentengabe bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten).

Daneben wurde die Leistungsnummer 24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“ eingeführt. Die Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten ist für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten in jedem Alter verordnungsfähig, die an einer nicht-heilbaren fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate limitiert ist. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Leistung auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung verordnungsfähig, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt werden. Dabei soll die Verbesserung der Symptomatik (Symptomkontrolle) und Lebensqualität im Vordergrund stehen. Bei der Leistung handelt es sich um eine sog. Komplexleistung, die flexibel - ggf. situativ auch mehrfach täglich - die Symptom-

kontrolle ermöglicht. Die Komplexleistung Leistungsnummer 24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“ umfasst neben der Symptomkontrolle bedarfsweise alle erforderlichen behandlungspflegerischen Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie.

Verordnungsfähig ist die Leistung nach Nummer 24a, wenn der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen und eine Versorgung im Rahmen der SAPV nicht indiziert ist. Es ist folglich zunächst zu prüfen, ob die palliativ-pflegerische Versorgung auch über verordnungsfähige Einzelleistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie ausreichend sichergestellt werden kann (z.B. Gabe von Medikamenten). Die Voraussetzungen für Leistungen nach Ziffer 24a des Leistungsverzeichnisses liegen für Palliativpatientinnen und Palliativpatienten vor, bei denen ein dynamisches Symptomgeschehen (schwankende körperliche und psychische Symptome) vorliegt, welches einen multidimensionalen Versorgungsbedarf aufweist und die Versorgung mit palliativ-pflegerischen Einzelleistungen aus dem Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie nicht ausreichend ist, um einen Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Kann die Versorgung aufgrund des besonders hohen Aufwands auch mit Hilfe der Symptomkontrolle nach Ziffer 24a sowie ggf. unter Hinzuziehung der besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V nicht sichergestellt und ein Verbleib in der Häuslichkeit nicht gewährleistet werden, können die Voraussetzungen für die SAPV vorliegen.[15]

Die Symptomkontrolle nach Ziffer 24a des Leistungsverzeichnisses ist im Rahmen der Erstverordnung und Folgeverordnungen für bis zu 14 Tage verordnungsfähig. Dadurch soll eine engmaschige Kontrolle durch die verordnende Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt gewährleistet sein. Wie bei den übrigen Leistungen des Leistungsverzeichnisses, handelt es sich bei den Angaben zur Dauer und Häufigkeit von Leistungen um Empfehlungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege für den Regelfall, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann.

Leistungen der Symptomkontrolle gemäß Nr. 24a können nicht verordnet und erbracht werden, wenn ein SAPV-Vollversorgung oder eine additiv unterstützende palliativ-pflegerische Teilversorgung verordnet wurde, bei der die palliativ-pflegerische Versorgung vollständig durch das SAPV-Team erbracht wird.

<u>Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung</u>

1. In der HKP-Richtlinie wird ausgeführt, dass durch die Verordnung der Nummer 24a der Anspruch auf SAPV nicht berührt wird. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass im Fall einer SAPV-Vollversorgung oder einer additiv-unterstützenden palliativ-pflegerischen Teilversorgung, welche bei der die palliativ-pflegerische Versorgung vollständig durch das SAPV-Team erbracht wird, die Nummer 24a nicht gleichzeitig mit SAPV verordnet werden darf.

2. In der Leistungsbeschreibung der HKP-RL werden exemplarisch Symptome genannt, die bei der Verordnung der Nummer 24a eine Rolle spielen können. Diese sind aber eindeutig vom komplexen Symptomgeschehen für die SAPV abzugrenzen.

[15] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege vom 16.03.2017

3. Bei Verordnung einer Leistung der Nummer 24a sind die Empfehlungen zu „Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen“ hinsichtlich der einzelnen behandlungspflegerischen Maßnahmen aus der HKP-RL nicht relevant. Jedoch sind neben der Nummer 24a „keine weiteren behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses verordnungsfähig, da die Nummer 24a alle im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen entsprechend dem Leistungsverzeichnis der HKP-RL beinhaltet“ (Tragende Gründe).

4. Leistungen der häuslichen Krankenpflege, insbesondere Maßnahmen der speziellen Krankenbeobachtung (Nummer 24 HKP-RL) und der außerklinischen Intensivpflege, sind gegenüber den Leistungen der SAPV abzugrenzen, schließen sich jedoch grundsätzlich nicht gegenseitig aus.

5. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Leistung auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung verordnungsfähig.

2.3.5.2 Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V

Die erweiterte ambulante vertragsärztliche Palliativversorgung als Teil der haus- und fachärztlichen Regelversorgung gehört zum Leistungsumfang der GKV.

In der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung wurden mit Wirkung zum 01.01.2017 Einzelheiten dieser Versorgung festgeschrieben[16].

Durch die Vereinbarung soll die bestehende ambulante Palliativversorgung 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 (§ 1 der Vereinbarung).

Die Versorgung umfasst schwerstkranke und sterbende Patientinnen und Patienten, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist (§ 2 der Vereinbarung).

Zum Zeitpunkt der Indikationsstellung müssen zusätzlich folgende Bedingungen nach § 2 Abs. 2 der Vereinbarung erfüllt sein:

- Kurative Behandlungen der Grunderkrankungen sind nicht mehr indiziert oder von der Patientin oder dem Patienten nicht mehr erwünscht.[17]

- Eine angemessene Versorgung in der Häuslichkeit bzw. in selbst gewählter Umgebung ist möglich.

[16] Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband, Berlin, haben als Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) die Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung am 29.11.2016 geschlossen

[17] Dies kann unter Umständen der Patientenverfügung entnommen werden oder anderweitig schriftlich hinterlegt werden.

- Eine stationäre Behandlung nach § 39 SGB V führt erwartungsgemäß nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten.
- Der Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten ist stark reduziert, er benötigt regelmäßig eine ärztliche Behandlung und im Regelfall die Versorgung in der Häuslichkeit.
- Eine Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V ist nicht indiziert – mit Ausnahme der Beratungsleistung der SAPV – da das komplexe Symptomgeschehen gemäß § 4 der SAPV-RL nicht vorliegt.
- Es liegt ein besonderer Versorgungsaufwand vor, der eine entsprechend qualifizierte palliativmedizinische Betreuung nach dieser Vereinbarung durch mehrere Leistungserbringer erfordert.

Neben der palliativen Behandlung und Betreuung steht die koordinierte Versorgungssteuerung durch die qualifizierte Haus- oder Fachärztin oder den qualifizierten Haus- oder Facharzt im Mittelpunkt (§ 3 und Anlage 1 der Vereinbarung). Hierzu gehört neben der umfassenden Information für Patientinnen und Patienten und Zugehörige, die Kooperation und Koordination mit weiteren an der Versorgung beteiligten Professionen, Diensten und Einrichtungen (bspw. ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante und stationäre Hospizdienste, Behinderteneinrichtungen).

In § 4 der Vereinbarung erfolgen weitere Ausführungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Team: die besonders qualifizierte Ärztin oder der besonders qualifizierte Arzt koordiniert die Einbeziehung bzw. Abstimmung mit allen weiteren Leistungserbringern, dies schließt auch SAPV-Teams oder Palliativstationen/Palliativdienste im Krankenhaus mit ein.

Die qualifizierte Ärztin oder der qualifizierte Arzt übernimmt u. a. folgende Aufgaben (§ 5 der Vereinbarung):

- Ersterhebung des palliativ-medizinischen Assessments in mindestens 5 Bereichen
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen
- Koordination der palliativ-medizinischen und -pflegerischen Versorgung
- Erstellung eines allen Beteiligten zugänglichen Therapieplans sowie Notfallplans
- Sofern erforderlich Verordnung der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V
- Konsiliarische Beratung anderer behandelnder Ärztinnen und Ärzte in allen Belangen der palliativ-medizinischen Behandlung
- Betreuung und Beratung der Patientin oder des Patienten sowie deren/dessen Zugehörige
- Beratung und Aufklärung über die Möglichkeiten der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung
- Sofern erforderlich konsiliarische Abstimmung mit einer Ärztin oder einem Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin

- Sicherstellung der palliativ-medizinischen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen
- Ärztliche Versorgung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, die in stationären Hospizen, Pflegeeinrichtungen etc. untergebracht sind
- SAPV-Verordnung im Bedarfsfall

Die Leistungen können nicht erbracht werden, wenn die Patientin oder der Patient – mit Ausnahme der Beratungsleistung – bereits eine SAPV nach § 37b SGB V erhält.

Haus- und Fachärztinnen und -ärzte der unmittelbaren Patientenversorgung können an dieser besonders qualifizierten und koordinierten Versorgung teilnehmen, wenn sie nach §§ 6 u. 7 der Vereinbarung folgende allgemeine Vorrausetzungen erfüllen:

- Anwendung evidenzbasierter Leitlinien (z. B. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung)
- Kontinuierliche palliativ-medizinische Fortbildung im Umfang von 8 Fortbildungspunkten/Jahr
- Vorhaltung gültiger BtM-Rezepte
- Schriftlicher Nachweis der Kooperation mit anderen Leistungserbringern und verbindlicher Absprachen (z. B. Regelungen zum gemeinsamen Informationsaustausch)

Zudem ist eine besondere Qualifikation gemäß Anlage 1 der Vereinbarung notwendig. Diese besteht aus praktischen und theoretischen Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten. Die praktische Qualifikation erfordert entweder eine 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team oder die Betreuung von mindestens 15 Palliativpatientinnen und Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre. Die theoretische Qualifikation erfordert eine 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer. Allerdings kann diese anteilig ersetzt werden, sofern Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bereits die strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ und die Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung“ oder die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ erworben haben.

Aufbauend auf den bereits bestehenden Gebührenordnungspositionen (GOP) der palliativmedizinischen Betreuung im hausärztlichen Versorgungsbereich (GOP 03370 u. 03373) wurden für die Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V mit Wirkung zum 01.10.2017 acht neue GOP in einem neuen EBM-Abschnitt 37.3 aufgenommen:

- Palliativ-medizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Erstellung eines Behandlungsplanes (GOP 37300)
- Zuschlag zur Versichertenpauschale für die Koordination der palliativ-medizinischen und -pflegerischen Versorgung (GOP 37302)
- Zuschläge für die Betreuung in der eigenen Häuslichkeit (GOP 37305 u. 037306)

- Pauschale für Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin für die konsiliarische Erörterung komplexer Fragestellungen (GOP 37314)
- Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft der qualifizierten Ärztin oder des qualifizierten Arztes außerhalb der sprechstundenfreien Zeiten (GOP 37317)
- Telefonische Beratung außerhalb der sprechstundenfreien Zeiten von mindestens 5 Minuten Dauer (GOP 37318)
- Patientenorientierte Fallbesprechung (GOP 37320)

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Die Leistungen dieser Vereinbarung unterliegen keiner Einzelfallbegutachtung durch den MDK. Diese Versorgung steht nicht unter dem Vorbehalt der Prüfung und Genehmigung durch die Krankenkassen.

Die Beschreibung der betreffenden Patientinnen und Patienten gemäß § 2 Abs. 1 der Vereinbarung bzw. die Anforderungen an die Erkrankung sind identisch mit den Anforderungen gemäß § 37b Abs. 1 SGB V (SAPV) und § 3 der SAPV-RL.

Zu den Besonderheiten bei Kindern wird auf das Kapitel 2.4.3 (Teil A) verwiesen.

Im Gegensatz zur SAPV erfordert die Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V nicht das zusätzliche Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens. Dennoch muss ein besonderer palliativ-medizinischer Versorgungsaufwand gegeben sein, der ohne entsprechende Qualifikation und Koordination vertragsärztlich nicht angemessen sichergestellt werden kann. Dieser besondere Versorgungsaufwand wird jedoch nicht näher beschrieben.

Der besonders qualifizierten Ärztin oder dem besonders qualifizierten Arzt obliegen die Koordination aller beteiligten Leistungserbringer und die Koordination der palliativ-medizinischen und -pflegerischen Versorgung. Zu den Aufgaben gehören auch die Betreuung und Beratung der Patientin oder des Patienten sowie ihrer/seiner Zugehörigen. Beratung und Koordination sind gleichermaßen in der SAPV gefordert.

Im Vergleich zur SAPV handelt es sich bei der Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V jedoch um **keine** interdisziplinäre Teamleistung, da eine berufsgruppenübergreifende Behandlungsplanung nach einem festgelegten Konzept nicht gefordert wird.

Die Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V schließt auch eine Sicherstellung der palliativ-medizinischen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen, mit ein. Diese kann auch unter Einbeziehung von an der Versorgung beteiligten Pflegediensten und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erfolgen.

2.4 SAPV bei Kindern

2.4.1 Besonderheiten der Palliativversorgung im Kindesalter

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

SAPV-RL:
§ 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 palliativ-medizinischen Bedarf von Kindern lebenslimitierende Erkrankungen als solche definiert, die meist zu einem vorzeitigen Tod führen. Analog findet die Begrifflichkeit „lebensverkürzend“ Anwendung. 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 palliativ-medizinische 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).[18]

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

[18] Zernikow, Hechler: IMPaCCT-Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa, 2008

Gruppe 4

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

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

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 palliativ-medizinischen Versorgungsaspekten dienen der Veranschaulichung der Problematik im Kinderbereich, eignen sich jedoch nicht zur Abgrenzung der konkreten Voraussetzungen der SAPV, welche auf den gesetzlichen Grundlagen und den Inhalten bzw. Vorgaben der SAPV-RL basieren.

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-RL dezidiert zu reflektieren.

Hier geben die Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen vom 12.06.2013[19] 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 Folgekrankheiten wie Zerebralparese, zerebrale Krampfanfälle, Schluckstörung und restriktive Ventilationsstörung und 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.

[19] GKV-Spitzenverband, Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen vom 12.06.2013

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 palliativ-medizinische und -pflegerische Versorgung) stellen.

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

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

2.4.2 Notwendigkeit einer Krisenintervention im Kindesalter

SAPV-RL:
§ 3 Anforderungen an die Erkrankungen

(3) […] [2]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):

- 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 der Hausärztin oder des Hausarztes sowie ggf. des Pflegedienstes über mögliche palliativ-medizinische oder palliativ-pflegerische Maßnahmen.

- 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 palliativ-medizinischer/-pflegerischer Maßnahmen und bei Bedarf für einen begrenzten Zeitraum auch eine additiv unterstützende Teilversorgung durch spezialisierte Leistungserbringer der SAPV notwendig sein.

- 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.

- 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 palliativ-medizinischen/-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 phasenweise als zusätzlich 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. palliativ-pflegerischer 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 der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes zur Entscheidungsfindung über die Notwendigkeit einer SAPV heranzuziehen.

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

Über die zu erwartende Restlebenszeit darf der Ärztin oder 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 Vertragsärztinnen und 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 bzw. lebenslimitierenden sowie chronischen und zum Teil lebensphasenübergreifenden, aber lebenslimitierenden bzw. lebensbedrohlichen Erkrankungen u. a. entsprechende leitliniengerechte Interventionen und Versorgungsmöglichkeiten:

- vertragsärztliche Versorgung[20]
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 SGB V)
- Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (§§ 32/33 SGB V)
- Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V).
- ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)
- Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)
- Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen (§ 43 SGB V)
- Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)
- stationäre Rehabilitationsleistungen (§ 40 SGB V)
- Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI)

Daneben gibt es weitere Unterstützungsangebote:

- Seelsorge
- Selbsthilfegruppen

In der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonderes qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung findet die Zielgruppe der Kinder neben den Erwachsenen Erwähnung. An dieser Stelle wird in § 2 Abs. 3 formuliert: „Bei Kindern und Jugendlichen kann abweichend von Abs. 1 und 2 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.“ Hinsichtlich weiterer Ausführungen zu der oben genannten Vereinbarung darf auf das Kapitel 2.3.5.2 Teil A verwiesen werden.

Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß HKP-RL (Leistungsverzeichnis Nr. 24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“, Kapitel 2.3.5.1 Teil A) können bei Kindern

[20] Siehe Fußnote 5

ebenfalls zum Tragen kommen, wobei die Verordnung auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfolgen kann.

Es wird insbesondere darauf hingewiesen, 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 SAPV-RL) und nicht als Ersatz von anderweitigen Versorgungskonzepten der Notfallversorgung dienen kann.

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

1. anderweitige ambulante Versorgungsformen (siehe oben)
2. ambulante Kinderhospizdienste (§ 39a Abs. 2 SGB V)
3. stationäre Kinderhospizversorgung (§ 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V)
4. stationäre Palliativversorgung (§ 39 SGB V)

Es wird weiterhin auf die notwendige Abgrenzung der SAPV gegenüber sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V hingewiesen. 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 aktuellen „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 die Ärztin oder den Arzt eingeleitet werden.

