

Tragende Gründe

**zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens
über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von
spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie

vom 13. September 2007

Verzeichnis

1.	Rechtsgrundlagen	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Zu § 1 (Grundlagen und Ziele)	2
2.2	Zu § 2 (Anspruchsvoraussetzungen)	3
2.3	Zu § 3 (Anforderungen an die Erkrankungen)	3
2.4	Zu § 4 (Besonders aufwändige Versorgung)	3
2.5	Zu § 5 (Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung)	4
2.6	Zu § 6 (Zusammenarbeit der Leistungserbringer)	4
2.7	Zu § 7 (Verordnung von SAPV)	5
2.8	Zu § 8 (Prüfung der Leistungspflicht durch die Krankenkasse)	5
3.	Verfahrensablauf	6

1. Rechtsgrundlagen

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sieht durch die Einfügung des § 37 b SGB V i. V. m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V die Erstellung einer Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie) vor.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Zu § 1 (Grundlagen und Ziele)

§ 1 Abs. 1 fasst einleitend die spezifischen Ziele der Palliativversorgung und die grundsätzliche Herangehensweise an eine Palliativbehandlung zusammen. Die Regelung erfüllt damit zunächst eine Präambelfunktion; sie steht darüber hinaus im Zusammenhang mit den §§ 4 und 5, die die Abgrenzung zur allgemeinen Palliativversorgung sowie Inhalt und Umfang der Spezialisierten Palliativversorgung (SAPV) an die Erreichbarkeit der Ziele nach § 1 knüpfen (vgl. Erläuterungen zu §§ 4 und 5).

Eine gesonderte Zielbestimmung hinsichtlich der Vermeidung von Krankenhausbehandlung wurde nicht aufgenommen; ein solcher Inhalt ist bereits durch Satz 1 abgedeckt („menschenswürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen“).

§ 1 Abs. 2 vervollständigt die Zielformulierung des Absatzes 1 um das Erfordernis, die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen (§ 37 b Abs. 1 S. 4 SGB V).

§ 1 Abs. 3 verdeutlicht einleitend, dass die SAPV keine aufgezwungene Leistung, sondern ein individuell angepasstes Angebot darstellt, das die Wünsche und Bedürfnisse der Versicherten in den Mittelpunkt der Bemühungen rückt. Damit ist ebenfalls ausgedrückt, dass die Ablehnung von einzelnen Therapien durch den Patienten kein Ausschlusskriterium für den Anspruch auf SAPV sein kann.

Abs. 4 S. 1, 1. Halbs. stellt klar, dass die SAPV grundsätzlich als ergänzende Leistung neben der bestehenden Versorgung erbracht wird. Mit der Regelung wird dem gesetzlichen Auftrag (§ 37b Abs. 3 Nr. 2 SGB V) entsprochen, das rechtliche Verhältnis zur ambulanten Versorgung zu bestimmen.

Abs. 4 S. 1, 2. Halbs. steht im Zusammenhang mit der Regelung des § 5 Abs. 2 S. 2 und 3, wonach die Leistungen entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf in verschiedenen Formen und Intensitäten erbracht werden können.

Abs. 4 S. 2 fasst zusammen, dass SAPV als zusätzliche Leistung der GKV andere Sozialleistungsansprüche grundsätzlich nicht tangiert. Zu beachten bleibt aber, dass ein und dieselbe konkrete Leistung nicht gleichzeitig Bestandteil der allgemeinen Versorgung und der SAPV sein kann; SAPV wird nach § 5 Abs. 2 S. 2 nur als solche erbracht, soweit die übrige Versorgung zur Erreichung der Ziele der Palliativversorgung nicht ausreicht.

2.2 Zu § 2 (Anspruchsvoraussetzungen)

§ 2 gibt im Wesentlichen die Anspruchsvoraussetzungen nach § 37b Abs. 1 S. 1 SGB V wieder. Dies dient der inneren Strukturierung der RL und leitet auf die Anspruchskonkretisierungen in § 3 und § 4 über.

Der Hinweis darauf, dass die SAPV trotz des Bedarfs nach besonders aufwändiger Versorgung auch im ambulanten Bereich erbringbar sein muss (Nr. 2), lehnt sich an eine Formulierung in der Gesetzesbegründung an (BT-Drucks. 16/3100, S. 105). Es werden damit auch Überlegungen abgedeckt, dass mit der neugeschaffenen Leistung vor allem auch Einweisungen ins Krankenhaus vermieden bzw. vorzeitige Krankenhausentlassungen ermöglicht werden sollen.

2.3 Zu § 3 (Anforderungen an die Erkrankungen)

Die Anforderungen an die Erkrankungen, bei deren Vorliegen Anspruch auf SAPV bestehen kann, wurden in abstrakter Form festgelegt. Ein Katalog von Erkrankungen trüge nicht zur Klarheit der Richtlinie bei; er wäre auch der Palliativversorgung nicht angemessen und ist daher entbehrlich.

In Abs. 3 wird die Definition einer weit fortgeschrittenen Erkrankung mit der in § 37 Abs. 1 S. 1 SGB V als Leistungsvoraussetzung genannten begrenzten Lebenserwartung verknüpft.

Da keine letztgültig validen Instrumente zur Abschätzung der Lebenserwartung vorliegen, stellt der Beschlussentwurf auf eine begründete Einschätzung des verordnenden Arztes ab und verzichtet auf die Nennung eines festen Zeitfensters. Die in § 3 Abs. 3 gewählte Formulierung ermöglicht auch bei längeren Prognosen die SAP-V als Krisenintervention.

2.4 Zu § 4 (Besonders aufwändige Versorgung)

§ 37b Abs. 3 Nr. 1 SGB V beauftragt den G-BA ausdrücklich, die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Patienten zu konkretisieren. Nach dem Gesetzeszweck ist dieser das entscheidende Abgrenzungskriterium zur allgemeinen Palliativversorgung. Dies ergibt sich auch aus der Gesetzesbegründung, in der es heißt:

„Versicherte, die diesen besonderen Bedarf nicht aufweisen, werden weiter im Rahmen der derzeitigen Strukturen versorgt.“ (BT-Drucks. 16/3100 S. 106).

Satz 1 formuliert den dafür maßgeblichen allgemeinen Grundsatz, an dem sich im Einzelfall jede Verordnung von SAPV messen lassen muss. Danach besteht Bedarf nach besonders aufwändiger Versorgung immer (und nur) dann, wenn die anderweitigen Versorgungsstrukturen gerade nicht ausreichen, um die in § 1 Abs. 1 formulierten Ziele der Palliativversorgung (menschenwürdiges Leben bis zum Tod in der vertrauten Umgebung, optimierte Symptomkontrolle, etc.) zu erreichen.

Die Sätze 2 und 3 konkretisieren diese abstrakte Abgrenzung aufeinander aufbauend. Abgestellt wird auf ein über das übliche Maß hinausgehendes komplexes Symptomgeschehen, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische

oder palliativpflegerische Kenntnisse und eine besondere Abstimmung unter den Leistungserbringern voraussetzt. Die Regelung steht deshalb im Zusammenhang mit der besonderen Koordination als Inhalt der SAPV (§ 5 Abs. 1) und der vom Gesetz geforderten Zusammenarbeit der Leistungserbringer. In Satz 3 werden in der Palliativversorgung häufige Symptomgeschehen angeführt, die in der Regel als komplex gewertet werden können. Die in Satz 3 gewählte Formulierung schließt andere komplexe Symptomgeschehen nicht aus.

2.5 Zu § 5 (Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung)

Die Konkretisierung von Inhalt und Umfang der SAPV in Abs. 1 steht in unmittelbarem Zusammenhang mit § 4, der über die Definition des besonderen Versorgungsbedarfs eine Abgrenzung zur allgemeinen Palliativversorgung vornimmt. Inhalt der SAPV kann danach grundsätzlich all das sein, was auch im Rahmen der sonstigen ambulanten Versorgung erbracht werden könnte. Allerdings ist unabdingbare Voraussetzung, dass die Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die spezifischen Ziele der Palliativversorgung erreichen zu können. Leistungen, die z. B. einen kurativen Ansatz verfolgen, bleiben daher von der SAPV ausgeschlossen und sind nach wie vor im Rahmen der Primärversorgung zu erbringen.