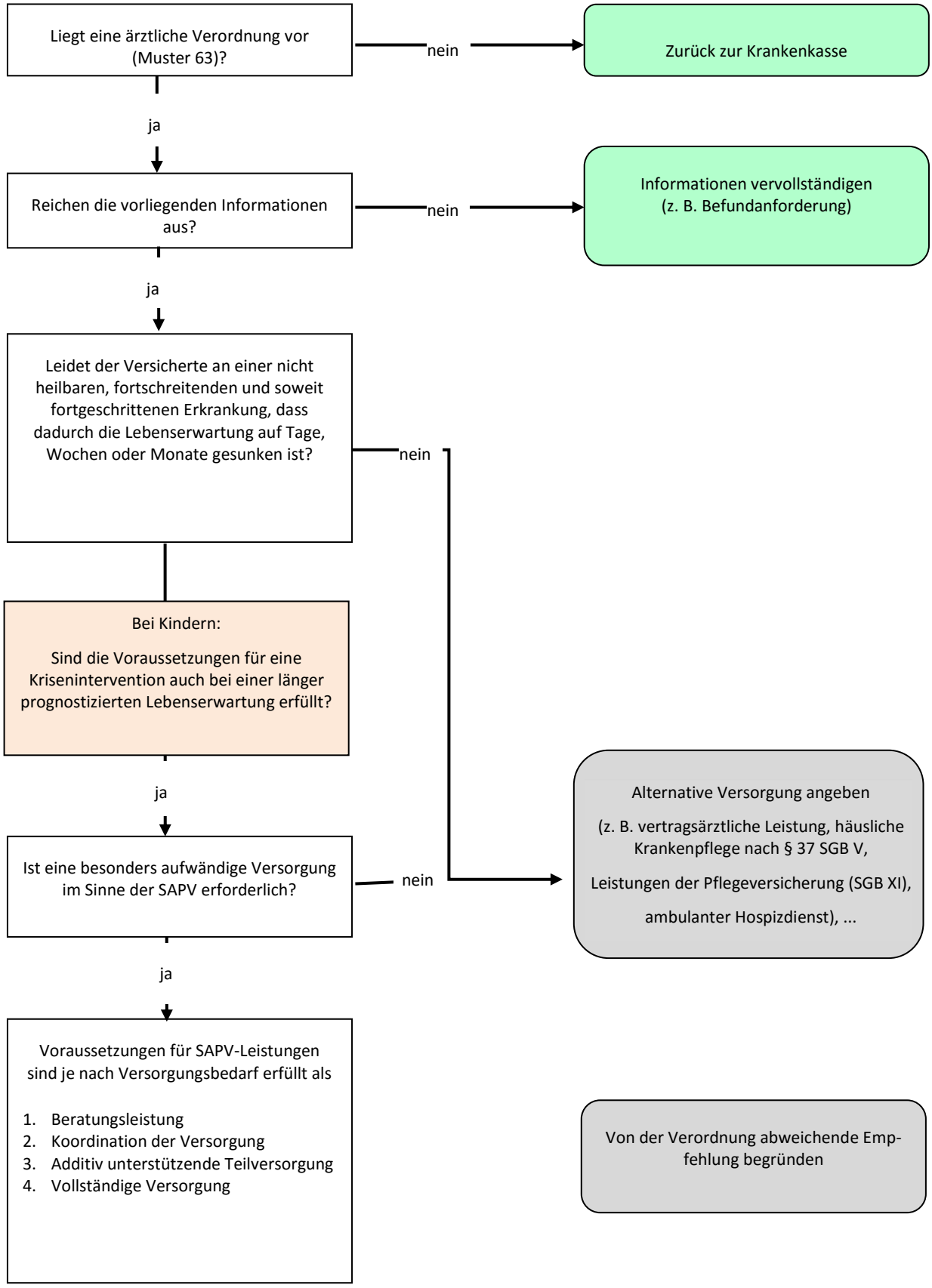
2.4.4 Begutachtungsgrundsätze bei Kindern

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

- Bei Kindern ist eine SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung – bei Bedarf ab Diagnosestellung einer lebenslimitierenden Erkrankung – möglich.
- 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.
- 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 vorgenannten Ausführungen in den Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen vom 12.06.2013 hinzuweisen.

2.5 Algorithmus zur SAPV

Die Gutachterin oder der Gutachter stellt nach dem folgenden Algorithmus fest, ob die medizinisch-pflegerischen Voraussetzungen für SAPV-Leistungen vorliegen.



3 Zusammenarbeit Krankenkasse/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 - unter bestimmten Voraussetzungen - bis zu ihrer Entscheidung die Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen.

SAPV-RL:
§ 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse

[1]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. [2]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 von der MDK-Gutachterin oder dem 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 vollständig und leserlich ausgefüllte SAPV-Verordnungen, den aktuellen Leistungsauszug und Angaben über den Aufenthaltsort von Versicherten.

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

Anträge auf SAPV sind immer dringlich, daher ist eine zügige Bearbeitung sicherzustellen. Es ist dafür zu sorgen, dass Aufträge zur SAPV zügig und fachlich qualifiziert durch Schwerpunktgutachter bearbeitet werden.

Die auftragsannehmende MDK-Mitarbeiterin oder der auftragsannehmende MDK-Mitarbeiter stellt die unverzügliche Weiterleitung an die zuständige Gutachterin oder den zuständigen Gutachter sicher. Im Rahmen der Auftragsbearbeitung prüft die Gutachterin oder der Gutachter die Unterlagen.

Wenn die Aussagen auf der Verordnung keine Entscheidung zulassen, sind weitere Informationen einzuholen.

Die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung erfolgen als

- sozialmedizinische Fallberatung (SFB) und
- sozialmedizinisches Gutachten.

3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK

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

Die sozialmedizinische Fallberatung (SFB - fallabschließend) ist eine kurze, ergebnisorientierte Form der sozialmedizinischen Bearbeitung, die dem Auftraggeber eine Leistungsentscheidung ermöglicht. Eine sozialmedizinische Fallberatung ist ein für den MDK fallabschließendes Produkt.

Die fallabschließende SFB ist eine einzelfallbezogene Stellungnahme, die nicht die Anforderungen an ein sozialmedizinisches Gutachten (Gutachten und Kurzgutachten) erfüllt. Entscheidender Bestandteil ist die Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers.

In der Regel sollten sich aus den Unterlagen für die Gutachterin oder den Gutachter 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 ggf. in welchem Umfang SAPV-Leistungen erforderlich sind.

Bei eindeutigem Sachverhalt und positiver gutachterlicher Empfehlung ist eine SFB oder ein Kurzgutachten in aller Regel ausreichend. Bei negativer gutachterlicher Empfehlung ist mindestens ein Kurzgutachten erforderlich. In diesen Fällen sind zwingend alternative Versorgungsmöglichkeiten zu benennen.

4 Gutachten

In Abhängigkeit der Fragestellung der Krankenkasse und des daraus resultierenden Umfangs der Auftragsbearbeitung soll die ärztliche Gutachterin oder der ärztliche Gutachter entscheiden, ob ein „Kurzgutachten“ (Produktgruppe II a) oder ein umfassendes Gutachten (Produktgruppe II b) erforderlich ist.

Kurzgutachten Produktgruppe II a:

Das Kurzgutachten ist eine kurze schriftliche einzelfallbezogene Stellungnahme, die wenigstens ein Merkmal (s. u.) des Gutachtens nicht erfüllt.

Gutachten Produktgruppe II b:

Das Gutachten ist eine schriftliche einzelfallbezogene Stellungnahme, die alle definierten Mindestanforderungen erfüllt. Ein Gutachten enthält die Frage(n) des Auftraggebers, eine Wiedergabe der vorliegenden Informationen, eine Beurteilung und die Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers.

Wesentliche Bestandteile in Abhängigkeit vom Begutachtungsanlass sind

- die medizinische, sozialmedizinische und soziale Vorgeschichte (Eigenanamnese, Fremdangaben), soweit diese für den Leistungsfall von Bedeutung ist
- die Diagnose(n), die im Zusammenhang mit der Fragestellung relevant ist (sind)
- eine Bewertung und Beurteilung im sozialmedizinischen Kontext unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und der Begutachtungsanleitung
- eine Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers
- im Einzelfall Empfehlungen und Hinweise auf mögliche Alternativen

Vor der Erstellung eines Gutachtens ist die Erledigungsart festzulegen (Begutachtung nach Aktenlage oder mit 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 der Versicherten vorliegen. Wenn eine persönliche Befunderhebung erforderlich ist, kann sie bei diesen schwerstkranken Personen nur im Rahmen eines Hausbesuchs erfolgen. Unnötige Belastungen von Versicherten und ihrer Angehörigen in der Finalphase einer Erkrankung sind zu vermeiden. Begutachtungen im häuslichen Umfeld oder im Hospiz können erforderlich sein, wenn z. B. im Rahmen einer Begutachtung auch andere sozialmedizinische Fragen zu klären sind oder bei länger verlaufenden Krankheitsfällen.

Folgeaufträge

Bei einem Auftrag aufgrund einer Folgeverordnung ist zu prüfen, ob die vorgenannten 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, können 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 in der Regel eine erstgutachterliche Empfehlung voraus. Führen neue Informationen zu einer Änderung des Gutachtenergebnisses, so kann der Erstgutachter dies entsprechend darlegen. Bleibt die Erstgutachterin oder der Erstgutachter bei der bisherigen Stellungnahme, so ist ein Zweitgutachten durch eine andere Gutachterin oder einen anderen Gutachter erforderlich.

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

Eine persönliche Begutachtung kann im Widerspruchsverfahren in Einzelfällen angezeigt sein.

6 Ergebnismitteilung

Art und Umfang der Ergebnismitteilung sind gesetzlich festgelegt (§ 277 SGB V - Mitteilungspflichten).

Teil B: STATIONÄRE HOSPIZVERSORGUNG

1 Einleitung

Angesichts der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklung ist das Thema der Hospizversorgung durch das HPG vom 01.12.2015 noch stärker in den politischen Fokus gerückt. 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 wie es auch im Leitsatz 1 der Nationalen Strategie der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland bekräftigt wird.[21] Schwerstkranke und Sterbende sind in besonderem Maße auf Unterstützung und Fürsorge angewiesen. Ihre individuellen 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 Abs. 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 Zugehörigen 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.

Die stationären Hospize sind kleine eigenständige Einrichtungen mit familiärem Charakter. Der sterbende Mensch und seine Zugehörigen stehen im Zentrum des Dienstes. Die stationären Hospize sind in die regionalen Strukturen eingebunden und vernetzt; sie arbeiten mit den ambulanten Hospizdiensten eng zusammen. Die Betreuung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team mit palliativmedizinischer und palliativ-pflegerischer Ausrichtung.

[21] 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, weitergeführt als Nationale Strategie, Stand: November 2015

2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung

Grundlagen der sozialmedizinischen Beratung von Leistungsanträgen auf stationäre Hospizversorgung sind § 39a Abs. 1 SGB V und bei Erwachsenen die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998 (in der Fassung vom 31.03.2017).

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 palliativ-medizinische 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 95 Prozent. Der Zuschuss darf kalendertäglich 9 Prozent 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 und in Erwachsenenhospizen durch jeweils gesonderte Vereinbarungen nach Satz 4 ausreichend Rechnung zu tragen. In den Vereinbarungen nach Satz 4 sind bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen. Der besondere Verwaltungsaufwand stationärer Hospize ist dabei zu berücksichtigen. Die Vereinbarungen nach Satz 4 sind spätestens bis zum 31. Dezember 2016 und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen. In den Vereinbarungen ist auch zu regeln, in welchen Fällen Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz wechseln können; dabei sind die berechtigten Wünsche der Bewohner zu berücksichtigen. 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 vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

Über diese gesetzliche Regelung hinaus enthält die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V 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.

Rahmenvereinbarung:
Präambel

Im Vordergrund der Hospizarbeit steht die ambulante Begleitung im Haushalt oder in der Familie mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zuletzt zu ermöglichen. Die Wünsche und Bedürfnisse von Sterbenden und ihren Zugehörigen[22] stehen dabei im Zentrum der hospizlichen Arbeit. Neben dieser ambulanten Hospizbegleitung und der Versorgung Sterbender in vollstationären Pflegeeinrichtungen und in Krankenhäusern (insbesondere Palliativstationen) sind in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig. Die Rahmenvereinbarungspartner empfehlen, dass auf regionaler Ebene Abstimmungs- und Planungsprozesse zur Hospiz –und Palliativversorgung vor Ort mit allen an der Versorgung und Begleitung Beteiligten stattfinden.

Stationäre Hospize erbringen eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung sowie eine psychosoziale Begleitung mit dem Ziel, die Lebensqualität des sterbenden Menschen zu verbessern.

Zur Optimierung der Versorgung soll das stationäre Hospiz im Rahmen des regionalen Netzwerkes mit allen an der Versorgung und Begleitung sterbender Menschen Beteiligten eng zusammenarbeiten.

Nach § 39a Abs. 1 SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuss zu vollstationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erbracht wird, wenn eine bedarfsgerechte ambulante Palliativversorgung 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:

In der Präambel der Rahmenvereinbarung werden die Ziele und Grundsätze zur Hospizarbeit beschrieben. Betont wird auch der Vorrang der ambulanten Palliativversorgung vor der Hospizversorgung.

[22] Zu den Zugehörigen zählen Angehörige und weitere dem sterbenden Menschen Nahestehende

2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass

In § 8 der Rahmenvereinbarung ist festgelegt, dass die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene gemeinsam und einheitlich einen Vertrag schließen, wenn ein Hospiz die in der Rahmenvereinbarung genannten Voraussetzungen erfüllt. Nach § 10 der Rahmenvereinbarung werden darin auch die Grundsätze der tagesbezogenen Bedarfssätze des Hospizes festgesetzt.

Gesetzlich festgesetzt ist eine Eigenbeteiligung des Hospizes von 5 % an den zuschussfähigen Kosten. Diese kann z. B. durch Spenden, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter etc. aufgebracht werden. Nach § 10 Abs. 8 Satz 3 der Rahmenvereinbarung dürfen von den Versicherten weder Eigenanteile angenommen noch in Rechnung gestellt werden.

Die für die Einzelfallbegutachtung der stationären Hospizversorgung relevanten Inhalte werden in den nachfolgenden Kapiteln aufgeführt und erläutert.

Rahmenvereinbarung:
§ 1 Stationäre Hospize

(1) Stationäre Hospize sind selbstständige Einrichtungen mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag, die für Menschen mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8[23] und höchstens 16 Plätzen. Die räumliche Gestaltung der Einrichtung ist auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker und sterbender Menschen auszurichten. Stationäre Hospize verfügen über eine besondere personelle und räumliche Ausstattung, die eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung der sterbenden Menschen und ihrer Zugehörigen gewährleistet. Sie 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 eingebunden in die regionalen Strukturen, vernetzen sich mit den regionalen Leistungserbringern (Krankenhäusern, Vertragsärzte etc.) und arbeiten mit ambulanten Hospizdiensten eng zusammen. Die hospizliche Versorgung und Begleitung erfolgt auf der Grundlage eines Einrichtungskonzeptes, das auf die Belange schwerkranker und sterbender Menschen ausgerichtet ist.

(2) Anstelle der (voll)stationären Hospizversorgung kann die palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung sowie psychosoziale Begleitung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der Versicherten und ihrer Zugehörigen zu gewährleisten, so dass die oder der Versicherte möglichst lange in ihrer bzw. seiner häuslichen bzw. familiären Umgebung bleiben kann. Die teilstationäre Versorgung kann sowohl als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes als auch als integraler Bestandteil eines (voll)stationären Hospizes vorgehalten werden. Die inden §§ 6 und 7 getroffenen Regelungen sind auf teilstationäre Hospize un-

[23] 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.

ter Berücksichtigung des abweichenden Auftrags zur Versorgung und Begleitung entsprechend anzuwenden.

(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 oder eines Krankenhauses ist.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

§ 1 der Rahmenvereinbarung sagt aus, dass Hospize Teil einer vernetzen Versorgungsstruktur sind. Außerdem werden die Größe und die Zielrichtung sowie die personelle und räumliche Gestaltung der Hospize definiert. Betont wird die Bedeutung der ehrenamtlichen Hospizdienste. Von Bedeutung ist auch die eindeutige Festlegung, dass ein stationäres Hospiz konzeptionell und wirtschaftlich unabhängig von stationären Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern ist.

Die stationäre Hospizversorgung kann sowohl vollstationär als auch teilstationär erfolgen.

2.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung

2.3.1 Anspruchsvoraussetzungen für stationäre Hospizleistungen

Rahmenvereinbarung:
§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

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

a) die Versicherte bzw. der Versicherte an einer Erkrankung leidet,

- die progredient verläuft und
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung notwendig oder von der Versicherten bzw. dem Versicherten erwünscht ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt,

b) eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist und

c) eine ambulante Versorgung im Haushalt, in der Familie, bei Bewohnern einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einer vollstationären Einrichtung der Eingliederungshilfe eine Versorgung in der jeweiligen Einrichtung nicht ausreicht, weil der palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt. Damit sind neben den Zugehörigen insbesondere die folgenden Versorgungsmöglichkeiten gemeint:

- vertragsärztliche Versorgung
- die Leistungen der häuslichen Krankenpflege
- die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
- die Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst sowie
- Angebote durch weitere Berufsgruppen und ergänzende auf die Familie bezogene ambulante Versorgungsformen

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Die Anforderungen an die Erkrankung und der Umfang der notwendigen palliativen Versorgung bilden das Aufnahmekriterium für eine stationäre Hospizversorgung.

Der Bedarf an palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Maßnahmen und an psychosozialer Betreuung muss die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung in der Häuslichkeit oder in der Familie des Versicherten und bei Bewohner einer vollstationären Pflegeeinrichtung in der Pflegeeinrichtung übersteigen.

Das Vorliegen eines Pflegegrades 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 palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Betreuung, Begleitung und Versorgung. Dabei ist auch eine Rückkehr nach Hause oder in andere Versorgungsstrukturen möglich (siehe auch § 2 Abs. 5 der Rahmenvereinbarung).

Im Hospiz wird eine vorübergehende bedarfsgerechte palliative Betreuung und Begleitung erbracht, mit dem Ziel der Symptomlinderung und Verbesserung der Lebensqualität.

Die medizinischen Aufnahmekriterien zur Hospizversorgung sind im Vergleich zur SAPV-RL offener bzw. niederschwelliger formuliert.

Gleichwohl handelt es sich um ein Angebot für Menschen, bei denen sich die Therapie 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 Versicherte leidet an einer progredient verlaufenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten, bei der eine Heilung nicht mehr möglich und eine palliativ-medizinische und -pflegerische Versorgung notwendig ist bzw. vom Versicherten gewünscht wird. Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist nicht erforderlich.

- Die ambulante Versorgung ist aufgrund des gebotenen palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen und/oder psychosozialen Aufwandes mit den für den Versicherten verfügbaren Versorgungsstrukturen nicht realisierbar.

Rahmenvereinbarung:
§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

(2) Ein Hospizaufenthalt nach dieser Rahmenvereinbarung kommt – sofern die Grundvoraussetzungen nach Abs. 1 im Einzelfall erfüllt sind – insbesondere bei einer der folgenden Erkrankungen in Betracht:

- onkologische Erkrankung,
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
- neurologische Erkrankung,
- chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Die Auflistung der Erkrankungen beinhaltet die Gruppe der Tumorerkrankungen und das breite Spektrum der nicht-onkologischen Erkrankungen. Es handelt sich um keine abschließende Auflistung von Diagnosen, die bei Versicherten den Anspruch auf einen Hospizaufenthalt begründen. Auch andere Diagnosen kommen in Betracht, wenn die unter § 2 Abs. 1 Buchstabe a der Rahmenvereinbarung genannten Aufnahmekriterien vorliegen.

Rahmenvereinbarung:
§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

(3) Für Versicherte in einer vollstationären Pflegeeinrichtung ist – vor dem Hintergrund, dass die Versorgung und Begleitung von Versicherten und ihren Zugehörigen integraler Bestandteil der stationären Pflege ist – eine Verlegung in ein stationäres Hospiz möglich, wenn ein so hoher palliativer Versorgungsbedarf besteht, dass selbst unter Einbeziehung von ambulanten Leistungserbringern, wie z.B. SAPV-Leistungserbringern ggf. ergänzt um ambulante Hospizdienste, die Versorgung nicht sichergestellt werden kann. Dies kann insbesondere bei einem Bedarf an spezialisierter Schmerztherapie oder aufwendiger intensiver palliativ-medizinischer Behandlungspflege der Fall sein. Diese Voraussetzungen sind unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation zu prüfen. Die berechtigten Wünsche der Versicherten sind zu berücksichtigen.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen ist ein integraler Bestandteil einer vollstationären Pflege. Daher können auch Palliativpatientinnen und Palliativpatienten in einer stationären Pflegeeinrichtung - ggf. ergänzt um die Versorgungsangebote der SAPV oder die Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst - versorgt werden. Eine stationäre Hospizversorgung ist für die Versicherten, die in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht sind, nicht grundsätzlich ausgeschlossen und im Einzelfall möglich. Voraussetzung für eine Verlegung von einer stationären Pflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz ist, dass bei diesen Versicherten ein so hoher palliativer Versorgungsbedarf besteht, der selbst unter Einbeziehung von ambulanten Versorgungsangeboten, wie z. B. SAPV-Leistungserbringern ggf. ergänzt um ambulante Hospizdienste, die palliative Versorgung in der vollstationären Pflegeeinrichtung nicht sichergestellt werden kann.

2.3.2 Antragsverfahren zur stationären Hospizaufnahme

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 eine Krankenhausärztin bzw. einen Krankenhausarzt schriftlich zu bestätigen. […]

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Leistungen der stationären Hospizversorgung können durch die Krankenkassen auf Antrag erbracht werden. 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 Erstantrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit/Änderungsantrag 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:

Zu der Dauer der Befristung des Hospizaufenthaltes bei einem Erstantrag gibt die Rahmenvereinbarung eine eindeutige Vorgabe. 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 eine Entlassung nach Hause möglich ist, sofern der Zustand der oder des Versicherten und der Familie trotz des schweren Krankheitsbildes eine hinreichend Stabilität erreicht hat. In diesen Fällen sind bei einer erneuten Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung Wiederaufnahmen 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 festgestellten palliativen Versorgungsnotwendigkeit einer Patientin oder eines Patienten nichts Wesentliches mehr.

Die Verlängerungsanträge auf stationäre Hospizversorgung müssen begründet sein und müssen den (weiteren) Antrag des Versicherten und die weitere ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung beinhalten (ärztliche Bescheinigungen für die weitere Versorgung im Hospiz, siehe 2.3.2).

Die inhaltliche Verantwortung für den Verlängerungsantrag liegt bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, ggf. unter Einbeziehung des Betreuungs- und Pflegepersonals des Hospizes. Diese kennen den notwendigen palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Aufwand. Darüber hinaus sind sie mit dem sozialen Umfeld des Versicherten vertraut. Das Hospiz ist mit den regionalen Strukturen vernetzt.

Eine Entlassung aus dem Hospiz ist dann möglich, wenn der aktuell notwendige palliative Versorgungsaufwand und -umfang ambulant realisierbar und bei vorher in der vollstationären Pflegeeinrichtung lebenden Versicherten in der Pflegeeinrichtung möglich ist. Bei erneuter Veränderung und Zunahme der erforderlichen Maßnahmen der Versorgung ist eine Wiederaufnahme im Hospiz möglich.

„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 bezüglich des konkreten beantragten Aufnahmezeitpunktes möglich ist. Die Hospizbedürftigkeit leitet sich aus dem Ist-Zustand des Versicherten ab.

2.3.4 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 die pflegerische Versorgung entsprechend einer stationären Pflegeeinrichtungen
- allgemeine und spezielle palliativ-medizinische/-pflegerische Leistungen mit dem Ziel der Symptomlinderung einschließlich der fachgerechten Versorgung von Wunden und krankhaften Körperöffnungen
- Miteinbeziehung der Zugehörigen
- Kriseninterventionen (physisch und psychisch)
- psychosoziale und seelsorgerische Begleitung
- ärztliche Behandlung durch Vertragsärztin oder Vertragsarzt, ggf. palliativärztliche Teilleistung im Rahmen der SAPV nach § 37b SGB V (s. SAPV-RL § 1 Abs. 33)

2.3.5 Alternative Versorgungsmöglichkeiten

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

- vertragsärztliche Versorgung[24]
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 SGB V)
- Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (§§ 32/33 SGB V)
- häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
- ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)
- Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI)

Daneben gibt es weitere Unterstützungsangebote:

- ambulanter Hospizdienst
- Seelsorge
- Selbsthilfegruppen

[24] Siehe Fußnote 5

Bei individueller Notwendigkeit und Indikation können zum Tragen kommen:

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

2.4 Stationäre Hospizversorgung im Kindesalter

2.4.1 Einleitung

Um den spezifischen Anforderungen der Betreuung schwerstkranker Kinder mit einer lebensverkürzenden Erkrankung gerecht zu werden, wurde 1982 in Großbritannien das erste Kinderhospiz, das Helen House Hospice in Oxford gegründet. Anstoß dafür war die Erkrankung des Mädchens Helen, welches im Jahr 1978 erfolgreich an einem Hirntumor operiert werden konnte, jedoch schwerste irreparable Hirnschäden davon trug. Die Nonne und Kinderkrankenschwester Frances Dominica übernahm zur Entlastung der Familie immer wieder die Betreuung des Mädchens, woraus sich die Idee für die Gründung des Helen House Hospice entwickelte, um auch anderen Kindern und Familien die Betreuung in einer entsprechenden Einrichtung zu ermöglichen.

Das erste Kinderhospiz in Deutschland wurde 1998 eröffnet, die Etablierung weiterer stationärer Kinderhospize folgte.

Die Betreuung schwerstkranker Kinder mit einer lebensverkürzenden Erkrankung erfordert spezifische Kenntnisse und Strukturen in der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Betreuung, insbesondere auch unter dem Aspekt eines kindgerechten, würdevollen und selbstbestimmten Lebens.

Diesem Hintergrund trägt der Abschluss einer eigenen Rahmenvereinbarung zur stationären Kinderhospizversorgung im Jahr 2017 Rechnung, welche im Folgenden dargestellt wird.

2.4.2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/Begutachtung

Grundlagen der sozialmedizinischen Beratung von Leistungsanträgen auf stationäre Kinderhospizversorgung sind § 39a Abs. 1 SGB V und die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Kinderhospizversorgung vom 31.03.2017.

2.4.2.1 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 palliativ-medizinische 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 95 Prozent. Der Zuschuss darf kalendertäglich 9 Prozent 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 und in Erwachsenenhospizen durch jeweils gesonderte Vereinbarungen nach Satz 4 ausreichend Rechnung zu tragen. In den Vereinbarungen nach Satz 4 sind bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen. Der besondere Verwaltungsaufwand stationärer Hospize ist dabei zu berücksichtigen. Die Vereinbarungen nach Satz 4 sind spätestens bis zum 31. Dezember 2016 und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen. In den Vereinbarungen ist auch zu regeln, in welchen Fällen Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz wechseln können; dabei sind die berechtigten Wünsche der Bewohner zu berücksichtigen. 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 vertragschließende 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 Kinderhospizversorgung einschließlich deren Qualitätssicherung. Sie wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Kinderhospize maßgeblichen Spitzenorganisationen geschlossen.[25]

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

[25] GKV-Spitzenverband et al.: Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über die Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Kinderhospizversorgung vom 31.03.2017

<u>Rahmenvereinbarung:</u>
Präambel

Wenn Kinder[26] lebensverkürzend erkranken, stellt dies das ganze Familiensystem sowie die Begleitenden vor besondere Herausforderungen. Kinderhospize bieten Begleitung ab der Diagnose der unheilbaren Erkrankung bis zum Lebensende (Finalphase). Bei lebensverkürzend erkrankten Kindern kann die Begleitung daher auch Wochen, Monate oder Jahre dauern. Die Rahmenvereinbarungspartner empfehlen, dass auf regionaler Ebene Abstimmungs- und Planungsprozesse zur Hospiz –und Palliativversorgung von Kindern vor Ort mit allen daran Beteiligten stattfinden.

Im Vordergrund der Kinder- und Jugendhospizarbeit steht die ambulante und stationäre Begleitung der Familie mit dem Ziel, Kindern mit einer lebensverkürzenden Erkrankung ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen.

Die Wünsche und Bedürfnisse der erkrankten Kinder und ihrer Zugehörigen stehen im Zentrum des Handelns der Kinderhospize. Die Stärkung der Familie, die Vorbereitung auf das Sterben des Kindes und die Begleitung der Geschwister sowie die Trauerbegleitung sind Schwerpunkte der Arbeit des Kinderhospizes. Dabei steht das ganze Familiensystem im Mittelpunkt.

Zur Optimierung der Versorgung soll das Kinderhospiz im Rahmen des regionalen Netzwerkes mit allen an der Versorgung und Begleitung schwerstkranker Kinder Beteiligten eng zusammenarbeiten.

Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend hat der GKV-Spitzenverband mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Kinderhospize maßgeblichen Spitzenorganisationen in dieser Rahmenvereinbarung das Nähere über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Kinderhospizversorgung vereinbart. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

[26] Soweit hier von "Kindern" die Rede ist, sind jeweils Kinder, Jugendliche und junge Volljährige in Anlehnung an die Definition im Kinder- und Jugendhilfegesetz (§ 7 Abs. 1 Nr. 1-3 SGB VIII) gemeint. Bei über 18-Jährigen sind Fallgestaltungen erfasst, in denen ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt und die Versorgung im Kinderhospiz von dem Betroffenen gewünscht wird.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

In der jetzt vorliegenden Rahmenvereinbarung wird eine Definition des Begriffes „Kind“ in Anlehnung an den § 7 SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfegesetz, vorgenommen:

„§ 7 Begriffsbestimmungen

(a) Im Sinne dieses Buches ist

- *Kind, wer noch nicht 14 Jahre alt ist, soweit nicht die Absätze 2 bis 4 etwas anderes bestimmen,*
- *Jugendlicher, wer 14, aber noch nicht 18 Jahre alt ist,*
- *junger Volljähriger, wer 18, aber noch nicht 27 Jahre alt ist,“*

Entsprechend der vorgegebenen Definition ist die Betreuung junger Volljähriger in einem Kinderhospiz möglich. Dabei wird berücksichtigt, dass eine nicht unerhebliche Anzahl lebensverkürzender Erkrankungen, welche sich im Kindesalter manifestieren, erst im jungen Erwachsenenalter in die letzte Lebensphase übergehen. Aus eventuellen Voraufenthalten kann an dieser Stelle bereits eine Vertrauensbildung erfolgt sein, welche für die jungen Erwachsenen bei gegebener Indikation die weitere Betreuung in dem bekannten Kinderhospiz bahnen kann. Auch wird der nicht immer altersgerechte psychomotorische Entwicklungsstand, welcher sich aus dem Erkrankungsbild ableitet, berücksichtigt.

Zudem sind die Betreuungsangebote von Kinderhospizen, welche auch auf Jugendliche ausgerichtet sind, häufig eher für junge Erwachsene geeignet als die Möglichkeiten in Erwachsenenhospizen.

Im Rahmen der gutachtlichen Einschätzung ist somit die Gesamtsituation (Krankheitsform und -beginn, psychosozialer Entwicklungszustand, bisherige und aktuelle Betreuungssituation, aktuelle Behandlungsoptionen) abzuwägen.

Im Weiteren berücksichtigen die Ausführung in der Präambel der Rahmenvereinbarung mit der Möglichkeit einer Versorgung ab Diagnosestellung die besonderen Belastungssituationen von Familien mit einem lebensverkürzend erkrankten Kind.

2.4.2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass

In § 8 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung ist festgelegt, dass die Krankenkassenverbände auf Landesebene gemeinsam und einheitlich einen Versorgungsvertrag mit einem stationären Kinderhospiz schließen, das die Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt.

Nach § 10 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung werden darin auch die tagesbezogenen Bedarfssätze des Hospizes festgesetzt.

Gesetzlich festgesetzt ist eine Eigenbeteiligung des Hospizes von 5 % an den zuschussfähigen Kosten. Diese kann z. B. durch Spenden, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter etc. aufgebracht werden. Nach § 10 Abs. 8 der Rahmenvereinbarung dürfen Eigenanteile von der bzw. dem Versicherten weder gefordert noch angenommen werden; der nicht zuschussfähige Anteil des Bedarfssatzes darf dem erkrankten Kind oder seinem gesetzlichen Vertreter weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden.

Rahmenvereinbarung:
§ 1 Stationäre Kinderhospize

(1) Stationäre Kinderhospize sind selbstständige Einrichtungen der Palliativversorgung mit eigenständigem Versorgungsauftrag für Kinder mit einer lebensverkürzenden Erkrankung. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8 und höchstens 16 Plätzen. Die räumliche Gestaltung der Einrichtung muss auf die besonderen Bedürfnisse der lebensverkürzend erkrankten Kinder ausgerichtet sein. Kinderhospize begleiten das kranke Kind und deren nächste Zugehörige[27] (nachfolgend Zugehörige). Ihre Mitaufnahme und Begleitung durch besonders geschultes Personal gehört zum Aufgabenspektrum des stationären Kinderhospizes. Stationäre Kinderhospize verfügen über eine besondere personelle und räumliche Ausstattung, die eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung gewährleistet. Sie bringen einen Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement auf. Stationäre Kinderhospize verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie sind eingebunden in die regionalen Strukturen, vernetzen sich mit den regionalen Leistungserbringern (Krankenhäusern, Vertragsärzte etc.) und arbeiten mit ambulanten Kinderhospizdiensten eng zusammen. Die hospizliche Betreuung und Versorgung erfolgt auf der Grundlage eines Einrichtungskonzeptes, das auf die Belange schwerstkranker und sterbender Kinder ausgerichtet ist.

(2) Anstelle der vollstationären Kinderhospizversorgung kann die palliative Versorgung und psychosoziale Betreuung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der erkrankten Kinder und ihrer Zugehörigen zu gewährleisten, so dass sie möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung leben können. Die teilstationäre Versorgung kann sowohl als Ergänzung eines ambulanten Kinderhospizdienstes, als auch als integraler Bestandteil eines vollstationären Kinderhospizes vorgehalten werden. Die in den §§ 6 und 7 getroffenen Regelungen sind auf teilstationäre Kinderhospize unter Berücksichtigung des abweichenden Versorgungs- und Betreuungsauftrags entsprechend anzuwenden.

(3) Stationäre Kinderhospize sind aufgrund ihres Versorgungsauftrages baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Es ist deshalb ausgeschlossen, dass ein stationäres Kinderhospiz Bestandteil eines Krankenhauses, einer stationären Pflegeeinrichtung oder eines stationären Hospizes für Erwachsene ist.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Die Zielgruppe des Versorgungsangebotes sind Patientinnen und 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.

[27] Zu den nächsten Zugehörigen zählen in der Regel Eltern und Geschwister.

Zudem wird die Möglichkeit einer teilstationären Versorgung (am Tag oder in der Nacht) als integraler Bestandteil eines vollstationären Kinderhospizes eröffnet.

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

2.4.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung

2.4.3.1 Anspruchsvoraussetzungen für stationäre Hospizleistungen

Rahmenvereinbarung:
§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

(1) Grundvoraussetzungen für die Aufnahme in ein stationäres Kinderhospiz sind, dass

a) das Kind unheilbar erkrankt ist,

b) das Kind eine verkürzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen, Monaten oder auch Jahren hat,

c) das Kind das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat[28],

d) eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist oder von den Eltern/Sorgeberechtigten/dem Betroffenen nicht gewünscht wird und

e) eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden (Zugehörige sowie weiterer ambulanter Versorgungsangebote[29]) übersteigt; dies kann auch intermittierende Aufenthalte in stationären Kinderhospizen erforderlich machen. Bei erkrankten Kindern kommt der Entlastung des Familiensystems bereits ab Diagnosestellung besondere Bedeutung zu.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Es müssen alle nachfolgend genannten Aufnahmekriterien erfüllt sein:

1. Das Kind ist unheilbar erkrankt.

2. Es besteht eine verkürzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen, Monaten oder auch Jahren.

[28] Eine Aufnahme von Menschen in einem Kinderhospiz, die das 27. Lebensjahr bereits vollendet haben, stellt eine sehr seltene Ausnahme dar und kommt nur dann in Betracht, wenn der Mensch bereits seit Langem erkrankt ist, in der Regel schon in der Palliativversorgung ist, von seiner geistigen Entwicklung her eher als Kind/Jugendlicher einzustufen ist und ein Versterben in wenigen Wochen oder Monaten zu erwarten ist.

[29] Hierzu gehören insbesondere Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung, der häuslichen Krankenpflege, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, des ambulanten Hospizdienstes sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und ergänzende auf die Familie bezogene ambulante Versorgungsformen.

3. Das Kind hat das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet (Ausnahme siehe Fußnote 29: sehr seltene Einzelfälle).

4. Eine medizinische Notwendigkeit zur stationären Krankenhausbehandlung besteht nicht oder die stationäre Krankenhausbehandlung wird nicht gewünscht.

5. Die ambulante Versorgung ist aufgrund des gebotenen palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen und/oder psychosozialen Aufwandes mit den für den Antragsteller verfügbaren Versorgungsstrukturen nicht realisierbar.

Wesentlich ist zudem die Integration der nächsten Zugehörigen in das Versorgungskonzept. Dies beginnt mit der Diagnosestellung beim Kind. Des Weiteren kann neben dem palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgungsbedarf auch psychosozialer Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, als Parameter zur Einschätzung der Notwendigkeit eines stationären Kinderhospizaufenthalts einbezogen werden.

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

Rahmenvereinbarung:
§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

(2) Eine Versorgung und Begleitung in einem stationären Kinderhospiz kommt – sofern die vorgenannten Grundvoraussetzungen im Einzelfall erfüllt sind – insbesondere bei einer der folgenden Erkrankungen in Betracht:

a) progrediente Erkrankungen ohne die Möglichkeit einer kurativen Therapie, z.B. Muskeldystrophie Duchenne, neurometabolische Erkrankungen,

b) irreversible, aber nicht progrediente Erkrankungen mit typischen Komplikationen, die einen progredienten Verlauf bedingen z.B. schwerste Zerebralparese, einzelne (seltene) genetisch bedingte Fehlbildungssyndrome,

c) Erkrankungen, bei denen ein früher Tod unvermeidlich ist, z.B. Mukopolysaccharidose (MPS), Leukodystrophie, einzelne (seltene) genetisch bedingte Fehlbildungssyndrome,

d) lebensbedrohliche Erkrankungen, für die eine kurative Therapie prinzipiell verfügbar ist, jedoch auch zu einem frühen Tod führen kann, z.B. onkologische Erkrankungen, transplantationspflichtiges progredientes Organversagen.

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Die Auflistung von vier Erkrankungskonstellationen mit beispielhaften Diagnosen 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, so dass zum Beispiel fundierte prognostische Einschätzungen durch die behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte nur schwer möglich sind. Hier ist durch die Gutachterin oder den Gutachter die Gesamtkonstellation aller vorliegenden Faktoren im Einzelfall abzuwägen.

2.4.3.2 Antragsverfahren zur stationären Hospizaufnahme

Rahmenvereinbarung:
§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

(3) Die Notwendigkeit der stationären Kinderhospizversorgung nach den Absätzen 1 und 2 ist durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt oder Krankenhausärztin bzw. Krankenhausarzt zu bestätigen. […]

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Leistungen der stationären Kinderhospizversorgung kann die Krankenkasse auf Antrag erbringen. Das bedeutet, dass der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter bei seiner Krankenkasse einen entsprechenden Kostenübernahmeantrag stellen muss. Mit diesem ist zusätzlich eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung einzureichen. Hierzu gibt es kein allgemein konsentiertes Verfahren und somit keine Standardformulare.

2.4.3.3 Dauer der beantragten stationären Hospizleistungen

Rahmenvereinbarung:
§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

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

Erläuterungen im Hinblick auf die Begutachtung:

Die Befristung der Erstverordnung auf zunächst vier Wochen entspricht dem Zeitraum, welcher auch für den Erwachsenenbereich vorgesehen ist. Bei Beantragung einer Verlängerung der stationären Kinderhospizversorgung ist die Vorlage einer entsprechenden Begründung einschließlich Darstellung der aktuellen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Situation notwendig.

Im Kindesalter treten seltene Krankheitsentitäten gehäuft auf. Daher ist eine prognostische Einschätzung schwierig. Des Weiteren ist zu beachten, dass Kinder häufig längere Zeit in einer so genannten Präfinalphase verharren bzw. wiederholt krisenhafte Verschlechterungen des Krankheitsbildes zu einer lebensbedrohlichen oder in der Betreuung anspruchsvollen Situation führen können.

Letztgenanntem Umstand trägt die Möglichkeit von intermittierenden Aufenthalten in einem Kinderhospiz Rechnung (s. § 2 Abs. 1 Buchstabe e der Rahmenvereinbarung).

Bei wiederholten Verlängerungsanträgen ohne absehbares Lebensende und/oder bei Stabilisierung der medizinisch-pflegerischen Situation ist zu prüfen, inwieweit die Kriterien für eine stationäre Kinderhospizversorgung noch vorliegen.

2.4.3.4 Leistungsinhalte und Leistungsumfang der stationären Hospizversorgung

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

Zusammenfassend werden folgende Leistungen im stationären Hospiz erbracht:

a) Unterkunft und Verpflegung

b) Palliativ-medizinische/-pflegerische, therapeutische, pädagogische (keine schulische) und psychosoziale Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung im voll- oder teilstationären Setting

c) Mitaufnahme der Zugehörigen bei vorliegendem Wunsch

d) Palliative Versorgung mit dem Ziel, das Leiden der Kinder zu lindern und deren Lebensqualität zu fördern

e) Palliativ-medizinische/-pflegerische Versorgung u. a. auf folgenden Gebieten: intensive Krankenbeobachtung, qualifizierte Schmerzbehandlung, fachgerechte Wundversorgung, Kriseninterventionen, fachgerechte Abgabe der ärztlich angeordneten Medikamente, Betreuung beatmeter Kinder, Organisation der notwendigen ärztlichen Versorgung

f) Begleitung und Beschäftigung der Kinder entsprechend ihrem Entwicklungsstand und ihren individuellen Bedürfnissen

g) psychosoziale Begleitung im Sterbeprozess sowie der Trauerbegleitung unter Einbeziehung der Zugehörigen

h) ärztliche Behandlung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, ggf. Teilleistung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV nach § 37b SGB V (s. SAPV-RL § 1 Abs. 3)

2.4.3.5 Alternative Versorgungsmöglichkeiten

In den Fällen, in denen die Anspruchsvoraussetzungen für eine Kinderhospizaufnahme nicht erfüllt sind, stehen andere geeignete Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung:

- vertragsärztliche Versorgung[30]
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 SGB V)
- Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (§§ 32/33 SGB V)

[30] Siehe Fußnote 5

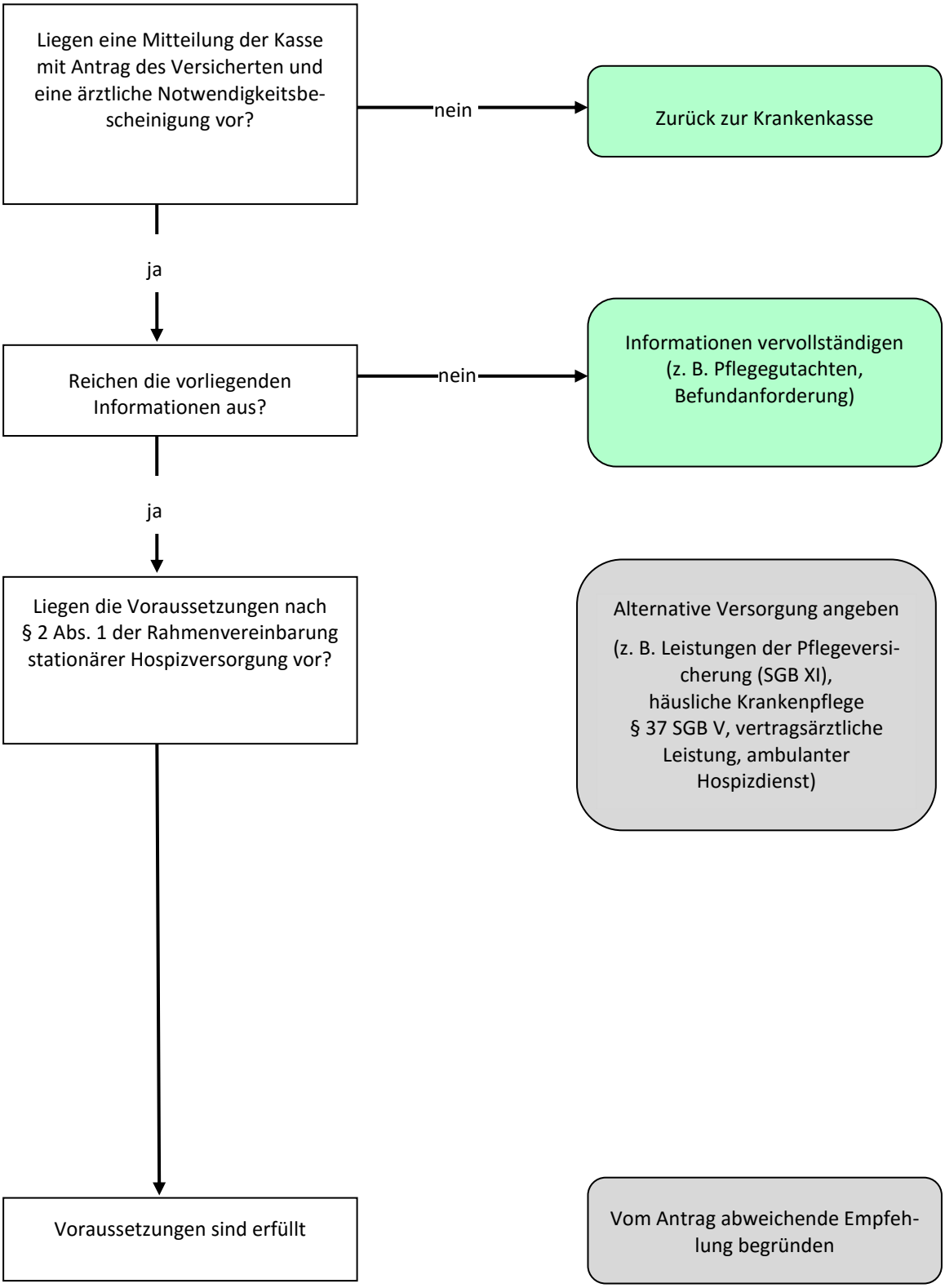
- häusliche Krankenpflege für Kinder (§ 37 SGB V).
- Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen (§ 43 Abs. 2 SGB V)
- ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)
- Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI)
- Daneben gibt es weitere Unterstützungsangebote:
- ambulanter Kinderhospizdienst
- Seelsorge
- Selbsthilfegruppen

Bei individueller Notwendigkeit und Indikation können zum Tragen kommen:

1. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV nach § 37b SGB V)
2. Palliativstation eines Krankenhauses (§ 39 SGB V), wobei hier kein flächendeckendes Angebot für Kinder und Jugendliche in Deutschland besteht

2.5 Algorithmus zur stationären Hospizversorgung

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



3 Zusammenarbeit Krankenkasse/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 der betreuenden Ärztin oder 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 beigefügt 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 von der MDK-Gutachterin oder dem 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, den aktuellen Leistungsauszug und Angaben über den Aufenthaltsort des Versicherten.

„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, sollen nicht zur Begutachtung vorgelegt werden.

Anträge auf Hospizleistungen sind immer dringlich, daher ist eine zügige Bearbeitung sicherzustellen. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass Begutachtungsanträge zur Hospizversorgung zügig und fachlich qualifiziert durch Schwerpunktgutachter bearbeitet werden. Die MDK-Mitarbeiterin oder der MDK-Mitarbeiter, der den Antrag annimmt, stellt die unverzügliche Weiterleitung an die zuständige Gutachterin oder 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 die Gutachterin oder den Gutachter weitere Informationen einzuholen. Hierfür bietet sich die telefonische Klärung offener Fragen mit der Ärztin oder dem Arzt an, der die Notwendigkeitsbescheinigung ausgestellt hat

Die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung erfolgen als

1. sozialmedizinische Fallberatung (SFB) und
2. sozialmedizinisches Gutachten.

3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK

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

Die sozialmedizinische Fallberatung (SFB - fallabschließend) ist eine kurze, ergebnisorientierte Form der sozialmedizinischen Bearbeitung, die dem Auftraggeber eine Leistungsentscheidung ermöglicht. Eine Sozialmedizinische Fallberatung ist ein für den MDK fallabschließendes Produkt.

Die fallabschließende SFB ist eine einzelfallbezogene Stellungnahme, die nicht die Anforderungen an ein sozialmedizinisches Gutachten (Gutachten und Kurzgutachten) erfüllt. Entscheidender Bestandteil ist die Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers.

In der Regel sollten sich aus den Antragsunterlagen für die Gutachterin oder den Gutachter die folgenden entscheidungsrelevanten Inhalte entnehmen lassen:

- die leistungsbegründende(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung, dass eine nicht heilbare, progredient verlaufende Erkrankung vorliegt
- dass die Lebenserwartung des Antragstellers verkürzt ist[31]
- dass eine palliativ-medizinische und -pflegerische Versorgung notwendig oder von der Patientin oder dem Patienten gewünscht ist
- dass eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist
- dass die bisherige Versorgung nicht ausreichend ist (z. B. ambulante Betreuung oder vollstationäre Pflegeeinrichtung)

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. Die Gutachterin oder der Gutachter des MDK prüft ausschließlich, ob die medizinischen Voraussetzungen gemäß Rahmenvereinbarung erfüllt sind.

Bei eindeutigem Sachverhalt und positiver gutachterlicher Empfehlung ist eine fallabschließende SFB oder ein Kurzgutachten nach Aktenlage (Produktgruppe II a) in aller Regel ausreichend.

Bei negativer gutachterlicher Empfehlung ist wenigstens ein Kurzgutachten erforderlich. In diesem Fall sind zwingend alternative Versorgungsmöglichkeiten zu benennen.

[31] Dies bedeutet, dass die Antragstellerin bzw. der Antragssteller nur noch eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten hat. Bei Kindern ist hiermit auch eine verkürzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen, Monaten oder auch Jahren gemeint.

4 Gutachten

In Abhängigkeit der Fragestellung der Krankenkasse und des daraus resultierenden Umfangs der Auftragsbearbeitung soll die ärztliche Gutachterin oder der ärztliche Gutachter entscheiden, ob ein „Kurzgutachten“ (Produktgruppe II a) oder ein umfassendes Gutachten (Produktgruppe II b) erforderlich ist.

Kurzgutachten Produktgruppe II a:

Das Kurzgutachten ist eine kurze schriftliche einzelfallbezogene Stellungnahme, die wenigstens ein Merkmal (s. u.) des Gutachtens nicht erfüllt.

Gutachten Produktgruppe II b:

Das Gutachten ist eine schriftliche einzelfallbezogene Stellungnahme, die alle definierten Mindestanforderungen erfüllt.

Ein Gutachten enthält die Frage(n) des Auftraggebers, eine Wiedergabe der vorliegenden Informationen, eine Beurteilung und die Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers.

Wesentliche Bestandteile in Abhängigkeit vom Begutachtungsanlass sind

1. die medizinische, sozialmedizinische und soziale Vorgeschichte (Eigenanamnese, Fremdangaben), soweit diese für den Leistungsfall von Bedeutung ist

2. die Diagnose(n), die im Zusammenhang mit der Fragestellung relevant ist (sind)

3. eine Bewertung und Beurteilung im sozialmedizinischen Kontext unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und der Begutachtungsanleitung

4. eine Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers

5. im Einzelfall Empfehlungen und Hinweise auf mögliche Alternativen

Vor der Erstellung eines Gutachtens ist die Erledigungsart festzulegen (Begutachtung nach Aktenlage oder mit Befunderhebung). Zur Beurteilung eines Antrags auf Hospizversorgung wird es nur im Ausnahmefall erforderlich sein, eine persönliche Befunderhebung durchzuführen, da in aller Regel ausreichende Informationen über das Krankheitsbild und den derzeitigen Zustand der Versicherten vorliegen. Wenn eine persönliche Befunderhebung erforderlich ist, kann sie bei diesen schwerstkranken Personen nur im Rahmen eines Hausbesuchs erfolgen. Unnötige Belastungen der Versicherten und ihrer Angehörigen in der Finalphase einer Erkrankung sind zu vermeiden. Begutachtungen im häuslichen Umfeld oder im Hospiz können erforderlich sein, wenn z.B. im Rahmen einer Begutachtung auch andere sozialmedizinische Fragen zu klären sind oder bei länger verlaufenden Krankheitsfällen.

Folgeaufträge

Die Bezuschussung einer notwendigen stationären (Kinder-) 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.

Die Gutachterinnen und Gutachter nehmen dazu Stellung, ob die Notwendigkeit einer stationären (Kinder-) Hospizversorgung weiterhin vorliegt bzw. ob im Einzelfall – sofern der Zustand der Versicherten eine hinreichende Stabilität erreicht hat – eine Entlassung nach Hause bzw. Rückkehr in die vollstationäre Pflegeeinrichtung gerechtfertigt ist bzw. eine anderweitige Versorgung in Frage kommt.#

5 Vorgehen bei Widersprüchen

Werden bei der ersten Vorlage die Voraussetzungen für eine (Kinder-) Hospizaufnahme oder Verlängerung des Hospizaufenthaltes nicht oder nicht im gewünschten Umfang festgestellt, so dass die Krankenkasse die Leistung ablehnt, können die Versicherten Widerspruch gegen die Entscheidung der Krankenkasse einlegen.

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

In diesem Falle erfolgt die Vorlage bei der Erstgutachterin oder dem Erstgutachter. Führen neue Informationen zu einer Änderung des Gutachtenergebnisses, so kann die Erstgutachterin oder der Erstgutachter dies entsprechend im Rahmen eines Widerspruchsgutachtens darlegen und zu einer positiven Einschätzung kommen. Bleibt die Erstgutachterin oder der Erstgutachter bei ihrer/seiner bisherigen Stellungnahme, so ist ein Zweitgutachten durch eine andere Gutachterin oder einen anderen Gutachter erforderlich.

Die Entscheidungsgrundlage der vorausgegangenen Stellungnahme ist im Gutachten darzustellen, die Argumente des Widerspruchsführers sind aufzunehmen und einzeln abzuarbeiten. Sofern gutachtlich zu dem Schluss gekommen wird, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen weiterhin nicht vorliegen, ist ein Gutachten zu erstellen, das einer Prüfung durch das Sozialgericht standhält.

Eine persönliche Begutachtung kann im Widerspruchsverfahren in Einzelfällen angezeigt sein.

6 Ergebnismitteilung

Art und Umfang der Ergebnismitteilung sind gesetzlich festgelegt (§ 277 SGB V - Mitteilungspflichten).

TEIL C: LITERATURVERZEICHNIS UND ANLAGEN

1 Literaturverzeichnis

- Aulbert E., Nauck F. et al.: Lehrbuch der Palliativmedizin, Schattauer Verlag, 3. Auflage, 2011

- Bausewein C., Roller S. et al.: Leitfaden Palliative Care, Palliativmedizin und Hospizversorgung, Urban und Fischer, 5. Auflage 2015

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

- Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP): (Muster-) Kursbuch Palliativmedizin, Stand: 21.10.2011

- Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 43 vom 17. Juli 2009: Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften:
  https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl109s1990.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl109s1990.pdf%27%5D__1549621338930
  (Abfrage: 04.02.2019)

- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil l Nr. 48 ausgegeben 07.12.2015, Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland:
  https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s2114.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2114.pdf%27%5D__1549621418624
  (Abfrage: 04.02.2019)

- Bundesgesetzblatt Teil l 2017, Nr. 11 vom 09.03.2017 Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften (u. a. zu Cannabis):
  https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl117s0403.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0403.pdf%27%5D__1549621445331
  (Abfrage: 04.02.2019)

- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: DGP Dokumentationshilfen: palliativmedizinisches Basisisassessment: u. a. Genogramm, Palliative Outcome Scale (Stand: 01.2016):
  https://www.dgpalliativmedizin.de/category/3-pba-dokumentationshilfen.html
  (Abfrage: 04.02.2019)

- 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: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/SAPV_Glossar_DGP_DHPV_15_01_2009.pdf (Abfrage: 04.02.2019)

- 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, weitergeführt als Nationale Strategie, Stand: November 2015

- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Kommentierung der neu eingeführten Leistung Nr. 24a der HKP-RL, Stand: Oktober 2017

- 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, Vol 52: 20-27

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

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie), 17.09.2009, zuletzt geändert: 16.03.2017, in Kraft getreten: 25.11.2017

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL), 20.12.2007, letzte Änderung: 15.04.2010, in Kraft getreten: 25.06.2010

- 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: 25.06.2010: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-499/2007-12-20-SAPV-Erstfassung_TrG.pdf (Abfrage: 04.02.2019)

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege vom 16.03.2017, Änderungsbeschluss vom 21.09.2017: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4573/2017-03-16_HKP-RL_Palliativversorgung.pdf (Abfrage: 04.02.2019)

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege vom 16.03.2017: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4275/2017-03-16_HKP-RL_Palliativversorgung_TrG.pdf (Abfrage: 04.02.2019)

- GKV-Spitzenverband: Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs.2 SGB V vom 01.04.2009 in der Fassung vom 12.06.2017

- 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 14.03.2016

- 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 31.03.2017

- GKV-Spitzenverband et al.: Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Kinderhospizversorgung vom 31.03.2017

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

- GKV-Spitzenverband, Rundschreiben RS 2017/630 vom 29.11.2017, Änderung der Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege in Bezug auf die Belange von Palliativpatientinnen und -patienten

- GKV-Spitzenverband, Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung, 08.12.2017

- Gronemeyer, St.: Sozialmedizinische Begutachtung und SAPV, Angew Schmerzther Palliativmed, Sonderheft 1/10, 01.02.2010

- Husebö S., Klaschik E. et al.: Palliativmedizin, Springer Verlag, 6. Auflage, 2017

- 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 und GKV-Spitzenverband, Berlin, Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä): Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung, Stand: 29.11.2016
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Einheitlicher Bewertungsmaßstab EBM, in der Fassung vom 01.01.2018
- Knipping C.: Lehrbuch Palliative Care, Hans Huber Verlag, 2. Auflage, 2007
- Kostrzewa S., Kutzner M.: Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung, Hans Huber Verlag,. 5. überarbeitete und ergänzte Auflage, 2013
- MDK, SEG 2, Studienheft spezialisierte ambulante Palliativversorgung und stationäre Hospizversorgung, Stand: 31.08.2015
- MDS und GKV-Spitzenverband, Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V, Sozialmedizinische Begutachtung von Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V, Stand: 11.07.2017
- 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
- S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, AWMF, Leitlinienprogramm Onkologie, Mai 2015
- Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Patientenleitlinie, AWMF, Leitlinienprogramm Onkologie, September 2015
- 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 (Überarbeitung in Planung)

- Steuerungsgruppe der Task Force on Palliative Care for Children and Adolescents der European Association for Palliativ 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, 2002
- 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

https://www.deutscher-kinderhospizverein.de

https://www.dgpalliativmedizin.de

https://www.dhpv.de

https://www.kbv.de

https://www.kinderkrebsstiftung.de

https://www.stiftung-patientenschutz.de

https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de

2 Anlagen und Verweise

2.1 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 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.

§ 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 palliativ-pflegerische und/oder palliativ-pflegerische 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 be-

handelnden Ärztin oder des verordnenden oder behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Zugehörigen 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 palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen
- apparative palliativ-pflegerische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- palliativ-pflegerische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht
- spezialisierte palliativ-pflegerische 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 Zugehörigen 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.

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

Empfehlungen

des GKV-Spitzenverbandes[32]

nach § 132d Abs. 2 SGB V
für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung
vom 23.06.2008
in der Fassung vom
05.11.2012[33]

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

[32] Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

[33] 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 Versorgung

erbracht. 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. Anhaltszahlen 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-RL 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-RL 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 Verordnungsvordrucken 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 palliativ-pflegerische und palliativ-pflegerische 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 Zugehörigen
- 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-umdie-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 (grundsätzlich 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 palliativ-pflegerische n 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 palliativ-pflegerischen 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.

5.4 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 palliativ-medizinischen/-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.

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

GKV-Spitzenverband[34]
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.

[34] Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

1. Zielgruppen

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 palliativ-pflegerische und palliativ-pflegerische 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-RL 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 Zugehörige 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 Zugehörigen 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 Zugehörigen 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, Zugehörige 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 Pflegefachkraft[35] des SAPV-Teams. Die Teilnahme der Leistungserbringer der allgemeinen Versorgung und der Ehrenamtlichen des ambulanten Kinderhospizdienstes wird angestrebt. Anlässlich der Erstvisite wird im Eingangsassessment eine mehrdimensionale, d.h. neben den medizinisch-pflegerischen Aspekten auch psychologische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigende Befunderhebung des Patienten inklusive Fremdanamnese im Zugehörigengespräch vorgenommen. Es schließt sich eine erste Beratung und Optimierung der Symptomkontrolle und Unterstützung der Selbsthilfefähigkeit des Patienten und seines Umfeldes an. Dies beinhaltet bedarfsorientiert:

(1) direkte Unterstützung im Umgang mit der schweren Erkrankung,

(2) Anpassung der medikamentösen Therapie und pflegerischen Versorgung,

(3) Anleitung und Beratung zur weiteren Behandlung,

(4) Ansprechen von Fragen der Entscheidungsfindung (z. B. Therapiezieländerung, Vorgehen in Notfallsituationen),

(5) 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.

[35] zu den Qualifikationsanforderungen s. Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V 5

2.5 Ressourcenorientierte Versorgungsplanung inklusive Notfallplanung und Krisenantizipation

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 frühzeitige 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:

(1) Einleitung von Maßnahmen (Koordination und Beratung) zur Umsetzung der im individuellen Versorgungsplan definierten Ziele,

(2) 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 palliativ-pflegerische r 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 palliativ-pflegerischen und palliativ-pflegerischen 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.

2.4 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 31.03.2017

zwischen

dem GKV-Spitzenverband[36], Berlin

und

- dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berlin
- dem Bundesverband Kinderhospiz e. V., Lenzkirch
- dem Deutschen Caritasverband e. V., Freiburg
- dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e. V., Berlin
- dem Deutschen Kinderhospizverein e. V., Olpe
- dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V., Berlin
- dem Deutschen Roten Kreuz e. V., Berlin
- Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., Berlin

Präambel

Im Vordergrund der Hospizarbeit steht die ambulante Begleitung im Haushalt oder in der Familie mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zuletzt zu ermöglichen. Die Wünsche und Bedürfnisse von Sterbenden und ihren Zugehörigen[37] stehen dabei im Zentrum der hospizlichen Arbeit. Neben dieser ambulanten Hospizbegleitung und der Versorgung Sterbender in vollstationären Pflegeeinrichtungen und in Krankenhäusern (insbesondere Palliativstationen) sind in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig. Die Rahmenvereinbarungspartner empfehlen, dass auf regionaler Ebene Abstimmungs- und Planungsprozesse zur Hospiz –und Palliativversorgung vor Ort mit allen an der Versorgung und Begleitung Beteiligten stattfinden.

[36] Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

[37] Zu den Zugehörigen zählen Angehörige und weitere, dem sterbenden Menschen Nahestehende.

Stationäre Hospize erbringen eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung sowie eine psychosoziale Begleitung mit dem Ziel, die Lebensqualität des sterbenden Menschen zu verbessern.

Zur Optimierung der Versorgung soll das stationäre Hospiz im Rahmen des regionalen Netzwerkes mit allen an der Versorgung und Begleitung sterbender Menschen Beteiligten eng zusammenarbeiten.

Nach § 39a Abs. 1 SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuss zu vollstationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erbracht wird, wenn eine bedarfsgerechte ambulante Palliativversorgung 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 einem eigenständigen Versorgungsauftrag, die für Menschen mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8[38] und höchstens 16 Plätzen. Die räumliche Gestaltung der Einrichtung ist auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker und sterbender Menschen auszurichten. Stationäre Hospize verfügen über eine besondere personelle und räumliche Ausstattung, die eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung der sterbenden Menschen und ihrer Zugehörigen gewährleistet. Sie 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 eingebunden in die regionalen Strukturen, vernetzen sich mit den regionalen Leistungserbringern (Krankenhäusern, Vertragsärzte etc.) und arbeiten mit ambulanten Hospizdiensten eng zusammen. Die hospizliche Versorgung und Begleitung erfolgt auf der Grundlage eines Einrichtungskonzeptes, das auf die Belange schwerkranker und sterbender Menschen ausgerichtet ist.

(2) Anstelle der (voll)stationären Hospizversorgung kann die palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung sowie psychosoziale Begleitung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der Versicherten und ihrer Zugehörigen zu gewährleisten, so dass die oder der Versicherte möglichst lange in ihrer bzw. seiner häuslichen bzw. familiären Umgebung bleiben kann. Die teilstationäre Versorgung kann sowohl als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes als auch als integraler Bestandteil eines (voll)stationären Hospizes vorgehalten werden. Die in den §§ 6 und 7 getroffenen Regelungen sind auf teilstationäre Hospize unter Berücksichtigung des abweichenden Auftrags zur Versorgung und Begleitung entsprechend anzuwenden.

[38] 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.

(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 oder eines Krankenhauses ist.

§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

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

a) die Versicherte bzw. der Versicherte an einer Erkrankung leidet,

- die progredient verläuft und
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-pflegerische und palliativmedizinische Versorgung notwendig oder von der Versicherten bzw. dem Versicherten erwünscht ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt,

b) eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist und

c) eine ambulante Versorgung im Haushalt, in der Familie, bei Bewohnern einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einer vollstationären Einrichtung der Eingliederungshilfe eine Versorgung in der jeweiligen Einrichtung nicht ausreicht, weil der palliativ-pflegerische und palliativmedizinische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt. Damit sind neben den Zugehörigen insbesondere die folgenden Versorgungsmöglichkeiten gemeint:

- vertragsärztliche Versorgung
- die Leistungen der häuslichen Krankenpflege
- die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
- die Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst sowie
- Angebote durch weitere Berufsgruppen und ergänzende auf die Familie bezogene ambulante Versorgungsformen

(2) Ein Hospizaufenthalt nach dieser Rahmenvereinbarung kommt – sofern die Grundvoraussetzungen nach Abs. 1 im Einzelfall erfüllt sind – insbesondere bei einer der folgenden Erkrankungen in Betracht:

- onkologische Erkrankung,
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,

- neurologische Erkrankung,
- chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

(3) Für Versicherte in einer vollstationären Pflegeeinrichtung ist - vor dem Hintergrund, dass die Versorgung und Begleitung von Versicherten und ihren Zugehörigen integraler Bestandteil der stationären Pflege ist – eine Verlegung in ein stationäres Hospiz möglich, wenn ein so hoher palliativer Versorgungsbedarf besteht, dass selbst unter Einbeziehung von ambulanten Leistungserbringern, wie z. B. SAPV-Leistungserbringern ggf. ergänzt um ambulante Hospizdienste, die Versorgung nicht sichergestellt werden kann. Dies kann insbesondere bei einem Bedarf an spezialisierter Schmerztherapie oder aufwendiger intensiver palliativ-medizinischer Behandlungspflege der Fall sein. Diese Voraussetzungen sind unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation zu prüfen. Die berechtigten Wünsche der Versicherten sind zu berücksichtigen.

(4) Die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung nach den Absätzen 1, 2 und 3 ist durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt oder eine Krankenhausärztin bzw. einen Krankenhausarzt schriftlich 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 eine Entlassung nach Hause möglich ist, sofern der Zustand der oder des Versicherten und der Familie trotz des schweren Krankheitsbildes eine hinreichend Stabilität erreicht hat. In diesen Fällen sind bei einer erneuten Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung Wiederaufnahmen möglich.

§ 3 Versorgungsumfang

(1) Im stationären Hospiz werden neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-pflegerische, palliativ-medizinische[39], therapeutische und psychosoziale Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erbracht.

(2) Die palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung soll durch Linderung der Krankheitsbeschwerden die letzte Lebensphase des sterbenden Menschen 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 (durch Schmerztherapie, Symptomkontrolle etc.) die Linderung der mit dem Krankheitsprozess verbundenen psychischen Leiden unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte.

(3) Das stationäre Hospiz erbringt die sach- und fachkundige umfassend geplante palliative Pflege, die sich in Inhalt und Umfang an körperlichen, psychischen, sozialen und geistig-seelischen Bedürfnissen der sterbenden Menschen orientiert. Die Zugehörigen des Versicherten werden nach Möglichkeit in die Pflege und Begleitung mit einbezogen und ggf. angeleitet.

[39] Unter palliativ-medizinischer Versorgung in diesem Sinne sind – neben der Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte, die mit dem stationären Hospiz zusammenarbeiten - Maßnahmen der ärztlichen Behandlung zu verstehen, die ärztlich angeordnet und üblicherweise an Pflegefachkräfte delegiert werden.

(4) Die zu erbringende palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erstreckt sich insbesondere auf die folgenden - je nach Bedarf - zu erbringenden Tätigkeiten:

- feststellen und beobachten der Vitalfunktionen, der Bewusstseinslage, der Haut und Schleimhäute, Ausscheidungen, Körpergewicht, Körperhaltung und des emotionalen Befindens unter Beachtung des Gesamtbefindens
- qualifizierte Schmerzbehandlung, durch patientenorientierte, zeitabhängige, dosisvariierte Schmerztherapie, die täglich anzupassen ist sowie die Behandlung weiterer körperlicher und psychischer Symptome (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Angst, Panik, Atemnot, Delir, akute Blutung)
- 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)
- Kriseninterventionen
- fachgerechte Abgabe der notwendigen ärztlich angeordneten Medikamente
- fachgerechte Versorgung und Pflege von Zu- und Ableitungen
- Organisation der notwendigen ärztlichen Versorgung
- angemessene hygienische Maßnahmen

(5) Im Rahmen der psychosozialen Begleitung stehen Hilfen beim Verarbeitungsprozess in der Konfrontation mit dem Sterben, Krisenintervention und Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten zur Verfügung. Hierzu zählt auch Unterstützung bei der Entwicklung neuer Lebens-, Verhaltens- und Bewältigungsstrategien. Bei Bedarf benötigt die bzw. der Versicherte auch Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Diese Leistungen umfassen – auch unter Berücksichtigung religiöser Wünsche und Bedürfnisse – die Begleitung der oder des Sterbenden und ihrer oder seiner Zugehörigen (einschl. Trauerarbeit bis zum Tod[40]), zu der auch die Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen und bei der Suche nach Antworten gehört.

(6) Das stationäre Hospiz stellt sicher, dass die notwendige ärztliche Behandlung und Versorgung der Versicherten mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln gewährleistet ist. Die ärztliche Behandlung sowie Arznei-, Verband- und Heilmittel werden im Rahmen der §§ 28, 31 und 32 SGB V übernommen. Sofern die palliativärztliche Versorgung im Rahmen des § 28 SGB V sowie des § 87 Abs. 1b SGB V nicht ausreichend sind, besteht grundsätzlich ein Anspruch auf die Teilleistung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV nach § 37b SGB V zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. 5 Die Trauerbegleitung der Zugehörigen nach dem Tod des Menschen gehört zur

[40] Die Trauerbegleitung der Zugehörigen nach dem Tod des Menschen gehört zur konzeptionellen Ausrichtung des Hospizes. Die diesbezüglichen Aufwendungen gehen nicht in die Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes ein.

konzeptionellen Ausrichtung des Hospizes. Die diesbezüglichen Aufwendungen gehen nicht in die Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes ein.

§ 4 Qualität

(1) Die Versorgung und Begleitung im stationären Hospiz ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten Erkenntnissen der Pflegewissenschaften sowie dem aktuellen Stand des Wissens in Palliative Care bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen.

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

(3) Im stationären Hospiz arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen und Ehrenamtliche zum Wohle der Patienten und ihrer Zugehörigen zusammen. Die Arbeit aller im stationären Hospiz Handelnden basiert auf einem Konzept, in dem die gemeinsame Aufgabe konkretisiert und die Zusammenarbeit beschrieben ist. Das Konzept enthält insbesondere Aussagen zur/zu

- Pflege auf der Basis des Palliative-Care-Ansatzes
- psychosozialen Begleitung
- Aufnahme und Entlassung
- Krisenintervention
- Arbeit mit Zugehörigen (Angehörigenarbeit)
- Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen
- Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten
- Verabschiedung des Verstorbenen
- Kooperationen und Vernetzung

(4) Das stationäre Hospiz hält ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vor. Dieses ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Der Pflegeprozess und das Leistungsgeschehen bilden sich darin ab.

§ 5 Qualifikationsanforderungen

(1) Der Träger des stationären Hospizes hält das für die Versorgung und Begleitung der Versicherten gemäß dieser Rahmenvereinbarung erforderliche und geeignete Personal in seinem Hospiz bereit und übernimmt die Gewähr für eine fach- und sachgerechte Versorgung und Begleitung. Die nachstehenden Qualitätsanforderungen sind ständig zu erfüllen.

(2) Die Pflege ist bei ständiger Präsenz einer Gesundheits- und Krankenpflegerin/eines Gesundheits- und Krankenpflegers oder einer Altenpflegerin/eines Altenpflegers rund um die Uhr und ganzheitlich zu erbringen.

(3) Die verantwortliche Pflegefachkraft hat die folgenden Voraussetzungen zu erfüllen:

- Sie besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger entsprechend dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegerin/Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz[41].

- Sie kann eine mindestens dreijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Berufserlaubnis in oben genannten Berufen innerhalb der letzten 8 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.

- Sie verfügt über den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten.

- Sie verfügt über den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für Leitungsfunktionen im Umfang von mindestens 460 Stunden. Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität erfüllt.

- Sie ist sozialversicherungspflichtig hauptberuflich im Hospiz beschäftigt.

(4) Die verantwortliche Pflegefachkraft hat in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungslehrgängen die für das Arbeitsgebiet erforderlichen palliativ-pflegerischen bzw. palliativ-medizinischen Kenntnisse zu aktualisieren. Sie setzt die Pflegekräfte und Ehrenamtlichen entsprechend ihrer jeweiligen Qualifikation ein.

(5) Das stationäre Hospiz hat darüber hinaus das folgende Personal:

a. Eine(n) festangestellte(n), hauptberuflich im stationären Hospiz beschäftigte(n) Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegerin/Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz als stellvertretende Leitung mit Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten

b. Ständig – entsprechend der Patientenzahl – weitere festangestellte ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpflegerin/Altenpfleger, Krankenpflegehelferin/ Krankenpflegehelfer und Pflegekräfte; der Einsatz des Personals erfolgt entsprechend der jeweiligen Ausbildung und Qualifikation

[41] Im Einzelfall kann auf der Landesebene auch eine dreijährig nach Landesrecht ausgebildete Altenpflegerin/Altenpfleger als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt werden, wenn sie über eine mehrjährige einschlägige Berufserfahrung im stationären Hospiz verfügt und die übrigen Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt.

c. Psychosoziale Fachkräfte (z. B. Sozialarbeiter/Sozialpädagogen/Psychologen)

d. Leitungs- und Verwaltungspersonal

e. Hauswirtschafts- und Funktionspersonal

(6) Das Personal nach a. bis c. hat sich in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse des jeweiligen Arbeitsgebietes zu halten.

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

§ 6 Personalausstattung für ein solitäres stationäres Hospiz

(1) Für die nach § 5 erforderliche Personalausstattung gelten die nachfolgend festgelegten bundesweit einheitlichen Orientierungsgrößen, die für ein stationäres Hospiz mit 8 Plätzen kalkuliert wurden. Die Orientierungsgrößen beziehen sich auf ein stationäres Hospiz, das die für die Sicherstellung der Versorgung und Begleitung erforderlichen Leistungen ausschließlich durch eigenes Personal erbringt (solitäres stationäres Hospiz). Diese Annahme dient als kalkulatorische Größe; ungeachtet dessen besteht Einvernehmen der Rahmenvereinbarungspartner, dass aus wirtschaftlichen und organisatorischen Gründen bestimmte Dienstleistungen und Funktionen – mit Ausnahme der Bereiche nach § 5 Abs. 3, Abs. 5 Nr. a und b sowie der Hospizleitung – auch stundenweise extern abgedeckt werden können. Die regionalen Vertragspartner haben die notwendige Personalausstattung des stationären Hospizes unter Berücksichtigung dieser Grundlagen vertraglich zu vereinbaren.

(2) Als Orientierungsgröße nach Abs. 1 gelten die nachfolgenden Werte[42]. Sie bieten den regionalen Vertragspartnern den Rahmen für die Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstruktur, der individuellen Anzahl der Plätze und der konzeptionellen Ausrichtung des stationären Hospizes. Je nach Platzzahl und konzeptioneller Ausrichtung sind diese Orientierungsgrößen bei stationären Hospizen mit Platzzahlen über 8 Plätzen angemessen anzupassen. Eine lineare Fortschreibung der Orientierungsgrößen ausschließlich anhand der Platzzahl kann daraus nicht abgeleitet werden.

[42] Dabei wurde von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 39 Stunden, einer Nettojahresarbeitszeit von 1.554 Stunden unter Berücksichtigung von Feiertagen sowie Fehlzeiten (Urlaub, Krankheit, Fortbildung, etc.) sowie einer Besetzung des Nachtdienstes im Bereich Pflege von 2,0 VZÄ ausgegangen.

(3) Folgende Personalausstattung hält das stationäre Hospiz bereit:

Funktion	Stellenanteil
Pflege: Pflegekräfte nach § 5 Abs. 5 a und b	12,35 VZÄ[43]
Psychosoziale Begleitung: psychosoziale Fachkräfte nach § 5 Abs. 5 c und therapeutische Angebote	0,75 VZÄ
Leitung/Verwaltung:	0,5 VZÄ
• Hospizleitung	0,75 VZÄ
• Verantwortliche Pflegefachkraft	0,75 VZÄ
• Verwaltung	0,4 VZÄ
• Qualitätsmanagement/ Koordination Ehrenamt	
Hauswirtschaft: Küche, Reinigung, Haustechnik	2,7 VZÄ

§ 7 Sächliche und räumliche Ausstattung

(1) Zur Durchführung von Pflege und Behandlung ist insbesondere folgende sächliche Ausstattung in ausreichender Anzahl vorzuhalten:

- Kühlschrank für die Medikamentenaufbewahrung
- BTM-Schrank
- Pflegebetten mit Seitenteilen (Standardgröße)
- Toilettenstühle (Standardgröße)
- Lifter (Bett, Badewanne)
- Infusionsständer
- Pflegerische Verbrauchsgüter und Arbeitsmaterialien

[43] Das Vollzeitäquivalent (VZÄ) gibt an, wie viele Vollzeitstellen sich rechnerisch bei einer gemischten Personalbelegung bei Teilzeitbeschäftigten ergeben.

Zur Durchführung von Pflege und Behandlung ist darüber hinaus eine Grundausstattung mit folgenden Hilfsmitteln/Medizingeräten (je 1) vorzuhalten, die eine Versorgung bis zur individuellen Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Krankenkasse des Versicherten ermöglicht:

- Blutdruckmessgerät
- Infusionsgerät
- Spritzenpumpe
- Rollstühle, Gehhilfen (Standardgröße)
- Blutzuckermessgerät
- Teststreifen
- Hilfsmittel gegen Dekubitus
- Sauerstoffgerät mit Zubehör
- Absauggerät
- Inhalationsgerät

(2) Der individuelle Anspruch der oder des Versicherten auf eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V) bleibt dabei unberührt. Die Krankenkasse der bzw. des jeweiligen Versicherten realisiert diese Ansprüche vor dem Hintergrund der kurzen Verweildauer der Gäste in Zusammenarbeit mit dem stationären Hospiz schnellstmöglich.

(3) Das stationäre Hospiz hält zudem eine ausreichende Ausstattung an pflegerischen Verbrauchsgütern und Arbeitsmaterialien vor, um eine bedarfs- und qualitätsgerechte Pflege zu gewährleisten. Ebenso wie die sächliche Ausstattung werden die Grundausstattung sowie die pflegerischen Verbrauchsgüter und Arbeitsmaterialen im Tagesbedarfssatz als Sachkosten zur Anrechnung gebracht, sofern die Verbrauchsgüter nicht individuell verordnet werden.

(4) Die baulichen Gegebenheiten einschließlich der Ausstattung müssen den Zielen des § 1 gerecht werden. Die Regel ist das Einbettzimmer. In stationären Hospizen sollen die Patientenzimmer so gestaltet sein, dass Zugehörige mit aufgenommen werden können. Für die räumliche Ausstattung gelten die nachfolgend festgelegten bundesweit einheitlichen Orientierungsgrößen, die für ein stationäres Hospiz mit 8 Plätzen kalkuliert wurden. Sie dienen als kalkulatorische Größe für die Förderung der Investitionskosten und Investitionsfolgekosten nach § 10 Abs. 3. Die bauliche Umsetzung kann je nach Konzept und Bestand hiervon abweichen. Landesrechtliche Regelungen zur Investitionskostenförderung von stationären Hospizen sowie baurechtliche Regelungen bleiben unberührt.

Als Orientierungsgrößen gelten nachfolgende Werte. Sie bieten den regionalen Vertragspartnern den Rahmen für die Berechnung der Größe des stationären Hospizes im Verhältnis zur Anzahl der Plätze und der konzeptionellen Ausrichtung. Eine lineare Fortschreibung der Orientierungsgrö-

ßen für stationäre Rahmenvereinbarung stationäre Hospize Seite 14 von 20 Hospize mit mehr als 8 Plätzen ausschließlich anhand der Platzzahl kann daraus nicht abgeleitet werden.

Bereich	Räume
Wohnbereich: 240 qm insgesamt - 30 qm pro Platz (ggf. inkl. Balkon)	• 8 Einzelzimmer mit Badezimmer (WC und Dusche); Übernachtung von Zugehörigen sollte auch im selben Zimmer möglich sein • Gästezimmer für Zugehörige mit Badezimmer (in angemessener Anzahl)
Gemeinschaftsbereich: 80 qm insgesamt	• Essraum/Essbereich • Gemeinschaftsraum/Gemeinschaftsbereich • Raum der Stille
Funktionsbereich: 250 qm insgesamt	• Pflegebad • Küche • Dienstzimmer • Lagerräume für Lebensmittel, Hilfsmittel, Wäsche, etc. • Besprechungsraum • Arbeitsräume (Rein/Unrein) für Pflege und Hauswirtschaft • Büroräume • Umkleidezimmer für Mitarbeiter (Dusche und WC) • Mitarbeiterraum • Behindertengerechtes WC/Besucher WC • Technikräume
Verkehrsfläche: 180 qm insgesamt	z. B. Flure, Treppen, Aufzüge

Außenflächen (inkl. Terrasse) werden ggf. im angemessenen Umfang durch die Vertragspartner berücksichtigt.

§ 8 Verträge

(1) Stationäre Hospize sind Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenkassen insgesamt frühzeitig in Planungsprozesse bei Neugründungen einbezogen werden.

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

a. Anzahl der angebotenen Plätze,

b. Meldungen des stationären 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 stationären Hospizes,

f. Zahlungsbedingungen des Zuschusses,

g. Begehung/Prüfung durch den MDK,

h. Anforderungen an die Leistungsdokumentation,

i. die Trägervertretung des stationären Hospizes.

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

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

(5) Die Rahmenvereinbarungspartner gehen davon aus, dass mit dem Abschluss eines Vertrages nach Abs. 2 die Voraussetzungen für einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI erfüllt sind.

(6) In den zwischen den Krankenkassen und den stationären Hospizen abzuschließenden Verträgen ist gemäß § 39a Abs. 1 Satz 11 bis 13 SGB V zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmen Rahmenvereinbarung stationäre Hospize Seite 16 von 20 de 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.

(7) Der Vertrag des stationären Hospizes mit der Versicherten bzw. dem Versicherten darf keine Regelungen enthalten, die den Bestimmungen der Rahmenvereinbarung und des Vertrages nach

Abs. 2 entgegenstehen; Ausnahmeregelungen sind nur mit Zustimmung aller Landesverbände der Krankenkassen statthaft.

§ 9 Kündigung von Versorgungsverträgen

(1) Der Versorgungsvertrag 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 stationäre Hospiz seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Versicherten 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.

§ 10 Vergütungsgrundsätze und Krankenkassenleistung

(1) Zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auf Landesebene und dem stationären Hospiz bzw. dessen Träger wird ein leistungsgerechter tagesbezogener Bedarfssatz schriftlich vereinbart.

(2) Die Krankenkassen tragen nur Aufwendungen für die zuschussfähigen Leistungen. Leistungen, die über den Aufgabenbereich der gesetzlichen Rahmenvereinbarung stationäre Hospize Seite 17 von 20 Krankenkassen sowie der sozialen Pflegeversicherung hinausgehen, sind nicht zuschussfähig und können bei der Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes nicht berücksichtigt werden. Hierzu gehören z. B. Freizeitangebote, kulturelle Veranstaltungen, Trauerarbeit über den Tod des Versicherten hinaus. Der tagesbezogene Bedarfssatz für die Versorgung der Versicherten deckt alle in § 3 und § 7 Abs. 1 genannten Leistungen des stationären 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 gehen nicht in die Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes ein.

(3) Investitions- und Investitionsfolgekosten (nachfolgend Investitionskosten) sind förderfähig, soweit sie für die nach den näheren Bestimmungen dieser Rahmenvereinbarung konkretisierten Anforderungen an ein stationäres Hospiz erforderlich und nicht durch öffentliche Förderung der Investitionskosten gedeckt sind. Die durch öffentliche Förderung gedeckten Investitionskosten sind durch das stationäre Hospiz transparent darzulegen. In den Ländern bestehende Regelungen zur Berechnung der Investitionskosten sind zu beachten. Zu den förderfähigen Investitionskosten gehören:

- Abschreibungen für Gebäude
- Abschreibungen für Anlagegüter/Inventar
- Geringwertige Wirtschaftsgüter

- Instandhaltung/Instandsetzung
- Fremdkapitalverzinsung
- Miete/Leasing/Pacht/Erbbauzins

(4) Bei der Abschreibung sind die steuerrechtlichen Regelungen zugrunde zu legen. Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist der Anteil der Investitionskosten separat auszuweisen. Die Förderung von Investitionskosten ist bezogen auf die Gesamtfläche des stationären Hospizes begrenzt auf die für die leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung nach § 7 anerkennungsfähige Gesamtfläche.

(5) Die Ermittlung und Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes orientieren sich an den §§ 82 und 85 SGB XI als Verfahrensbeschreibung unter Berücksichtigung der hospizlichen Besonderheiten.

(6) Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist, soweit die Vertragspartner keinen kürzeren Zeitraum vereinbaren, eine jahresdurchschnittliche Belegung des stationären Hospizes der letzten drei Kalenderjahre, jedoch mindestens 80 v. H. zugrunde zu legen. Eine geringere Belegung begründet keinen abweichenden Bedarfssatz.

(7) Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt die Versicherte bzw. der Versicherte im stationären Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.

(8) Zuschussfähig im Sinne des § 39a Abs. 1 SGB V sind 95 v. H. des 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 Versicherte bzw. dem Versicherten weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden.

(9) Ein rückwirkendes Inkrafttreten des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist nicht zulässig[44].

(10) Das stationäre Hospiz rechnet den tagesbezogenen Bedarfssatz gegenüber der Krankenkasse ab. Dabei ist mit Bezug auf § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V darauf hinzuweisen, dass die Rechnungsstellung bei Versicherten mit Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI gleichfalls als Rechnungsstellung gegenüber der Pflegekasse gilt. Die Krankenkassen und ggf. die Pflegekassen zahlen ihre Anteile mit befreiender Wirkung an das stationäre Hospiz.

§ 11 Inkrafttreten und Kündigung dieser Rahmenvereinbarung

(1) Diese Rahmenvereinbarung tritt am 01.05.2017 in Kraft und löst die Vereinbarung vom 13.03.1998 in der Fassung vom 14.04.2010 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.

[44] Die Kompetenzen der Schiedsperson nach § 39a Abs. 1 Satz 11-13 SGB V bleiben unberührt.

§ 12 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

(1) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Rahmenvereinbarung fortlaufend auszuwerten, jedoch mindestens alle 4 Jahre insbesondere auch an die aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklung anzupassen. Sollte sich kurzfristig Handlungsbedarf ergeben, kommen die Vereinbarungspartner überein, innerhalb von 6 Wochen in die diesbezüglichen Verhandlungen einzutreten.

(2) Die Rahmenvereinbarungspartner verständigen sich darauf, nach Abschluss dieser Rahmenvereinbarung Beratungen über die Anpassung bestehender bzw. Entwicklung neuer Instrumente, Anforderungen, Kriterien und Verfahren der internen und externen Qualitätssicherung und deren Überprüfung aufzunehmen und entsprechende Vereinbarungen zu treffen.

2.5 Rahmenvereinbarung stationäre Kinderhospizversorgung

Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Kinderhospizversorgung vom 31.03.2017

zwischen

dem GKV-Spitzenverband[45], Berlin

und

- dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berlin
- dem Bundesverband Kinderhospiz e. V., Lenzkirch
- dem Deutschen Caritasverband e. V., Freiburg
- dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e. V., Berlin
- dem Deutschen Kinderhospizverein e. V., Olpe
- dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V., Berlin
- dem Deutschen Roten Kreuz e. V., Berlin
- Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., Berlin

Präambel

Wenn Kinder[46] lebensverkürzend erkranken, stellt dies das ganze Familiensystem sowie die Begleitenden vor besondere Herausforderungen. Kinderhospize bieten Begleitung ab der Diagnose der unheilbaren Erkrankung bis zum Lebensende (Finalphase). Bei lebensverkürzend erkrankten Kindern kann die Begleitung daher auch Wochen, Monate oder Jahre dauern. Die Rahmenvereinbarungspartner empfehlen, dass auf regionaler Ebene Abstimmungs- und Planungsprozesse zur Hospiz –und Palliativversorgung von Kindern vor Ort mit allen daran Beteiligten stattfinden.

[45] Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

[46] Soweit hier von "Kindern" die Rede ist, sind jeweils Kinder, Jugendliche und junge Volljährige in Anlehnung an die Definition im Kinder- und Jugendhilfegesetz (§ 7 Abs. 1 Nr. 1-3 SGB VIII) gemeint. Bei über 18-Jährigen sind Fallgestaltungen erfasst, in denen ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt und die Versorgung im Kinderhospiz von dem Betroffenen gewünscht wird.

Im Vordergrund der Kinder- und Jugendhospizarbeit steht die ambulante und stationäre Begleitung der Familie mit dem Ziel, Kindern mit einer lebensverkürzenden Erkrankung ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen.

Die Wünsche und Bedürfnisse der erkrankten Kinder und ihrer Zugehörigen stehen im Zentrum des Handelns der Kinderhospize. Die Stärkung der Familie, die Vorbereitung auf das Sterben des Kindes und die Begleitung der Geschwister sowie die Trauerbegleitung sind Schwerpunkte der Arbeit des Kinderhospizes. Dabei steht das ganze Familiensystem im Mittelpunkt.

Zur Optimierung der Versorgung soll das Kinderhospiz im Rahmen des regionalen Netzwerkes mit allen an der Versorgung und Begleitung schwerstkranker Kinder Beteiligten eng zusammenarbeiten.

Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend hat der GKV-Spitzenverband mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Kinderhospize maßgeblichen Spitzenorganisationen in dieser Rahmenvereinbarung das Nähere über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Kinderhospizversorgung vereinbart. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

§ 1 Stationäre Kinderhospize

(1) Stationäre Kinderhospize sind selbstständige Einrichtungen der Palliativversorgung mit eigenständigem Versorgungsauftrag für Kinder mit einer lebensverkürzenden Erkrankung. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8 und höchstens 16 Plätzen. Die räumliche Gestaltung der Einrichtung muss auf die besonderen Bedürfnisse der lebensverkürzend erkrankten Kinder ausgerichtet sein. Kinderhospize begleiten das kranke Kind und deren nächste Zugehörige[47] (nachfolgend Zugehörige). Ihre Mitaufnahme und Begleitung durch besonders geschultes Personal gehört zum Aufgabenspektrum des stationären Kinderhospizes. Stationäre Kinderhospize verfügen über eine besondere personelle und räumliche Ausstattung, die eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung gewährleistet. Sie bringen einen Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement auf. Stationäre Kinderhospize verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie sind eingebunden in die regionalen Strukturen, vernetzen sich mit den regionalen Leistungserbringern (Krankenhäusern, Vertragsärzte etc.) und arbeiten mit ambulanten Kinderhospizdiensten eng zusammen. Die hospizliche Betreuung und Versorgung erfolgt auf der Grundlage eines Einrichtungskonzeptes, das auf die Belange schwerstkranker und sterbender Kinder ausgerichtet ist.

(2) Anstelle der vollstationären Kinderhospizversorgung kann die palliative Versorgung und psychosoziale Betreuung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der erkrankten Kinder und ihrer Zugehörigen zu gewährleisten, so dass sie möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung leben können. Die teilstationäre Versorgung kann sowohl als Ergänzung eines ambulanten Kinderhospizdienstes, als auch als integraler Bestandteil eines vollstationären Kinderhospizes vorgehalten werden. Die in den §§ 6 und 7 getroffenen Regelungen sind auf teilstationäre Kinderhospize unter Berücksichtigung

[47] Zu den nächsten Zugehörigen zählen in der Regel Eltern und Geschwister.

des Rahmenvereinbarung stationäre Kinderhospize Seite 4 von 21 abweichenden Versorgungs- und Betreuungsauftrags entsprechend anzuwenden.

(3) Stationäre Kinderhospize sind aufgrund ihres Versorgungsauftrages baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Es ist deshalb ausgeschlossen, dass ein stationäres Kinderhospiz Bestandteil eines Krankenhauses, einer stationären Pflegeeinrichtung oder eines stationären Hospizes für Erwachsene ist.

§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

(1) Grundvoraussetzungen für die Aufnahme in ein stationäres Kinderhospiz sind, dass

a) das Kind unheilbar erkrankt ist,

b) das Kind eine verkürzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen, Monaten oder auch Jahren hat,

c) das Kind das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat[48],

d) eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist oder von den Eltern/Sorgeberechtigten/dem Betroffenen nicht gewünscht wird und

e) eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden (Zugehörige sowie weiterer ambulanter Versorgungsangebote[49]) übersteigt; dies kann auch intermittierende Aufenthalte in stationären Kinderhospizen erforderlich machen. Bei erkrankten Kindern kommt der Entlastung des Familiensystems bereits ab Diagnosestellung besondere Bedeutung zu.

(2) Eine Versorgung und Begleitung in einem stationären Kinderhospiz kommt – sofern die vorgenannten Grundvoraussetzungen im Einzelfall erfüllt sind – insbesondere bei einer der folgenden Erkrankungen in Betracht:

a) progrediente Erkrankungen ohne die Möglichkeit einer kurativen Therapie, z. B. Muskeldystrophie Duchenne, neurometabolische Erkrankungen,

b) irreversible, aber nicht progrediente Erkrankungen mit typischen Komplikationen, die einen progredienten Verlauf bedingen z. B. schwerste Zerebralparese, einzelne (seltene) genetisch bedingte Fehlbildungssyndrome,

c) Erkrankungen, bei denen ein früher Tod unvermeidlich ist, z. B. Mukopolysacharidose (MPS), Leukodystrophie, einzelne (seltene) genetisch bedingte Fehlbildungssyndrome,

---

[48] Eine Aufnahme von Menschen in einem Kinderhospiz, die das 27. Lebensjahr bereits vollendet haben, stellt eine sehr seltene Ausnahme dar und kommt nur dann in Betracht, wenn der Mensch bereits seit langem erkrankt ist, in der Regel schon in der Palliativversorgung ist, von seiner geistigen Entwicklung her eher als Kind/Jugendlicher einzustufen ist und ein Versterben in wenigen Wochen oder Monaten zu erwarten ist.

[49] Hierzu gehören insbesondere Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung, der häuslichen Krankenpflege, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, des ambulanten Hospizdienstes sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und ergänzende auf die Familie bezogene ambulante Versorgungsformen.

d) lebensbedrohliche Erkrankungen, für die eine kurative Therapie prinzipiell verfügbar ist, jedoch auch zu einem frühen Tod führen kann, z. B. onkologische Erkrankungen, transplantationspflichtiges progredientes Organversagen.

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

§ 3 Versorgungsumfang

(1) Im stationären Kinderhospiz werden für das erkrankte Kind neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-pflegerische, palliativ-medizinische[50], therapeutische, pädagogische[51] und psychosoziale Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erbracht. Ebenso werden Zugehörige auf Wunsch mit aufgenommen und begleitet.

(2) Die palliative Versorgung soll das Leiden der Kinder lindern helfen und deren Lebensqualität fördern. Sie werden auch unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte alters- und entwicklungsentsprechend betreut und begleitet.

(3) Die zu erbringende palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erstrecken sich insbesondere auf die folgenden, je nach Bedarf zu erbringenden Tätigkeiten:

- eine intensive und permanente Krankenbeobachtung der Mimik, Muskelspannung und Atmung, weil gerade bei erkrankten Kindern häufig eine eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeit besteht,
- qualifizierte Schmerzbehandlung, durch patientenorientierte, zeitabhängige, dosisvariierte Schmerztherapie, die täglich anzupassen ist sowie die Behandlung weiterer körperlicher und psychischer Symptome (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Angst, Panik, Atemnot, Delir, akute Blutung),
- 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),
- Kriseninterventionen,
- Fachgerechte Abgabe der notwendigen ärztlich angeordneten Medikamente
- Fachgerechte Versorgung und Pflege von Zu- und Ableitungen,
- Betreuung und Pflege von beatmeten Kindern,

[50] Unter palliativ-medizinischer Versorgung in diesem Sinne sind – neben der Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte, die mit dem stationären Hospiz zusammenarbeiten - Maßnahmen der ärztlichen Behandlung zu verstehen, die ärztlich angeordnet und üblicherweise an Pflegefachkräfte delegiert werden.

[51] Hierzu gehören pädagogische Angebote im Rahmen der Betreuung, jedoch keine schulischen Angebote.

- Organisation der notwendigen ärztlichen Versorgung,
- angemessene hygienische Maßnahmen.

(4) Die Begleitung und Beschäftigung der Kinder im Kinderhospiz richtet sich nach ihrem Entwicklungsstand und ihren individuellen Bedürfnissen. Die soziale Betreuung der Kinder mit einer lebensverkürzenden Erkrankung umfasst insbesondere die Gestaltung eines anregenden und sinnerfüllten Tagesablaufes, emotionale Nähe und Aufbau einer Beziehung zu den Pflegenden und Betreuenden.

(5) Im Rahmen der psychosozialen Begleitung stehen dem erkrankten Kind die Begleitung im Sterbeprozess sowie Trauerbegleitung[52], Hilfen beim Verarbeitungsprozess, Krisenintervention sowie Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten zur Verfügung. Die Kinder benötigen in der Regel Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Diese Leistungen umfassen die Begleitung der erkrankten Kinder, die Einbeziehung der Zugehörigen in die Begleitung, sowie Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen.

(6) Das stationäre Kinderhospiz stellt sicher, dass die notwendige ärztliche Behandlung und Versorgung der Kinder mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln gewährleistet ist. Diese ärztliche Behandlung, Arznei-, Verband- und Heilmittel werden im Rahmen der §§ 28, 31 und 32 SGB V übernommen. Sofern die palliativärztliche Versorgung im Rahmen des § 28 SGB V und des § 87 Abs. 1b SGB V nicht ausreichend sind, besteht grundsätzlich ein Anspruch auf die Teilleistung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV nach § 37b SGB V zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.

§ 4 Qualität

(1) Die Versorgung und Begleitung im stationären Kinderhospiz ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten Erkenntnissen der Pflegewissenschaften sowie dem aktuellen Stand des Wissens in pädiatrischer Palliative Care bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen.

(2) Die Qualität der Leistungserbringung ist laufend zu prüfen. Dabei ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit den individuellen Bedürfnissen der Kinder entsprochen und damit ein Höchstmaß an persönlicher Lebensqualität ermöglicht wurde. Der Träger des Kinderhospizes ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Qualität festgelegt und durchgeführt werden. Der Träger soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

(3) Im Kinderhospiz arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen und Ehrenamtliche zum Wohle der Kinder und ihrer Zugehörigen zusammen. Die Arbeit aller im Kinderhospiz Handelnden basiert auf einem Konzept, in dem die gemeinsame Aufgabe konkretisiert und die Zusammenarbeit beschrieben ist. Das Konzept enthält insbesondere Aussagen zu/zur

- Pflege auf der Basis des pädiatrischen Palliative-Care-Ansatzes

[52] Die Trauerbegleitung der Zugehörigen nach dem Tod des Kindes gehört zur konzeptionellen Ausrichtung des Kinderhospizes. Die diesbezüglichen Aufwendungen gehen nicht in die Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes ein.

- psychosoziale Begleitung des Kindes und der Zugehörigen
- Aufnahme und Entlassung
- Krisenintervention
- Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen
- Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten
- Verabschiedung des Verstorbenen
- Kooperationen und Vernetzung

(4) Das stationäre Kinderhospiz hält ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vor. Dieses ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Der Pflegeprozess und das Leistungsgeschehen bilden sich darin ab.

§ 5 Qualifikationsanforderungen

(1) Der Träger des Kinderhospizes hält das für die Versorgung und Begleitung der Kinder sowie die Begleitung der Zugehörigen gemäß dieser Rahmenvereinbarung erforderliche und geeignete Personal in seinem Kinderhospiz bereit und übernimmt die Gewähr für eine fach- und sachgerechte Versorgung und Begleitung. Die nachstehenden Qualitätsanforderungen sind durchgängig zu erfüllen.

(2) Die Pflege ist bei ständiger Präsenz einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder eines Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers oder Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpflegers rund um die Uhr und ganzheitlich zu erbringen.

(3) Die verantwortliche Pflegefachkraft hat die folgenden Voraussetzungen zu erfüllen:

- Sie besitzt als Fachkraft die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen: Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,

- Sie kann eine mindestens dreijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Berufserlaubnis in oben genannten Berufen innerhalb der letzten acht Jahre in einer Kinderklinik/Krankenhaus oder einer von den Kranken-/Pflegekassen zugelassenen Kinderpflegeeinrichtung/ Pflegeeinrichtung nachweisen, wobei zumindest zwei Jahre auf eine hauptberufliche Tätigkeit in einem Kinderhospiz, in einer Kinderklinik, in einem Palliative-Care-Team für Kinder oder in einem ambulanten Kinderkrankenpflegedienst oder ambulanten Pflegedienst mit einem Kinderkrankenpflegeteam entfallen,

- Sie verfügt über den Abschluss einer pädiatrischen Palliative-Care- Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten. Fachkräfte, die bereits eine Palliative-Care-Weiterbildung absolviert haben, müssen diese durch ein Zusatzmodul pädiatrische Palliativ-Care-Weiterbildung von mindestens 40 Stunden ergänzen.

- Sie verfügt über den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für Leitungsfunktionen im Umfang von mindestens 460 Stunden. Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität erfüllt.

- Sie ist sozialversicherungspflichtig hauptberuflich im Kinderhospiz beschäftigt.

(4) Die verantwortliche Pflegefachkraft hat in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungslehrgängen, die für das Arbeitsgebiet erforderlichen palliativ-pflegerischen bzw. palliativ-medizinischen Kenntnisse zu aktualisieren. Sie setzt die Pflegekräfte und Ehrenamtlichen entsprechend ihrer jeweiligen Qualifikation ein.

(5) Das Kinderhospiz hat darüber hinaus das folgende Personal:

a) Eine hauptberuflich im Kinderhospiz festangestellte Fachkraft mit der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend den jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen als stellvertretende Leitung. Sie hat den Abschluss einer pädiatrischen Palliative-Care-Weiterbildung im Umfang von mindestens 160 Stunden absolviert oder den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten. Fachkräfte, die bereits eine Palliative-Care- Weiterbildung absolviert haben, müssen diese durch ein Zusatzmodul pädiatrische Palliative-Care von mindestens 40 Stunden ergänzen.

b) Ständig – entsprechend der Patientenzahl – weitere festangestellte ausgebildete Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Heilerziehungspflegerin/Heilerziehungspfleger und Pflegekräfte; der Einsatz des Personals erfolgt entsprechend der jeweiligen Ausbildung und Qualifikation,

c) Psychosoziale Fachkräfte (z. B. Sozialarbeiter/Sozialpädagogen/Psychologen, Heilpädagogen),

d) Leitungs- und Verwaltungspersonal

e) Hauswirtschafts-und Funktionspersonal

(6) Das Personal nach a. bis c. hat sich in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse des jeweiligen Arbeitsgebietes zu halten.

(7) Ein Kernelement der Kinderhospizarbeit ist der Dienst Ehrenamtlicher. Durch ihr Engagement leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag bei der Begleitung der erkrankten Kinder sowie ihrer Zugehörigen. Das Kinderhospiz setzt Ehrenamtliche entsprechend ihrer nachgewiesenen Befähigung ein und sorgt für deren regelmäßige Begleitung.

§ 6 Personalausstattung für ein solitäres Kinderhospiz

(1) Für die nach § 5 erforderliche Personalausstattung gelten die nachfolgend festgelegten bundesweit einheitlichen Orientierungsgrößen, die für ein stationäres Kinderhospiz mit 8 Plätzen kalkuliert wurden. Die Orientierungsgrößen beziehen sich auf ein stationäres Kinderhospiz, das die für

die Sicherstellung der Versorgung und Betreuung erforderlichen Leistungen ausschließlich durch eigenes Personal erbringt (solitäres Kinderhospiz). Diese Annahme dient als kalkulatorische Größe; ungeachtet dessen besteht Einvernehmen der Rahmenvereinbarungspartner, dass aus wirtschaftlichen und organisatorischen Gründen bestimmte Dienstleistungen und Funktionen – mit Ausnahme der Bereiche nach § 5 Abs. 3, Abs. 5 Nr. a und b sowie der Hospizleitung – auch stundenweise extern abgedeckt werden können. Die regionalen Vertragspartner haben die notwendige Personalausstattung des Kinderhospizes unter Berücksichtigung dieser Grundlagen vertraglich zu vereinbaren.

(2) Als Orientierungsgröße nach Abs. 1 gelten die nachfolgenden Werte[53]. Sie bieten den regionalen Vertragspartnern den Rahmen für die Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstruktur, der individuellen Anzahl der Plätze und der konzeptionellen Ausrichtung des Kinderhospizes. Je nach Platzzahl und konzeptioneller Ausrichtung sind diese Orientierungsgrößen bei stationären Kinderhospizen mit Platzzahlen über 8 Plätzen angemessen anzupassen. Eine lineare Fortschreibung der Orientierungsgrößen ausschließlich anhand der Platzzahl kann daraus nicht abgeleitet werden.

(3) Folgende Personalausstattung hält das Kinderhospiz bereit:

Funktion	Stellenanteil
Pflege: Pflegekräfte nach § 5 Abs. 5 a und b	20,86 VZÄ[54]
Betreuung: psychosoziale Fachkräfte nach § 5 Abs. 5 c sowie therapeutische Fachkräfte	3,25 VZÄ
Leitung Verwaltung:	0,5 VZÄ
• Hospizleitung	0,75 VZÄ
• verantwortliche Pflegefachkraft	1,0 VZÄ
• Verwaltung	0,5 VZÄ
• Qualitätsmanagement/Koordination Ehrenamt:	
Hauswirtschaft: Küche, Reinigung, Haustechnik	4,3 VZÄ

[53] Dabei wurde von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 39 Stunden, einer Nettojahresarbeitszeit von 1.554 Stunden unter Berücksichtigung von Feiertagen sowie Fehlzeiten (Urlaub, Krankheit, Fortbildung, etc.) sowie einer Besetzung des Nachtdienstes im Bereich Pflege von 2,4 VZÄ ausgegangen.

[54] Das Vollzeitäquivalent (VZÄ) gibt an, wie viele Vollzeitstellen sich rechnerisch bei einer gemischten Personalbelegung bei Teilzeitbeschäftigten ergeben.

§ 7 Sächliche und räumliche Ausstattung

(1) Zur Durchführung von Pflege und Behandlung ist insbesondere folgende sächliche Ausstattung in ausreichender Anzahl vorzuhalten:

- Kühlschrank für die Medikamentenaufbewahrung
- BTM-Schrank
- Pflegebetten mit Seitenteilen (Standardgröße)
- Therapiebetten mit hohen Seitenteilen
- Toilettenstühle (Standardgröße)
- Lifter (Bett, Badewanne)
- Infusionsständer
- Pflegerische Verbrauchsgüter und Arbeitsmaterialien

Zur Durchführung von Pflege und Behandlung ist darüber hinaus eine Grundausstattung mit folgenden Hilfsmitteln/Medizingeräten (je 1) vorzuhalten, die eine Versorgung bis zur individuellen Versorgung durch die Krankenkasse ermöglicht:

- Blutdruckmessgerät
- Infusionsgerät
- Spritzenpumpe
- Rollstühle, Gehhilfen (Standardgröße)
- Blutzuckermessgerät
- Teststreifen
- Hilfsmittel gegen Dekubitus
- Sauerstoffgerät mit Zubehör
- Absauggerät
- Inhalationsgerät
- Ernährungspumpe

(2) Der individuelle Anspruch der oder des Versicherten auf eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V) bleibt dabei unberührt. Die Krankenkasse der oder des jeweiligen Versicherten realisiert diese Ansprüche vor dem Hintergrund der kurzen Verweildauer der Gäste in Zusammenarbeit mit dem stationären Kinderhospiz schnellstmöglich.

(3) Die baulichen Gegebenheiten einschließlich der Ausstattung müssen den Zielen des § 1 gerecht werden. Die Regel ist das Einbettzimmer. Für die räumliche Ausstattung gelten die in Abs. 4 festgelegten bundesweit einheitlichen Orientierungsgrößen, die für ein stationäres Kinderhospiz mit 8 Plätzen kalkuliert wurden. Hierbei wird zugrunde gelegt, dass mit Blick auf den Raumbedarf durchschnittlich 3 Zugehörige (in der Regel Eltern und Geschwister) je Kind aufgenommen werden. Die Orientierungsgrößen dienen als kalkulatorische Größe für die Förderung der Investitionskosten und Investitionsfolgekosten nach § 10 Abs. 3. Die bauliche Umsetzung kann je nach Konzept und Bestand hiervon abweichen. Landesrechtliche Regelungen zur Investitionskostenförderung von stationären Kinderhospizen sowie baurechtliche Regelungen bleiben unberührt.

(4) Als Orientierungsgrößen gelten nachfolgende Werte. Sie bieten den regionalen Vertragspartnern den Rahmen für die Berechnung der Größe des stationären Kinderhospizes im Verhältnis zur Anzahl der Plätze und der konzeptionellen Ausrichtung. Eine lineare Fortschreibung der Orientierungsgrößen für Kinderhospize mit mehr als 8 Plätzen ausschließlich anhand der Platzzahl kann daraus nicht abgeleitet werden.

Bereiche	**Aufteilung**
<u>Wohnbereich:</u> 400 qm insgesamt - 50 qm pro Platz (ggf. inkl. Balkon)	• 8 Einzelzimmer mit eigenem Zugang zu einem Badezimmer (WC-Dusche) • Familienzimmer für Zugehörige mit Badezimmer (in angemessener Anzahl) • Aufenthaltsraum für Familien
<u>Gemeinschaftsbereich:</u> 180 qm insgesamt	• Essraum/Essbereich • Gemeinschaftsraum/ • Gemeinschaftsbereich • Spieleraum • Abschiedsraum/Raum der Stille
<u>Therapeutischer Bereich:</u> 70 qm insgesamt	• Therapieraum, z. B. Snoezelenraum, Krankengymnastikraum • Angebotsräume, z. B. Kreativraum, Computerraum

Funktionsbereich: 310 qm insgesamt	• Pflegebad • Küche • Dienstzimmer • Lagerräume für Lebensmittel, Hilfsmittel, Betten, Wäsche, etc. • Besprechungsraum • Arbeitsräume (Rein/Unrein) für Pflege und Hauswirtschaft • Büroräume • Umkleidezimmer für Mitarbeiter (Dusche und WC) • Mitarbeiterraum • Behindertengerechtes WC/Besucher-WC • Technikräume
Verkehrsfläche: 290 qm insgesamt	z. B. Flure, Treppen, Aufzüge

Außenflächen (inkl. Terrasse) werden ggf. im angemessenen Umfang durch die Vertragspartner berücksichtigt.

§ 8 Verträge

(1) Stationäre Kinderhospize sind Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenkassen insgesamt frühzeitig in Planungsprozesse bei Neugründungen einbezogen werden.

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

a) Die Anzahl der angebotenen Plätze,

b) Meldungen des Kinderhospizes 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 Kinderhospizes,

f) Zahlungsbedingungen des Zuschusses,

g) Begehung/Prüfung durch den MDK,

h) Anforderungen an die Leistungsdokumentation,

i) Die Trägervertretung des Kinderhospizes.

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

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

(5) Die Vereinbarungspartner gehen davon aus, dass mit dem Abschluss eines Vertrages nach Abs. 2 dieser Rahmenvereinbarung die Voraussetzungen für einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI erfüllt sind.

(6) In den zwischen den Krankenkassen und den Kinderhospizen abzuschließenden Verträgen ist gemäß § 39a Abs. 1 Satz 11 bis 13 SGB V 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.

(7) Verträge des Kinderhospizes mit den Versicherten oder ihren gesetzlichen Vertretern dürfen keine Regelungen enthalten, die den Bestimmungen der Rahmenvereinbarung und des Vertrages nach § 5 Abs. 1 entgegenstehen; Ausnahmeregelungen sind nur mit Zustimmung aller Landesverbände der Krankenkassen statthaft.

§ 9 Kündigung von Versorgungsverträgen

(1) Ein Versorgungsvertrag 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 einen Versorgungsvertrag gemeinsam und einheitlich, wenn die Voraussetzungen der Zulassung nicht mehr erfüllt sind.

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

(4) Eine Klage gegen die Kündigung eines Versorgungsvertrages hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 10 Vergütungsgrundsätze und Krankenkassenleistung

(1) Zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen (gemeinsam und einheitlich auf Landesebene) und dem Kinderhospiz bzw. dessen Träger wird auf der Grundlage der zuschussfähigen Kosten ein leistungsgerechter tagesbezogener Bedarfssatz schriftlich vereinbart.

(2) Die Krankenkassen tragen nur Aufwendungen für die zuschussfähigen Leistungen. Leistungen, die über den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenkassen sowie der sozialen Pflegeversicherung hinausgehen, sind nicht zuschussfähig und können bei der Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes nicht berücksichtigt werden. Hierzu gehören z. B. die Trauerarbeit über den Tod des Versicherten hinaus, schulische Angebote[55], Freizeitangebote oder kulturelle Veranstaltungen. Der tagesbezogene Bedarfssatz für die Versorgung der Kinder deckt alle in § 3 und § 7 Abs. 1 genannten Leistungen des Kinderhospizes 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 gehen nicht in die Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes ein.

(3) Investitions- und Investitionsfolgekosten (nachfolgend Investitionskosten) sind förderfähig, soweit sie für die nach näheren Bestimmungen der Rahmenvereinbarung konkretisierten Anforderungen an ein stationäres Kinderhospiz erforderlich und nicht durch öffentliche Förderung der Investitionskosten gedeckt sind. Die durch öffentliche Förderung gedeckten Investitionskosten sind durch das Kinderhospiz transparent darzulegen. In den Ländern bestehende Regelungen zur Berechnung der Investitionskosten sind zu beachten. Zu den förderfähigen Investitionskosten gehören:

- Abschreibungen für Gebäude
- Abschreibungen für Anlagegüter/Inventar
- Geringwertige Wirtschaftsgüter
- Instandhaltung/Instandsetzung
- Fremdkapitalverzinsung
- Miete/Leasing/Pacht/Erbbauzins Bei der Abschreibung sind die steuerrechtlichen Regelungen zugrunde zu legen.

(4) Die Förderung von Investitionskosten ist bezogen auf die Gesamtfläche des Kinderhospizes begrenzt auf die für die leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung nach § 7 anerkennungsfähige Gesamtfläche des Kinderhospizes. Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist der Anteil der Investitionskosten separat auszuweisen.

[55] Hierzu gehören pädagogische Angebote im Rahmen der Betreuung, jedoch keine schulischen Angebote

(5) Die Ermittlung und Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes orientieren sich an den §§ 82 und 85 SGB XI als Verfahrensbeschreibung unter Berücksichtigung der hospizlichen Besonderheiten.

(6) Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist, soweit die Vertragspartner keinen kürzeren Zeitraum vereinbaren, eine jahresdurchschnittliche Belegung des Kinderhospizes der letzten drei Kalenderjahre, jedoch mindestens 80 v. H. zugrunde zu legen. Eine geringere Belegung begründet keinen abweichenden Bedarfssatz.

(7) Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt das Kind im Kinderhospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.

(8) Zuschussfähig im Sinne des § 39a Abs. 1 SGB V sind 95 v. H. des 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 dem erkrankten Kind oder seinem gesetzlichen Vertreter weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden.

(9) Ein rückwirkendes Inkrafttreten des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist nicht zulässig[56].

(10) Das Kinderhospiz rechnet den tagesbezogenen Bedarfssatz gegenüber der zuständigen Krankenkasse ab. Dabei ist mit Bezug auf § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V darauf hinzuweisen, dass die Rechnungsstellung bei Versicherten mit Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI gleichfalls als Rechnungsstellung gegenüber der Pflegekasse gilt. Die Krankenkassen und ggf. die Pflegekassen zahlen ihre Anteile mit befreiender Wirkung an das Kinderhospiz.

§ 11 Inkrafttreten und Kündigung dieser Rahmenvereinbarung

(1) Diese Rahmenvereinbarung tritt am 01.05.2017 in Kraft.

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

§ 12 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

(1) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Rahmenvereinbarung fortlaufend auszuwerten, jedoch mindestens alle 4 Jahre, insbesondere auch an die aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklung, anzupassen. Sollte sich kurzfristig Handlungsbe-

[56] Die Kompetenzen der Schiedsperson nach § 39a Abs. 1 Satz 11-13 SGB V bleiben unberührt.

darf ergeben, kommen die Vereinbarungspartner überein, innerhalb von 6 Wochen in die diesbezüglichen Verhandlungen einzutreten.

(2) Die Rahmenvereinbarungspartner verständigen sich darauf, nach Abschluss dieser Rahmenvereinbarung Beratungen über die Anpassung bestehender bzw. Entwicklung neuer Instrumente, Anforderungen, Kriterien und Verfahren der internen und externen Qualitätssicherung und deren Überprüfung aufzunehmen und entsprechende Vereinbarungen zu treffen.

2.6 Vordrucke

2.6.1 Muster 63 Verordnung SAPV

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) **63**

☐ Erst-verordnung ☐ Folge-verordnung

☐ Unfall Unfallfolgen

vom T T M M J J bis T T M M J J

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) _____

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

Komplexes Symptomgeschehen

☐ ausgeprägte Schmerzsymptomatik

☐ ausgeprägte urogenitale Symptomatik ☐ ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ☐ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

☐ ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore ☐ ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik ☐ sonstiges komplexes Symptomgeschehen

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)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____

Folgende Maßnahmen sind notwendig

☐ Beratung ☐ a. des behandelnden Arztes ☐ b. der behandelnden Pflegefachkraft ☐ c. des Patienten / der Angehörigen ☐ Koordination der Palliativversorgung

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

☐ Additiv unterstützende Teilversorgung ☐ Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 40860, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 40862 berechnungsfähig.

Muster 63 (4.2009)

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 T T M M J J

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

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

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

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

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Datum T T M M J J

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 T T M M J J J J

Datum T T M M J J

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

2.6.2 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

    1. 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

    2. 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-RL) 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,

    1. wie es notwendig und zweckmäßig ist und

    2. 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-RL 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

    1. den Verordnungszeitraum,

    2. die verordnungsrelevante(n)/leistungsbegründende(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für die SAPV,

3. das komplexe Symptomgeschehen mit einer näheren Beschreibung dieses Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs,

4. die aktuelle Medikation einschl. der ggf. gegebenen Betäubungsmittel sowie

5. die erforderlichen spezialisierten palliativärztlichen und palliativ-pflegerischen Maßnahmen der SAPV einschließlich deren inhaltlichen Ausrichtungen; die Maßnahmen können dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend

    1. Beratungsleistung

    2. Koordination der Palliativversorgung

    3. additiv unterstützende Teilversorgung

    4. 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.

2.7 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 § 132d SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GKV-WSG	Gesetzliche Krankenversicherung - Wettbewerbsstärkungsgesetz
HOPE	Hospiz- und Palliativ-Erfassung (Dokumentationssystem)
IMPaCCT	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)