Anders als die allgemeine Palliativversorgung umfasst die SAPV zusätzlich die besondere Koordination der einzelnen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung des verordnenden Arztes, der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132d SGB V.

Gemeinsam ist allen Leistungen der SAPV, dass sie ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132b SGB V („Palliative-Care-Teams“) erbracht werden. In Abs. 2 wird ein flexibles Versorgungskonzept implementiert, damit dem individuellen, jeweils aktuellen Versorgungsbedarf Rechnung getragen werden kann. Danach kann SAPV intermittierend oder durchgängig als Beratungsleistung, als koordinative Leistung, als additiv unterstützende Teilversorgung oder als vollständige Versorgung erbracht werden. Die SAPV kann somit als zusätzliche Leistung neben der sonstigen ambulanten Palliativversorgung verordnet werden. Bei vollständiger Versorgung durch das PCT ist die gleichzeitige Erbringung von Maßnahmen der sonstigen ambulanten Palliativversorgung und der SAPV nicht möglich. Mit der Regelung soll eine flexible Leistungsübernahme durch die Teams ermöglicht werden, bei der die Intensität der Leistungen nach Bedarf erweitert oder reduziert werden kann.

Abs. 3 enthält eine nicht abschließende Auflistung wesentlicher Leistungsinhalte der SAPV.

2.6 Zu § 6 (Zusammenarbeit der Leistungserbringer)

Abs. 1 verpflichtet die an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringer zu aufeinander abgestimmtem und bedarfsgerechtem Vorgehen, das u. a. durch verbindliche Kooperationsvereinbarungen erreicht werden soll.

Mit Abs. 1 S. 3 wird der gesetzliche Auftrag des § 37b Abs. 3 Nr. 2 umgesetzt, wonach in der Richtlinie Regelungen zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen zu treffen sind.

Mit Abs. 3 soll insbesondere der notwendige Informationsfluss zwischen den Leistungserbringern der allgemeinen und denen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gesichert werden (vgl. auch Gesetzesbegründung: BT-Drucks. 16/3100, S. 106).

Mit Abs. 4 soll dem notwendigen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung getragen werden (vgl. auch Gesetzesbegründung zu § 37 b Abs. 3 SGB V). Sie knüpft an das Ziel in § 1 Abs. 3 an, die Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen an deren individuellen Bedürfnisse und Präferenzen sowie die ihres Umfeldes besonders anzupassen.

Abs. 5 fordert über die vorangestellten Kooperationsverpflichtungen hinaus zu vernetztem Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen auf.

2.7 Zu § 7 (Verordnung von SAPV)

Mit Abs. 1 wird klargestellt, dass die Verordnung sowohl durch den behandelnden Vertragsarzt als auch durch den Krankenhausarzt verordnet werden kann. Gleichzeitig wird ein Zeitrahmen vorgegeben, innerhalb dessen am Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungssektor die notwendigen Maßnahmen zur Sicherstellung der Weiterbehandlung der Patienten getroffen werden müssen.

Mit Abs. 2 soll sichergestellt werden, dass der von der Formularkommission zu erarbeitende Vordruck zur Verordnung der SAPV eine flexible Leistungserbringung nach § 5 Abs. 2, S. 2 und 3 zulässt. Angaben zur Dauer sind notwendig, um die Möglichkeit zur intermittierenden Leistungserbringung (§ 5 Abs. 2 S. 2) zu gewährleisten.

2.8 Zu § 8 (Prüfung der Leistungspflicht durch die Krankenkasse)

In der SAPV sind rasche Entscheidungen über die Leistungsbewilligung notwendig. Die in § 8 getroffene Regelung ist inhaltlich an die entsprechende Vorschrift der HKP-Richtlinien angelehnt.

3. **Verfahrensablauf**

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
UA SAPV	30.08.2007	Entwurf der SAPV-Richtlinie, Einleitung der Stellungnahmeverfahren nach §§ 92 Abs. 7b und 91 Abs. 8a SGB V
G-BA	13.09.2007	Erstfassung der SAPV-Richtlinie und Einleitung der Stellungnahmeverfahren nach §§ 92 Abs. 7b und 91 Abs. 8a SGB V

Siegburg, den 13. September 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess