

Westsächsische Hochschule Zwickau
University of Applied Sciences

Bachelorthesis

**Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Studiengang Pflegemanagement**

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) im deutschen Gesundheitssystem und deren Umsetzung in Sachsen

Zur Erreichung des akademischen Grades Bachelor of Science (B.Sc.)

Verfasser: Martina Richter
Matrikelnummer: 30128
Seminargruppennummer: 102253
Erstprüfer: Prof. Dr. iur. Andreas Teubner
Zweitprüfer: Prof. Dr. Martin Grünendahl

Bernstadt, den 21.08.2015

Gewidmet Norbert Zachmann
(1962-2013)

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
Geschlechtsneutrale Formulierungen	V
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund	2
2.1 Was ist Palliative Care?	4
2.1.1 Historische Entwicklung.....	6
2.1.2 Definitionen und Terminologien	9
2.2 Die Ebenen der Leistungserbringung	12
2.3 Behandlungssektoren	15
2.3.1 Ambulante Angebote der Palliativversorgung	15
2.3.2 Stationäre und teilstationäre Angebote der Palliativversorgung	16
2.4 Abgrenzung zur Sterbehilfe	17
2.5 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung.....	18
3 Zielstellung	20
4 Methodik	21
5 Ergebnisse.....	22
5.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen, Richtlinien, Empfehlungen und regionale Verträge	23
5.2 Multiprofessionalität und beteiligte Berufsgruppen	30
5.2.1 Die Ärzte	33
5.2.2 Die Pflegekräfte.....	35
5.2.3 Andere hauptamtliche Berufsgruppen.....	36
5.2.4 Das Ehrenamt	39
5.2.5 Die Angehörigen.....	40
5.3 Kooperation und Netzwerkarbeit	41
5.4 Personengruppen mit besonderen Belangen	42
6 Diskussion	44
7 Fazit und Ausblick.....	50
Zusammenfassung	VI
Literaturverzeichnis.....	VIII
Glossar	XXIII
Anlagenverzeichnis.....	XXVII
Eigenständigkeitserklärung.....	LXXI

Abkürzungsverzeichnis

%	Prozent
§	Paragraph
ÄApprO	Approbationsordnung für Ärzte
AAPV	allgemeine ambulante Palliativversorgung
AltPflG	Altenpflegegesetz
APV	allgemeine Palliativversorgung
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BR-Drs	Drucksache des Deutschen Bundesrats
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
e.V.	eingetragener Verein
et al.	et altera (lat.) für „und andere“
EAPC	Europäische Gesellschaft für Palliative Care
f.	folgende
ff.	fortfolgende
G-BA	Gemeinsamen Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung(en)
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HPG	Hospiz- und Palliativgesetz
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KrPflG	Krankenpflegegesetz
n. Chr.	Nach Christus
PKV	privaten Krankenversicherung(en)
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB V	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch
SGB XI	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
SPV	spezialisierte Palliativversorgung
St.	Sankt
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Bevölkerung 2013 und 2025 nach Alter und Geschlecht.....	2
Abbildung 2:	Verwendete Begriffen für „Palliative Care“ in den verschiedenen europäischen Ländern	10
Abbildung 3:	Gegenüberstellung der Unterschiede in der Behandlung und Betreuung zwischen APV und SPV.....	14
Abbildung 4:	Karte der SAPV-Leistungserbringer und deren Versorgungsgebiet in Sachsen	LXVI

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen 2012 bis 2030.....	3
Tabelle 2:	Wichtige Meilensteine der modernen Hospizbewegung.....	7
Tabelle 3:	Aktuelle Palliativ- und Hospizangebote in Sachsen.....	17
Tabelle 4:	SAPV-Leistungsanbieter in Sachsen.....	LXVII

Geschlechtsneutrale Formulierungen

Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Personenbezeichnungen verzichtet. Sämtliche maskulinen Schreibweisen gelten ebenso, im Sinne der Gleichbehandlung, für die Vertreter/innen beiderlei Geschlechts.

1 Einleitung

Die Bedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen in der letzten Lebensphase sind überaus komplex und erfordern einen besonderen Versorgungsaufwand. Dem Wunsch vieler Sterbender, die letzte Lebensphase zu Hause zu verbringen, soll Rechnung getragen werden, da die vertraute Umgebung in einem Lebensabschnitt, welcher von körperlichem Leiden und Angst geprägt ist, Geborgenheit vermittelt (vgl. Kränzle, 2009, S. 3). Aus diesem Grund ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ein wichtiges Zukunftsthema.

Ziel der Arbeit ist es, dem Leser die Brisanz dieses Themas vor Augen zu führen. Die Palliativversorgung in Deutschland wurde im Studium des Pflegemanagements an der Westsächsischen Hochschule Zwickau unzureichend behandelt, obwohl es ein interessantes Thema von gesellschaftlicher Relevanz ist und auch im beruflichen Alltag wesentliche bis starke Berührungspunkte beinhaltet.

Aus Gründen der Qualitätssicherung und Evaluierung werden, die bei der Dokumentation erfassten Daten der einzelnen SAPV-Teams bereits regelmäßig an Krankenkassen und bundesweite online-Datenbanken der Hospiz- und Palliativ-Erfassung übermittelt, welche diese vergleichen und auswerten. Aus diesem Grund und wegen der Fülle zu berücksichtigender Informationen, wurden veröffentlichte Studien über die Qualität der SAPV in Sachsen untersucht und verglichen.

Im theoretischen Teil der Arbeit wird zunächst das Konzept Palliative Care erklärt und die Ebenen sowie die Sektoren vorgestellt, in denen Palliativversorgung erbracht werden kann. Des Weiteren beinhaltet dieser Teil die Klarstellung der Unterschiede zur Sterbehilfe und eine Einführung in das Thema SAPV.

Die Ergebnisse sind unterteilt in die Beleuchtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und anderen Vorgaben unter denen SAPV stattfindet, gefolgt von den teaminternen Abläufen sowie der externen Kooperation des SAPV-Teams mit anderen Leistungsanbietern des Gesundheitswesens. Zum Abschluss des Ergebniskapitels wird auf Personengruppen mit besonderen Belangen eingegangen, um deren Sonderstellung zu unterstreichen.

2 Theoretischer Hintergrund

Die Palliativversorgung gewinnt aufgrund des demografischen Wandels immer mehr an Bedeutung. Am 08.07.2015 veröffentlichte die Bertelsmann Stiftung neue Bevölkerungsprognosen, welche für ganz Deutschland die Erhöhung des Durchschnittsalters wie auch des Pflegebedarfs ankündigen (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2015a). Ebenso verhält es sich mit den Prognosen der sächsischen Bevölkerungsstruktur, welche bis 2030 rund 5,9 % seiner Einwohner verliert (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2015c). **Abbildung 1** veranschaulicht die zu erwartende Veränderung der Alterspyramide in den nächsten Jahren.

Bevölkerung in Sachsen am 31. Dezember 2013 und 2025 nach Alter und Geschlecht



Quelle: 2013 - Bevölkerungsfortschreibung
2025 - 5. Regionalisierte Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen bis 2025
© Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Abbildung 1: Bevölkerung 2013 und 2025 nach Alter und Geschlecht (Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2015b)

Die beiden Varianten (V1 und V2) berücksichtigen die unterschiedlichen Annahmen zum Auslandswanderungsverhalten, dem Wanderungsaustausch innerhalb Deutschlands und der Geburtenhäufigkeit im Freistaat Sachsen (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2011, S. 12). Sie zeichnen jedoch in Hinblick auf den allgemeinen Verlauf der demografischen Entwicklung ein klares Bild: Die zunehmende Alterung der Bevölkerung wird anhalten. Heute ist bereits jeder vierte Sachse 65 und älter, 2025 wird bereits jeder Dritte dieses Alter erreicht haben. Dies steht im starken Kontrast zur weiterhin schrumpfenden Bevölkerungszahl des Freistaates, wie in **Tabelle 1** als Bevölkerungsprognose ersichtlich ist. Die Zahl der älteren und hochbetagten Bürger wächst also sowohl relativ als auch absolut und dies sind somit genau die Altersgruppen mit erhöhtem Krankheits- und Pflegerisiko (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2015c, S. 3).

Tabelle 1: Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen 2012 bis 2030

Sachsen	2012	2015	2020	2025	2030
Absolute Bevölkerungsentwicklung	4 049 500	4 031 040	3 977 810	3 903 560	3 809 420
Relative Bevölkerungsentwicklung in %	0,0	-0,5	-1,8	-3,6	-5,9

(Quelle: Bertelsmann Stiftung, 2015b)

Im Jahr 2013 lag die Diagnose „Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge“ mit 9 891 Fällen auf Rang 16 der häufigsten Diagnosen von stationär behandelten Patienten (vgl. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2014a, S. 5 f.). Im selben Jahr sind 12 846 Einwohner an bösartigen Neubildungen verstorben. Das macht knapp ein Viertel aller Todesfälle in diesem Jahr aus (vgl. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2014b, S. 5 f.).

Im selben Jahr gab es in Sachsen 149 461 Pflegebedürftige. Diese Zahl stieg im Vergleich zu 1999 um rund 26,5 % an. Zwischen den Jahren 1999 und 2011 lag der Zuwachs nur bei ca. 17,6 % (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2015c, S. 13 ff.). Aus dieser deutlichen Erhöhung in den letzten Jahren ist ein rasanter Anstieg der Pflegebedürftigkeit in naher Zukunft ableitbar. Aufgrund des medizinischen Fortschritts steigt nicht nur das Durchschnittsalter, sondern auch die Überlebensdauer bei progredienten Erkrankungen, was zu einer Verlängerung des Zeitraums des Patienten in der Pflegebedürftigkeit führt (vgl. Radbruch/Payne, 2009, S. 287). Für das Jahr 2050 wurden vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz in

Abhängigkeit verschiedener Szenarien zwischen rund 193 000 bis 225 000 Pflegefälle vorausberechnet (vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2011, S.13 ff.). Dies bedeutet einen erheblichen Anstieg des Pflegebedarfs und somit auch der potentiellen Palliativpatienten.

2.1 Was ist Palliative Care?

Der Wortursprung von Palliative Care leitet sich vom lateinischen Begriff „pallium“ ab und bedeutet so viel wie Mantel oder Umhang. Das lateinische Verb „palliare“ kann als bedecken, ummanteln und lindern übersetzt werden. „Wie ein schützender Mantel soll Palliative Care für Wohlbefinden und Beschwerdefreiheit bei schweren Erkrankungen sowie auch im Sterben sorgen.“ (Lechner, 2012, S. 142)

Gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Palliative Care „ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Familien verbessert, die mit Problemen im Zusammenhang mit einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind, und zwar mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und umfassende Erfassung sowie durch die Behandlung von Schmerz und anderen Problemen im körperlichen, psychosozialen und spirituellen Bereich.“ (zitiert in der deutschen Übersetzung von Radbruch et al., 2011). Das Hauptziel von Palliative Care ist die Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität des Patienten. Diese spielt eine übergeordnete Rolle, da aufgrund der irreversiblen und progredienten Erkrankung, die Lebenserwartung stark begrenzt ist. Wegen der Vielfalt der Beschwerden muss der ganzheitlichen Betrachtung des Patienten besondere Beachtung geschenkt werden. Die Wechselwirkung der vier Dimensionen des ganzheitlichen Ansatzes, in denen Probleme und somit auch Schmerz entstehen können, findet auf der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Ebene statt (vgl. Grond, 2011, S. 11). Um dieser entgegen zu wirken, muss das Behandlungsteam, welches den Palliativpatienten betreut, transparent und multiprofessionell agieren. Die Europäische Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) definiert in ihrem „White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe“ (2009/2010) eine Anzahl gemeinsamer Werte und Prinzipien, welche die Palliativversorgung europaweit charakterisieren. Darunter findet sich das essentielle Recht auf Selbstbestimmung des Patienten. Jeder wird als eigenständiges Individuum anerkannt und mit Würde und Respekt behandelt (vgl. Radbruch/Payne, 2009).

Die Einschätzung der Lebensqualität eines Kranken stellt eine besondere Herausforderung dar, da diese subjektive Empfindung nur sehr schwer mit objektiven Parametern messbar ist. Erschwerend kommt hinzu, dass die verschiedenen Patienten aufgrund ihrer Biografie und Persönlichkeit die eigene gegenwärtige Lebensqualität vollkommen unterschiedlich einschätzen können (vgl. Jansky et al., 2012). Deswegen orientiert sich die Palliative Care an den individuellen Bedürfnissen des Patienten sowie seiner Angehörigen und agiert somit einzelfallgerecht. Dabei ist der Patientenwille zu beachten, welcher auch durch eine Patientenverfügung ausgedrückt werden kann (vgl. § 130 BGB). Der persönliche Wille umfasst unter anderem die Wahl der Umgebung bzw. des Ortes der Leistungserbringung. Aus diesem Grund kann die Palliativversorgung in stationären Einrichtungen (z. B. Pflegeheime, Hospize) wie auch ambulant (in häuslicher Umgebung) erbracht werden. Dies ist durch den Gesetzgeber in den §§ 37b und 39a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) festgeschrieben.

Die kurative Medizin dient der Lebenserhaltung sowie -verlängerung und hat das Ziel, die Gesundheit des Patienten zu erhalten oder wiederherzustellen (vgl. Albrecht et al., 2010, S. 2). Im Gegensatz dazu sind die Ziele der Palliativmedizin nicht mehr die Heilung, sondern die Erhaltung der bestmöglichen, subjektiven Lebensqualität durch Prävention bzw. Behandlung von Schmerzen. „Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.“ (**Anlage 2:** § 1 Abs. 1 Satz 2 SAPV-Richtlinie). Der Übergang von kurativer zu palliativer Behandlung ist meist fließend, indem sich das Behandlungsziel von „Lebensverlängerung“ hin zu „Erhaltung der Lebensqualität“ verschiebt (vgl. Hallek et al., 2010). Dennoch schließen sich Heilung und eine Palliative Situation nicht gegenseitig aus (vgl. Müller-Busch, 2011; Heller/Sattelberger, 2012, S. 99 ff.). Die Betreuung beginnt bereits in einem sehr frühen Stadium, in manchen Fällen schon mit der Diagnosestellung einer lebensbedrohlichen Erkrankung (vgl. World Health Organization, 2002; Council of Europe, 2003, S. 32). Meist wird eine palliative Versorgung erst in den weit fortgeschrittenen Krankheitsstadien benötigt. Dennoch können zu einem früheren Zeitpunkt des Krankheitsverlaufes Krisen entstehen, welche einer palliativen Intervention bedürfen (vgl. Radbruch/Payne, 2009). Des Weiteren kann ein frühzeitiger Beginn palliativer Betreuung die Überlebensdauer verlängern und die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, vermindern (vgl. Perner et al., 2010; Steins, 2012).

Historisch ist die Palliative Care zunächst für Tumorpatienten konzipiert worden, wurde jedoch im Laufe der Entwicklung auch auf Menschen mit tödlichen Nicht-Tumorerkrankungen angepasst (vgl. Voltz, 2007, S. 9). Darunter zählen Aids-Erkrankte,

Patienten mit neurologischen Systemerkrankungen sowie progredienten Herz-, Lungen- oder Nierenerkrankungen, aber auch multimorbide Hochbetagte mit einer Vielzahl von Alterskrankheiten. Die Unterschiede dieser Erkrankungen zeigen sich vor allem im Krankheitsverlauf, bei den Symptomen sowie bei den subjektiven Problemen von Tumor- und Nicht-Tumorpatienten, jedoch sind diese nicht signifikant und können durch palliative Betreuung gemildert werden (vgl. Stiel et al., 2014).

2.1.1 Historische Entwicklung

Bereits im 4. Jahrhundert n. Chr. gab es erste Hospize (vom lat. *hospitium* – Gasthaus, Herberge), in denen Wanderer und Kranke aufgenommen und gepflegt wurden. Viele dieser Herbergen entstanden während der Kreuzzüge im Mittelalter entlang der Pilgerwege. Die christliche Grundhaltung der Barmherzigkeit war jahrhundertlang die Basis der Sterbebegleitung. (vgl. Müller-Busch, 2012, S. 11; Heller/Pleschberger, 2015, S. 61 ff.)

Als Pionierin und Begründerin der modernen, weltweiten Hospiz- und Palliativbewegung gilt die Britin Dame Cicely Saunders (1918-2005). Sie war Krankenschwester und studierte Sozialarbeit sowie Medizin. Durch den engen persönlichen Kontakt zu einem sterbenden Patienten entwickelte sie die Idee eines ganz eigenen, multidimensionalen Konzeptes zur Pflege und Schmerztherapie sterbender Menschen, getragen von dem Grundgedanken, die letzte Lebensphase würdevoll zu begleiten und Leiden zu lindern. Schließlich eröffnete sie 1967 mit dem St. Christopher's Hospice in London das erste Hospiz „mit moderner Prägung“ (vgl. Reckinger, 2009, S. 1). Im Jahr 1977 formulierte Saunders die wesentlichen Grundsätze der Palliativmedizin, welche nicht nur die Versorgung von sterbenden Patienten und ihren Angehörigen umfasste, sondern auch erstmals Forschung, Evaluation und Ausbildung einschloss (vgl. Albrecht et al., 2010, S.4; Cicely Saunders Institute, 2015). Ab diesem Zeitpunkt breitete sich die Hospizidee weltweit rasant aus.

In Deutschland hingegen verzögerte sich die Entwicklung der Palliativbewegung erheblich. Dazu trug unter anderem auch der Dokumentarfilm „Noch 16 Tage ... eine Sterbeklinik in London“ über das Londoner St. Christopher's Hospice erheblich bei, welcher 1971 ausgestrahlt wurde und eine bundesweite Euthanasiediskussion anregte. Durch die unglückliche Wahl des Filmtitels entstand eine negative Konnotation aufgrund der Verbrechen des NS-Regimes. Im Dritten Reich wurden psychisch kranke und geistig behinderte Menschen unter dem Deckmantel des „Gnadentodes“ zunächst

isoliert und dann eliminiert. Die Propaganda-Maschinerie diffamierte ihr Leben als lebensunwert und identifizierte ihre Pflege als eine finanzielle Belastung der Gemeinschaft (vgl. Nationaler Ethikrat, 2006, S. 36/37). Diese Traumatisierung erschwerte lange eine sachliche Auseinandersetzung mit den Themen Sterbebegleitung und Hospizbewegung in Deutschland.

Erst 1983 wurde deutschlandweit die erste Palliativstation an der Chirurgischen Klinik der Universität Köln eröffnet. Drei Jahre später folgte die Gründung des ersten deutschen Hospizes „Haus Hörn“ in Aachen. Nach diesen schwierigen Anfangsjahren wurde die Hospizbewegung immer weiter ausdifferenziert, professionalisiert und spezialisiert. Aus der bürgerschaftlichen Bewegung wurde zunehmend eine gesellschaftliche Institution, indem Arbeitsgemeinschaften, Vereine und Interessenvertretungen rund um das Thema Hospiz- und Palliativversorgung gegründet, Lehrstühle für Palliativmedizin geschaffen, erste ambulant regional arbeitende Verbände etabliert und schließlich 2007 ein gesetzlicher Anspruch auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung eingeführt wurden. Die wichtigsten Meilensteine der Entwicklung der modernen Hospizbewegung finden sich in **Tabelle 2**.

Tabelle 2: Wichtige Meilensteine der modernen Hospizbewegung

Chronologische Entwicklung der Palliativversorgung	
1967	Gründung des St. Christopher's Hospice in London (Großbritannien) durch Dame Cicely Saunders
1971	Ausstrahlung des Dokumentarfilms „Noch 16 Tage ... eine Sterbeklinik in London“ über das St. Christopher's Hospice.
1975	Erste Palliativstation am Royal Victoria Hospital in Montreal (Kanada), dort wurde auch der Begriff „Palliative Care“ durch Balfour Mount geprägt
1983	Eröffnung der ersten Palliativstation an der Chirurgischen Klinik der Universität Köln
1984	Gründung der Arbeitsgruppe „Zu Hause sterben“ an der Evangelischen Fachhochschule in Hannover
1985	Erste ehrenamtlich und ambulant arbeitende Hospizgruppen bilden sich in vielen Städten
1986	Gründung des ersten stationären Hospizes „Haus Hörn“ in Aachen

Chronologische Entwicklung der Palliativversorgung – Fortsetzung Tabelle 2

1990	Weltgesundheitsorganisation WHO erarbeitet Erste Definition von Palliative Care
1992	Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz)
1994	Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
1997	Curricula Palliativmedizin für Ärzte, Pflegepersonal, Medizinstudenten, Sozialarbeiter und Seelsorger
1999	Erster Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Universität Bonn
2004	Einführung der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin für Fachärzte durch die Bundesärztekammer (BÄK)
2007	<ul style="list-style-type: none">• Umbenennung der BAG Hospiz in Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV)• Einführung des gesetzlichen Anspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§§ 37b und 132d SGB V)
2009	Palliativmedizin wird als Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium verankert
2010	Veröffentlichung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“

(Quelle: Albrecht et al., 2010, S. 9 ff.; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2015a; Heller/Pleschberger, 2015, S. 61 ff.; Maier/Sitte, 2013, S. 2; Müller-Busch, 2012, S. 11 f.)

Die Entwicklung der Palliativversorgung ist in Deutschland parallel auf zwei Ebenen gewachsen und lässt sich nur schwer linear rekonstruieren. Zum einen entwickelte sich die stark akademisch ausgerichtete und professionelle Palliativmedizin mit den ärztlich-medizinischen Hauptaufgaben der Schmerztherapie und der Symptomlinderung. Zum anderen etablierte sich durch ein bürgerschaftliches Engagement die Hospizbewegung, welche auf Sterbebegleitung sowie Palliativpflege abzielt und sich für ein menschenwürdiges, individuelles Sterben einsetzt (vgl. Müller-Busch, 2012, S. 12). Jedoch meint Palliative Care (oder der treffendste deutsche Begriff: Palliativversorgung) die ganzheitliche Betreuung sterbender Menschen. Dies beschränkt sich nicht nur auf ihre medizinische oder pflegerische Versorgung, sondern schließt auch die psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse des Patienten mit ein (vgl. Heller/Pleschberger, 2010, S.18).

2.1.2 Definitionen und Terminologien

Im englischsprachigen Raum hat sich der Begriff „palliative care“ etabliert (vgl. Müller-Busch, 2011). Synonym werden auch „hospice care“ oder „end-of-life care“ verwendet, diese sind jedoch weniger gebräuchlich (vgl. Albrecht et al., 2010, S. 15; Pastrana et al., 2008). Europaweit zeigt sich hingegen ein heterogenes Angebot an Termini zur Beschreibung der Palliativversorgung und selbst deutschlandweit herrscht ein unübersichtlicher Sprachgebrauch von Begriffen wie Palliativmedizin, Palliative Care, Palliativversorgung, Hospizbetreuung und Sterbebegleitung.

Weltweit

Die weltweit anerkannte Definition von „Palliative Care“ der WHO aus dem Jahr 2002 lautet (zitiert in der deutschen Übersetzung von Radbruch et al., 2011):

„Palliativversorgung ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Familien verbessert, die mit Problemen im Zusammenhang mit einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind, und zwar mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und umfassende Erfassung sowie durch die Behandlung von Schmerz und anderen Problemen im körperlichen, psychosozialen und spirituellen Bereich.“

Diese Definition ist bedarfsorientiert, grenzt keine Erkrankung aus und schließt auch die Prävention sowie die Angehörigen des Patienten mit ein.

Europaweit

Um europaweit einheitliche Standards und Richtlinien für die Hospiz- und Palliativversorgung zu schaffen, entwickelte die EAPC ein „White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe“ (2009/2010). Diese sollen der Sicherung der Qualitätsentwicklung, der kontinuierlichen Verbesserung und der landesübergreifenden Kooperation dienen (vgl. Radbruch/Payne, 2009; Radbruch/Payne, 2010).

Die Untersuchung zur Erstellung dieses Weißbuches befragte Palliativmediziner und Experten in ganz Europa zum Stand der Palliativversorgung in ihrem Land (vgl. Jünger et al., 2012). Daraus konnten Radbruch/Payne eine Übersicht (vgl. **Abbildung 2**) zu den verwendeten Begriffen für Palliative Care in Europa erstellen (vgl. Radbruch/Payne, 2009).

Country	Terms for 'palliative care'	Other terms
Austria	Palliativ(e) Care; Palliativmedizin; palliative Betreuung / Palliativbetreuung; Palliativversorgung	Lindernde Fürsorge (relief and comfort)
Belgium (Flemish)	Palliatieve zorg	
Belgium (Walloon)	Soins palliatifs	
Republic of Croatia	Paljativna skrb	
Cyprus	Anakoufisiki frontitha / frontida	Paragoritikes agogis (relief or comfort)
Czech Republic	Paliativni pece	
Denmark	Palliative indsats; palliative behandling (og pleje)	
France	Soins palliatifs	Accompagnement de fin de vie (accompaniment at the end of life)
Germany	Palliativmedizin; Palliativversorgung	Hospizarbeit ([volunteer] hospice work)
Greece	Anakoufistiki frontida	
Hungary	Palliatv ellts	
Iceland	Líknarmedferd / líknandi meðferd	
Ireland	Palliative care	
Israel	Tipul tomeh / tomech; tipul paliativi	Palliative care
Italy	Cure palliative	
Latvia	Paliativa aprupe	
The Netherlands	Palliatieve zorg	Terminale zorg (terminal care)
Norway	Palliativ behandling; palliativ omsorg; palliativ madisin; palliativ pleie	Lindrende behandling og omsorg (relief and comfort); palliative care
Portugal	Cuidados paliativos	
Spain	Cuidados paliativos	
Sweden	Palliativ vård; palliative medicin	
Switzerland	Palliative Care; Palliative Betreuung	
UK	Palliative care; palliative medicine	Supportive and palliative care; end-of-life care

Abbildung 2: Verwendete Begriffen für „Palliative Care“ in den verschiedenen europäischen Ländern (Quelle: Radbruch/Payne, 2009, S. 281)

Die hohe Anzahl der Begriffe ist eng verbunden mit der historischen Entwicklung in den verschiedenen europäischen Ländern und die daraus resultierenden Philosophien in Zusammenhang mit Sterbebegleitung (vgl. Jünger et al., 2012).

Die EAPC hat bereits 1998 eine überarbeitete Definition von „Palliative Care“ veröffentlicht (zitiert in der deutschen Übersetzung von Radbruch et al., 2011, S. 219):

„Palliativversorgung ist die aktive, umfassende Versorgung des Patienten, dessen Erkrankung auf eine kurative Behandlung nicht anspricht. Kontrolle von Schmerzen, anderen Symptomen sowie von sozialen, psychologischen und spirituellen Problemen ist oberstes Ziel. Palliativversorgung ist interdisziplinär in ihrem Ansatz und umfasst den Patienten, die Familie und deren Umfeld. Palliativversorgung stellt somit das grundlegendste Konzept der Versorgung dar – dasjenige, das sich an den Bedürfnissen des Patienten orientiert, wo immer er oder sie betreut wird, sei es zu Hause oder im Krankenhaus. Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als normalen Prozess; weder beschleunigt noch verhindert sie den Tod. Sie strebt danach, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu erhalten.“

Im Vergleich mit der Definition der WHO ist diese umfassender und umreißt die Thematik klarer. Dennoch zeigt die Untersuchung von Jünger et al., dass viele europäische Mediziner und Wissenschaftler diese Definition für zu lang halten und bemängeln in beiden Begriffsbestimmungen das Fehlen eines eindeutigen Startzeitpunktes von Palliative Care (vgl. Jünger et al., 2012).

Bundesweit

Die Wurzeln der Palliativversorgung liegen in Deutschland ganz klar in der bürgerrechtlichen Hospizbewegung. Aus diesem Grund gründeten sich bundesweit, unabhängig voneinander, zahlreiche Organisationen, Interessenverbände und Initiativen rund um das Thema Sterbebegleitung. Im Allgemeinen orientieren sich diese an der WHO-Definition von Palliative Care oder zitieren die Definition von Palliativmedizin der Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (Radbruch et al., 2005):

„Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist. Palliativmedizin soll sich dabei nicht auf die letzte Lebensphase beschränken. Viele Grundsätze der Palliativmedizin sind auch in frühen Krankheitsstadien zusammen mit der kausalen Therapie anwendbar. Palliative Zielsetzungen können in verschiedenen organisatorischen Rahmen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich verfolgt werden.“

Diese Definition beschränkt sich allerdings auf den palliativmedizinischen Teil der Palliative Care und schließt die ganzheitliche Sichtweise auf den Patienten nicht mit ein.

Aufgrund der bereits mehrfach angeführten geschichtlich bedingten Trennung der Palliativmedizin und der Palliativpflege (meist in Gestalt der Hospizbewegung) wurden in Deutschland verschiedenste Terminologien verwendet, um Palliative Care zu beschreiben (Pastrana et al., 2008). In früheren Übersetzungen der englischen Definitionen der WHO und der EAPC wurde „Palliative Care“ mit Palliativmedizin übersetzt (vgl. Radbruch et al., 2005). Diese internationalen Begriffsbestimmungen meinen jedoch nicht nur die palliativmedizinische Behandlung, sondern eine ganzheitliche Betreuung des Patienten (vgl. Zieschang et al., 2012). Die Wahl des Terminus Palliativversorgung wurde erst in neueren Übersetzungen gewählt. Dies lässt darauf schließen, dass in Deutschland eine Sensibilisierung für die Teilbereiche der Palliativversorgung erfolgt ist.

Angesichts des vielschichtigen Bedeutungszusammenhangs werden die verschiedenen Begriffe in dieser wissenschaftlichen Arbeit wie folgt verwendet:

- Mit dem Begriff Palliativmedizin sind ausschließlich medizinische (Be-)Handlungen gemeint.

- Mit dem Begriff Palliativpflege sind ausschließlich pflegerische (Be-)Handlungen gemeint.
- Der internationale Begriff „Palliative Care“ meint das ganzheitliche Konzept der palliativen Sterbebegleitung im medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Bereich.
- Palliativversorgung wird im Allgemeinen mit „Palliative Care“ gleichgesetzt. Im Speziellen (in Zusammenhang mit Themen im rechtlichen Bereich) meint Palliativversorgung die konkrete Versorgung eines Patienten mit Leistungen im Sinne der Palliative Care im ambulanten und/oder stationären Bereich.

2.2 Die Ebenen der Leistungserbringung

Die Palliative Care wird in allen Settings (ambulant wie auch stationär) auf zwei Ebenen angeboten. Zum einen als allgemeine und zum anderen als spezialisierte Versorgung in Abhängigkeit der Schwere der Erkrankung.

Allgemeine Palliativversorgung (APV)

Die allgemeine Palliativversorgung umfasst alle Leistungen der Primärversorgung von sterbenden Patienten. Das entspricht einer bedarfsgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung im Sterben liegender Menschen ohne komplexe Symptomlast. Im stationären Sektor wird dies durch Krankenhäuser der Regelversorgung, Pflegeheime und andere stationäre Einrichtungen sichergestellt. Im ambulanten Bereich (allgemeine ambulante Palliativversorgung: AAPV) arbeiten niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Mitarbeitern von ambulanten Pflegediensten, die eine Basisqualifikation im Bereich Palliative Care oder langjährige Berufserfahrung mit sterbenden Patienten haben, mit Spezialisten eng zusammen, um eine lückenlose Versorgung zu gewährleisten. Es können weitere Professionen wie z.B. Physiotherapeuten, Seelsorger, ambulante Hospizdienste oder Ehrenamtliche hinzugezogen werden, deren intensive Vernetzung von hoher Bedeutung ist. In Notfallsituationen wird die Erreichbarkeit durch eine Rufbereitschaft, wie sie in ambulanten Pflegediensten vorgeschrieben ist, sichergestellt (vgl. Müller, 2011, S. 4 ff.; Maier, 2012, S. 215). Die internationale Bezeichnung für APV lautet „Primary Palliative Care“ (vgl. Schneider et al., 2010).

Spezialisierte Palliativversorgung (SPV)

Kommt es zu speziellen Problemen und Komplikationen in Folge der Erkrankung, kann die allgemeine Palliativversorgung diese nicht mehr hinreichend abdecken. Bei komplexen Anforderungen, wie ausgeprägten Schmerzzuständen, akuter Luftnot, exulzierenden Wunden oder Tumoren sowie starker Übelkeit mit Erbrechen benötigen die Betroffenen vorübergehend oder dauerhaft eine spezialisierte Unterstützung durch ein hochqualifiziertes Versorgungsteam. Diese ist nicht auf den somatischen Bereich begrenzt, sondern schließt im Sinne der ganzheitlichen Patientenorientierung auch die Betreuung von psychischen Problemen mit ein, wenn z.B. infolge der Diagnose der progredienten Erkrankung eine Depression auftritt oder die starken Schmerzen sowie der nahe Tod zu Angstzuständen führen (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften et al., 2015b).

Um eine SPV gewährleisten zu können, müssen verschiedenste Berufsgruppen eng zusammen arbeiten. Dazu zählen Hausärzte, Schmerztherapeuten, Palliativmediziner, Palliativpflegekräfte, Ehrenamtliche, Sozialarbeiter und Psychologen. Alle Mitarbeiter jeder beteiligten Berufsgruppe müssen eine spezielle Palliative-Care-Weiterbildung absolviert haben, sowie langjährige praktische Berufserfahrung im Palliativbereich aufweisen (vgl. Müller, 2011, S. 4 ff.; Maier, 2012, S. 215). Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 10-12 % der sterbenden Menschen eine spezialisierte Palliativversorgung benötigen (vgl. Müller-Busch, 2012, S.17). Wird SPV ambulant erbracht (spezialisierte ambulante Palliativversorgung: SAPV), so geschieht dies durch ein multiprofessionelles Palliative-Care-Team. Auf dieses Themengebiet wird in der vorliegenden Arbeit speziell eingegangen.

Zusammenfassend lässt sich anführen, dass der Unterschied zwischen der APV und der SPV in der Schwere des Symptommgeschehens des schwerstkranken Patienten liegt. Daraus resultiert auch die unterschiedliche Höhe der beruflichen Spezialisierung der Leistungserbringer, da eine besonders aufwändige Versorgung sowie ein speziell aus- und weitergebildetes Team aus verschiedenen Berufsgruppen benötigt wird. **Abbildung 3** verdeutlicht in einer Gegenüberstellung genauere Unterschiede in der Behandlung und Betreuung zwischen APV und SPV, jedoch bleibt der Übergang fließend und nicht durch Richtlinien oder Standards definiert.

Kriterium	Allgemeine Palliativversorgung	Spezialisierte Palliativversorgung
1. Schmerzen	Untersuchung, angemessene Diagnostik Beginn der Therapie nach WHO-Stufenleiter mind. tägliche Kontrolle des Therapieeffekts* Dokumentation*	inadäquate Schmerzkontrolle inakzeptable Nebenwirkungen
2. andere Symptome	Untersuchung, angemessene Diagnostik Beginn der Therapie mind. tägliche Kontrolle des Therapieeffekts* Dokumentation*	inadäquate Symptomkontrolle inakzeptable Nebenwirkungen komplexe Symptomkombinationen
3. psychologische Unterstützung für Patient und Angehörige	grundlegende psychologische und spirituelle Hilfe*/** angemessene Kontrolle und Dokumentation*	komplexe psychologische oder/und spirituelle Situation
4. sterbender Patient	Diagnose Sterbephase adäquate Symptomkontrolle adäquate psychologische Unterstützung*/**	komplexe somatische, psychologische oder/und spirituelle Situation
5. Krankheitsverarbeitung	Sicherstellen, dass Patient und Angehörige Diagnose und Krankheitssituation kennen und bewusst Therapieentscheidungen treffen können Re-Evaluation bei klinischer Änderung Dokumentation*	Verleugnung oder andere Kommunikations- hindernisse in der Familie, die eine adäquate Behandlung verhindern komplexe Familiendynamik
6. bedarfsgerechte Versorgung	ggf. Überweisung an teilstationäre oder stationäre Einrichtung*	Verlegung unter Zeitdruck, Verlegung in Palliativstation oder Hospiz

* dabei kann die Hinzuziehung eines ambulanten Palliativpflegedienstes hilfreich sein und eine stationäre Einweisung verhindern helfen
** dabei kann die Hinzuziehung einer ambulant arbeitenden Hospizgruppe hilfreich sein und eine stationäre Einweisung verhindern helfen

Abbildung 3: Gegenüberstellung der Unterschiede in der Behandlung und Betreuung zwischen APV und SPV (Quelle: Voltz, 2008, S. A21)

Die EAPC hingegen erweitert dieses Modell auf vier Ebenen, indem sie den „Palliativen Versorgungsansatz“ als erste Stufe und „Palliative Kompetenzzentren“ als vierte Stufe hinzufügt (vgl. Radbruch/Payne, 2009). Der Unterschied der jeweiligen Stufen liegt in der Qualifikation und dem Spezialisierungsgrad der Leistungserbringer.

Der Palliative Versorgungsansatz versucht Palliative Care durch nichtspezialisierte Leistungserbringer ohne Palliative-Care-Weiterbildung zu gewährleisten. Diese verfügen dennoch über Grundkenntnisse, welche in der Ausbildung vermittelt wurden, und Erfahrung bei der Betreuung von Sterbenden. Konkret ist damit das Pflegepersonal in Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen gemeint, welche die palliative Versorgung nicht als Hauptleistung anbieten (vgl. Radbruch/Payne, 2009) sowie niedergelassene Vertragsärzte ohne Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin. In ländlichen Räumen stellte der Palliative Versorgungsansatz lange die einzige Möglichkeit der ambulanten Palliativversorgung dar, da sich Schwierigkeiten und Verzögerungen bei der Umsetzung der geforderten Flächendeckung ergaben (vgl. Föllmer, 2014, S.140). Dies ist allerdings lediglich einen Versorgungsansatz, welcher nur so lange aufrechterhalten werden kann, bis das komplexe Symptomgeschehen eine Überleitung in ein stationäres Hospiz oder eine Palliativstation bzw. zu ambulanten Diensten, welche SPV oder APV anbieten, erfordert. Da APV noch immer nicht klar definiert ist, ver-

schwimmen die Grenzen zwischen APV und dem palliativen Versorgungsansatz sehr stark.

Die Palliativen Kompetenzzentren bilden die vierte Stufe des Modells der EAPC, welche eine spezialisierte Palliativversorgung in einem breiten Spektrum an Settings anbieten sollen. Dies schließt nicht nur ambulante und stationäre Behandlungsangebote ein, sondern auch Möglichkeiten zur akademischen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie zur Forschung und Öffentlichkeitsarbeit. Die Realisierung solch einer Einrichtung mit diesem allumfassenden Angebot liegt noch in der Zukunft und wird unter Wissenschaftlern kontrovers diskutiert (vgl. Radbruch/Payne, 2009).

2.3 Behandlungssektoren

Das deutsche Gesundheitssystem ist charakterisiert durch die Trennung des ambulanten und stationären Behandlungssektors. Ordnungspolitisch beschränkt sich der stationäre Sektor auf die Behandlung und den Aufenthalt im Krankenhaus. Die ambulante Versorgung wird hingegen von ambulant tätigen Vertragsärzten der Regelversorgung übernommen, wodurch Pflegeheime und stationäre Hospize auch in den ambulanten Versorgungssektor fallen (vgl. Maier/Sitte, 2013, S. 5). Bei der Finanzierung spielen diese, auf den ersten Blick paradox wirkenden, Sektorgrenzen wieder eine tragende Rolle.

Die Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird hier allerdings an der baulichen Abgrenzung der Institution und der Aufenthaltsdauer des Patienten in der Einrichtung festgemacht.

2.3.1 Ambulante Angebote der Palliativversorgung

Aufgrund der dezentralen, bürgerschaftlichen Hospizbewegung entstanden bundesweit sehr vielfältige Organisationsformen und Initiativen, besonders auf dem Gebiet der ambulanten Betreuung. So gibt es in Deutschland folgende ambulante Organisationsformen der Palliativversorgung:

- Basisversorgung im Rahmen des palliativen Versorgungsansatzes durch ambulante Pflegedienste und niedergelassene Vertragsärzte ohne Zusatz-Weiterbildung
- Ambulante Hospizinitiativen
- Ambulante Hospizdienste
- SAPV

Da die ambulante Palliativversorgung nicht an einen Erbringungsort gebunden ist, kann sie auch durch die genannten Dienste in stationären Einrichtungen erbracht werden, welche sich nicht in erster Linie mit Sterbebegleitung oder palliativer Betreuung befassen, z.B. in stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderung sowie der Kinder- und Jugendhilfe.

Genauere Erläuterungen der Aufgaben- und Einsatzbereiche der angeführten ambulanten Dienste finden sich im Glossar, da diese Angebote nicht Thema der vorliegenden Arbeit sind.

2.3.2 Stationäre und teilstationäre Angebote der Palliativversorgung

Stationäre Einrichtungen, in denen Palliativversorgung erbracht wird, kennzeichnen sich vor allem durch den festgelegten, außerhäuslichen Ort der Leistungserbringung, meist in Form einer Institution.

- Palliativstation
- Palliativmedizinischer Konsiliardienst
- Stationäres Hospiz
- Tageshospiz

Detailliertere Erläuterungen sind im Glossar zu finden.

In **Tabelle 3** sind die aktuellen Palliativ- und Hospizangebote in Sachsen dargestellt. Die Unterteilung erfolgt durch die Zuordnung der Leistungserbringer in die Behandlungssektoren. Es wurden ausschließlich SAPV-Teams, ambulante Hospizdienste, Palliativstationen und Hospize berücksichtigt.

Tabelle 3: Aktuelle Palliativ- und Hospizangebote in Sachsen

Bereich	Palliativversorgung	Hospizversorgung
Ambulant	<ul style="list-style-type: none">• 17 Teams für Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)• 1 Team für Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung	<ul style="list-style-type: none">• 47 Ambulante Hospizdienste• 7 Ambulante Kinderhospizdienste
Stationär	<ul style="list-style-type: none">• 24 Palliativstationen	<ul style="list-style-type: none">• 7 Hospize• 1 Kinderhospiz

(Quelle: Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen, 2015a, 2015b, 2015c, 2015d, 2015e, eigene Darstellung)

2.4 Abgrenzung zur Sterbehilfe

In der Palliative Care ist die Selbstbestimmung eine essentielle Grundvoraussetzung. So kann es dazu kommen, dass ein Patient den Wunsch äußert, seinen Sterbeprozess zu beschleunigen. Diese Äußerung ist zu dokumentieren und Motive sowie Hintergründe des Wunsches müssen, in einem vertraulichen Gespräch mit dem Patienten, eruiert werden (vgl. Roser, 2012, S. 67 ff.). Grundlegend ist die Palliative Care lebensbejahend und betrachtet das Sterben als einen natürlichen Prozess, sie will den Tod weder beschleunigen, noch hinauszögern (vgl. Council of Europe, 2003, S. 30 ff.). Dies steht nicht im Gegensatz zu einem individuellen Sterbeprozess und stellt somit eine Alternative zu den unethischen Handlungen der aktiven Sterbehilfe oder des assistierten Suizids dar (vgl. Glossar).

Passive und indirekte Sterbehilfe sind rechtlich straffrei und werden von der DGP wie auch vom Nationalen Ethikrat vertreten (vgl. Nationaler Ethikrat, 2006, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2014). Die BÄK veröffentlichte 2011 in einer Bekanntmachung ihre Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung und verdeutlichte damit ihren Standpunkt zu diesem Thema (Bundesärztekammer, 2011, S. 347):

„Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d. h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie menschenwürdig sterben können. (...) Maßnahmen, die den Todeseintritt nur verzögern, sollen unterlassen oder beendet werden. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.“

In der Befragungswelle 2011 des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung wurde festgestellt, dass 32% der Befragten Palliativversorgung mit Sterbehilfe gleichsetzen. Jedoch stellte sich ein signifikanter Zusammenhang ($p \leq 0,01$) zwischen dieser Assoziation und einem niedrigeren sozialen Status heraus. Dies lässt auf eine Verunsicherung und Unklarheit über die Begrifflichkeiten sowie die Konzepte der Palliativversorgung in der breiten Bevölkerung schließen (vgl. Klindtworth et al., 2013).

Die Palliative Care lässt das Sterben zu einem angemessenen Zeitpunkt geschehen. Das Leiden am Ende des Lebens wird nicht durch schmerzhaft und fragwürdige Therapiemaßnahmen hinausgezögert, jedoch auch nicht durch Sterbehilfe beschleunigt. Durch Beistand und Pflege wird ein würdevolles Sterben ermöglicht (vgl. Bundesärztekammer, 2011; Albrecht et al., 2010, s. 1 ff.).

Aktuell ist die Debatte um Sterbehilfe wieder neu entbrannt. Am 02.07.2015 diskutierte der Bundestag über eine Neuregelung des assistierten Suizids. Aktuell wurden vier Gesetzesentwürfe vorgestellt, welche die Strafbarkeit aufgrund der Beihilfe zum Suizid unterschiedlich regeln. Das Spektrum beginnt mit einem vollständigen Verbot der Hilfe zur Selbsttötung für alle Involvierten, egal ob es sich dabei um Ärzte, Sterbehilfevereine oder Angehörige handelt, und endet mit einer liberaleren Neugestaltung des assistierten Suizids. Dennoch verbindet alle Entwürfe eine Gemeinsamkeit: Sie verbieten erwerbsmäßig organisierte Sterbehilfe. Eine Einigung wird Ende des Jahres erwartet (vgl. Deutscher Bundestag, 2015).

2.5 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die DGP und der DHPV haben bereits 2009 eine Definition von spezialisierter, ambulanter Palliativversorgung veröffentlicht (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2009):

„Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient – in Ergänzung zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. Nur ein Teil aller Sterbenden benötigt diese besondere Versorgungsform.“

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung richtet sich an Palliativpatienten und deren soziales Umfeld, wenn die Intensität oder Komplexität der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (Palliative Care Team) notwendig macht - vorübergehend oder dauerhaft. Sie erfolgt im Rahmen einer ausschließlich auf Palliativversorgung ausgerichteten Versorgungsstruktur.

Diese beinhaltet insbesondere spezialisierte palliativärztliche und palliativpflegerische Beratung und/oder (Teil-)Versorgung, einschließlich der Koordination von notwendigen Versorgungsleistungen bis hin zu einem umfassenden, individuellen Unterstützungsmanagement. Multiprofessionalität, 24-stündige Erreichbarkeit an sieben Tagen in der Woche und Spezialistenstatus (durch Weiterbildung und Erfahrung) der primär in der Palliativversorgung tätigen einzelnen Leistungserbringer sind unverzichtbar.

Das Team führt regelmäßige multiprofessionelle Teamsitzungen und Fallbesprechungen durch und arbeitet eng mit den Strukturen der Primärversorgung (z.B. niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie den Einrichtungen der Hospizbewegung zusammen. SAPV kann als alleinige Beratungsleistung, Koordinationsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenversorgung verordnet werden. Leistungen nach SGB XI sind jedoch nicht Bestandteil der SAPV.“

Diese Definition ist äußerst umfangreich und beinhaltet alle wichtigen Teilaspekte der SAPV. Durch die Sicherstellung einer spezialisierten Versorgung in gewohnter Umgebung, welche das komplexe Beschwerdebild mit hoher Symptomlast auch ambulant betreuen kann, wird nicht nur das Verbleiben des Patienten in seinem häuslichen und familiären Milieu sichergestellt, sondern auch unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden. Dennoch kann eine Überleitung in ein stationäres Hospiz oder eine Einweisung in ein Krankenhaus erfolgen, wenn die Angehörigen mit der langanhaltenden Pflege überfordert sind oder sich der Krankheitsverlauf schnell und stark verschlechtert (vgl. Jansky et al., 2012). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) zitiert in seinen SAPV-Empfehlungen (siehe **Anlage 3**) Expertenschätzungen, welche den Bedarf an SAPV-Leistungen auf bis zu 10 % aller Sterbenden beziffern (vgl. Punkt 2.4 Satz 6 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes).

Die SAPV ist von der AAPV zu unterscheiden. AAPV stellt die ambulante palliativmedizinische Basisversorgung von schwerstkranken Patienten dar und wird im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von niedergelassenen Ärzten in Kooperation mit ambulanten Diensten, z.B. Pflege- oder Hospizdiensten, erbracht.

Diese Leistungserbringer sind multiprofessionelle SAPV-Teams oder Brückenteams mit palliativpflegerischer sowie palliativmedizinischer Fachkompetenz, welche nicht nur intern eng und berufsgruppenübergreifend zusammenarbeiten müssen, sondern auch extern mit anderen Leistungserbringern (niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Krankenhausärzte, stationäre Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Hospize, ambulante Hospizdienste und -initiativen sowie Pflegedienste) kooperieren müssen (vgl. Müller, 2011, S. 15). Sie stellen somit regional einen Teil der vernetzten Versorgungsstruktur im Gesundheitssystem dar.

3 Zielstellung

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll dem Wunsch vieler schwerstkranker und sterbender Menschen, zu Hause in vertrauter Umgebung und in Würde zu sterben, Rechnung tragen. Bereits seit dem Jahr 2007 gibt es einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen der SAPV, doch die Umsetzung konfrontierte die Leistungserbringer und den Gesetzgeber zunächst mit großen Schwierigkeiten, weshalb diese nur mühsam voran ging.

Aufgrund der starken Weiterentwicklung der SAPV-Landschaft in den letzten Jahren und vor dem Hintergrund der geplanten Gesetzesänderung haben sich folgende Forschungsfragen ergeben:

1. In wie weit konnten die 2007 formulierten gesetzlichen Ansprüche an die SAPV inzwischen umgesetzt werden? Konnte eine flächendeckende Versorgung realisiert werden?
2. Welche Veränderungen kommen auf die SAPV im Zuge des verabschiedeten Gesetzentwurfes des (neuen) Hospiz- und Palliativgesetzes zu?
3. Wie ist die Beziehung zwischen Leistungserbringer und Krankenkassen, welche auch die Finanzierung beinhaltet, geregelt?
4. Wie funktioniert ein multiprofessionelles Team, welches SAPV erbringt?

4 Methodik

Bei der Wahl des Untersuchungstyps wurde sich für die theoriebasierte Exploration entschieden, da durch die systematische Durchsicht und Analyse wissenschaftlicher Publikationen, veröffentlichter Artikel sowie grauer Literatur der aktuelle Stand des Themas „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung im deutschen Gesundheitssystem und deren Umsetzung in Sachsen“ abgebildet werden kann. Durch die Veröffentlichungen von Wissenschaftlern und Forschungseinrichtungen bietet es sich bei der Untersuchung des Themas an, diese zu vergleichen und ein aktuelles Bild der SAPV-Versorgungslandschaft daraus zusammen zu setzen.

Die Literaturrecherche zum Thema erfolgte im Zeitraum von April 2015 bis Juli 2015 und wurde über das Datenbank-Infosystem der Westsächsischen Hochschule Zwickau begonnen. Dort wurden die internationalen Online-Datenbanken Medline, DAHTA-Datenbank, Embase, MedPilot, PubMed und wiso sowie die elektronischen Zeitschriftenbibliotheken GMS (German Medical Science), Elsevier und Springer Journals zur Suche genutzt. Die Recherche wurde systematisch mit den Stichworten „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ und „SAPV“ sowie den englischen Schlagworten „specialized outpatient palliative care“ sowie „palliative care“ und „home care“ in Verbindung mit dem Booleschen Operator „UND“ durchgeführt. Im Filter wurden die Sprachen „Deutsch“ und „Englisch“ markiert, sowie unter Dokumententyp der „Journal Article“ ausgewählt. Da global und selbst europaweit unterschiedliche Strukturen des Gesundheitswesens und somit auch der Palliativversorgung vorherrschen, wurde bei der Recherche darauf geachtet, dass sich die betrachteten Quellen in ihren Untersuchungen ausschließlich auf das deutsche Gesundheitssystem beziehen oder gezielt dieses mit andern vergleichen. Diese wissenschaftliche Arbeit behandelt den aktuellen Stand der Versorgung sterbender Menschen im deutschen Gesundheitssystem, weswegen das Erscheinungsjahr als Entscheidungskriterium eingeschlossen wurde. Aufgrund der starken Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern ist eine bundesweite Vergleichbarkeit kaum möglich, weshalb Sachsen zur näheren Betrachtung ausgewählt wurde und Untersuchungen, welche sich ausschließlich auf andere Bundesgebiete bezogen, ausgeschlossen wurden.

Durch die unsystematische Suche auf Internetseiten verschiedenster Palliativgesellschaften und –verbände nach grauer Literatur sowie über die Suchmaschine Google ergaben sich weitere zu untersuchende Quellen. Die genaue Beschreibung der verschiedenen Phasen der systematischen Analyse sind in **Anlage 1**

als Flussdiagramm dargestellt (vgl. Ziegler et al., 2011). Nach der Überprüfung des Abstracts hinsichtlich der Qualität und Aussagekraft der Artikel, ergab die Literaturrecherche insgesamt 26 Publikationen, welche die Grundlage für diese wissenschaftliche Arbeit bilden.

Die Recherche der Monographien und Herausgeberwerke erfolgte über die Bibliothekskataloge der Westsächsischen Hochschule Zwickau sowie der Hochschule Görlitz/Zittau. Dort wurde ebenfalls mit den bereits genannten Stichworten gesucht. Aufgrund der gesetzlichen Neuregelung im Jahr 2007 konnten alle Werke vor diesem Datum ausgeschlossen werden.

5 Ergebnisse

Eine Studie von Simon et al. (2012) ergab, dass anders als in den meisten Industrieländern, die Menschen in Deutschland überwiegend außerhalb des Krankenhauses sterben (vgl. Simon et al., 2012). Um dies zu ermöglichen, muss die Palliativversorgung ambulant erbracht werden. Liegt ein besonders ausgeprägtes Symptomgeschehen vor, übernimmt dies die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Form eines mobilen SAPV-Teams.

Im Folgenden werden die gesetzlichen Grundlagen und Richtlinien der SAPV sowie die Beziehung zu den Krankenkassen thematisiert und die am SAPV-Team beteiligten Berufsgruppen und Professionen beleuchtet. Anschließend erfolgt die Veranschaulichung der Netzwerkarbeit und der Kooperation des SAPV-Teams mit anderen Leistungserbringern des deutschen Gesundheitssystems. Zuletzt werden die Betroffenenengruppen mit besonderen Belangen behandelt, um deren Sonderstellung klar darzulegen.

5.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen, Richtlinien, Empfehlungen und regionale Verträge

Das deutsche Gesundheitssystem ist charakterisiert durch die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie die Unterscheidung der Patienten in gesetzlich und privat Versicherte.

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung am 01.04.2007, im Rahmen der Gesundheitsreform der Bundesregierung, wurden bundesweit die rechtlichen Rahmenbedingungen für einen Anspruch auf Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung geschaffen. Die Grundlage für diese Leistung regeln die §§ 37b und 132d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), welches Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung beinhaltet. Demnach sind alle gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, die SAPV für ihre Versicherten mit entsprechendem Bedarf zu erbringen. Vor der Gesetzesänderung im Jahr 2007 wurden in verschiedenen Modellprojekten zur ambulanten Palliativversorgung Verträge der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V geschlossen (vgl. Schneider/Schwartz, 2006).

Die Konkretisierung der Anspruchsvoraussetzungen sowie des Inhalts und des Umfangs der SAPV-Leistungen übertrug der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)¹. Auf der Grundlage des § 37b Absatz 3 SGB V und nach § 92 Absatz 1 S. 2 Nr. 14 SGB V hat der G-BA am 20.12.2007 eine verbindliche und konkrete Richtlinie zur Verordnung von SAPV (SAPV-Richtlinie, vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2010) erlassen (siehe **Anlage 2**).

Des Weiteren hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)² am 23.06.2008 Empfehlungen gem. § 132d Absatz 2 SGB V verabschiedet, um die zukünftige Umsetzung der SAPV in die Praxis sowie die Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern der SAPV zu gestalten (siehe **Anlage 3**). Ebenso werden, wie bei der SAPV-Richtlinie des G-BA, Ziele, Zulassungsvoraussetzungen, sowie Inhalt und Umfang der Leistungen definiert. Des Weiteren gibt es detaillierte Festlegungen zu organisatorischen Voraussetzungen, personellen Anforderungen und zur Qualitätssicherung (vgl. GKV-Spitzenverband, 2012).

¹ Laut § 91 Abs. 1 Satz 1 SGB V aus der kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildet

² gemäß § 217a SGB V

Die Regelungen sollen dem Ziel der flächendeckenden Palliativversorgung dienen (vgl. Albrecht et al., 2010, S. 9; Müller 2011 S. 8; Föllmer, 2014, S.140). Weder im SGB V noch in den SAPV-Richtlinien oder den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes ist explizit der Vorsatz, eine Flächendeckung zu erreichen, erwähnt, jedoch lässt sich dies aus dem § 1 der SAPV-Richtlinie sowie dem Punkt 2.3 der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes ableiten. Zum einen soll ein menschenwürdiges Leben in vertrauter Umgebung ermöglicht werden und zum anderen soll die Versorgung trotz besonderem Versorgungsaufwand wohnortnah erfolgen. Um dies gewährleisten zu können, muss ein Zugang für alle Patienten zur Palliativversorgung ermöglicht werden, ohne die Selbstbestimmung des Individuums einzuschränken. Dies kann nur stattfinden, wenn ein flächendeckendes Netz mit Anbietern geschaffen wird, um jedem Versicherten die SAPV zu ermöglichen.

Die Leistungen der SAPV sind laut § 37b Absatz 1 Satz 3 SGB V als „ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle“ definiert und gehen somit über die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V hinaus. Die SAPV beinhaltet alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung und kann als Beratungsleistung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Versorgung erfolgen (vgl. § Absatz 1 und 2 SAPV-Richtlinie). Die genauen Inhalte sind unter § 5 Absatz 3 SAPV-Richtlinie aufgelistet.

Laut § 37b Absatz 1 SGB V wird der Personenkreis, welcher SAPV-Leistungen in Anspruch nehmen darf, eingeschränkt. Die Empfänger von SAPV sind „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen (...)“ (§ 2 SAPV-Richtlinie). Die SAPV-Richtlinie konkretisiert die Anforderungen an die Erkrankung und definiert, was eine aufwändige Versorgung umfasst (vgl. §§ 3 und 4 SAPV-Richtlinie). Ist ein komplexes Symptomgeschehen gegeben, welches aufgrund seiner starken Ausprägung nicht durch andere ambulante Versorgungsdienstleister behandelt werden kann, so ist das Kriterium der aufwändigen Versorgung erfüllt. Falls sich der Gesundheitszustand des Patienten verbessert, erfüllt dieser nicht mehr die Anspruchsvoraussetzung für SAPV-Leistungen und die Versorgung wird von Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung übernommen.

Die Leistungserbringung findet laut § 37b Absatz 1 Satz 3 SGB V in der „vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs“ statt und schließt auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe ein. Dies beschränkt die Erbringung der SAPV nicht nur auf die eigenen vier Wän-

de des Versicherten, sondern ist auch in anderen haushaltsähnlichen Wohnformen möglich. Versicherte, welche in stationären Hospizen leben, haben laut § 37b Absatz 2 SGB V einen Anspruch auf Teilleistung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV. Die Voraussetzung dafür ist, dass die bisherige vertragsärztliche Versorgung im stationären Hospiz nicht ausreichend ist. Der Anspruch auf pflegerische Leistungen wird in diesem Zusammenhang weiter durch das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) geregelt.

Die SAPV-Leistungen sind wirtschaftlich, ausreichend und zweckmäßig zu erbringen (vgl. § 5 Absatz 2 Satz 4 SAPV-Richtlinie, Punkt 1.2 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes). Über die SAPV-Leistung und ihre Vergütung schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen ab, welche die Leistung erbringen (vgl. § 132d Absatz 1 SGB V).

Nach der Einführung des Rechtsanspruches auf SAPV taten sich die einzelnen Bundesländer mit der Umsetzung sehr schwer. Es ergaben sich Unklarheiten bei den Anforderungen, den Inhalten und der strukturellen Planung der Versorgung sowie Probleme bei der Qualitätssicherung und der Ressourcenverteilung. 2009 gab es bundesweit erst etwa 50 SAPV-Teams (vgl. Schneider et al. 2010, S. 2). Zunächst wurden die ersten SAPV-Verträge in großen Ballungsgebieten geschlossen, da dort durch ansässige Krankenhäuser und andere Einrichtungen bereits tragfähige Versorgungs- und Infrastrukturen vorherrschten (vgl. Wesselmann et al., 2012)

Der Evaluationsbericht der G-BA zur Umsetzung der SAPV aus dem Jahr 2013 befragte auch Krankenkassen, SAPV-Leistungserbringer, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Mitgliedsorganisationen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zu Änderungsvorschlägen der SAPV-Richtlinie. Jede Gruppe hat die Chance zu Anmerkungen genutzt, jedoch war bei den SAPV-Leistungserbringern mit 49,6 % und den Mitgliedsorganisationen der DKG mit 47 % ein erhöhter Wunsch zur Änderung der Richtlinie erkennbar (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 34 ff.).

Privat Versicherte hingegen haben keinen rechtlichen Anspruch auf die Kostenübernahme der SAPV, da diese aufgrund der geschlossenen Verträge mit einer privaten Krankenversicherung nicht mehr in der GKV versichert sind. Eine repräsentative Erhebung der Deutschen Stiftung für Patientenschutz im Jahr 2013 ermittelte, dass nur drei der 23 untersuchten privaten Krankenversicherungen (PKV) die stationäre Hospizversorgung in ihrem Leistungskatalog anboten. Die Kostenübernahme für eine SAPV war bei keiner PKV in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen zu finden. Die meisten Versicherungen übernehmen die Kosten auf freiwilliger Basis, dies ist jedoch nicht mit ei-

nem Rechtsanspruch gleichzusetzen, wie Versicherte der GKV ihn haben. (vgl. Deutsche Stiftung Patientenschutz, 2013)

Am 29.04.2015 verabschiedete das Bundeskabinett einen „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)“. Es soll die gesamte Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland stärken sowie die Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Leistungserbringer stärken. Besonderer Wert wird auf den Ausbau des palliativen Leistungsangebots in strukturschwachen und ländlichen Regionen gelegt. Die Änderungen durch das HPG, welche sich auf die Erbringung der SAPV beziehen, zielen darauf ab, die lang angestrebte Flächendeckung zu erreichen. Des Weiteren soll ein gesetzliches Schiedsverfahren eingeführt werden, um strittige Vertragsverhandlungen zu erleichtern, zeitnahe Lösungen zu erzielen und somit die Umsetzung der SAPV im ländlichen Raum weiter voranzutreiben. Außerdem kann die AAPV auch gemeinsam mit der SAPV zur Reduktion von Schnittstellenproblemen in Selektivverträgen geregelt werden (vgl. Drucksache des Deutschen Bundesrats 195/15). Das Gesetz soll voraussichtlich Ende 2015 bzw. Anfang 2016 in Kraft treten (vgl. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, 2015; Barmer-GEK, 2015). Sowohl Verbände, Gesellschaften als auch Initiativen (siehe **Anlage 6**: Linkliste der Stellungnahmen) begrüßen das geplante Hospiz- und Palliativgesetz überaus positiv, haben jedoch unzählige Verbesserungsvorschläge, welche besonders in ihrer jeweiligen Disziplin angesiedelt sind. Der Präsident der Caritas Peter Neher gibt jedoch zu bedenken, dass die von der Bundesregierung angedachte Förderungssumme nicht ausreiche (vgl. Caritas, 2015). Auf der Suche nach diesen Stellungnahmen fiel auf, dass nur sehr wenige Pflegeverbände die Chance zur Stellungnahme wahrnahmen, obwohl die Berufsgruppe, welche diese vertreten, mit Abstand den größten Anteil des SAPV-Teams darstellt.

Die Leistungen der SAPV werden durch spezialisierte Leistungserbringer (SAPV-Team) erbracht. Diese schließen gemäß § 132d SGB V Verträge mit den Krankenkassen, um die bedarfsgerechte individuelle Versorgung der Patienten sicherzustellen. Da es in Deutschland keine einheitlichen Musterverträge zwischen den Leistungserbringern der SAPV und den Krankenkassen gibt, hat jedes Bundesland eigene Musterverträge entwickelt, welche regional begrenzt sind und zwischen dem konkreten SAPV-Team und den Krankenkassen gelten. In Sachsen wird dies durch kassenartübergreifende Verträge der Landesverbände sächsischer Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen e.V. mit den Leistungserbringern geregelt (vgl. Landesverbände sächsischer Krankenkassen/Verband der Ersatzkassen, 2009). Im Folgenden werden diese als „SAPV-Mustervertrag Sachsen“ (siehe **Anlage 4**) bezeichnet. Die SAPV-Richtlinie und die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes dienen dabei als Grund-

lage für diese Verträge (vgl. § 2 Absatz 2 SAPV-Mustervertrag Sachsen). Um thematische Dopplungen zu vermeiden, wird darauf verzichtet, Paragraphen zu erläutern, welche sich nicht von den Vorschriften der SAPV-Richtlinie und der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes unterscheiden und bereits behandelt wurden. Es werden in diesem und den folgenden Kapiteln bevorzugt Ergänzungen oder Veränderungen der SAPV-Richtlinie und der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes thematisiert, um den Fokus auf die spezielle Umsetzung in Sachsen zu richten.

Die SAPV beginnt mit der ersten Genehmigung der SAPV-Verordnung des Arztes durch die Krankenkasse. Die Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wird von dem behandelnden Vertrags- oder Krankenhausarzt, in Abstimmung mit einem Palliativmediziner, verordnet und erfolgt auf dem Vordruck-Muster 63 „Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (vgl. § 37b Absatz 1 Satz 2 SGB V; § 7 Absatz 1 und 2 SAPV-Richtlinie, § 7 Absatz 2 SAPV-Mustervertrag Sachsen). Dieser fragt nach versorgungsrelevanten Diagnosen zur medizinischen Begründung der SAPV, nach Informationen zum aktuellen Versorgungsbedarf, der Medikation, dem komplexen Symptomgeschehen und deren Beschreibung sowie nach der Dauer der Verordnung. Der Krankenhausarzt kann die Verordnung längstens für 7 Tage ausstellen (vgl. § 7 Absatz 1 SAPV-Richtlinie; § 6 Absatz 3 SAPV-Mustervertrag Sachsen). Erst- und Folgeverordnungen können durch den niedergelassenen Vertragsarzt bis zu 28 Tagen verordnet werden, bei entsprechender Indikation auch länger. Es sind bis zu 2 Folgeverordnungen möglich. Der Evaluationsbericht des G-BA zur Umsetzung der SAPV aus dem Jahr 2013 zeigt deutlich, dass es schon seit 2009 weniger Folgeverordnungen als Erstverordnungen gibt (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 19). Jedoch ist anzumerken, dass seit 2011 im direkten Bundesländervergleich verstärkt mehr Folge- als Erstversorgungen verordnet werden. Dies steht nicht nur im Gegensatz zum bundesweiten Trend, sondern beschränkt sich auf vereinzelte Bundesländer, darunter Baden-Württemberg, Brandenburg, Sachsen und Schleswig-Holstein (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 20). Drei Tage nach der Ausstellung der Verordnung muss der ausgefüllte Vordruck den Kassen vorliegen (vgl. § 8 SAPV-Richtlinie, Punkt 3.1 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes). Dadurch holt der Versicherte bzw. ein Vertretungsberechtigter des Versicherten die Genehmigung für eine SAPV bei der Krankenkasse ein. Die Verordnung wird im Genehmigungsverfahren geprüft. „Die Krankenkasse informiert den Arzt, den SAPV-Leistungserbringer und den Versicherten unverzüglich über die getroffene Leistungsentscheidung.“ (§ 6 Absatz 6 SAPV-Mustervertrag Sachsen). Bis zur Vorlage der Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten gemäß § 8 SAPV-Richtlinie und Punkt 3.1 der Empfehlungen des

GKV-Spitzenverbandes (vorläufige Kostenübernahme). „Die vorläufige Kostenübernahme gilt nicht, sofern der SAPV-Leistungserbringer vor Leistungsbeginn hätte erkennen können, dass ein Leistungsanspruch gemäß § 37 b SGB V in Verbindung mit den SAPV-(Richtlinie) für den betreffenden Versicherten nicht gegeben ist“ (§ 6 Absatz 5 SAPV-Mustervertrag). Es können weitere Verordnungen oder Unterbrechungszeiträume, z.B. durch Krankenhausaufenthalte oder vorübergehende Überleitung zur A-APV, folgen (vgl. § 21 Absatz 2 SAPV-Mustervertrag Sachsen). Im Falle von Perioden, in denen der Patient keine SAPV benötigt, werden diese nicht vergütet (vgl. § 21 Absatz 3 SAPV-Mustervertrag Sachsen). Sollte sich der Zustand des Erkrankten dauerhaft verbessern und dieser nicht mehr auf die SAPV angewiesen sein, so hat das SAPV-Team Sorge dafür zu tragen, den Patienten in ein anderes Versorgungssetting überzuleiten (vgl. § 7 Absatz 5 SAPV-Mustervertrag Sachsen).

Zur Ausstellung einer Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln erhält der Palliativmediziner die Pseudo-Arztnummer 333333300 und das zugelassene SAPV-Team eine eigenständige Betriebsstättennummer. So kann die Verordnung durch die Krankenversicherung als SAPV-Leistung identifizieren werden. Diese Nummern werden auf Antrag durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vergeben (vgl. GKV-Spitzenverband/Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2009, S. 2 ff.; Punkt 3.4 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes). Diese Regelung ist bundesweit gültig und auch im § 14 Absatz 2 und 3 SAPV-Mustervertrag Sachsen festgeschrieben.

Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes stellen Mindestvorgaben an die sächliche Ausstattung eines SAPV-Teams. Neben der lückenlosen Patientendokumentation und der Bereithaltung eines Notfallvorrates an Betäubungsmitteln sowie eines bestückten Arztkoffers, soll außerdem eine funktionierende administrative Infrastruktur vorherrschen. Die Vorgaben zur sächlichen Ausstattung ergänzt der SAPV-Mustervertrag Sachsen, indem dieser das Vorhandensein von ausreichenden und zweckmäßigen Fahrzeugen zu den Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes hinzufügt, um eine schnelle und zuverlässige Patientenversorgung zu gewährleisten (vgl. § 12 Absatz 1 SAPV-Mustervertrag Sachsen).

SAPV-Teams sind verpflichtet, das Leistungsgeschehen zu dokumentieren. Dies muss so geschehen, dass mit den erhobenen patientenbezogenen Daten eine externe Qualitätssicherung und eine bundesweite Evaluation möglich sind (vgl. § 16 SAPV-Mustervertrag Sachsen). Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind in § 17 des SAPV-Mustervertrages Sachsen festgeschrieben. Der Evaluationsbericht der G-BA zur Umsetzung der SAPV 2013 ergab jedoch, dass die Krankenkassen sich klare Kriterien für die Qualitätsprüfung der SAPV durch eine Änderung der SAPV-Richtlinie erhoffen

(vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 34), da diese zur Prüfung der Leistungsqualität des SAPV-Teams verpflichtet sind (vgl. § 18 SAPV-Mustervertrag Sachsen).

Laut § 22 Absatz 1 hat der SAPV-Leistungserbringer einen Nachweis über seine erbrachten Leistungen vorzulegen. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt monatlich sowie patientenbezogen direkt mit der Krankenkasse (vgl. §§ 21 und 23 SAPV-Mustervertrag Sachsen), jedoch werden Zeitspannen, in denen der Patient keine SAPV-Leistung durch das Team in Anspruch nehmen kann (z.B. durch Krankenhausaufenthalt) nicht finanziert.

Expertenschätzungen gehen davon aus, dass 10 % der Sterbenden eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung benötigen (vgl. Punkt 2.4, Satz 5 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes). Leider geben die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes keine Primärquelle dieser Zahl an. Zum 31.12.2013 lebten 80 767 500 Menschen in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015). Wenn ein SAPV-Team eine Region mit 250 000 Einwohnern abdeckt, werden rund 324 SAPV-Teams benötigt. Der Evaluationsbericht der G-BA zur Umsetzung der SAPV 2013 zählt jedoch lediglich 241 geschlossene Verträge nach § 132d Absatz 1 SGB V (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 37). Zwar steigt die Zahl der Verträge in jedem Jahr an, aber eine Flächendeckung ist noch nicht erzielt. Auch Alt-Epping/Nauck schätzen den Bedarf auf deutschlandweit 330 SAPV-Teams (vgl. Alt-Epping/Nauck, 2015).

Im Jahr 2013 sind sachsenweit 52 936 Einwohner verstorben (vgl. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2014b, S. 4), von denen 5 293,6 Patienten eine SAPV in Anspruch genommen haben müssten. So ergibt sich für jedes Team eine Fallzahl von 294,1 Patienten pro Jahr bzw. 24,5 Patienten im Monat. Der Geschäftsführer des SAPV-Team Oberlausitz, Jörg Albrecht, schätzte für sein Unternehmen jedoch 420 Fälle im Jahr bzw. 35 Fälle im Monat (Quelle: persönliches Gespräch zu den Fallzahlen des SAPV-Teams Oberlausitz gGmbH vom 18.02.2015). Dies entspricht einem Bedarf an SAPV bei 14,3 % aller Sterbenden. Der DHPV veröffentlichte auf seiner Webseite eine Bedarfsschätzung von 10-15 % (vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband, 2015), welche den Zahlen des SAPV-Teams Oberlausitz deutlich näher kommt.

Im § 3 Absatz 1 SAPV-Mustervertrag Sachsen wird das Versorgungsgebiet des SAPV-Teams zur bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten vertraglich festgeschrieben. Trotzdem können auch Patienten außerhalb dieser festgelegten Region durch das Team palliativ betreut werden (vgl. § 21 Absatz 2 SAPV-Mustervertrag Sachsen). Der GKV-Spitzenverband definiert eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV, wenn ein

SAPV-Team mit acht Vollzeitstellen eine Region mit 250 000 Versicherten abdeckt (vgl. Punkt 2.4, Satz 1 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes). Zum 31. Dezember 2013 wurden durch das Statistische Landesamt in Sachsen 4 046 385 Einwohner gezählt (vgl. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2015a). Dementsprechend würden sachsenweit 16,2 SAPV-Teams benötigt. Aktuell gibt es 18 SAPV- bzw. Brückenteams in ganz Sachsen (vgl. Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen, 2015f). Jedoch der Kreis Weißwasser, genauer die Gemeinden Schleife, Groß Düben, Gablenz, Bad Muskau, Trebendorf, Weißwasser/O.L., Krauschwitz, Weißkeißel und ein Teil der Gemeinde Boxberg haben zu diesem Zeitpunkt noch keinen Zugang zur SAPV. In **Anlage 5** ist eine Karte (**Abbildung 4**) mit den SAPV-Teams in Sachsen zu finden, sowie eine Tabelle mit deren Kontaktdaten (vgl. **Tabelle 4**).

5.2 Multiprofessionalität und beteiligte Berufsgruppen

Das multiprofessionelle Team ist für die vorausschauende, individuelle Planung der Behandlung sowie die Kontinuität der Versorgung und die grundlegenden Anforderungen an die Bereitstellung der Palliativversorgung laut der EAPC verantwortlich. Der individuelle Betreuungsplan wird durch das SAPV-Team in Zusammenarbeit mit dem Patienten erstellt und regelmäßig angepasst (vgl. Radbruch/Payne, 2010). Darin sind alle Bedürfnisse und zu erwartenden Entwicklungen aufgeführt. Zusätzlich dient er der Dokumentation und der Qualitätssicherung. Hauptziel in der Palliative Care ist die Aufrechterhaltung der Lebensqualität des Schwerstkranken. Um die Behandlungsqualität zu gewährleisten, sind auch hier die Qualitätsdimensionen nach Donabedian zu beachten (vgl. Donabedian, 1966). Strukturqualität wird durch eine optimale Betreuung ohne Versorgungsbrüche gewährleistet. Die Sicherung der Prozessqualität orientiert sich an den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten sowie der Erstellung eines individuellen Behandlungsplans. Des Weiteren erfolgt die Behandlung mit Würde und Respekt sowie mit Akzeptanz gegenüber der Autonomie und des Willens des Patienten. Die Ergebnisqualität misst sich an der Zufriedenheit des Patienten und seiner Angehörigen sowie auch der Mitarbeiter (vgl. Grond, 2011, S. 28 f.).

Um dem komplexen Symptomgeschehen und Problemen der Betroffenen auf physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene begegnen zu können, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit eines multiprofessionellen und vernetzten Teams notwendig. Multiprofessionalität meint in diesem Zusammenhang, dass das Team aus

verschiedenen Berufsgruppen zusammengesetzt ist. Laut den Empfehlungen des europäischen Ministerkomitees kann ein multiprofessionelles Team multidisziplinär oder auch interdisziplinär zusammenarbeiten. Der Unterschied liegt in der Stärke der Abgrenzung der einzelnen Berufe voneinander. Die Interdisziplinarität bezieht sich auf die Qualität der Zusammenarbeit, denn die beteiligten Berufsgruppen arbeiten gleichberechtigt miteinander und tauschen sich berufsübergreifend zu Problemstellungen und in Diskussionen aus (vgl. Council of Europe, 2003, S. 65 ff.).

Goudinoudis (2012) erweitert die Ebenen der Zusammenarbeit im Team und definiert die Transprofessionalität, bei der die beteiligten Berufsgruppen nicht nur Informationen austauschen und gemeinsame Problemlösungen entwickeln, sondern absolut gleichberechtigt diskutieren und Rollengrenzen überschreiten (vgl. Goudinoudis, 2012, S. 108). Dies kann jedoch zu Konflikten innerhalb des Teams führen, da sich Mitarbeiter persönlich angegriffen fühlen oder die Qualität ihrer Arbeit kritisiert sehen könnten. Interprofessionalität funktioniert nur, wenn eine radikale Patientenorientierung im Mittelpunkt der täglichen Arbeit steht und die Teammitglieder in ihren Berufsrollen selbstbewusst agieren können.

Die Mitglieder des multiprofessionellen Teams sind unter anderem Hausärzte, Schmerztherapeuten, Palliativmediziner, Palliativpflegekräfte, Ehrenamtliche, Sozialarbeiter, Psychologen sowie weitere Therapeuten und sogar Apotheken und Sanitätshäuser. Die SAPV-Teams in Sachsen sind zum großen Teil aus mehreren spezialisierten Pflegekräften und einer koordinierenden Stelle, meist in Person eines Pflegewirts oder Pflegemanagers, zusammengesetzt. Die spezialisierten Ärzte sind meist konsultiert, da diese hauptberuflich in einer privaten Praxis oder auf einer Krankenhausstation tätig sind. Andere Berufsgruppen (Sozialarbeiter, Seelsorger, Psychologen, weitere Therapeuten) werden meist nur bei Bedarf hinzugezogen und sind somit ebenfalls extern konsultiert (vgl. Zenner, 2013). Alle Mitarbeiter des SAPV-Teams müssen eine spezielle Palliative-Care-Weiterbildung absolviert haben sowie langjährige praktische Berufserfahrung im Palliativbereich aufweisen. Durch ihre enge Zusammenarbeit stellen sie die Versorgung sterbender Menschen ambulant oder in einem stationären Setting sicher. Für die Zusammenarbeit werden die ärztliche Schweigepflicht und die Vertraulichkeit zu Gunsten der optimalen Versorgung auf das gesamte Team und sogar extern auf konsiliarische Mitarbeiter erweitert (vgl. Reckinger/Duddek-Baier, 2009, S. 250). Aufgrund der multiprofessionellen Zusammensetzung und der täglichen Arbeit mit schwerstkranken und sterbenden Menschen sind zwingend die Schwierigkeiten in den verschiedenen Teambildungsphasen zu beachten. Theoretische Modelle liefern hierzu die Veränderungskurve mit ihren sieben Phasen von Fatzer (1993, vgl. Fatzer,

2013, S. 205) sowie das Phasenmodell nach Tuckman (vgl. Reckinger/Duddek-Baier, 2009, S. 245 ff.).

Das Team stellt eine Notfallversorgung sicher, bei der rund um die Uhr eine palliativ-pflegerisch geschulte Fachkraft und ein Palliativmediziner zur telefonischen Beratung oder für einen Notfalleinsatz zur Verfügung stehen (vgl. Punkt 5.1 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes; § 10 Absatz 1 SAPV-Mustervertrag Sachsen). Durch den Leistungserbringer ist sicherzustellen, dass in einer Notfallsituation des Patienten innerhalb von 45 Minuten intervenierend eingegriffen werden kann (vgl. § 3 Absatz 3 SAPV-Mustervertrag Sachsen). Dadurch werden aufwändige Krankenseinweisungen reduziert und die optimale SAPV gesichert.

Intern wird das Team durch eine Koordinationsstelle gesteuert, welche als Knotenpunkt für die Informationssammlung und deren Dokumentation dient. Zumeist wird diese Aufgabe von einem Pflegewirt bzw. Pflegemanager übernommen. Radbruch/Voltz sahen 2010 noch Probleme in zukünftigen Konkurrenzkämpfen um die Führungsposition in SAPV-Teams, da Case-Manager, niedergelassene Haus- und Fachärzte wie auch Krankenhausärzte Ansprüche erheben könnten (vgl. Radbruch/Voltz, 2010). Zu den Aufgaben der qualifizierten Leitung der Koordinationsstelle gehört es, das Team intern und die verschiedenen externen Leistungserbringer, welche das SAPV-Team unterstützen, zu organisieren, einzubinden und miteinander zu vernetzen. Aus dieser Netzwerkkompetenz ergibt sich eine Lotsenfunktion, welche gegenüber den Patienten, aber auch gegenüber den Teammitgliedern und den kooperierenden Einrichtungen, eingenommen wird. Für diese Koordinationsstelle braucht das SAPV-Team geeignete Räumlichkeiten, in denen Teambesprechungen und die Beratung von Patienten stattfinden können. Außerdem werden dort benötigte Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittel gelagert (vgl. Punkt 4.5 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes).

Die Kommunikation im multiprofessionellen Team ist von außerordentlicher Bedeutung, weil davon nicht nur die Qualität der Kooperation zwischen den einzelnen Mitgliedern abhängig ist, sondern auch die Versorgungsqualität und die Patientenzufriedenheit (vgl. Council of Europe, 2003, S. 60). Außerdem kann dadurch Transparenz erzeugt werden, welche innerhalb des Teams Vertrauen schafft. Um eine reibungslose Kommunikation und Kooperation im Team zu gewährleisten, werden regelmäßig multiprofessionelle Teamsitzungen und Fallbesprechungen abgehalten, in denen gemeinsame Ziele erarbeitet und die Patientenversorgung reflektiert wird.

Häufige Probleme in der Kommunikation der Teammitglieder sind Zeitmangel, die unterschiedliche Definition von Rollen und Hierarchien sowie Meinungsunterschiede. Um

dem entgegen zu wirken müssen regelmäßige Teambesprechungen, die Reflexion der eigenen Arbeit und Supervision erfolgen. Dies ist eine extern geleitete, praxisbegleitende Beratung des Teams durch einen speziell ausgebildeten Supervisor. Dieser beobachtet das Zusammenarbeiten des multiprofessionellen Teams und erarbeitet mit diesem gemeinsam die Schwachstellen der Gruppe und die Belastungsgrenzen des Einzelnen. Ein Supervisor ist nicht nur Ansprechpartner bei Fragen und Problemen, sondern seine Arbeit dient sogar der Burn-out-Prophylaxe (vgl. Bausewein et al., 2010, S. 133; Grond, 2011, S. 53).

5.2.1 Die Ärzte

Der Arzt übernimmt in erster Linie die medizinische Behandlung des Patienten. Die sind palliativmedizinische Schmerzlinderung und Symptomkontrolle sowie Behandlung weiterer somatischer Probleme (vgl. Seeger, 2009, S. 172). Dennoch kann es dazu kommen, dass der Patient auch psychische Betreuung durch den Arzt benötigt, denn dieser ist zu Offenheit und Wahrheit bezüglich der Diagnose, der Überlebenschancen und der Therapiemöglichkeiten gegenüber seinem Patienten verpflichtet (vgl. § 630e BGB) und kann so mit den Ängsten oder einem Todeswunsch des Kranken konfrontiert werden.

Besonders in ländlichen Gegenden, in denen das Spektrum an palliativen Leistungsangeboten eingeschränkt ist, muss der Hausarzt vor dem gesetzlichen Hintergrund der hausarztzentrierten Versorgung (vgl. § 73b SGB V) einen Großteil der AAPV sicherstellen.

Im Rahmen der SAPV übernehmen Palliativmediziner die medizinische Betreuung bei regelmäßigen Hausbesuchen und in Notfallsituationen. Diese sind Hausärzte und Fachmediziner, welche die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin absolviert haben. Des Weiteren haben sie eine Lotsenfunktion inne, welche sie verpflichtet, ihre Patienten über bestehende Hilfs- und Unterstützungsangebote zu informieren (vgl. Bausewein et al., 2010, S. 131).

Ausbildung und Weiterbildung

Seit 2009 stellt Palliativmedizin ein Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium dar, der sogenannte Querschnittsbereich 13 Palliativmedizin. Ein Leistungsnachweis durch den Studenten ist jedoch erst ab dem Jahr 2013 bzw. 2014 zu bringen (vgl. § 27 Satz 1 Approbationsordnung für Ärzte: ÄApprO). So wurde erst seit letztem Jahr eine palliativmedizinische Ausbildung von Ärzten sichergestellt. Dies geht einher mit der mangelnden akademischen Institutionalisierung der Palliativmedizin. Bis zum Jahr 2012 gab es erst an acht deutschen Universitäten Lehrstühle für Palliativmedizin (vgl. Ilse et al., 2012).

Im Mai 2003 beschloss der 106. Deutsche Ärztetag in Köln die Weiterbildung Palliativmedizin in die (Muster-)Weiterbildungsordnung aufzunehmen und definierte Voraussetzungen zum Erwerb der Bezeichnung Palliativmediziner. Neben den Weiterbildungsinhalten auch die Weiterbildungszeit, welche in der aktuellen Fassung „12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Palliativmedizin (...) oder anteilig ersetzbar durch 120 Stunden Fallseminare einschließlich Supervision nach Ableistung der Kurs-Weiterbildung (...)“ (Bundesärztekammer, 2013, S. 180) umfassen. Diese Kurs-Weiterbildung ist ein anerkannter 40 Stunden Basiskurs der DGP zur alternativen Ableistung der Weiterbildung (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, ohne Jahr b). Die (Muster-)Weiterbildungsordnung stellt allerdings nur eine Empfehlung für die Landesärztekammern dar, welchen auch die Umsetzung obliegt.

2004 wurde die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin für Fachärzte eingeführt und die BÄK, in Zusammenarbeit mit der DGP, gaben im Zuge dessen das „(Muster-)Kursbuch Palliativmedizin“ heraus, welches die Inhalte der Zusatzweiterbildung umreißt (vgl. Bundesärztekammer/Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2011), jedoch ebenfalls nur empfehlenden Charakter hat.

Bundesweit haben bis Ende 2014 bereits 9.073 Ärzte die Zusatz-Weiterbildung abgeschlossen. In Sachsen sind es zum Zeitpunkt der Erhebung im letzten Jahr 375 Mediziner mit dieser Qualifikation (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015).

Der GKV-Spitzenverband fordert in seinen Empfehlungen neben der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin auch „Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten, z.B. in der häuslichen Umgebung (...) oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. (...)“ (Punkt 5.2 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes). Dies stimmt auch mit den Forderungen im SAPV-

Mustervertrag Sachsen überein. Dort wird zusätzlich definiert, dass ein SAPV-Team mit mindestens fünf Palliativärzten kooperieren muss (vgl. § 9 Absatz 1 und 2 SAPV-Mustervertrag Sachsen), um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen

Der Artikel von Wiese et al. kritisiert die fehlende palliativmedizinische Ausbildung von Notfallsanitätern und Rettungsassistenten. Besonders bei ambulant betreuten Palliativpatienten kann es leicht zu Notfallsituationen kommen, welche einer schnellen medizinischen Hilfe bedürfen. Da das Konzept der Palliative Care dem der Notfallmedizin jedoch entgegensteht, sehen sich alle Beteiligten in einem Dilemma, zumal palliativmedizinische Inhalte nicht zur notfallmedizinischen Ausbildung gehören. Wiese et al. fordern eine Sensibilisierung der Rettungsdienstmitarbeiter für das Thema Palliativversorgung und deren Inhalte sowie die Einrichtung organisatorischer Checklisten zur schnellen Erkennung eines Palliativnotfalls (vgl. Wiese et al., 2010a).

Der Gesetzesentwurf zum geplanten Hospiz- und Palliativgesetz beabsichtigt im vertragsärztlichen Bereich zusätzlich vergütete Leistungen einzuführen, welche „(...) insbesondere die Qualität der Versorgung erhöhen und Kooperationen zwischen den Anbietern und mit den weiteren an der Versorgung Beteiligten sowie die aktive Koordination der Versorgungsleistungen befördern sollen.“ (BR-Drs 195/15, 2015, S. 15)

5.2.2 Die Pflegekräfte

Pflegekräfte kümmern sich um die palliativpflegerische Betreuung des Patienten. Dazu gehört neben der Hilfe und Unterstützung bei den Aufgaben des täglichen Lebens auch die Anleitung des Erkrankten zur Selbstpflege sowie die Unterweisung und Beratung der Angehörigen bei der Pflege des Patienten (vgl. Seeger, 2009, S. 172 f.).

Durch die tägliche Arbeit der Pflegekräfte direkt am Patienten ist der Kontakt zwischen Pflegendem und Erkranktem meist sehr vertraut, was dazu führt, dass sich der Patient auch mit psychosozialen Problemen an den Pflegenden wendet. Besonders im Rahmen der SAPV spielt diese emotional-vertraute Komponente eine wichtige Rolle, da die Pflegekraft oft der erste Ansprechpartner des Patienten ist. Aus diesem Grund braucht die spezialisierte Palliativpflegekraft nicht nur psychosoziale Kompetenz, sondern muss auch die Tragweite der geschilderten Probleme des Patienten einschätzen, um diesen an weitere Spezialisten zu verweisen (z.B. Psychologe, Sozialarbeiter, ambulanter Hospizdienst) (vgl. Roller, 2010, S. 120).

Ausbildung und Weiterbildung

Während der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger (vgl. § 3 Absatz 1 Satz 2 Krankenpflegegesetz) sowie zum Altenpfleger (vgl. § 3 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 Altenpflegegesetz) werden palliativpflegerische Basiskenntnisse vermittelt. Diese berechtigen allerdings nicht zur spezialisierten Palliativpflege. Eine Befragung von Bemann/Klewer (2013) unter Altenpflegeschülern ergab allerdings erkennbare Defizite bei der Kenntnis des Leistungsspektrums und der Einsatzgebiete von Palliative Care (vgl. Bemann/Klewer, 2013), was darauf schließen lässt, dass die Thematik um Palliative Care auch in der Ausbildung zum Altenpfleger nur eine geringere Rolle spielt.

Für ausgebildete Fachpflegekräfte existiert ein 160 Stunden Weiterbildungskurs Palliativpflege, welcher durch die Landesärztekammern anerkannt ist und zur SPV befähigt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2015b). Der GKV-Spitzenverband fordert in seinen Empfehlungen neben der Examinierung der Pflegeberufsausbildung und der Weiterbildung Palliativpflege auch „Erfahrung aus der ambulanten palliativen Pflege von mindestens 75 Palliativpatienten, z.B. in der häuslichen Umgebung (...) oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen palliativpflegerischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. (...)“ (Punkt 5.3 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes). Die Forderungen des SAPV-Mustervertrags Sachsen erhöht die Einstiegsqualifizierung der Pflegekräfte in das SAPV-Team, indem dieser „Erfahrung durch eine mindestens 2-jährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren; davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung“ fordert. Des Weiteren müssen mindestens vier Palliativpflegefachkräfte in Vollzeit im SAPV-Team vorhanden sein (vgl. § 9 Absatz 1 und 3 SAPV-Mustervertrag Sachsen).

5.2.3 Andere hauptamtliche Berufsgruppen

Diese weiteren hauptamtlichen Leistungserbringer von SAPV-Leistungen sind meist keine fixen Mitglieder in einem SAPV-Team. Sie werden bei Bedarf konsiliarisch aus anderen stationären Einrichtungen oder ambulanten Hospizdiensten hinzugezogen. Der Grund dafür liegt darin, dass diese Berufsgruppen nicht ausdrücklich in den Verträgen mit den Krankenkassen als Teil des SAPV-Teams vermerkt sind und somit auch nicht finanziert werden (vgl. § 10 Absatz 5 SAPV-Mustervertrag Sachsen).

Dennoch wird eine Kooperation mit anderen, beteiligten Leistungserbringern zur Qualitätssicherung nahe gelegt und eine Zusammenarbeit mit Vertretern psychosozialer Berufsgruppen empfohlen (vgl. § 11 Absatz 2 SAPV-Mustervertrag Sachsen).

Sozialarbeiter

Sozialarbeiter stellen in der palliativen Betreuung Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten für den Patienten und seine Angehörigen bei persönlichen, sozialen oder finanziellen Problemen sicher. Das Leistungsspektrum des Sozialarbeiters ist breit gefächert. Es beginnt bei der individuellen Beratung, Information und Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen über den Kontaktaufbau und die Weitervermittlung anderer Dienste (z.B. ambulante Hospizdienste, psychologische Betreuung, mobiler Menü-Service, Notare, Kontakte zu Behörden) bis hin zur finanziellen Absicherung des Patienten und seiner Angehörigen durch Hilfe bei der Antragstellung bei den verschiedenen Sozialversicherungen (vgl. Caudal, 2009, S. 39 ff.; Leutbecher/Witteler, 2009, S. 173).

Seelsorger

Seelsorger leisten bei religiösen und spirituellen Fragen und Konflikten beistand. In der letzten Lebensphase, in welcher meist das gesamte Leben resümiert wird, kommt es bei vielen Patienten zur Frage nach dem Sinn der Erkrankungen und dem „Danach“. Durch Zuhören und Anregen zu neuen Blickwinkeln kann Trost und Hoffnung gespendet werden (vgl. Grond, 2011, S. 55; Seeger, 2009, S. 173).

Psychologen

Psychologen unterstützen den Patienten bei der Krankheitsbewältigung und behandeln diagnostizierte Depressionen oder Angstzustände des Schwerstkranken, welche in Folge der Erkrankung psychosomatisch auftreten können. Sie beraten des weiteren Angehörige wie auch die an der Palliativversorgung beteiligten Berufsgruppen und leisten Hilfe bei der Trauerbewältigung (vgl. Grond, 2011, S. 56; Seeger, 2009, S. 173). Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften et al. hat eine Patientenleitlinie „Psychoonkologie“ herausgegeben, um über Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote aufzuklären sowie Tipps zum leichteren Umgang mit der Erkrankung und ihren psychischen Folgen zu geben (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften et al., 2015b).

Physiotherapie

Physiotherapeutische Maßnahmen haben auch bei Schwerstkranken die Funktion der Mobilisation des Patienten. Durch Übungen soll die körperliche Bewegungsfähigkeit erhalten und der krankheitsbedingte, körperliche Abbau verlangsamt werden. Dies geschieht durch aktives Training oder passive Massagen (vgl. Bausewein et al., 2010, S. 131)

Weitere Therapiebereiche

Es gibt eine Vielzahl von therapeutischen Maßnahmen, welche das Wohlbefinden des Patienten in der letzten Lebensphase steigern (vgl. Wenzel, 2015, S. 80 ff.). Darunter sind unter anderem Angebote an Ergo-, Entspannungs-, Kunst-, Musik-, Tier- und Atemtherapien. Sie alle sollen Abwechslung, Ablenkung und Entspannung in den Alltag des Schwerstkranken bringen, dessen Leben stark von der Erkrankung beeinflusst wird (vgl. Grond, 2011, S. 57; Heinzen, 2007, S. 150; Niederreiter, 2007, S. 128; Seeger, 2009, S. 173).

Weiterbildung

In diesen weiteren hauptamtlichen Berufsgruppen werden während der Ausbildung keine palliativen Grundkenntnisse vermittelt. Für psychosoziale Berufsgruppen gibt es einen anerkannten 160 stunden Weiterbildungskurs (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2015c). Des Weiteren bietet die DGP ein Basiscurriculum „Palliative Care für Psychologen“ an (vgl. Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, ohne Jahr a). Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes schreibt lediglich vor, dass „weitere Fachkräfte (...) eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen“ haben (Punkt 5.4 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes). Dies stimmt auch mit den Forderungen im SAPV-Mustervertrag Sachsen überein (vgl. § 11 Absatz 2 SAPV-Mustervertrag Sachsen).

5.2.4 Das Ehrenamt

Die bürgerschaftliche Hospizbewegung wurde lange durch die Arbeit Ehrenamtlicher getragen und ist durch ihr Engagement zu einem wichtigen Teilbereich der modernen Krankenversorgung geworden. Sie steht für Humanität und Solidarität in unserer Gesellschaft. (vgl. Maier/Sitte, 2013, S. 9; Seeger, 2009, S. 174)

Die Aufgaben, welche von freiwilligen Helfern übernommen werden sind vielschichtig und abwechslungsreich. Sie lassen sich in patientennahe und patientenferne Tätigkeiten unterteilen. Da sie keine hauptamtlichen Pflichten haben, können sich die ehrenamtlichen Hospizhelfer ganz dem Patienten und seinen Bedürfnissen widmen sowie pflegende Angehörige entlasten. Patientennahe Tätigkeiten sind beispielsweise Spaziergänge oder Gespräche mit dem Erkrankten sowie seinen Angehörigen. Sie erstrecken sich von praktischen Hilfen im Alltag über psychosoziale bis hin zu spiritueller Unterstützung des Patienten und seiner nahestehender Personen. Patientenferne Aufgaben treten in Form von organisatorischen oder administrativen Tätigkeiten auf und sind beispielsweise die Übernahme eines Telefon- und Fahrdienstes oder die Erledigung von Einkäufen für den Patienten (vgl. Fleckinger, 2013, S. 87; Weihrauch, 2013).

Ehrenamtliche unterstützen durch ihre Arbeit nicht nur die hauptamtlichen Berufsgruppen, sondern bilden durch ihre Anwesenheit eine Brücke zur Normalität für den Patienten. Sie repräsentieren den normalen Alltag in einem Leben, welches sehr stark von der Erkrankung geprägt ist und geben dem Patienten das Gefühl trotz allem noch ein Teil der Gesellschaft zu sein (vgl. Bausewein et al., 2010, S. 132; Council of Europe, 2003, S. 67). Zu ihren Aufgaben gehört weiterhin die Trauerbegleitung der Angehörigen nach dem Tod des Patienten.

Nationale (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin et al., 2010) wie auch internationale (Radbruch/Payne, 2010; Council of Europe, 2003) Veröffentlichungen zum Thema Palliative Care empfehlen die Einbeziehung ehrenamtlicher Mitarbeiter bei der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Ehrenamtliche Helfer sind nicht Teil des SAPV-Teams. Dennoch können sie im Fall der Kooperation des SAPV-Teams mit einem ambulanten Hospizdienst, für welchen sie tätig sind, in die Versorgung mit eingebunden werden.

Aus- und Weiterbildung

Eine Weiterbildung für freiwillige Mitarbeiter ist unerlässlich, um die Ehrenamtlichen für die besondere Situation zu sensibilisieren. Nur so können diese eine tragfähige Unterstützung leisten. Zwar gibt es Curricula für die Ausbildung von Ehrenamtlichen im Umgang mit Sterbenden (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, 2005), doch gehen diese nicht näher auf die verschiedenen Erkrankungen und Einschränkungen der Patienten ein, welche eine besondere Belastung in der Betreuung bedeuten können, so z.B. Menschen mit Demenz oder Schwerstkranke mit Behinderung.

5.2.5 Die Angehörigen

Angehörige stehen in einer persönlichen Beziehung zum Patienten, müssen aber nicht zwangsläufig in familiärer Verbindung mit ihm stehen. Es kann sich auch um enge Freunde oder Bekannte handeln, welche für den Patienten eine Bezugsperson darstellen. Oft übernehmen sie einen Teil der ambulanten Pflege und Betreuung eines Patienten, um ihm sein Verbleiben zu Hause zu ermöglichen (vgl. Council of Europe, 2003, S. 33). So stellen sie eine wichtige pflegerische Ressource dar, obwohl sie keine spezialisierten Kenntnisse über Palliativpflege besitzen. Des Weiteren sind sie eine wichtige Informationsquelle für das SAPV-Team über die Vorlieben sowie die Biografie des Patienten. Aus diesem Grund sollten die Angehörigen bei der Planung des individuellen Behandlungsplans mit einbezogen werden. Ist eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung erstellt worden, so wird meist ein Angehöriger als Bevollmächtigter eingesetzt. Aufgrund der engen Beziehung zum Patienten sind pflegende Angehörige allerdings auch emotionalen Belastungssituationen ausgesetzt. So befinden sie sich nicht selten zwischen Trauer und Mitgefühl gegenüber dem Patienten sowie Überforderung aufgrund der hohen Verantwortung durch die Pflege und den daraus resultierenden Schuldgefühlen, was sie in weiterem Sinn auch zu Betroffenen macht, da sich die Folgen der Erkrankung auf das Familiensystem ausbreiten. Deswegen sind auch die Angehörigen Adressaten der Palliative Care und werden noch über den Tod des Patienten hinaus betreut (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften et al., 2015b, S. 223 ff.).

5.3 Kooperation und Netzwerkarbeit

Der § 6 Absatz 1 und 5 SAPV-Richtlinie sowie die Punkte 2.2 und 4.2 der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes verpflichten SAPV-Leistungserbringer mit Anbietern anderer Versorgungsangebote zusammenzuarbeiten und sich zu vernetzen, da das SAPV-Team allein nicht das gesamte Spektrum der Bedürfnisse des Patienten berücksichtigen kann. Das komplexe Symptomgeschehen des Patienten und sein Unterstützungsbedarf im körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bereich erfordert eine Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer (vgl. Brysch, 2007, S. 14). Der SAPV-Mustervertrag Sachsen hat ebenfalls Regelungen, welche vertragliche Kooperationen bestimmen (vgl. § 11 Absatz 1 SAPV-Mustervertrag Sachsen). So werden ambulante Hospizdienste zur psychosozialen Betreuung hinzugezogen und die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern im Falle von akuten Notsituationen gewährleistet.

Das SAPV-Team ist Teil der vernetzten Versorgungsstruktur des Gesundheitssystems und soll die bereits gewachsenen Versorgungsstrukturen für die Zusammenarbeit nutzen (vgl. § 6 SAPV-Richtlinie; Punkte 2.2 und 4.2 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes; §§ 10 Absatz 2 sowie 11 Absatz 1 SAPV-Mustervertrag Sachsen). Dies bedeutet, dass mit bereits ansässigen Leistungserbringern im Gesundheitssystem kooperiert werden soll, sodass ein funktionierendes Netzwerk aufgebaut werden kann. Diese Zusammenarbeit wird in Kooperationsverträgen festgehalten. In § 6 Absatz 1 Satz 2 SAPV-Richtlinie können diese Vereinbarungen noch schriftlich oder mündlich getroffen werden. Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes verpflichten hingegen zu schriftlichen Verträgen, welche den Krankenkassen vorgelegt werden müssen (vgl. Punkt 4.2 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes). Ebenso verhält es sich im § 11 SAPV-Mustervertrag Sachsen, in dem die Zusammenarbeit mit einem ambulanten Hospiz und einem Krankenhaus nachgewiesen werden muss und Kooperationen mit Psychologen oder Sozialarbeitern optional nahegelegt werden. Wenn die SAPV für einen Patienten erbracht wird, der in einem stationären Hospiz, einem Pflegeheim oder in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen bzw. der Kinder- und Jugendhilfe lebt, so muss auch mit diesen Institutionen zusammengearbeitet werden (vgl. Müller, 2011, S. 4 ff.). Des Weiteren soll zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität mit ansässigen Haus- und Vertragsärzten kooperiert werden (vgl. § 11 SAPV-Mustervertrag Sachsen). Anzuraten ist ebenfalls eine enge Zusammenarbeit mit Apotheken und Sanitätshäusern um eine schnelle Versorgung mit Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmitteln zu gewährleisten.

Das Ministerkomitee des Europarats stellt in seinen Empfehlungen bereits 2003 fest, dass die Versorgungsqualität palliativer Leistungen in einem Gebiet nicht nur von der Qualität der einzelnen Leistungserbringer abhängt, sondern auch von der Koordination der einzelnen Leistungen. Können die unterschiedlich qualifizierten Versorgungsanbieter eine reibungslose Betreuung ohne Versorgungsbrüche gewährleisten, steigert dies die Qualität und Kontinuität der Versorgung (vgl. Council of Europe, 2003, S. 47). Einige ambulante Dienstleister, besonders welche ausschließlich durch ehrenamtliche Hospizhelfer getragen werden, können beispielsweise keine hochqualifizierten Versorgungsleistungen anbieten. Aus diesem Grund benötigen sie fachliche Beratung und Unterstützung durch Anbieter spezialisierter Palliativversorgung, um die Kontinuität und Qualität der Versorgung gewährleisten zu können. So kann ein SAPV-Team auch andere unqualifizierte Leistungsanbieter im Gesundheitssystem anleiten und beraten.

Ein außergewöhnliches Modell, besonders vor dem Hintergrund der Zusammenarbeit und Kooperation mit externen Einrichtungen, stellt das palliative Brückenteam dar. Dieses ist ein multiprofessionelles Arbeitsteam im Bereich des Entlassungs- und Überleitungs-managements, welches durch die sogenannte Brückenpflege an der kritischen Stelle des Wechsels in eine andere Versorgungsform die Versorgungslücke schließt und -brüche vermeidet (vgl. Zenner, 2013). Im Gegensatz zum SAPV-Team beginnt die Betreuung des Patienten bereits in der stationären Einrichtung und geht über die Verlegung in ein ambulantes Setting hinaus. In Sachsen sind sieben der 18 SAPV-Projekte Brückenteams.

5.4 Personengruppen mit besonderen Belangen

Im § 37b SGB V und der SAPV-Richtlinie des G-BA (§1 Abs. 4), wie auch in den Empfehlungen zur SAPV des GKV-Spitzenverbandes (2.1 Satz 3) wird darauf hingewiesen, die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen (vgl. Council of Europe, 2003, S. 63; SAPV-Richtlinie, 2010; Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, 2012). Deren Palliativversorgung sich durch ein breiteres Spektrum an Erkrankungen und einer besonderen psychosozialen Betreuung, abgestimmt auf den individuellen Stand der Entwicklung, charakterisiert. In der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ ist der Ausbau eines eigenständigen und umfassenden Konzepts zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen gefordert (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin et al., 2010, S. 12). Die

EAPC drängt auf einen Zugang zu einem Pädiatrischen SAPV-Team für jede Familie, um die Betreuung zu Hause sicher zu stellen (vgl. Radbruch/Payne, 2009). Um dieser Forderung und dem gesetzlichen Anspruch gerecht zu werden, entwickelte die „Arbeitsgruppe Kinder und Jugendliche“ der DGP ein „Versorgungskonzept für eine bundesweite Umsetzung der SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (SAPPV)“ (vgl. Arbeitsgruppe Kinder und Jugendliche, 2011). Im Juni 2013 veröffentlichte der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband eine „Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen“ (vgl. GKV-Spitzenverband et al., 2013). Zur Vernetzung der bestehenden Leistungsanbieter hat die DGP in Zusammenarbeit mit dem DHPV eine „Handreichung zur Entwicklung einer kooperativen Zusammenarbeit zwischen Spezialisierten Ambulanten Palliativ Teams (SAPV) für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten (AKHD)“ veröffentlicht (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, 2014). Dennoch herrscht, besonders in ländlichen Gegenden ein unzureichendes Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche sowie deren Familien, da es in vielen Regionen einen unzureichenden Bedarf an einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche gibt.

Um den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen sowie von multimorbiden Hochbetagten Rechnung zu tragen, wird stark an deren Umsetzung und an einem barrierefreien Zugang zur Palliativversorgung in jedem Setting gearbeitet. Dennoch gibt es immer noch Minderheiten, welche ebenfalls besondere Bedürfnisse in der Palliativversorgung haben. Darunter zählen schwerstkranke Menschen mit Behinderung, Gefängnisinsassen oder Migranten.

6 Diskussion

Die Abgrenzung zwischen AAPV und SAPV ist ebenso komplex wie die Unterscheidung von APV und SPV. Durch die Schaffung des gesetzlichen Anspruchs auf SAPV wurden eine Definition und klare Strukturen für die Erbringung der SAPV entwickelt. Jedoch gibt es für die AAPV aktuell noch keine normativen Regelungen oder einheitliche Standards (vgl. Engelmann, 2013, S. 47). In der Befragung zum Evaluationsbericht des G-BA zur Umsetzung der SAPV 2013 gaben die Krankenkassen und die SAPV-Leistungserbringer an, die SAPV-Richtlinie dahingehend zu ändern, dass eine klare Abgrenzung der AAPV und der SAPV erfolgen soll (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 34 f.). Die KBV entwickelte 2013 ein erstes Versorgungskonzept für eine qualifizierte allgemeine ambulante Palliativversorgung (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2014). Die Umsetzung dieser lässt leider noch auf sich warten. Radbruch/Voltz befürworten hingegen, dass in den SAPV-Richtlinien keine zeitliche Begrenzung der Leistungen definiert wurden (vgl. Radbruch/Voltz, 2010).

Eine wichtige und problematische Aufgabe der SAPV stellt die Überwindung der Behandlungssektoren dar. Durch die schwere des Symptomgeschehens des Patienten müssen zwangsläufig verschiedene Leistungserbringer des Gesundheitssystems zusammenarbeiten. Der SAPV kommt die Aufgabe der Koordination und Netzwerkbildung zu, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Herrlein kritisiert ebenfalls die fehlende Verbindung der einzelnen Versorgungsangebote (ambulante und stationäre Hospizleistungen, SAPV), welche die Gefahr von Versorgungsbrüchen erhöht. Des Weiteren führt er an, dass ausschließlich Versorgungsleistungen angeboten werden, aber keine konkreten Hilfen in Form von Selbsthilfegruppen oder seelsorgerischer Begleitung (vgl. Herrlein, 2009, S.44). Das geplante Hospiz- und Palliativgesetz bringt mit dem Schiedsverfahren und den Selektivverträgen zwar neue Möglichkeiten der Umsetzung der SAPV, aber ändert nicht die etablierten Arbeitsweisen. Dies ist als positiv zu werten. Ob es jedoch eine spürbare Verbesserung der palliativen Versorgungslandschaft nach sich zieht, bleibt abzuwarten. In der Vergangenheit sollten Palliativpflegestützpunkte etabliert werden (vgl. Wiese et al., 2009). Das sind palliative Beratungseinrichtungen, welche mit Patienten sowie deren Angehörigen arbeiten und die Koordination der an der Versorgung beteiligten Dienste übernehmen. Diese haben sich aber lediglich in Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz etabliert. Die Palliativen Kompetenzzentren, welche die EAPV als vierte Stufe der palliativen Leistungserbringung definiert (vgl. Radbruch/Payne, 2009) und auch die Onkologischen Zentren, welche Wesselmann et al. vorstellen (vgl. Wesselmann et al., 2012), können aus-

schließlich in Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte und Ballungsräumen verwirklicht werden und beeinflussen nicht die fehlende Versorgungsstruktur in den ländlichen Gegenden.

Die Interdisziplinarität und Multiprofessionalität werden zwar stets betont (vgl. unter anderem Bausewein et al., 2010, S. 129 ff.; Goudinoudis, 2012, S. 107 ff.; Seeger, 2009, S. 171 ff. Reckinger/Duddek-Baier, 2009, S.245), doch sind sie weder gesetzlich vorgeschrieben, noch werden sie durch die SAPV-Richtlinien, die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes oder die regionalen Verträge konkret unterstützt. Ihre Umsetzung wird erschwert, da die Bedingungen und besonders die Finanzierung nicht vertraglich geregelt sind. In Zukunft wird durch den demografischen Wandel nicht nur die Zahl der Palliativpatienten steigen, sondern aufgrund des medizinischen Fortschritts wird auch die Betreuungsdauer verlängert, die der Patient in der Pflegebedürftigkeit verbringt und somit Leistungen, unter anderem des SAPV-Teams, in Anspruch nimmt (vgl. Hait/Sitte, 2013, S. 279). Dies wird die SAPV-Teams vor ganz neue Herausforderungen stellen und unter Umständen zu einer stärkeren Multiprofessionalität in der SAPV führen.

Aufgrund verschiedener Trägerschaften stellt sich die Kooperation zwischen SAPV-Team und ambulantem Hospizdienst in der Praxis meist schwierig dar, da oft Hindernisse durch hierarchische Strukturen oder Konkurrenzangst die Arbeit erschweren (vgl. Karmann et al., 2013, S. 71). Besonders kirchliche und wohlfahrtliche Trägerschaften kooperieren weniger erfolgreich. Das SAPV-Team Oberlausitz gGmbH hingegen hat diese Barrieren überwunden. Es hat die Kreisverbände des Deutschen Roten Kreuzes aus Görlitz, Löbau und Zittau sowie die Diakonie Herrnhut und das Christliche Hospiz Ostsachsen für die Zusammenarbeit gewonnen und sie sogar als Gesellschafter in ihrem Unternehmen integriert. Dies ist ein Musterbeispiel an Zusammenarbeit und Patientenorientierung mit dem Ziel der optimalen Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen.

Weder im Jahr 2010 (vgl. Wiese et al., 2010b) noch im Jahr 2013 (vgl. Schneider, 2015) wurde die flächendeckende Palliativversorgung erreicht, aber die Entwicklung hat in diesen Jahren sehr große Fortschritte gemacht. Nach langen Anlaufschwierigkeiten und einer darauffolgenden Pionierphase, ist die Flächendeckung in Sachsen fast erreicht. Die SAPV-Teams haben ihre Anfangsphase hinter sich und können eingespielte, hochqualitative Leistungen erbringen. Dennoch ist ein Teil des Kreises Weißwasser ohne Zugang zur SAPV. Die Region ist zu klein, um ein neues SAPV-Team zu etablieren. Die ansässigen Teams sind in ihren Regionen ausgelastet. Teams aus Brandenburg können die Versorgung nicht übernehmen, da dort andere Musterverträ-

ge gelten. § 21 Absatz 2 SAPV-Mustervertrag Sachsen könnte hier Anwendung finden, doch muss die SAPV wirtschaftlich erbracht werden (vgl. § 5 Absatz 2 SAPV-Richtlinie; Punkt 1.2 Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes; § 2 Absatz 4 SAPV-Mustervertrag Sachsen), deshalb ausschließt sich dies ebenfalls aus. Eine Lösung hierfür wäre ein bundesweit einheitlicher Mustervertrag zwischen den SAPV-Leistungserbringern und den Krankenkassen, sodass sich dort ein Team unabhängig von Ländergrenzen etablieren kann.

Die Unterschiede des SAPV-Bedarfes zwischen den Zahlen der SAPV-Richtlinie und den Fallzahlen des SAPV-Teams Oberlausitz können darauf zurück geführt werden, dass Sachsen, ganz besonders der Landkreis Görlitz, im Gegensatz zu anderen Bundesländern eine höhere relative wie auch absolute Zahl an alten und hochbetagten Einwohnern hat (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2015c, S. 3; Bertelsmann Stiftung, 2015c). Ebenfalls ist denkbar, dass es eine vorherrschende Diskrepanz bei der wissenschaftlichen Betrachtung der Bedarfseinschätzung zwischen dem objektiven Bedarf an SAPV-Leistungen und dem subjektiven Bedürfnis nach spezialisierter ambulanter Palliativversorgung eines Schwerstkranken gibt. Des Weiteren ist zu bedenken, dass SAPV-Teams aufgrund des Fehlens von qualifizierten Leistungserbringern der AAPV für diese zusätzlich eingesetzt werden, was eine Überlastung des Teams und eine Verschwendung der spezialisierten Ressourcen zur Folge hat (vgl. Maier/Sitte, 2013, S. 5 ff.). Die im Mai 2015 erschienene S3 Leitlinie Palliativmedizin des Leitlinienprogramms Onkologie erwähnt ebenfalls die Abweichung zwischen den anfänglichen Schätzungen und den Fallzahlen in der Praxis (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften et al., 2015a, S. 190). In jedem Fall sollten diese vielzitierten Expertenschätzungen erneut untersucht und gegebenenfalls angepasst werden.

Der Evaluationsbericht des G-BA zur Umsetzung der SAPV aus dem Jahr 2013 zeigt, dass es seit 2009 weniger Folgeverordnungen als Erstverordnungen gibt (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 19). Daraus lässt sich ableiten, dass sich der Verlauf der Erkrankung entweder noch während der Erstverordnung derart zuspitzt, dass der Patient innerhalb dieser 28 Tage verstirbt, oder eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation eine Überleitung in eine APV möglich macht. Die gegensätzliche Tendenz der Bundesländer Baden-Württemberg, Brandenburg, Sachsen und Schleswig-Holstein seit 2011 (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 20) lässt darauf schließen, dass die erste Variante wahrscheinlicher ist und die Versorgung in diesen Bundesländern qualitativ hochwertiger ist, da die Überlebensspanne des Patienten in der SAPV verlängert ist. Diese Annahme bestätigen auch Alt-Epping/Nauck, indem sie

angeben, die Dauer die SAPV-Behandlung dauere im Median elf Tage (vgl. Hospiz- und Palliativhebung nach Alt-Epping/Nauck, 2015). Eine Befragung, welche im selben Evaluationsbericht von 2013 veröffentlicht wurde, deckte auf, dass sich SAPV-Leistungserbringer, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Mitgliedsorganisationen der DKG eine Anpassung der SAPV-Richtlinie in Form der Klärung der Unterschiede zwischen Teilversorgung und Vollversorgung wünschen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 34 ff.). Auch andere bereits thematisierte Verbesserungsvorschläge wurden von diesen Instanzen gemacht. Jedoch sieht der G-BA noch keinen Anlass die SAPV-Richtlinien zu ändern (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 39). Dennoch steigen die Zahl der Erstverordnung und die finanziellen Ausgaben der Krankenkassen jährlich an (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 16 ff.), was darauf schließen lässt, dass das Vertrauen in diese vergleichsweise junge Versorgungsform gegeben ist. Des Weiteren fördert dies die Etablierung neuer SAPV-Teams und ermöglicht somit einen weiteren Schritt zur geplanten Flächendeckung.

Obwohl die Palliativmedizin ein wichtiger und facettenreicher Zweig der Medizin ist, gibt es keine Facharztausbildung in diesem Bereich. Ärzte können sich nur durch eine Zusatz-Weiterbildung zum Palliativmediziner qualifizieren. Die Zahl der Mediziner, welche diese Weiterbildung absolviert haben, ist bundesweit wie auch sachsenweit in den letzten Jahren stetig gestiegen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 17 f.; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015). Durch die Einführung der Palliativmedizin als Querschnittsfach in der medizinischen Ausbildung der Ärzte sowie des Leistungsnachweises in diesem Bereich, ist zwar die Vermittlung dieses Themenkomplexes gewährleistet, jedoch legen die Universitäten selbst die näheren Inhalte der Wissensvermittlung in diesen Bereichen fest. Außerdem ist der Querschnittsbereich charakterisiert als fächerverbindend. Dies bedeutet, er ist kein eigenständiges Fach, sondern die Thematik wird innerhalb der verschiedenen Fächer angesprochen. Das ist auch der Grund, weshalb man im Bereich Palliativmedizin keine fachärztliche Ausbildung machen kann, sondern lediglich eine Zusatz-Weiterbildung absolvieren muss. Jedoch wird von Seiten der ÄApprO allein die minimale Gesamtstundenzahl aller Querschnittsfächer vorgeschrieben (vgl. § 27 Absatz 1 ÄApprO). So lässt sich trotz der jüngsten Berücksichtigung der Palliativmedizin in der medizinischen Ausbildung der Ärzte erkennen, dass diese Regelungen unzureichend sind.

Die Studie von Bemann/Klewer zeigt, dass auch in der Ausbildung der Pflegekräfte eine Sensibilisierung für die Thematik der Palliative Care dringend notwendig ist (vgl. Bemann/Klewer, 2013). Aus diesem Grund bleibt die Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung auch weiterhin eine zentrale Aufgabe, um für das Thema Palliative Care zu sensibilisieren und durch die Kenntnis der Möglichkeiten den Zugang zur SAPV zu er-

leichtern. Weiterhin gibt es auch in der Palliativversorgung die Probleme der allgemeinen Kranken- und Altenpflege. Zeitdruck und knapp bemessene Personalschlüssel beeinflussen die Qualität der pflegerischen Arbeit und wirken sich auf das Wohlbefinden des Patienten aus.

Auch in der Ausbildung zum Sozialarbeiter, Seelsorger, Psychologen, Physiotherapeuten oder anderen Therapeuten, werden die Auszubildenden zum jetzigen Zeitpunkt in Sachsen nicht auf die Arbeit mit Palliativpatienten vorbereitet. Im Rahmen der SAPV stellt die Umsetzung der weiteren Therapiebereiche (Ergo-, Entspannungs-, Kunst-, Musik-, Tier- und Atemtherapien) Schwierigkeiten dar, da die Therapeuten aus Gründen der Wirtschaftlichkeit meist an eine stationäre Einrichtung gebunden sind.

Während der Recherche fiel auf, dass es kaum veröffentlichte Forschungsbeiträge zum Thema SAPV gibt. Die meisten Publikationen sind Artikel, welche die Palliative Care, die Hospizarbeit oder die Palliativmedizin allgemein und einführend beschreiben. Diese sind besonders häufig von Professoren veröffentlicht, welche durch ihre Arbeit als Palliativmediziner oder Universitätsprofessoren für den Lehrstuhl Palliativmedizin täglich mit dieser Thematik umgehen (z.B. Prof. Dr. Andreas Heller, Prof. Dr. Friedemann Nauck, Prof. Sabine Pleschberger oder Prof. Dr. Raymond Voltz). Die Forschung am Lebensende ist natürlich ein hochsensibler Wissenschaftsbereich, welcher nicht selten ethische Bedenken nach sich zieht. Es gibt hohe Ausfallraten, da sich die Patienten und ihre Angehörigen aufgrund der schweren Symptomlast und der emotionalen Belastung meist nicht mehr in der Lage sehen, weiterhin an der Untersuchung teilzunehmen und es in den letzten Lebenstagen schlicht besseres zu tun gibt. Dementsprechend sind die Stichproben meist zu klein, um allgemein gültig zu sein. Ebenso verhält es sich mit qualitativen Forschungen in kleinen Teilgebieten der Palliative Care, deren Forschungsergebnisse ausschließlich für diesen Teilbereich gelten und deren Singularität kaum generalisierbar ist. Aus diesen Gründen stagniert die Forschung, obwohl es sehr wichtig ist, neue Erkenntnisse über diesen Lebensbereich zu erlangen. Daher ist es eine wesentliche Zukunftsaufgabe, die Forschung in der Palliativmedizin und Palliativpflege an den Universitäten stärker zu etablieren und mehr Lehrstühle für Palliativmedizin zu schaffen. Diese Meinung vertreten auch Cremer-Schaeffer/Radbruch (vgl. Cremer-Schaeffer/Radbruch, 2012). Des Weiteren sollte auch in anderen Disziplinen palliativ geforscht werden. So können auch in der Biologie, Sportmedizin, Psychologie, Sozialen Arbeit, Pädagogik, den Pflege- und Gesundheitswissenschaften, der Soziologie bis hin zur Philosophie und Religion neue Erkenntnisse zum Umgang mit dem Thema Tod und Sterben gesammelt werden, besonders, wenn diese Forschung fächerübergreifend durchgeführt wird. Außerdem sollte sich Forschung und Informati-

onsaustausch nicht nur auf bundesweiter ebene abspielen, sondern auch international erfolgen, um neue Ideenanstöße und Blickwinkel zu erfahren und voneinander zu lernen. Aufgrund der zukünftig verstärkt zu erwartenden Zuwanderung von Menschen mit anderen kulturellen Hintergründen, ist es eine Aufgabe und zugleich Herausforderung, interkulturelle Kompetenz zu entwickeln und kultursensible Pflege zu etablieren (vgl. Kayser, 2013, S. 14). Eine internationale Zusammenarbeit kann auf diese Problematik unter Umständen vorausschauend vorbereiten.

Methodenkritik

Trotz des erweiterten Zugangs durch die Westsächsische Hochschule Zwickau waren viele Publikationen nicht lizenziert und somit nicht zugänglich. Des Weiteren ist der Themenumfang komplex, sodass nur wenige Studien gefunden wurden, welche alle Themengebiete untersuchten. Jedoch funktioniert die Untersuchung ausschließlich, wenn alle Themenbereiche untersucht und geschildert werden, da sonst offene Fragen entstehen. So konnten aus vielen Quellen nur Informationen zu Teilbereichen entnommen werden, was unter Umständen die Vergleichbarkeit einschränken könnte.

7 Fazit und Ausblick

Diese wissenschaftliche Arbeit beschäftigt sich damit, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung im deutschen Gesundheitssystem zu verorten und deren Umsetzung und Stand in Sachsen zu eruieren.

Die Palliativversorgung und somit auch die SAPV werden in den nächsten Jahren ein wichtiges Thema im Gesundheitswesen bleiben, da immer noch große Defizite erkennbar sind. So ergibt sich die Aufgabe für Wissenschaftler, Ärzte und SAPV-Leistungserbringer kreativ und engagiert Lösungen für bestehende Probleme und erkennbare Mängel zu finden.

Es wurden zahlreiche Schwierigkeiten und zukünftige Problematiken bei der Entwicklung der SAPV identifiziert. In nahezu jedem Bereich gibt es Schwachstellen, Verzögerungen oder Verbesserungspotentiale. Es wirkt fast so, als wäre die Thematik zu komplex und ausdifferenziert, um noch Lösungen zu finden, die auf Probleme in anderen Bereichen passen.

Vielleicht ist es an der Zeit, die gesamte Thematik zu hinterfragen und neue Blickwinkel einzunehmen. Aus diesem Grund wird eine internationale Zusammenarbeit der führenden Wissenschaftler und Experten empfohlen. In jeden Fall gibt es sehr viele Ansatzpunkte für Verbesserungen, welche in den nächsten Jahren bearbeitet werden sollten.

Zusammenfassung

Einleitung: Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll dem Wunsch vieler schwerstkranker und sterbender Menschen, zu Hause in vertrauter Umgebung und in Würde zu sterben, Rechnung tragen. Ziel der Arbeit ist es, dem Leser die Brisanz dieses Themas vor Augen zu führen, da dies von gesellschaftlicher Relevanz ist und auch in naher Zukunft Neuerungen auf diesem Gebiet zu erwarten sind.

Theoretischer Hintergrund: Die Palliative Care beschreibt ein ganzheitliches Versorgungskonzept, welches den Patienten in seiner Ganzheitlichkeit betrachtet. Palliative Betreuung kann auf unterschiedlichen Ebenen der Leistungserbringung stattfinden. Der Unterschied liegt im Spezialisierungsgrad der Palliativversorger. Im Allgemeinen wird zwischen zwei Ebenen unterschieden. Die EAPC hat ein vierstufiges Modell entwickelt. Palliative Care kann ambulant wie auch stationär erbracht werden. Für jeden Behandlungssektor gibt es verschiedene Organisationsformen, welche die Palliativversorgung in unterschiedlichen Spezialisierungsgraden anbieten. Wichtig ist, dass Palliative Care nicht mit Sterbehilfe gleichzusetzen ist, sondern eine alternative dazu bieten will. Die SAPV möchte den Patienten trotz seines komplexen Symptomgeschehens in seiner vertrauten Umgebung belassen und erbringt die palliative Leistung somit ambulant, was Herausforderungen mit sich bringt, welche in dieser Arbeit thematisiert werden.

Zielstellung: Es galt die Problematiken zu beantworten, ob die geforderte Flächendeckung erfüllt ist, welche Veränderungen das HPG nach sich zieht, wie die SAPV-Leistungserbringer mit den Krankenkassen zusammenarbeiten und wie das SAPV-Team intern arbeitet und extern kooperiert.

Methodik: Im Zeitraum von April bis Juli wurde eine theoriebasierte Exploration durchgeführt. Die systematische Durchsicht und Analyse wissenschaftlicher Publikationen, veröffentlichter Artikel sowie grauer Literatur gibt den aktuellen Stand der Thematik an. Die Basis bildet eine Literaturrecherche, welche 26 Publikationen zur Untersuchung einbezieht.

Ergebnisse: Die SAPV stellt ein wichtiges Thema bei der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen dar. Seit der Gesetzesänderung im Jahr 2007 konnten erhebliche Fortschritte bei der Umsetzung und Gestaltung dieser Versorgungsform gemacht werden. Die Grundlagen bilden Die §§ SGB V sowie, die SAPV-Richtlinie des G-BA, die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und die sachsenweiten Verträge zwischen den Krankenkassen und den SAPV-Teams. Diese

wurden auf Übereinstimmungen, Ergänzungen und Unterschiede untersucht. Dennoch ist die, schon lang geforderte, bundesweite Flächendeckung noch nicht erreicht und mit der Verabschiedung des geplanten Hospiz- und Palliativgesetzes werden in naher Zukunft neue Regelungen zur Erleichterung der Versorgung geschaffen. Innerhalb des SAPV-Teams spielt die Kommunikation über die berufsbedingten und hierarchischen Grenzen hinweg eine wichtige Rolle. Die einzelnen Professionen müssen ihre Berufsrolle kennen und trotzdem multiprofessionell und interdisziplinär zusammenarbeiten. Die Kooperation mit externen Leistungserbringern des Gesundheitswesens muss ebenfalls ohne Komplikationen ablaufen, um eine optimale Versorgung des Patienten gewährleisten zu können. Zuletzt wird der Sonderstatus von Personengruppen mit besonderem Versorgungsbedarf thematisiert, um für diese Problematik zu sensibilisieren.

Fazit: Nach näherer Beschäftigung mit dem Thema ist ersichtlich, dass in vielen Bereichen Schwierigkeiten und Probleme erkennbar sind. Des Weiteren kommt erschwerend hinzu, dass sich durch den demografischen Wandel in Verbindung mit dem Aus- und Einwanderungsverhalten die Problematik weiter zuspitzen wird und neue Lösungsmöglichkeiten gefunden werden müssen.

Literaturverzeichnis

Albrecht, E.; Bausewein, C.; Nauck, F.; Ostgathe, C.; Radbruch, L.; Roller, S.; Voltz, R. (2010): Konzept der Palliativmedizin. In: Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R. (Hrsg.) (2010): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbetreuung. 4. Auflage. München: Urban & Fischer bei Elsevier. S. 1-56.

Alt-Epping, B.; Nauck, F. (2015): Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). Vernetzung von Sektoren, Disziplinen und Professionen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz.. 58(4-5), S. 430-435. DOI: 10.1007/s00103-015-2125-6

Bausewein, C.; Fegg, M.; Roller, S.; Sonntag, B. (2010): Multiprofessionelle Therapie. In: Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R. (Hrsg.) (2010): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbetreuung. 4. Auflage. München: Urban & Fischer bei Elsevier. S. 129-166.

Bemmann, R.; Klewer, J. (2013): Wissen und Einstellungen zu Palliative Care bei Altenpflegeschülern. Heilberufe Science. Published online: 22.10.2013. DOI 10.1007/s16024-013-0178-8

Brysch, E. (2007): Stand und Perspektiven der Palliativmedizin in Deutschland aus Sicht der Patientenschutzorganisation „Deutsche Hospiz Stiftung“. In: Höfling, W.; Brysch, E. (Hrsg.) (2007): Recht und Ethik der Palliativmedizin. Berlin: Lit Verlag. S. 11-22.

Caudal, B. (2009): Kooperation zwischen stationärer und ambulanter Hospizarbeit sowie klinischer Sozialarbeit im Akutkrankenhaus. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.) (2009): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 2. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 39-54.

Cremer-Schaeffer, P.; Radbruch, L. (2012): Palliativversorgung im Blickwinkel gesetzlicher und regulatorischer Vorgaben in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 55(2), S. 231-237. DOI: 10.1007/s00103-011-1408-9

Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44(3), S. 166-206.

Engelmann, K. (2013): Zur (Rechts-)Lage der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Duttge, G.; Nauck, F.; Weber, A.K.

(Hrsg.) (2013): Palliativmedizin und Betäubungsmittelrecht. Möglichkeiten und Grenzen. Göttinger Schriften zum Medizinrecht Band 16. Göttingen: Universitätsverlag. S. 45-62.

Fatzer, G. (2013): Lernen und Lernende Organisation – Mythos und Realität. In: Pühl, H. (Hrsg.) (2013): Supervision und Organisationsentwicklung. Handbuch. Auflage: Softcover reprint of the original 1st ed. 1999. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 199-207.

Fleckinger, S. (2013): Ehrenamtlichkeit in Palliative Care. Zwischen hospizlich-palliativer Sorgeskultur und institutionalisierter Dienstleistung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Föllmer, J. (2014): Palliativversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Hospizversorgung nach § 39a SGB V und zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V. Berlin, Heidelberg: Springer.

Goudinoudis, K. (2012): Berufs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Netzwerk. In: Fuchs, C.; Gabriel, H.; Raischl, J.; Steil, H.; Wohlleben, U. (Hrsg.) (2012): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. S. 107-113.

Grond, E. (2011): Palliativpflege in der Gerontopsychiatrie. Leitfaden für Pflegende in der Altenhilfe. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Hait, B.; Sitte, T. (2013): Teamarbeit und Selbstreflexion. In: Thöns, M.; Sitte, T. (Hrsg.) (2013): Repetitorium Palliativmedizin. Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 267-280.

Hallek, M.; Voltz, R.; Lehnert, H. (2010): Was ist Palliativmedizin?. Internist. 52(1), S. 5-6. DOI: 10.1007/s00108-010-2783-2

Heinzen, U. (2007): Musiktherapie. In: Im Dialog mit Sterbenden. Zuhören. Reden. Sich verstehen. 2. Auflage. Merching: Forum Verlag. S. 149-178.

Heller, A.; Pleschberger, S. (2010): Hospizkultur und Palliative Care im Alter. In: Heller, A.; Kittelberger, F. (Hrsg.) (2010): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg/Br.: Lambertus. S. 15-82.

Heller, A.; Pleschberger, S. (2015): Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland. Hintergrundfolie für Forschung in Hospizarbeit und Palliative Care. In: Schnell, M. W.; Schulz, C.; Heller, A.; Dunger, C. (Hrsg.) (2015): Palliative Care und Hospiz. Eine Grounded Theory. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 61-74.

Heller, U.; Sattelberger, G. (2012): Palliativpflege – was ist das? Vom Verhältnis rehabilitativer, aktivierender und palliativer Pflege. In: Fuchs, C.; Gabriel, H.; Raischl, J.; Steil, H.; Wohlleben, U. (Hrsg.) (2012): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. S. 99-106.

Herrlein, P. (2009): Handbuch Netzwerk und Vernetzung in der Hospiz-und Palliativversorgung. Theorien, Strategien, Beratungs-Wissen. Wuppertal: Hospizverlag.

Ilse, B.; Hildebrandt, J.; Posselt, J.; Laske, A.; Dietz, I.; Borasio, G.D.; Kopf, A.; Nauck, F.; Elsner, F.; Wedding, U.; Alt-Epping, B. (2012): Palliativmedizinische Lehre in Deutschland – Planungen der Fakultäten zum zukünftigen Querschnittsfach 13. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. 29(3), S. 1-12. DOI: 10.3205/zma000817

Jansky, M.; Lindena, G.; Nauck, F. (2012): Befinden von Palliativpatienten im Verlauf einer spezialisierten ambulanten oder stationären Versorgung. Der Schmerz. 26(1), S. 46-53. DOI 10.1007/s00482-011-1119-z

Jünger, S.; Payne, S.; Brearley, S.; Ploenes, V.; Radbruch, L. (2012): Consensus Building in Palliative Care: A Europe-Wide Delphi Study on Common Understandings and Conceptual Differences. Journal of Pain and Symptom Management, 44(2), S. 192–205. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.09.009

Klindtworth, K.; Schneider, N.; Radbruch, L.; Jünger, S. (2013): Versorgung am Lebensende: Haltungen und Einstellungen in der Bevölkerung. End of Life Care: Attitudes and Preferences in the German Population. Zeitschrift für Palliativmedizin, 14(1), S. 22-28. DOI: 10.1055/s-0032-1305163

Kränzle, S. (2009): Geschichte und Wesen von Palliative Care. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.) (2009): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 2. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 1-11.

Leutbecher, K.; Witteler, U.E. (2009): Psychosoziale Aspekte. In: Kloke, M.; Reckinger, K.; Kloke, O. (Hrsg.) (2009): Grundwissen Palliativmedizin. Begleitbuch zum Grundkurs Palliativmedizin. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. S. 173-188.

Lechner, E. (2012): Einführung zum Thema Palliative Care. In: Jedelsky, E. (Hrsg.) (2012): Heimhilfe. Praxisleitfaden für die mobile Betreuung zuhause. 3. Auflage. Wien: Springer. S. 142-152.

Maier, B.O. (2012): Organisationskonzepte stationärer Palliativversorgung. In: Fegg, M.; Gramm, J.; Pestinger M. (Hrsg.) (2012): Psychologie und Palliative Care. Aufgaben, Konzepte und Interventionen in der Begleitung von Patienten und Angehörigen. Stuttgart: Kohlhammer. S. 214-221.

Maier, B.O.; Sitte, T. (2013): Grundlagen und Versorgungsstrukturen. In: Thöns, M.; Sitte, T. (Hrsg.) (2013): Repetitorium Palliativmedizin. Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer. S 1-11.

Müller, M. (2011): Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in der Praxis. Holen Sie sich zusätzliche Unterstützung für die Versorgung von Menschen mit einer hohen Symptomlast in der letzten Lebensphase. Bonn: PRO PflegeManagement Verlag.

Müller-Busch, H.C. (2011): Definitionen und Ziele in der Palliativmedizin. *Der Internist*, 52(1), S. 7-14. DOI: 10.1007/s00108-010-2688-0

Müller-Busch, H.C. (2012): Palliative Care. Historische Entwicklung – Aufgaben – Perspektiven. In: Fegg, M.; Gramm, J.; Pestinger M. (Hrsg.) (2012): Psychologie und Palliative Care. Aufgaben, Konzepte und Interventionen in der Begleitung von Patienten und Angehörigen. Stuttgart: Kohlhammer. S. 11-19.

Niederreiter, L. (2007): Kunsttherapie mit Sterbenden und Trauernden. In: Im Dialog mit Sterbenden. Zuhören. Reden. Sich verstehen. 2. Auflage. Merching: Forum Verlag. S. 123-148.

Pastrana, T.; Jünger, S.; Ostgathe, C.; Elsner, F.; Radbruch, L. (2008): A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*. 22(3), S. 222–232. DOI: 10.1177/0269216308089803

Perner, A.; Götze, H.; Stuhr, C.; Brähler, E. (2010): Ambulante Palliativversorgung im Raum Leipzig. *Der Schmerz*. 24(1), S. 38-45. DOI: 10.1007/s00482-009-0863-9

Radbruch, L.; Payne, S. (2009): White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), S. 278-289.

Radbruch, L.; Payne, S. (2010): White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 17(1), S. 22-33.

Radbruch, L.; Payne, S.; Büche, D.; Schmidlin, E.; Jünger, S. (2011): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 12(5), S. 216-227. DOI: 10.1055/s-0031-1276909

Radbruch, L.; Voltz, R. (2010): Was ist speziell an der spezialisierten Palliativversorgung?. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt Beschlüsse zur spezialisierten ambu-

lanten Palliativversorgung vor. *Der Schmerz*. 22(1), S. 7-8. DOI: 10.1007/s00482-008-0628-x

Reckinger, K. (2009): Historische Entwicklung. In: Kloke, M.; Reckinger, K.; Kloke, O. (Hrsg.) (2009): *Grundwissen Palliativmedizin. Begleitbuch zum Grundkurs Palliativmedizin*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. S. 1-2.

Reckinger, K.; Duddek-Baier, M. (2009): Das multiprofessionelle Team. In: Kloke, M.; Reckinger, K.; Kloke, O. (Hrsg.) (2009): *Grundwissen Palliativmedizin. Begleitbuch zum Grundkurs Palliativmedizin*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. S. 245-264.

Roller, S. (2010): Kommunikation. In: Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R. (Hrsg.) (2010): *Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbetreuung*. 4. Auflage. München: Urban & Fischer bei Elsevier. S. 79-128.

Roser, T. (2012): Sterbewunsch und gelebtes Leben. In: Fuchs, C., Gabriel, H.; Raischl, J.; Steil, H.; Wohlleben, U. (Hrsg.) (2012): *Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 67-74.

Schneider, N. (2015): Palliativversorgung – Konzepte und Strukturen. *Public Health Forum*. 21(3), S. 13-15. DOI: 10.1016/j.phf.2013.06.012

Schneider, N.; Mitchell, G.K.; Murray, S.A. (2010): Palliative care in urgent need of recognition and development in general practice: the example of Germany. *BMC Family Practice*. 11(66). DOI: 10.1186/1471-2296-11-66

Schneider, N.; Schwartz, F.W. (2006): Hoher Entwicklungsbedarf und viele offene Fragen bei der Versorgung von Palliativpatienten. *Medizinische Klinik*. 101(7), S. 552-557. DOI: 10.1007/s00063-006-1077-x

Seeger, C. (2009): Interdisziplinäres Arbeiten im Team – Grundlage für die Vernetzung von Palliative Care. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.) (2009): *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*. 2. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 171-199.

Simon, S.T.; Gomes, B.; Koeskeroglu, P.; Higginson, I.J.; Bausewein, C. (2012): Population, mortality and place of death in Germany (1950e2050) – Implications for end-of-life care in the future. *Public Health*. 126(11), S.937–946. DOI:10.1016/j.puhe.2012.06.014

Steins, M.B. (2012): Frühe palliative Führung. Stellenwert beim metastasierten Lungenkarzinom. *Der Pneumologe*. 9(2), S. 120-122. DOI 10.1007/s10405-011-0543-1

Stiel, S.; Matthies, D.M.K.; Seuß, D.; Walsh, D.; Lindena, G.; Ostgathe, C. (2014): Symptoms and Problem Clusters in Cancer and Non-Cancer Patients in Specialized

Palliative Care - There a Difference?. *Journal of Pain and Symptom Management*. 48(1), S. 26-35. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.08.018

Voltz, R. (2007): Stand und Perspektiven der Palliativmedizin in Deutschland aus palliativmedizinischer Sicht. In: Höfling, W.; Brysch, E. (Hrsg.) (2007): *Recht und Ethik der Palliativmedizin*. Berlin: Lit Verlag. S. 5-9.

Voltz, R. (2008): Palliativmedizin. Eine Disziplin für den „ganzen Menschen“. *Deutsches Ärzteblatt*. 105(1-2), S. A20-A 22. DOI

Weihrauch, B. (2013): Hospizarbeit und Ehrenamt. *Public Health Forum*. 21(3), S. 15-16. DOI: 10.1016/j.phf.2013.06.016

Wenzel, C. (2015): Heil sterben. Zur Bedeutung alternativer und komplementärer Ansätze für eine Versorgung Sterbender in Hospizarbeit und Palliative Care. In: Schnell, M. W.; Schulz, C.; Heller, A.; Dunger, C. (Hrsg.) (2015): *Palliative Care und Hospiz. Eine Grounded Theory*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 75-174.

Wesselmann, S.; Melching, H.; Oorschot, B. van (2012): Palliativmedizin in Organkrebszentren und Onkologischen Zentren. *Der Pneumologe*. 9(2), S. 123-129. DOI 10.1007/s10405-011-0544-0

Wiese, C.H.R.; Bartels, U.E.; Zausig, Y.A.; Graf, B.M.; Hanekop, G.G. (2009): Palliativmedizin. Fünfte Säule anästhesiologischer Abteilung?. *Der Anaesthesist*. 58(3), S. 218-230. DOI: 10.1007/s00101-009-1543-y

Wiese, C.H.R.; Vagts, D.A.; Kampa, U.; Pfeiffer, G.; Grom, I.; Gerth, M.A.; Graf, B.M.; Zausig, Y.A. (2010a): Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen. Empfehlungen zur ambulanten Versorgungsoptimierung. *Der Anaesthesist*. 60(2), S. 161–171. DOI: 10.1007/s00101-010-1831-6

Wiese, C.H.R.; Zausig, Y.A.; Vormelker, J.; Orso, S.; Graf, B.M.; Hanekop, G.G. (2010b): Ambulante und stationäre palliativmedizinische Patientenversorgung in Deutschland. Vergleich zur notfallmedizinischen Infrastruktur. *Der Anaesthesist*. 59(2), S. 162-170. DOI 10.1007/s00101-009-1651-8

Zenner, H.P. (2013): Palliativmedizin. *HNO*. 61(3), S. 226–232. DOI: 10.1007/s00106-012-2513-2

Ziegler, A.; Antes, G.; König, I.R. (2011): Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 136(8), S. e9-e15. DOI: 10.1055/s-0031-1272978

Zieschang, T.; Oster, P.; Pfisterer, M.; Schneider, N. (2012): Palliativversorgung von Menschen mit Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 45(1), S. 50–54. DOI: 10.1007/s00391-011-0270-6

Internetquellen

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; Deutsche Krebsgesellschaft; Deutsche Krebshilfe (Hrsg.) (2015a): Leitlinienprogramm Onkologie. S3 Leitlinie. Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 1.0. AWMF-Registernummer: 128/001OL. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/LL_Palliativmedizin_Langversion_1.0.pdf (06.05.2015)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; Deutsche Krebsgesellschaft; Deutsche Krebshilfe (Hrsg.) (2015b): Patientenleitlinie „Psychoonkologie“. Psychosoziale Unterstützung für Krebspatienten und Angehörige. Konsultationsfassung, März 2015. <http://www.patienteninformation.de/mdb/edocs/pdf/literatur/psychoonkologie-1auf1-konsultationsfassung.pdf> (15.07.2015)

Arbeitsgruppe Kinder und Jugendliche (Hrsg.) (2011): Versorgungskonzept für eine bundesweite Umsetzung der SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (SAPPV). Stand: 08.05.2011. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/bundesweites_Konzept_SAPPV_final.pdf (29.06.2015)

Barmer-GEK (Hrsg.) (2015): Termine Gesetzgebungsverfahren. Stand 11.05.2015. https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Komponenten/Berlin_kompact/06-2015/PDF-Termine-Gesetzgebung.version=1.pdf (19.06.2015)

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015a): Bevölkerungsprognose. Demographischer Wandel verstärkt Unterschiede zwischen Stadt und Land. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/Bevoelkerungsprognose_Bundesweit.pdf (10.07.2015)

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015b): Bevölkerungsprognose - Görlitz (GR) - Bevölkerungsstruktur – 2012-2030, <https://www.wegweiser->

kommune.de/statistik/bevoelkerungsprognose+goerlitz-gr+bevoelkerungsstruktur+relative-bevoelkerungsentwicklung+2012-2030+kreis+land+tabelle, (03.05.2015).

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015c): Bevölkerungsprognose. In den kommenden 15 Jahren schrumpft Sachsen um 240.000 Einwohner. [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/Bevoelkerungsprognose Sachsen.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/Bevoelkerungsprognose_Sachsen.pdf) (10.07.2015)

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (Hrsg.) (2005): Qualitätsanforderungen zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Hospizarbeit. http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/broschuere_qualitaetsanforderung_ehrenamtliche.pdf (14.07.2015)

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt. 108 (7): A346-A348. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf (06.06.2015)

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2013): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 28.06.2013. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf (24.06.2015)

Bundesärztekammer; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.) (2011): (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin. Methodische Empfehlungen, Lehr- und Lerninhalte für den Weiterbildungskurs und die Fallseminare einschließlich Supervision zum Inhalt der Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003, Stand 21.10.2011. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/MKB_Palliativmedizin.pdf (24.06.2015)

Caritas (Hrsg.) (2015): Sterbebegleitung muss besser finanziert werden. Pressemitteilung vom 17.06.2015. <http://www.caritas.de/fuerprofis/presse/pressemeldungen/sterbebegleitung-muss-besser-finanziert-?searchterm=hospiz> (18.06.2015)

Cicely Saunders Institute (Hrsg.) (2015): Dame Cicely Saunders Biography. <http://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders/> (07.06.2015)

Council of Europe (Hrsg.) (2003): Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies.

<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=3KJ5U3BQLVY%3d&tabid=1709>
(29.06.2015)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.) (2009): Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Definition. Berlin.
<https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html> (07.05.2015)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.) (2014): Ärztlich assistierter Suizid. Reflexion der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Berlin.
http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20140119_DGP_%C3%A4rztlich_assistierter_suizid.pdf (07.05.2015)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.) (2015a): Chronologie zur Palliativversorgung in Deutschland. Berlin.
<https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-informationen-hintergruende.html> (07.05.2015)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.) (2015b): Weiterbildung für Pflegekräfte. <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/weiterbildung-fuer-pflegekraefte.html> (09.07.2015)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.) (2015c): Weiterbildung psychosoziale Berufsgruppen. <http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/weiterb-psycho-sozial.html> (09.07.2015)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.) (ohne Jahr a): Notwendige und hinreichende Qualifikationen für Psychologen in der Palliativversorgung. Stellungnahme der Sektion Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Positionspapier_Sektion_Psychologie_DGP_20150511.pdf (09.07.2015)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.) (ohne Jahr b): Palliativmedizin: Basiskurs für Ärzte. Kursprogramm.
http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/basiskurs_%E4rzte.pdf
(08.07.2015)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Deutscher Hospiz- und Palliativverband (Hrsg.) (2009): SAPV-Glossar (Stand: 15.01.2009).

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/SAPV_Glossar_DGP_DHPV_15_01_2009.pdf (27.06.2015)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Deutscher Hospiz- und Palliativverband (Hrsg.) (2014): Handreichung zur Entwicklung einer kooperativen Zusammenarbeit zwischen Spezialisierten Ambulanten Palliativ Teams (SAPV) für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten (AKHD). Berlin.

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Handreichung_Kooperation_SAPV_und_AKHD_Dez2014.pdf (29.06.2015)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Deutscher Hospiz- und Palliativverband; Bundesärztekammer (Hrsg.) (2010): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/download.html> (29.06.2015)

Deutsche Stiftung Patientenschutz (Hrsg.) (2013): Pressemitteilung 28.05.2013. Benachteiligung von Privatversicherten bei SAPV und Hospiz. <https://www.stiftung-patientenschutz.de/news/466/68/Benachteiligung-von-Privatversicherten-bei-SAPV-und-Hospiz> (28.06.2015)

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2015): Sterbebegleitung zwischen Verbot und Liberalisierung. http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw27_de_sterbebegleitung/379944 (03.07.2015)

Deutscher Hospiz- und Palliativverband (Hrsg.) (2015): Hospiz- und Palliativversorgung. http://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ.html (08.05.2015)

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (Hrsg.) (2015): HPG - Paritätische Stellungnahme und weitere Informationen zum Referentenentwurf Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). <http://paritaet-alsopfleg.de/index.php/pflegerische-versorgung/pflege-allgemein/4141-hpg-paritaetische-stellungnahme-und-weitere-informationen-zum-referentenentwurf-hospiz-und-palliativgesetz-hpg> (19.06.2015)

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2010): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL), vom 20. Dezember 2007, zuletzt geändert am 15. April 2010, in Kraft getreten am 25. Juni 2010. Berlin. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf (21.04.2015)

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2014): Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2013. <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3863/Bericht-Evaluation-SAPV-2013.pdf> (14.07.2015)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.) (2015): Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildungen (Zusatzbezeichnung). https://www.gbe-bund.de/oowa921-in-stall/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_336&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_364&D.001=18&D.003=1000004&D.928=11899 (29.06.2015)

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2012): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 in der Fassung vom 05.11.2012. Berlin. http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Palliativ_Empfehlungen_nach_132d_Abs_2_SGB_V_05-11-20102.pdf (21.04.2015)

GKV-Spitzenverband; Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2009): Vereinbarung über die Vergabe von Betriebstätten-Nummern und einer Pseudo-Arztnummer an Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 132 d Abs. 1 SGB V zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV (SAPV-BSNR-Vereinbarung). Berlin. http://www.gkv-datenaus-tausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/sonstige_leistungserbringer/sapv/SAPV-VB_KBV_BSNR_unterschrieben.pdf (27.05.15)

GKV-Spitzenverband; Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Deutscher Hospiz- und Palliativverband (Hrsg.) (2013): Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen vom 12.06.2013. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Palliativ_Empfehlungen_Kinder_Jugend_2013-06-12.pdf (29.06.2015)

Karmann, A.; Schneider, M.; Werblow, A.; Hofmann, U.; Wolf, D. (2013): Fortschreibung der „Studie zu Standorten und demographischen Rahmenbedingungen von Hospizangeboten in Sachsen“ (Hospizstudie). Endfassung. Dresden: Sächsisches XVIII

Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz.
http://www.familie.sachsen.de/download/familienportal/Hospizstudie_2013.pdf
(06.05.2015)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2014): Vertrag zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen auf der Grundlage § 73c SGB V.
http://www.kbv.de/media/sp/aekoop_Eckpunkte_allg_Palliativversorgung.pdf
(18.07.2015)

Kayser, A. (2013): Transkulturelle Kompetenz in der Palliative Care. Die palliative Betreuung und Begleitung im Kontext soziokultureller und religiös-spirituelle Diversität. In: DRK-Landesverband Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2013): Empfehlungen zur Hospiz- und Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund - eine Handreichung. Münster. S. 8-14. http://drk-westfalen.de/fileadmin/user_upload/Service/01_Handreichung_webversion.pdf
(16.07.2015)

Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen (Hrsg.) (2014): SAPV-Versorgung in Sachsen. Stand 23.07.2014. <http://www.homecare-sachsen.de/pdf/SAPV-in-Sachsen-Versorgungskarte.pdf> (12.05.2015)

Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen (Hrsg.) (2015a): Ambulante Hospizarbeit. <http://hospiz-palliativ-sachsen.de/hospizarbeit-palliativmedizin/ambulante-hospizarbeit/> (10.05.2015)

Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen (Hrsg.) (2015b): Ambulante Palliativversorgung. <http://hospiz-palliativ-sachsen.de/hospizarbeit-palliativmedizin/sapv-2/> (10.05.2015)

Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen (Hrsg.) (2015c): Kinderhospizarbeit. <http://hospiz-palliativ-sachsen.de/hospizarbeit-palliativmedizin/kinderhospizarbeit/> (10.05.2015)

Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen (Hrsg.) (2015d): Stationäre Hospizarbeit. <http://hospiz-palliativ-sachsen.de/hospizarbeit-palliativmedizin/stationare-hospizarbeit/> (10.05.2015)

Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen (Hrsg.) (2015e): Stationäre Palliativversorgung. <http://hospiz-palliativ-sachsen.de/hospizarbeit-palliativmedizin/palliativmedizinische-versorgung/> (10.05.2015)

Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen (Hrsg.) (2015f): Adressen SAPV. <http://hospiz-palliativ-sachsen.de/hospizarbeit-palliativmedizin/sapv-2/adressen/> (14.07.2015)

Landesverbände sächsischer Krankenkassen; Verband der Ersatzkassen (Hrsg.) (2009): Vertrag gemäß § 132 d SGB V über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (Stand 18.09.09). http://www.aok-gesundheitspart-part-ner.de/imperia/md/gpp/sac/pflege/palliativ/plus_pflege_palliativ_muster_sachsen_sapv_vertrag.pdf (27.05.2015)

Nationaler Ethikrat (Hrsg.) (2006): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme. Berlin. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/selbstbestimmung-und-fuersorge-am-lebensende.pdf> (04.06.2015)

Radbruch, L.; Nauck, F.; Sabatowski, R. (2005): Was ist Palliativmedizin?. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Berlin. <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-informationen-hintergruende.html> (07.05.2015)

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2011): Alter Rente Grundsicherung (ARG). Eine Studie für Sachsen. Freiberg. <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/12345> (08.06.2015)

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. 2013. Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html;jsessionid=61FAFA11102C588B6CEAE8A527B208CA.cae1 (16.07.2015)

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.) (2011): Statistik in Sachsen – Jahrgang 17 – 1/2011, Kamenz. https://www.statistik.sachsen.de/download/300_Voe-Zeitschrift/Zeitschrift_2011_1.pdf (08.05.2015)

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.) (2014a): Statistischer Bericht. Diagnosen der stationär behandelten Patienten im Freistaat Sachsen. 2013. A IV 9 – j/13. Kamenz. http://www.statistik.sachsen.de/download/100_Berichte-A/A_IV_9_j_13_SN.pdf (08.05.2015)

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.) (2014b): Statistischer Bericht. Gestorbene nach Todesursachen im Freistaat Sachsen. 2013. A IV 3 – j/13. Kamenz. http://www.statistik.sachsen.de/download/100_Berichte-A/A_IV_3_j13_SN.pdf (08.05.2015)

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.) (2015a): Statistik – Bevölkerungsbestand, <http://www.statistik.sachsen.de/html/426.htm> (08.05.2013)

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.) (2015b): Statistik – Bevölkerungsprognose, <http://www.statistik.sachsen.de/html/428.htm> (05.03.2015).

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.) (2015c): Statistisch betrachtet. Gesundheit in Sachsen - Ausgabe 2015, Kamenz. https://www.statistik.sachsen.de/download/300_Voe-Faltblatt/SB_Gesundheit_2015.pdf (08.06.2015)

World Health Organization (Hrsg.) (2002): WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (29.06.2015)

Verzeichnis der verwendeten Gesetze

Altenpflegegesetz (AltPflG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das durch Artikel 10 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist"

Approbationsordnung (ÄApprO) für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 2. August 2013 (BGBl. I S. 3005) geändert worden ist

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das durch Artikel 16 des Gesetzes vom 29. Juni 2015 (BGBl. I S. 1042) geändert worden ist

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das durch Artikel 1 und 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) geändert worden ist

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das durch Artikel 7 des

Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) geändert worden ist

Drucksache des Deutschen Bundesrats 195/15 (BR-Drs 195/15) vom 01.05.2015:
Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der
Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

Krankenpflegegesetz (KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das durch Artikel
9 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist

Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November
1998 (BGBl. I S. 3322), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. Juni 2015 (BGBl. I
S. 926) geändert worden ist

Glossar

Die Erläuterungen zu den hochgestellten Nummern finden sich am Ende des Glossars.

AAPV = Allgemeine ambulante Palliativversorgung¹: Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. AAPV beinhaltet die Palliativversorgung, die von Leistungserbringern der Primärversorgung (in erster Linie den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den ambulanten Pflegediensten) mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht werden kann. Der Großteil der Palliativpatienten, die medizinische und pflegerische Versorgung benötigen, kann auf diese Weise ausreichend versorgt werden. Die Leistungserbringer in der AAPV sind in der Regel nur zu einem kleinen Teil ihrer Zeit mit der Versorgung von Palliativpatienten beschäftigt. Die Versorgung richtet sich an palliativmedizinischen Therapiezielen und -inhalten aus. Geschulte ehrenamtliche Hospizmitarbeiter werden je nach Bedarf aktiv eingebunden. Reichen die therapeutischen Möglichkeiten nicht aus, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, sind die Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung einzubeziehen.

Hospiz, stationäres¹: Stationäre Hospize sind selbständige Einrichtungen mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag, die für Patienten mit unheilbaren Erkrankungen in der letzten Lebensphase palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung sowie psychosoziale und spirituelle Begleitung anbieten. Die ärztliche Versorgung erfolgt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Im Rahmen der Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) geht es darum, dass Patienten im stationären Hospiz auch die Teilleistung der ärztlichen Versorgung in Anspruch nehmen können. Stationäre Hospize sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter; sie verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Supervision ist Teil des Qualitätsmanagements und dient sowohl der Organisationsentwicklung des Palliative Care Teams (PCT) als auch als Entlastungsangebot für die Mitarbeitenden in besonders belastenden Situationen, die in der ausschließlichen Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen entstehen. Dabei kann die Reflexion des eigenen Tuns einzelner Teammitglieder, aber auch die Rolle des Gesamtteams im Mittelpunkt stehen. Die Teilnahme an der Supervision sollte für alle Teammitglieder verpflichtend sein. Supervision kann sowohl in der Form

von Fallkonferenzen im Sinne einer multiprofessionellen Fallbesprechung als auch im Sinne von Organisationsberatung und Teamcoaching angewendet werden. Die Durchführung der Supervision durch einen externen Supervisor wird dabei insbesondere für die letzten beiden Punkte dringend empfohlen. Kollegiale Supervision bzw. Intervision setzt in der Regel langjährige Vorerfahrungen und Teamarbeit voraus.

Hospizdienst/-initiative, ambulant¹: Wesentliches Element der ambulanten Hospizarbeit ist die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ziel der ambulanten Hospizdienste ist es, in enger Zusammenarbeit mit vielen Beteiligten im Bereich der Hospiz- und Palliativarbeit ein den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechendes Netzwerk zu schaffen, so dass eine Versorgung zuhause, bzw. in der gewohnten Umgebung, z.B. auch in stationären Pflegeeinrichtungen, bis zum Lebensende möglich wird. Ambulante Hospizdienste, und insbesondere deren Koordinierungskraft, werden bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen durch die Krankenkassen gefördert (s. § 39a Abs.2 SGB V sowie die entsprechende Rahmenvereinbarung). Im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist eine enge Zusammenarbeit mit dem Palliative Care Team im Sinne eines integrativen Ansatzes erforderlich.

Palliative Care²: Lat. pallium = Mantel, engl. care = Sorgfalt, Vorsicht, Obhut, Fürsorge, Betreuung, Pflege, Interesse haben. Aus psychischer, physischer, sozialer und spiritueller Sicht umfassende, ganzheitliche Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden und ihren Angehörigen durch ein multiprofessionelles Team. Von Palliative Care gibt es eine Reihe von Definitionen. Diese wissenschaftliche Arbeit verwendet den ganzheitlichen Ansatz der Definition der WHO von 2002.

Palliativmedizin³: International verwendeter Begriff für den medizinisch-ärztlichen Teil der Palliativversorgung. Sie umfasst auch krankheitsspezifische Therapien, wie Chemotherapie, Bestrahlung oder operative Eingriffe. Ziel ist die Steigerung der verbleibenden Lebensqualität durch Schmerztherapie und Symptomlinderung. Die Übergänge von einem kurativen zu einem palliativen Behandlungsziel sind fließend.

Palliativmedizinischer Konsiliardienst⁴: Ein festes, multidisziplinäres Team, welches innerhalb eines Krankenhauses flexibel und abteilungsübergreifend Patienten betreut, welche palliativmedizinische Versorgung benötigen.

Palliativstation^{2,3}: An ein Krankenhaus angeschlossene Palliativstation oder integrierte Palliativeinheit. Die medizinische Versorgung steht hier im Mittelpunkt, da eine optimale und schmerzfreie Betreuung in anderen ambulanten oder stationären Settings nicht möglich ist. Widmet sich in erster Linie der Krisenintervention und medizinischen Stabilisation. Finanzierung wird ausschließlich über die Krankenkasse getragen. In ei-

nigen Ländern gleichbedeutend mit „Hospiz“. In manchen Ländern – wie auch in Deutschland – von Hospizen unterschieden durch den Schwerpunkt auf Betreuung von Patienten mit inkurablen fortgeschrittenen Erkrankungen mit begrenzter Lebenserwartung (meist, aber nicht nur Tumorpatienten) zur Symptomkontrolle, psychosozialen Begleitung und zur Betreuung in der Terminalphase.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)^{1,2}: Der Gesetzgeber hat in Deutschland einen Rechtsanspruch aller gesetzlich Versicherten auf SAPV geschaffen. Anspruch hat jeder Palliativpatient, bei dem komplexe Probleme vorliegen, die mit den Möglichkeiten der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung nicht behoben werden können. Dann kann mittels ärztlicher Verordnung ein ambulantes Palliative-Care-Team zugezogen werden, welches ergänzend zu Hausarzt, Pflegedienst oder sonstigen Professionellen tätig wird. Dabei reicht die Spanne von einer telefonischen Beratung bis hin zur vom PC-Team geführten Vollversorgung.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient – in Ergänzung zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. Nur ein Teil aller Sterbenden benötigt diese besondere Versorgungsform. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung richtet sich an Palliativpatienten und deren soziales Umfeld, wenn die Intensität oder Komplexität der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (Palliative Care Team) notwendig macht – vorübergehend oder dauerhaft. Sie erfolgt im Rahmen einer ausschließlich auf Palliativversorgung ausgerichteten Versorgungsstruktur. Diese beinhaltet insbesondere spezialisierte palliativärztliche und palliativpflegerische Beratung und/oder (Teil-)Versorgung, einschließlich der Koordination von notwendigen Versorgungsleistungen bis hin zu einem umfassenden, individuellen Unterstützungsmanagement. Multiprofessionalität, 24-stündige Erreichbarkeit an sieben Tagen in der Woche und Spezialistenstatus (durch Weiterbildung und Erfahrung) der primär in der Palliativversorgung tätigen einzelnen Leistungserbringer sind unverzichtbar. Das Team führt regelmäßige multiprofessionelle Teamsitzungen und Fallbesprechungen durch und arbeitet eng mit den Strukturen der Primärversorgung (z.B. niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie den Einrichtungen der Hospizbewegung zusammen. SAPV kann als alleinige Beratungsleistung, Koordinationsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenversorgung verordnet werden. Leistungen nach SGB XI sind jedoch nicht Bestandteil der SAPV.

Sterbebegleitung²: Palliative Betreuung durch Ärzte, Pfleger, Ehrenamtliche, etc. im Sinne der Hospizarbeit. Aktive Sterbehilfe wird dabei ausgeschlossen.

Sterbehilfe, aktive⁵: Gezieltes herbeiführen des Todes einer Person, auf ausdrückliches Verlangen dieser, durch einen anderen. Sie erfüllt den Tatbestand der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) und wird strafrechtlich verfolgt.

Sterbehilfe, indirekte⁵: Leidenslinderung (durch Medikamentengabe) bei der die Gefahr der Lebensverkürzung besteht. Der Tod ist nicht Ziel des Handelns. Straffrei.

Sterbehilfe, passive⁵: Sterben lassen. Unterlassen oder Beenden lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen aufgrund des erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillens. Straffrei.

Suizid³: Selbsttötung, Strafflos

Suizid, Beihilfe zum/assistierter⁵: Hilfe zum Suizid durch Unterstützung bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung. Ist prinzipiell straffrei, aber dem Mediziner, welcher der Selbsttötung beiwohnt, kann unterlassene Hilfeleistung aufgrund seiner Garantenpflicht vorgeworfen werden. Der assistierte Suizid als solcher ist in Deutschland nur strafbar, wenn er gewinnorientiert betrieben wird.

Tageshospiz³: Eigenständige oder an ein stationäres Hospiz/Palliativstation angeschlossene Betreuungseinheit zur Entlastung pflegender Angehöriger. Für Schwestrkranke, welche keine vollstationäre Pflege benötigen. Hauptamtliche Pflegekräfte mit Unterstützung von ehrenamtlichen Helfern. Medizinische Betreuung ambulant durch Hausärzte und/oder Ärzte des SAPV-Teams. Angebot von ganzheitlicher, therapeutischer Betreuung (medizinisch, psychosozial, spirituell).

Therapie, kurative²: Lat. curare = heilen. Therapeutische Maßnahmen mit dem Ziel der Heilung

Therapie, palliative²: Therapeutische Maßnahme mit dem primären Ziel der Lebensverlängerung. Dieses Ziel kann nur durch eine krankheitsmodifizierende Therapie erreicht werden. Sekundärer Effekt ist oft auch eine Symptomlinderung.

¹ = Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/Deutscher Hospiz- und Palliativverband, 2009

² = Albrecht et al., 2010, S. 12 ff.

³ = vgl. Albrecht et al., 2010, S. 12 ff.

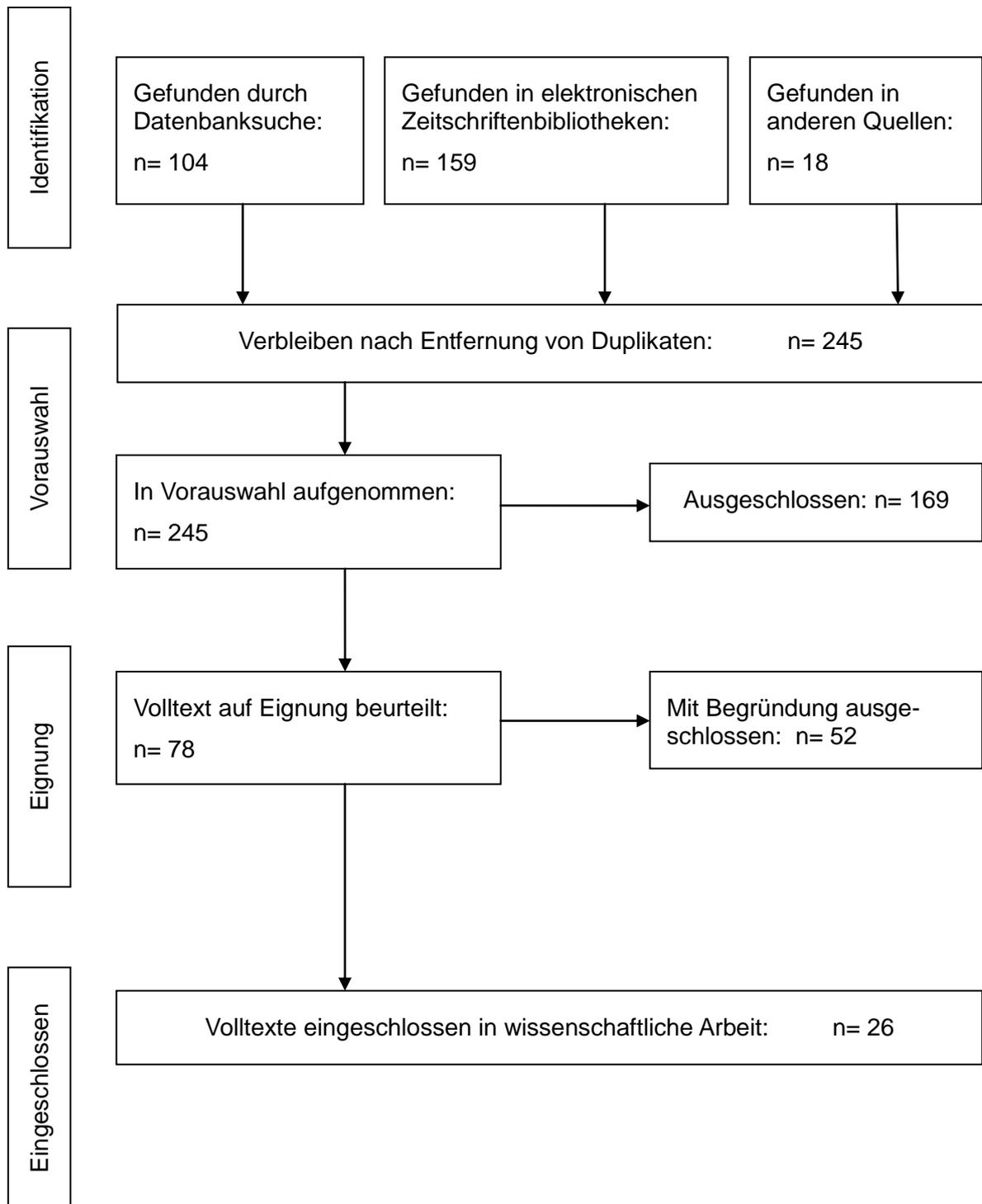
⁴ = vgl. Herrlein, 2009, S. 19 ff.

⁵ = vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2014

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Flussdiagramm zur Beschreibung der verschiedenen Phasen der systematischen Analyse.....	XXVIII
Anlage 2: SAPV-Richtlinie des G-BA	XXIX
Anlage 3: Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes.....	XXXV
Anlage 4: SAPV-Mustervertrag Sachsen.....	XLII
Anlage 5: SAPV-Versorgung in Sachsen.....	LXVI
Anlage 6: Link-Liste der Stellungnahmen zum geplanten HPG	LXIX

Anlage 1: Flussdiagramm zur Beschreibung der verschiedenen Phasen der systematischen Analyse



(Eigene Darstellung in Anlehnung an Ziegler et al., 2011)



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

§ 1 Grundlagen und Ziele

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

(2) ¹SAPV kann im Haushalt des schwerstkranken Menschen oder seiner Familie oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI) erbracht werden. ²Darüber 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) ¹Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. ²Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.

(6) ¹Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. ²Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. ³Andere 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) ¹Eine 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. ²Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.

§ 4 Besonders aufwändige Versorgung

¹Bedarf 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. ²Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und / oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. ³Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- 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) ¹Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen. ²Sie 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) ¹SAPV 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. ²Sie 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. ³Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

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

erbracht werden. ⁴Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

(3) Inhalte der SAPV sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen
- apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht
- spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care entspricht
- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen
- Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod
- spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung
- psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten
- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen
- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV

§ 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer

(1) ¹Im 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. ²Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen schriftlich oder mündlich zu treffen. ³Kooperationspartner ist auch der ambulante Hospizdienst, der auf Wunsch der Patientin oder des Patienten an der Versorgung beteiligt wird. ⁴Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt im Einzelfall Kooperationspartnerin oder Kooperationspartner werden. ⁵Das 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) ¹Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. ²Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.

§ 7 Verordnung von SAPV

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

¹Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. ²Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.

Anlage 3: Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes

Empfehlungen

des GKV-Spitzenverbandes¹

nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung

vom 23.06.2008

in der Fassung vom

05.11.2012²

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 Pfliegerates, 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

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

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

1. Zielsetzung

- 1.1 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen (§ 37b Abs. 1 Satz 1 SGB V) zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV.
- 1.2 Die SAPV ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung.
- 1.3 Der GKV-Spitzenverband wird die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Empfehlungen fortlaufend auswerten und diese erforderlichenfalls weiterentwickeln.

2. Zulassungsvoraussetzungen

- 2.1 SAPV wird von Leistungserbringern erbracht, mit denen die Krankenkasse zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung einen Vertrag geschlossen hat. Sie wird intermittierend oder durchgängig nach Bedarf als
 - Beratungsleistung,
 - Koordination der Versorgung,
 - additiv unterstützende Teilversorgung,
 - vollständige Versorgungerbracht. Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ist Rechnung zu tragen.
- 2.2 Bei der Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung sind die bereits bestehenden Strukturen so weit wie möglich einzubeziehen. Auf die bereits tätigen Leistungserbringer ist zurückzugreifen, soweit sie die erforderlichen Anforderungen erfüllen. Verträge sind nur in dem Umfang abzuschließen, wie sie für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind. Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht.
- 2.3 Eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV ist insbesondere dann gegeben, wenn sie wohnortnah ausgerichtet ist und die Palliativpatienten, die einen besonderen Versorgungsbedarf haben, der durch die allgemeine Palliativversorgung nicht gewährleistet werden kann, ausreichend und zweckmäßig mit der Leistung der SAPV versorgt werden können. Die bedarfsgerechte Versorgung zeigt sich auch darin, dass es mit der Leistung der SAPV mehr Menschen als bisher ermöglicht wird, in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu führen.

2.4 Der Versorgungsbedarf kann in einzelnen Regionen unterschiedlich sein. 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-Richtlinie nach § 37b SGB V in Verbindung mit § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 14 SGB V ausgestellten und genehmigten Verordnung. Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 der SAPV-Richtlinie spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Den Vertragspartnern wird empfohlen, Regelungen zur Übermittlung der Verordnung in den Verträgen zu treffen, um die vorgenannte 3-Tagesfrist zu wahren.

3.2 Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen. Soweit die allgemeine Palliativversorgung ausreichend ist, darf SAPV nicht erbracht werden.

3.3 Im Falle der Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf ist der Versorgungsumfang der SAPV so weit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung anzustreben.

3.4 In den Vereinbarungen über die SAPV sind Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass für den Palliativpatienten eine reibungslose Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln auch weiterhin gewährleistet ist. Die in der SAPV tätigen Ärzte sind berechtigt, für die SAPV-Patienten die zulasten der GKV verordnungsfähigen Arznei-,

Heil- und Hilfsmittel auf den für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten 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-Arzt Nummer 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 palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung erforderlich sind. Eine psychosoziale Unterstützung ist in enger Zusammenarbeit z.B. mit ambulanten Hospizdiensten und ggf. Kinderhospizdiensten (vgl. § 39a Abs. 2 SGB V), Seelsorge und Sozialarbeit zu gewährleisten.
- 4.2 Die spezialisierten Leistungserbringer sind Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie arbeiten mit den an der Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und -ärzten, weiteren Leistungserbringern sowie darüber hinaus mit den ambulanten Hospizdiensten und ggf. Kinderhospizdiensten (vgl. § 39a Abs. 2 SGB V) eng zusammen (integrativer Ansatz). Mit den regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern sind Kooperationsvereinbarungen schriftlich abzuschließen und der Krankenkasse vorzulegen.
- 4.3 Die spezialisierten Leistungserbringer arbeiten nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzept, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung (inkl. der personellen und sächlichen Ausstattung) sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind. Das Konzept ist der Krankenkasse vorzulegen.
- 4.4 Die spezialisierten Leistungserbringer haben als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:
 - eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation
 - Notfallvorrat an Betäubungsmitteln für den unvorhersehbaren, dringenden und kurzfristigen Bedarf der Patienten nach § 5c BtMVV
 - Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (ausreichende Ausstattung für die Notfall- und Krisenintervention unter Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z.B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen)
 - eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.
- 4.5 Die spezialisierten Leistungserbringer müssen über eine eigenständige Adresse und

geeignete Räumlichkeiten für

- die Beratung von Patienten und Angehörigen
- Teamsitzungen und Besprechungen
- die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und Hilfsmitteln

verfügen. Für die Aufbewahrung von Betäubungsmitteln ist ein BtM-Schrank (§ 15 BtM-G) erforderlich.

5. Personelle Anforderungen

5.1 Die spezialisierten Leistungserbringer stellen sicher, dass das für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch den spezialisierten Leistungserbringer eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patienten, deren vertrauten Personen und die an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen ist. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer qualifizierten Ärztin/eines qualifizierten Arztes und/oder einer qualifizierten Pflegefachkraft ist zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.

5.2 Die nach Nr. 4.1 tätigen qualifizierten Ärztinnen und Ärzte verfügen über

- eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung)

und

- Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten/innen, z. B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit bei spezialisierten Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V) oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. Wenn ein spezialisierter Leistungserbringer ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgt, können von der vorgeannten 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
 - o Gesundheits- und Krankenpfleger/in
 - o Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
 - o Altenpfleger/in (dreijährige Ausbildung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung und

- den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder den Abschluss eines vergleichbaren Studiums

und

- Erfahrung aus der ambulanten palliativen Pflege von mindestens 75 Palliativpatienten/innen, z. B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit bei spezialisierten Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V) oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen palliativpflegerischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. Wenn ein spezialisierter Leistungserbringer 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 palliativmedizinischen/-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.

Anlage 4: SAPV-Mustervertrag Sachsen

Vertrag gem. § 132 d SGB V für (Stand 18.09.09)

Vertrag gemäß § 132 d SGB V

über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Zwischen

**Ärzten und Vertretern der Pflege nach § 1 dieses Vertrages
oder
juristische Person: Musterverein, GmbH etc.**

mit Sitz

Adresse

- nachfolgend SAPV-Leistungserbringer genannt -

und

folgenden Krankenkassen

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Augustinerstraße 38 in 99084 Erfurt

zugleich handelnd für die Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland sowie die Krankenkasse für den Gartenbau

BKK-Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Sachsen

Tiergartenstraße 32 in 01219 Dresden

IKK Sachsen

Arndtstraße 13 in 01099 Dresden

Knappschaft, Regionaldirektion Chemnitz

Jagdschänkenstraße 50 in 09117 Chemnitz

Barmer Ersatzkasse

Techniker Krankenkasse (TK)

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)

KKH – Allianz (Ersatzkasse)

Gmünder ErsatzKasse (GEK)

HEK - Hanseatische Krankenkasse

Hamburg Münchener Krankenkasse

hkk

Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der Landesvertretung Sachsen

Glacisstraße 4 in 01099 Dresden

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

wird zur Durchführung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

Folgendes vereinbart:

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	<u>Seite:</u>
Präambel	3
§ 1 Vertragspartner	3
§ 2 Ziele des Vertrages	4
§ 3 Versorgungsgebiet	5
§ 4 Inhalt und Umfang der Leistungen	5
§ 5 Anspruchsberechtigte	6
§ 6 Kostenübernahme	6
§ 7 Grundsätze für die Leistungserbringung	8
§ 8 Versorgungskonzept	9
§ 9 Personelle Voraussetzungen	10
§ 10 Leistungsfähigkeit	11
§ 11 Kooperationen	12
§ 12 Sächliche Voraussetzungen	13
§ 13 Sicherstellung der Hilfsmittelversorgung	13
§ 14 Verordnung von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln	14
§ 15 Mitteilungspflichten	15
§ 16 Dokumentation	15
§ 17 Qualitätssicherung	16
§ 18 Prüfung der Qualität der Leistungserbringung	17
§ 19 Datenschutz	17
§ 20 Haftung	18
§ 21 Vergütung	18
§ 22 Leistungsnachweis	19
§ 23 Abrechnung der Leistungen	20
§ 24 Beanstandungen	21
§ 25 Vertragsverstöße	21
§ 26 Vertragsanpassungen	22
§ 27 In-Kraft-Treten	22
§ 28 Kündigung	22
§ 29 Salvatorische Klausel	23

Präambel

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (im Weiteren SAPV) im Sinne von § 37 b SGB V soll die Lebensqualität und Selbstbestimmung unheilbar kranker Menschen mit nur noch geringer Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder Monaten erhalten, fördern bzw. verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallbezogen und dem Wunsch des Versicherten entsprechend zu lindern. Die individuellen Bedürfnisse dieser Menschen sowie die Belange der vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung.

Die SAPV wird auf Grundlage einer multiprofessionellen, sektorenübergreifenden Zusammenarbeit als ärztliche und pflegerische Komplexleistung sichergestellt und beinhaltet die in diesem Zusammenhang notwendigen Beratungs- und Koordinationsleistungen. Sie dient der Vermeidung von medizinisch nicht notwendigen Krankenhausaufenthalten der anspruchsberechtigten Versicherten, der im Bedarfsfall erforderlichen speziellen palliativmedizinischen Intervention im Krisenfall sowie der psychosozialen Unterstützung des Versicherten und seiner Angehörigen. Die SAPV ergänzt das allgemeine Angebot der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung der Primärversorger (u. a. Vertragsärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste mit Vertrag nach § 132 a Abs. 2 SGB V und/oder § 72 SGB XI für ambulante Pflege, ambulante Hospizdienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe).

Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen wird bei der Versorgung Rechnung getragen.

§ 1 Vertragspartner

Dieser Vertrag gilt ausschließlich für die nachfolgend aufgeführten Vertragspartner und Einrichtungen.

Vertragspartner sind die im Rubrum genannten Krankenkassen und die Betriebskrankenkassen, die dieser Vereinbarung beitreten

sowie

Arzt/ Ärzte/ Krankenhaus u.ä.

vertreten durch...

Pflegfachkräfte/ Pflegedienst,

vertreten durch...

(im Weiteren SAPV-Leistungserbringer¹)

Der SAPV-Leistungserbringer tritt als Organisationseinheit auf.

¹ Im Vertrag wird aus Gründen der Vereinfachung durchgehend nur die männliche Form verwendet. Gemeint sind jeweils gleichberechtigt männliche und weibliche Personen.

Dieser Vertrag gilt ausschließlich für den SAPV-Leistungserbringer an dem im Rubrum aufgeführten Sitz. Für räumlich getrennte Filialen, Außenstellen oder Nebenstellen, von denen aus SAPV erbracht wird, ist ein gesonderter Vertrag erforderlich.

§ 2 Ziele des Vertrages

- (1) Ziel dieses Vertrages ist ausschließlich die über die allgemeine Palliativversorgung hinausgehende Versorgung von schwerstkranken Menschen, die eine besonders aufwändige Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativmedizin bzw. -pflege gemäß § 37 b SGB V (SAPV) benötigen. Diese Versorgung erfolgt in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder/und familiären Bereiches.
- (2) Generelle Grundlage für die Versorgung und Bestandteil dieses Vertrages sind
 - die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (Anlage 1 - Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie, im Weiteren SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007 und
 - die „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ vom 23. Juni 2008 (Anlage 2 - im Weiteren SAPV-Empfehlungen)in ihrer jeweils aktuellen Fassung.
- (3) Die SAPV wird vom SAPV-Leistungserbringer als ärztliche und pflegerische Komplexleistung nach den Regelungen dieses Vertrages unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften durchgeführt. Der SAPV-Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass die an der Versorgung Beteiligten zusammenarbeiten und die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen.
- (4) Der SAPV-Leistungserbringer hat unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 3 der SAPV-RL eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, pflegerischen, palliativen und technischen Erkenntnisse sowie dem medizinischen Fortschritt entsprechende Versorgung zu gewährleisten. Die SAPV ist ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig zu erbringen und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Bei der Leistungserbringung soll ein Personalwechsel möglichst vermieden und die Versorgung ressourcen- und angehörigenorientiert erbracht werden.
- (5) Die SAPV ist eine Versorgungsform, die das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste, ergänzt, damit im Rahmen einer vorausschauenden Therapie Krisen und medizinisch nicht notwendige Krankenhauseinweisungen weitgehend vermieden werden. Sie ist eine Leistung, die in der Regel sporadisch und phasenweise notwendig ist.

Die Vertragspartner verbinden mit diesem Vertrag die Erwartung, dass die Krankenhauseinweisungen und stationären Aufenthalte für die vom Vertrag betroffenen Patienten reduziert werden.

§ 3 Versorgungsgebiet

- (1) Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen und dem gesetzlichen Zweck entsprechenden Versorgung sowie zur Erfüllung der Leistungsverpflichtung der Krankenkassen wird ein vertraglicher Versorgungsbereich festgelegt. Innerhalb dieses Versorgungsbereichs ist der SAPV-Leistungserbringer zur Sicherstellung der Versorgung am Wohnort des Versicherten im Rahmen seiner Kapazitäten² verpflichtet. Die Festlegung des Versorgungsbereichs begründet keinen Anspruch auf (alleinige) Versorgung in dem Versorgungsbereich durch den betreffenden SAPV-Leistungserbringer.

Der vertragliche Versorgungsbereich des SAPV-Leistungserbringers umfasst die Region:

.....
.....

- (2) Die Wahlfreiheit der Versicherten wird durch diese Regelungen nicht eingeschränkt.
- (3) Zur Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung hat der SAPV-Leistungserbringer in der Regel zu gewährleisten, dass jederzeit bei den zu betreuenden Versicherten eine Krisenintervention in der Häuslichkeit innerhalb von 45 min erfolgen kann.³

§ 4 Inhalt und Umfang der Leistungen

- (1) Allgemeiner Inhalt und Umfang der Leistungen ergeben sich aus § 5 der SAPV-RL. Die Tätigkeit des SAPV-Leistungserbringers umfasst den speziellen ärztlichen, pflegerischen, psychosozialen und besonderen zeitlichen, organisatorischen, koordinativen und kommunikativen Aufwand, der für die Versorgung der anspruchsberechtigten Versicherten erforderlich ist. Die SAPV wird dem aktuellen patientenindividuellen Versorgungsbedarf entsprechend intermittierend oder durchgängig als

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

erbracht.

- (2) Die Aufgabe des SAPV-Leistungserbringers umfasst insbesondere die
- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit,
 - Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen,
 - apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe),

² Die Krankenkassen sind rechtzeitig vor dem Erreichen der Kapazitätsgrenze zu informieren.

³ Sofern regionale Gegebenheiten eine Anpassung der Interventionszeit erforderlich machen, ist dies zwischen den Vertragspartnern bei Einhaltung der Qualitätsanforderungen zu vereinbaren.

Vertrag gem. § 132 d SGB V für (Stand 18.09.09)

- palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht,
 - spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care entspricht,
 - Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen,
 - Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für den im Rahmen der SAPV betreuten Versicherten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen,
 - Beratung, Anleitung und Begleitung des Versicherten und seiner 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 sowie
 - Dokumentation und Evaluation der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV.
- (3) Der SAPV-Leistungserbringer gewährleistet im Rahmen dieses Vertrages gegenüber den betreuten Versicherten und den Krankenkassen unter Beachtung des einschlägigen Berufsrechts eine dem allgemeinen Stand der fachlich-medizinischen Erkenntnisse entsprechende qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung des Versicherten.

§ 5 Anspruchsberechtigte

Versicherte haben gemäß § 37 b SGB V Anspruch auf SAPV, wenn sie die Voraussetzungen der §§ 2 bis 4 der SAPV-RL in der jeweils geltenden Fassung erfüllen. Dies gilt insbesondere für die Versicherten,

- die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung auf nur wenige Tage, Wochen und Monate begrenzt ist und denen im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung kein würdevolles Sterben in der häuslichen Umgebung ermöglicht werden kann,
- bei denen nach ärztlichem Ermessen kurative Maßnahmen nicht mehr indiziert bzw. von den Versicherten nicht mehr gewünscht sind,
- die unter Berücksichtigung der in der SAPV-RL genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen in der häuslichen Umgebung der Versicherten erbracht werden kann und
- von denen diese Versorgung gewünscht wird.

§ 6 Kostenübernahme

- (1) Voraussetzung für die Leistungsgewährung und Leistungserbringung ist eine ordnungsgemäß ausgestellte Verordnung (Muster 63) zu Lasten der zuständigen Krankenkasse. Die näheren Bestimmungen ergeben sich aus den gesetzlichen Regelungen, den SAPV-RL und SAPV-Empfehlungen und den Bestimmungen dieses Vertrages. Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig.
- (2) Die Verordnung ist nicht übertragbar.

- (3) Art, Umfang und Dauer der vom SAPV-Leistungserbringer durchzuführenden Maßnahmen ergeben sich aus der Verordnung des behandelnden Vertragsarztes oder des im Rahmen dieses Vertrages ambulant tätigen Krankenhausarztes. Die Verordnung eines nicht ambulant tätigen Krankenhausarztes kann längstens für die Dauer von 7 Kalendertagen erfolgen. Die vom Versicherten durch Vorlage der Verordnung beantragten Leistungen (Rückseite der Verordnung) bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Verordnung kann der Krankenkasse zur Sicherstellung einer zeitnahen Bearbeitung vorab per Fax vorgelegt werden. Die Grundsätze des datenschutzgerechten Fax-Einsatzes sind zu beachten.

Ist in begründeten Fällen, die nicht vom SAPV-Leistungserbringer zu vertreten sind, die Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters unter der Verordnung zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich, wird die Unterschrift unverzüglich nachgereicht. Kann eine Unterzeichnung der Verordnung nicht erfolgen, ist eine entsprechende Begründung anzugeben. Die Unterschrift durch den Leistungserbringer bzw. dessen Mitarbeiter ist ausgeschlossen. § 13 SGB X bleibt unberührt.

- (4) Änderungen oder Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung zur SAPV bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Stempel und Datumsangabe.
- (5) Die zuständige Krankenkasse übernimmt gemäß § 8 SAPV-RL vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom SAPV-Leistungserbringer durchgeführten Leistungen (vorläufige Kostenübernahme), wenn die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung (Original, nicht Fax) spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorliegt.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass bis zur Genehmigung des Leistungsantrages nur die für den Versicherten nachweislich notwendigen Hausbesuchsleistungen zur Krisen-/Notfallversorgung erbracht und vergütet werden. Die Leistungen des Erstbesuches gemäß § 7 Abs. 6 sind in diesem Zusammenhang mit zu erbringen.

Die vorläufige Kostenübernahme gilt nicht, sofern der SAPV-Leistungserbringer vor Leistungsbeginn hätte erkennen können, dass ein Leistungsanspruch gemäß § 37 b SGB V in Verbindung mit den SAPV-RL für den betreffenden Versicherten nicht gegeben ist.

- (6) Die Krankenkasse informiert den Arzt, den SAPV-Leistungserbringer und den Versicherten unverzüglich über die getroffene Leistungsentscheidung. Liegt der zuständigen Krankenkasse innerhalb von 7 Werktagen ab Verordnungsbeginn zusätzlich zur Erstverordnung schriftlich kein Ergebnis über das im Rahmen des Erstbesuches durchgeführten Assessments gemäß § 16 Abs. 2 a) Satz 2 in Verbindung mit § 7 Abs. 5 und 6 einschließlich der Angabe zum Datum des erfolgten Erstbesuches vor, endet die Kostenübernahme mit Ablauf dieses Tages. Satz 1 gilt entsprechend.
- (7) Die zuständige Krankenkasse kann zur Prüfung der Leistungspflicht den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (im Weiteren MDK) nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen einschalten. Der MDK kann zur Prüfung der Verordnung weitere Unterlagen vom SAPV-Leistungserbringer anfordern; diese sind zeitnah zur Verfügung zu stellen.
- (8) Der SAPV-Leistungserbringer übermittelt die geforderten Unterlagen nach diesem Vertrag an die Krankenkasse bzw. den MDK.

§ 7 Grundsätze für die Leistungserbringung

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer hat grundsätzlich dafür Sorge zu tragen, dass Verordnungen kooperierender ambulanter Vertragsärzte, Krankenhausärzte bzw. Palliativärzte (vgl. § 11 Abs. 3) vor deren Ausstellung gemeinsam mit ihm abgestimmt werden.
- (2) Wurde die Erstverordnung nicht durch einen kooperierenden Arzt im Sinne des Absatzes 1 ausgestellt, nimmt ein Palliativarzt des SAPV-Leistungserbringers Kontakt zum verordnenden Arzt auf und klärt den konkreten Versorgungsbedarf vor Beginn der Leistungserbringung ab. Stellt dieser Palliativarzt des SAPV-Leistungserbringers dabei fest, dass die Anspruchsvoraussetzungen für eine SAPV beim Versicherten nicht gegeben sind und dass eine angemessene Versorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung (Primärversorgung) sichergestellt werden kann, berät er den verordnenden Arzt zur Einleitung geeigneter Maßnahmen.
- (3) Der SAPV-Leistungserbringer hat sich bei Notwendigkeit einer Folgeverordnung grundsätzlich vorher mit dem verordnenden Arzt abzustimmen.
- (4) Im Zusammenhang mit den Regelungen der Abs. 1 bis 3 wirkt der SAPV-Leistungserbringer darauf hin, dass die verordnenden Ärzte die von der zuständigen Krankenkasse oder dem MDK erteilten Hinweise zur Ausstellung der Verordnung beachten und die an sie herangetragenen Fragen unverzüglich beantworten.
- (5) Der SAPV-Leistungserbringer hat eine Rückführung des Versicherten in die Primärversorgung zu organisieren, wenn er während seiner Tätigkeit feststellt, dass der Leistungsanspruch des Versicherten gemäß § 37 b SGB V nicht oder zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr besteht, Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt entsprechend (vgl. § 2 Abs. 1).
- (6) Die Leistungserbringung beginnt grundsätzlich mit der Durchführung des Erstbesuches. Dieser ist spätestens nach Erhalt der Verordnung innerhalb von 2 Werktagen von einem Palliativarzt gemäß § 9 Abs. 1 a) und Abs. 2 durchzuführen und kann in Begleitung einer Palliativpflegefachkraft gemäß § 9 Abs. 1 b) und Abs. 3 erfolgen.

Bei zwingend notwendigen Hausbesuchen zur Krisenintervention vor Durchführung eines Erstbesuches sind die Leistungen nach Abs. 7 Sätze 2 und 3 zu integrieren.
- (7) Der Erstbesuch findet in der Regel in der Häuslichkeit des Versicherten statt. Während des Erstbesuches ist ein Assessment gemäß § 16 Abs. 2 a) zu erstellen. Der SAPV-Leistungserbringer hat dabei die für die Versorgung notwendigen Einwilligungserklärungen (z. B. die Entbindung des behandelnden Arztes von der Schweigepflicht gegenüber dem SAPV-Leistungserbringer) vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter einzuholen. Empfohlen wird die Verwendung des beigefügten Musters gemäß Anlage 9. Bei erkennbarem Bedarf soll der SAPV-Leistungserbringer den Versicherten über die Möglichkeiten der Beantragung von Pflegeleistungen informieren.
- (8) Sofern der Leistungsantrag nicht durch den SAPV-Leistungserbringer bei der Krankenkasse eingereicht wurde, wird ihm die Verordnung von der Krankenkasse per Fax unter Beachtung der Grundsätze des datenschutzgerechten Fax-Einsatzes zur Verfügung gestellt.
- (9) Die Ablehnung einzelner Maßnahmen im Rahmen der SAPV durch den Versicherten führt nicht zum Abbruch der Leistungserbringung, soweit der Anspruch gemäß § 37 b SGB V sowie der SAPV-RL weiterhin gegeben ist.

Vertrag gem. § 132 d SGB V für (Stand 18.09.09)

- (10) Die SAPV ruht im genehmigten Verordnungszeitraum für die Dauer eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes bzw. für die Dauer der Versorgung in der Primärversorgung.
- (11) Versicherte, welche in stationären Hospizen versorgt werden, haben Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.
- (12) Die SAPV kann in einer stationären Pflegeeinrichtung nach § 72 Abs. 2 SGB XI von dem SAPV-Leistungserbringer nur in dem Maße erbracht werden, wie der Versorgungsbedarf des Versicherten die Leistungsverpflichtung der Pflegeeinrichtung und die Verpflichtungen der weiteren an der allgemeinen Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringer überschreitet.
- (13) Ist eine Weiterversorgung des Versicherten nicht möglich (z. B. wenn die Häuslichkeit außerhalb des Versorgungsbereiches verlegt wird), nimmt der SAPV-Leistungserbringer unverzüglich Kontakt mit der zuständigen Krankenkasse auf.
- (14) Die Annahme von Verordnungen und deren Weitergabe bzw. Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

§ 8

Versorgungskonzept

- (1) Zur Sicherstellung der geforderten Qualität der Leistungserbringung arbeitet der SAPV-Leistungserbringer nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzept. In diesem Konzept sind der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung, orientiert an der Konzeption eines Palliativ-Care-Teams beschrieben. Das Konzept ist Bestandteil dieses Vertrages und den Krankenkassen in der jeweils aktuellen Fassung vorzulegen.
- (2) Das Versorgungskonzept beinhaltet mindestens folgende Schwerpunkte:
 - 1. Allgemeine Angaben zum Antragsteller/ Leistungserbringer (u.a. Rechtsform; Historie; Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur; Standort und Versorgungsregion)
 - 2. Strukturelle und organisatorische Grundlagen für die Leistungserbringung (Darlegungen zur sächlichen und personellen Ausstattung einschl. Qualifikationsanforderungen, Organigramm/ Stellenplan beifügen, zu den Regelungen zur Zuständigkeit und den Verantwortlichkeiten – Weisungsbefugnisse/-bindungen, zu den bestehenden Kooperationsvereinbarungen),
 - 3. Vorstellungen zur SAPV-Leistung (Darlegungen zu Zielgruppe, zu Inhalt und Umfang der Leistungserbringung einschl. ausführlicher und nachvollziehbarer Vorstellungen zur Abgrenzung zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung),
 - 4. Versorgungsprozess (Darlegungen zur Organisation/ Koordination der Tätigkeit, zur Planung einer 24-stündigen Ruf- und Einsatzbereitschaft, zur Dienstplanung (Musterplanung beifügen), zu den Bürozeiten, zu den Aufgaben und zur Einbindung der Kooperationspartner, zur Sicherstellung der Heil-, Hilfs- und Arzneimittelversorgung und zum Mengengerüst (Fallzahlschätzung prospektiv p. a.),

5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung/ Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (Darlegungen zu multiprofessionellen Teambesprechungen, Supervisionen, Qualitätszirkel, zum Fortbildungsplan einschl. Art und Umfang, zur Dokumentation (Muster der Patientendokumentation beifügen), zu den geplanten Aktivitäten innerhalb der regionalen Versorgungsstruktur, zur Teilnahme an der bundeseinheitlichen Evaluation und Dokumentation, zu weiteren statistischen Datenerhebungen für die vertrags-schließenden Krankenkassenverbände zur Weiterentwicklung des Vertrages).

§ 9

Personelle Voraussetzungen

- (1) Für die Dauer des Vertrages ist vom SAPV-Leistungserbringer sicherzustellen und jederzeit nachzuweisen, dass
 - a) mindestens 5 qualifizierte Ärzte (im Weiteren Palliativärzte), welche die Qualifikation nach Abs. 2 nachweisen können und die ihren Tätigkeitsschwerpunkt in der Versorgung von Palliativpatienten haben, für die SAPV nach diesem Vertrag zur Verfügung stehen.
 - aa) Zwei dieser Palliativärzte müssen jeweils mit einer Arbeitszeit von mindestens 19 Stunden/Woche nachweisbar und klar abgegrenzt ausschließlich für die Erbringung der SAPV nach diesem Vertrag zur Verfügung stehen und sind mit diesem Vertrag zur Leistungserbringung direkt verpflichtet. Eine vertragliche Bindung über Kooperationsverträge ist unzulässig.
 - bb) Für drei der unter a) genannten Palliativärzte kann eine vertragliche Bindung über eine Kooperationsvereinbarung nach § 11 in Betracht kommen.
 - b) mindestens 4 qualifizierte Pflegefachkräfte (im Weiteren Palliativpflegefachkräfte) in Vollzeit⁴, welche die Qualifikation nach Abs. 3 besitzen, beim SAPV-Leistungserbringer beschäftigt sind und der Leistungserbringung nach diesem Vertrag zur Verfügung stehen. Davon können 2 Vollzeitkräfte auch im Rahmen eines Stellensplittings tätig werden. Die Arbeitszeit muss dabei mindestens die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit einer Vollzeitkraft⁴ betragen. Eine vertragliche Bindung über Kooperationsverträge für diese Kräfte ist unzulässig.
- (2) Der Palliativarzt muss über folgende Qualifikationen verfügen:
 - a) eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der zuständigen Landesärztekammer (grundsätzlich 160 Std. Weiterbildung)und
 - b) Erfahrung aus der palliativen ambulanten Behandlung von nachweislich mindestens 75 Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens 1-jährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung.

⁴ Mit Vollzeit ist eine regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit von 40 h gemeint, sofern im Einzelfall nicht andere tarifrechtliche Rahmenbedingungen bestehen.

Vertrag gem. § 132 d SGB V für (Stand 18.09.09)

Die vertraglich verpflichteten Palliativärzte weisen entsprechende arbeitsvertragliche Regelungen nach, welche die SAPV-Tätigkeit in dem beschriebenen Umfang zu ihren sonstigen Tätigkeiten abgrenzt. Niedergelassene Palliativärzte legen eine entsprechende Verpflichtungserklärung zum geforderten Tätigkeitsumfang vor.

- (3) Die Palliativpflegefachkraft muss über folgende Qualifikationen verfügen:
- a) die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger (3-jährige Ausbildung aufgrund der bundes- oder landesrechtlichen Regelung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung,
 - b) den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden und
 - c) Erfahrung durch eine mindestens 2-jährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren; davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung.
- (4) Sofern Kinder und Jugendliche versorgt werden, müssen die Anforderungen an die ärztlichen und pflegerischen SAPV-Leistungserbringer und an die weiteren Fachkräfte dem besonderen Bedarf von Kindern und Jugendlichen gerecht werden.

§ 10 Leistungsfähigkeit

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer sichert eine tägliche 24-stündige telefonische Ruf- und Einsatzbereitschaft für den Versicherten, deren Angehörige bzw. alle an der Versorgung Beteiligten ab (vgl. § 3). Er sorgt dafür, dass ständig mindestens ein Palliativarzt und eine Palliativpflegefachkraft mit Qualifikation gemäß § 9 Abs. 2 bzw. 3 einsatzbereit sind und bei Bedarf Hausbesuche absichern.
- (2) Der SAPV-Leistungserbringer ist Teil einer multiprofessionell vernetzten regionalen Versorgungsstruktur, gewährleistet eine psychosoziale Unterstützung der Versicherten und seiner Angehörigen und arbeitet mit Vertretern der ambulanten Hospizdienste, der Seelsorge und der Sozialarbeit zusammen.
- (3) Der SAPV-Leistungserbringer organisiert und koordiniert die Leistungserbringung unter besonderer Berücksichtigung des § 6 der SAPV-RL in geeigneter Weise. Er stellt eine größtmögliche Kontinuität bei der Versorgung sicher, damit die Leistungen für den Versicherten von möglichst wenigen Personen (Grundsatz der Bezugspflege) erbracht werden. Die Kommunikation aller an der Versorgung Beteiligten erfolgt bedarfsgerecht und unter Nutzung effektiver Kommunikationswege.
- (4) Der SAPV-Leistungserbringer bzw. seine Mitarbeiter sind an keine Weisungen von Leistungserbringern anderer Bereiche bzw. Einrichtungen gebunden. Die Palliativpflegefachkräfte gemäß § 9 Abs. 3 sind während ihrer SAPV-Tätigkeit allein gegenüber dem jeweils zuständigen Palliativarzt weisungsgebunden.
- (5) Der SAPV-Leistungserbringer hat die Erfüllung der personellen, sächlichen und sonstigen Voraussetzungen zum Vertragsabschluss gemäß Anlage 3 (Strukturerhebungsbogen) vor Vertragsabschluss nachzuweisen. Der Einsatz freier Mitarbeiter bzw. als vertraglich gebundener Kooperationspartner ist nur möglich, soweit die personelle Mindest-

Vertrag gem. § 132 d SGB V für (Stand 18.09.09)

besetzung des § 9 Abs. 1 davon nicht betroffen wird und eine fachliche, disziplinarische und organisatorische Einbindung (u. a. in eine verbindliche Dienstplanung) in die Tätigkeit des SAPV-Teams erfolgt.

- (6) Der SAPV-Leistungserbringer ist verpflichtet sicherzustellen, dass mit Vertragsabschluss und während der gesamten Laufzeit des Vertrages eine Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden in ausreichender Höhe besteht. Dies gilt auch für die SAPV-Tätigkeit der kooperierenden Partner. Bei Änderungen der Betriebsgröße ist die Versicherung anzupassen. Der Versicherer ist auf Anforderung der Krankenkasse mit Namen und Adresse zu benennen.

§ 11 Kooperationen

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer weist vor Abschluss dieses Vertrages mindestens folgende Kooperationsvereinbarungen nach:

- mit einem ambulanten Hospizdienst und
- mit mindestens einem Krankenhaus im Versorgungsgebiet oder versorgungsnahem Gebiet (vorzugsweise Krankenhäuser mit Palliativstation)

Die Kooperation mit einem Krankenhaus soll insbesondere der effizienten Überleitung des Versicherten aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit bzw. der reibungslosen Aufnahme in das Krankenhaus bei entsprechend dringlichem Bedarf dienen. Im Rahmen der Kooperation ist ein geeignetes Überleitungsmanagement zu vereinbaren.

- (2) Zur Sicherstellung einer qualitätsgerechten und effizienten Versorgung der Versicherten sollte der SAPV-Leistungserbringer im Sinne des § 6 der SAPV-RL darüber hinaus mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern kooperieren, soweit in diesem Vertrag nichts anderes geregelt ist. Dies betrifft auch die Zusammenarbeit mit einem Sozialarbeiter, Sozialpädagogen oder Psychologen, der eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder praktische Erfahrungen in der Palliativversorgung nachweisen kann.

- (3) Zur Sicherstellung der geforderten Versorgungsqualität soll mit den Haus- und Vertragsärzten, welche Versicherte im Versorgungsgebiet betreuen, kooperiert werden.

Die Zusammenarbeit ist insbesondere auf

- die Abstimmung des Haus- und Vertragsarztes mit dem Palliativarzt vor den Verordnungen der SAPV und vor Krankenhauseinweisungen,
- die Prüfung und gemeinsame Festlegung der notwendigen Versorgung während der SAPV,
- die Abstimmung des Hilfsmittelbedarfes unter Berücksichtigung des § 13 sowie
- die Nutzung effektiver Kommunikationswege zu richten.

- (4) Die Regelungen in den Kooperationsverträgen sind in Übereinstimmung mit den Verpflichtungen dieses Vertrages zu vereinbaren. Es sind mindestens der Leistungsinhalt und -umfang, die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Umfang von Fortbildungen sowie Festlegungen für eine ausreichende Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung zu regeln.

- (5) Die Krankenkassen können in begründeten Fällen die Anerkennung geschlossener Kooperationsvereinbarungen versagen, wenn Anforderungen dieses Vertrages nicht erfüllt werden.

Vertrag gem. § 132 d SGB V für (Stand 18.09.09)

- (6) Der SAPV-Leistungserbringer führt Übersichten zu den aktuell bestehenden Kooperationsvereinbarungen mit Angabe zum Beginn/Ende der Vereinbarung gemäß Anlagen 4 und 5. Die Übersichten sowie die Kooperationsverträge sind auf Anforderung der Krankenkasse vorzulegen.

§ 12 Sächliche Voraussetzungen

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer hat als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:
- a) eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation,
 - b) eine ausreichende und geeignete Mobilität zur zeitnahen häuslichen Versorgung der Patienten,
 - c) Arzneimittel (inkl. Betäubungsmittel - im Weiteren BTM) und Hilfsmittel⁵ für die Notfall/Krisenintervention,
 - d) Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z. B. bei Portsystemen und Infusionspumpen) sowie
 - e) eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.
- (2) Der SAPV-Leistungserbringer verfügt über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für
- die Beratung von Patienten und Angehörigen,
 - Teamsitzungen und Besprechungen sowie
 - die Lagerung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und für Hilfsmittel⁵.

Die BTM sind gemäß den Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes in einem BTM-Schrank aufzubewahren.

§ 13 Sicherstellung der Hilfsmittelversorgung

- (1) Für die Versorgung des Versicherten mit Hilfsmitteln hat der SAPV-Leistungserbringer geeignete Maßnahmen einzuleiten. Die Belieferung der notwendigen Hilfsmittel erfolgt grundsätzlich im Rahmen des jeweiligen Hilfsmittelverfahrens der einzelnen Krankenkasse.⁵
- (2) Die Vereinbarungen der zuständigen Krankenkasse nach § 127 SGB V sind einzuhalten.⁵

⁵ Zu den entsprechenden Verträgen hat sich der SAPV-Leistungserbringer bei der zuständigen Krankenkasse zu erkundigen.

Vertrag gem. § 132 d SGB V für (Stand 18.09.09)

- (3) Der SAPV-Leistungserbringer kann mit grundsätzlich einem von ihm ausgewählten zur Versorgung berechtigten Hilfsmittelleistungserbringer eine Kooperationsvereinbarung auch zu Lasten einer Krankenkasse schließen, soweit diese ihn hierzu ermächtigt.

§ 14

Verordnung von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln im Rahmen der SAPV

- (1) Der Palliativarzt des SAPV-Leistungserbringers verordnet die notwendigen Arznei-, Hilfs- und Heilmittel unter Verwendung der Muster 13, 14, 16 bzw. 18 auf den Namen des Versicherten. Bei (zeitgleicher) Verordnung von Arzneimitteln einerseits und Hilfsmitteln andererseits sind jeweils getrennte Vordrucke nach Muster 16 zu verwenden.
- (2) Der SAPV-Leistungserbringer benötigt für die Verordnung von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln eine Betriebsstättennummer. Diese Betriebsstättennummer ist nur für Verordnungen im Rahmen der SAPV auf Basis einer gültigen SAPV-Verordnung zu verwenden. Die Beantragung erfolgt nach den Maßgaben der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die dabei anfallenden Kosten sind vom SAPV-Leistungserbringer zu übernehmen. Über die vergebene Betriebsstättennummer sind die vertragsschließenden Krankenkassen unverzüglich zu informieren. Die Betriebsstättennummer verliert ihre Gültigkeit mit Beendigung des Vertrages. Die Krankenkassen behalten sich eine entsprechende Meldung an die KBV vor.
- (3) Zur eindeutigen Abgrenzung der Verordnungen im Rahmen der SAPV von der sonstigen vertragsärztlichen Versorgung ist die einheitliche Pseudo-Arztnummer 333333300 in den Vordruck einzutragen. Diese Pseudo-Arztnummer ist nur für Verordnungen im Rahmen der SAPV auf Basis einer gültigen SAPV-Verordnung zu verwenden.
- (4) Auf dem Ordnungsformular für Betäubungsmittel sind die SAPV-Betriebsstättennummer in das Feld „Vertragsarztnummer“ und die Pseudo-Arztnummer in das Feld „VK gültig bis“ einzutragen. Diese Regelung gilt bis zur Anpassung des Formulars durch die Bundesebene.
- (5) Für die Leistungserbringung gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V und die gesetzlichen Regelungen der §§ 31 bis 34 SGB V i. V. m. den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in ihrer jeweils aktuellen Fassung. Eine Nichtbeachtung dieser Regelungen kann zu entsprechender Kürzung des Honorars nach vorheriger Anhörung des Leistungserbringers führen.
- (6) Die Krankenkassen behalten sich vor, die Palliativärzte des SAPV-Leistungserbringers zu den Arzneimittelverordnungen zu beraten.
- (7) Für die im Rahmen der SAPV verordneten Arznei-, Heil-, und Hilfsmittel gelten die nach §§ 300 und 302 SGB V vereinbarten Abrechnungsverfahren entsprechend.

§ 15

Mitteilungspflichten

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer ist verpflichtet, der Krankenkasse alle Umstände unverzüglich schriftlich zu melden, welche die betrieblichen und organisatorischen Gegebenheiten betreffen, insbesondere Änderungen zum Versorgungskonzept gemäß § 8, Nichteinhaltung der Voraussetzungen bzw. Änderungen zu den Angaben in Anlage 3 (Strukturehebungsbogen gemäß § 10 Abs. 5 in Verbindung mit §§ 9, 11, 12).

Vertrag gem. § 132 d SGB V für (Stand 18.09.09)

- (2) Der SAPV-Leistungserbringer hat bis zum Ende des folgenden Quartals für die Wiederherstellung der vertraglichen Voraussetzungen zu sorgen und die entsprechenden Nachweise zu erbringen. Das gilt nicht für den Fall des § 28 Absatz 2 Satz 2.
- (3) Er nutzt für die Meldungen gemäß Abs. 1 und 2 die jeweils zutreffenden Meldebögen der Anlagen 3 a bis c sowie 4 und 5.
- (4) Der SAPV-Leistungserbringer informiert die Vertragspartner unverzüglich über eingeleitete polizeiliche und staatsanwaltliche Ermittlungsverfahren, die für eine ordnungsgemäße Vertragserfüllung und seine Geeignetheit zur Leistungserbringung nach diesem Vertrag von Bedeutung sind.

§ 16 Dokumentation

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer ist zur Dokumentation des Leistungsgeschehens verpflichtet. Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und - soweit vorhanden - allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Es soll so weit wie möglich kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der Netzwerkpartner sein.
- (2) Die Dokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Die Dokumentation umfasst mindestens

a) Assessment

Das Assessment spiegelt die Situation des Versicherten wieder, u.a. das aktuelle Symptomgeschehen sowie dessen Schwere und Verlauf. Das Assessment erfolgt den allgemein anerkannten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Erkenntnissen entsprechend. Im Ergebnis stellt der SAPV-Leistungserbringer fest, ob der jeweilige Leistungsfall der SAPV oder der allgemeinen Palliativversorgung zuzuordnen ist.

Das Assessment erfolgt

- beim Erstbesuch,
- im Zusammenhang mit einer Folgeverordnung, ggf. auch Erstverordnung,
- sofern sich Änderungen im Versorgungsumfang des Versicherten (z. B. auch bei einer Rückführung in die allgemeine Palliativversorgung) ergeben und
- auf Anforderung der Krankenkasse und des MDK.

Sofern im Vertrag nichts anderes geregelt ist, ist der Assessmentbogen dem MDK auf Anforderung der Krankenkasse oder des MDK zuzusenden. Die Übermittlung per Fax ist möglich und erfolgt unter Beachtung der Grundsätze des datenschutzgerechten Fax-Einsatzes. Erfolgt die Übermittlung über die Krankenkasse, so ist der Bogen in einem verschlossenen Umschlag zu senden und der Umschlag mit dem Vermerk zu versehen „Nur durch den MDK zu öffnen“.

b) Patientendokumentation bestehend aus

- Versichertenstammblatt,
- Behandlungsplanung,
- Durchführungsnachweis,
- Notfallplanung (vorausschauende Medikation, Maßnahmenplanung),
- Befunde/ärztliches Verordnungsblatt,

- Berichtbogen (Beurteilung der eingeleiteten Maßnahmen),
- Überleitungsbogen (z. B. für das Krankenhaus),
- bei Bedarf: z. B. Wundprotokoll, Lagerungs-/Bewegungsplan, Ernährungs-/Trinkpläne und –protokolle, Vitalzeichenblatt.

Die versorgungsrelevanten Dokumentationsunterlagen sind, von begründeten Ausnahmefällen (z. B. Krankenhausaufenthaltszeiten) abgesehen, beim Versicherten zu führen und zu hinterlegen, insbesondere sofern ein Primärleistungserbringer in die ambulante Versorgung des Versicherten eingebunden ist. In jedem Fall muss beim Versicherten mindestens ein Krisenbogen geführt werden, aus welchem die aktuelle Situationsbeschreibung zum Gesundheitszustand des Versicherten, die für den Not-/Krisenfall vorgesehenen Maßnahmen bzw. notwendigen Informationen sowie der telefonische Kontakt des SAPV-Leistungserbringers hervorgehen.

c) Dokumentation der Daten zur bundesweiten Evaluation

Die Dokumentation erfolgt nach den jeweils aktuellen Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Weitergehende Regelungen bleiben den vertrags-schließenden Krankenkassen und Krankenkassenverbänden vorgehalten.

d) Datenstatistik

Der SAPV-Leistungserbringer erhebt zur Weiterentwicklung des Vertrages kontinuierlich die Daten gemäß Anlage 6. Er sendet diese jährlich einmal jeweils bis zum 28. Februar für die im Vorjahr abgeschlossenen Leistungsfälle bzw. auf Anforderung innerhalb von einem Monat der Krankenkasse oder dem zuständigen Landesverband zu.

Die Dokumentationsunterlagen sind nach Abschluss der Versorgung des Versicherten noch mindestens 10 Jahre beim SAPV-Leistungserbringer aufzubewahren.

§ 17 Qualitätssicherung

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer trägt die Verantwortung für die qualitätsgerechte Leistungserbringung. Er ist verpflichtet, das im Versorgungskonzept dargestellte interne Qualitätsmanagement umzusetzen und die fachliche Kompetenz der vertraglich in die SAPV der Versicherten eingebunden Palliativpflegefachkräfte durch geeignete und geplante Fort- oder Weiterbildungen sicherzustellen. Die an der Versorgung Beteiligten sollen sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen. Die Maßnahmen zur Sicherung der ärztlichen Versorgungsqualität richten sich dabei nach § 135 a Abs. 2 SGB V.
- (2) Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind insbesondere:
 - die interdisziplinär abgestimmte, individuelle Behandlungsplanung,
 - die Führung eines geeigneten Dokumentationssystems,
 - Vorhaltung und Studium von Fachliteratur,
 - die am Bedarf orientierte Dienst-, Personaleinsatz- und Tourenplanung,
 - kontinuierliche Dienstberatungen,
 - regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen,
 - regelmäßige fachspezifische und sektorenübergreifende regionale Qualitätszirkel mit den an der Patientenversorgung Beteiligten (mind. halbjährlich),

Vertrag gem. § 132 d SGB V für (Stand 18.09.09)

- Supervision,
- Teilnahme an den multidisziplinären Netzwerktreffen,
- Umsetzung des Fort- und Weiterbildungsplanes,
- Abstimmungen von Schnittstellen (Hilfsmittel, Hausarzt, Krankenhaus, Pflegedienst usw.) sowie
- statistische Erhebungen.

Die Dokumentation dieser Maßnahmen erfolgt in geeigneter Weise z. B. durch Teilnehmerlisten, Tagesordnungen und Protokolle. Sie ist 10 Jahre aufzubewahren.

§ 18

Prüfung der Qualität der Leistungserbringung

Die Krankenkassen prüfen die Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen sowie die ordnungsgemäße Abrechnung der Leistungen. Sie können dazu auch den MDK beauftragen (§ 275 SGB V). Die Prüfung kann gleichzeitig auch der Prüfung der Qualität der Leistungserbringung dienen.

Die Prüfungen erfolgen entweder unangemeldet in den Räumlichkeiten des SAPV-Leistungserbringers, des Versicherten oder nach Vorlage der angeforderten Unterlagen bei der Krankenkasse bzw. dem MDK.

In die Prüfung werden insbesondere folgende Unterlagen einbezogen:

- Dokumentationsunterlagen gemäß § 16 Abs. 2 a) und 2 b),
- Dienst-/Personaleinsatz- und Tourenpläne,
- Unterlagen/Nachweise zu den qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 sowie
- Abrechnungsunterlagen gemäß §§ 22 und 23
- Versorgungskonzept.

Die entsprechenden Unterlagen sind dem MDK bzw. der Krankenkasse unmittelbar zur Prüfung vorzulegen bzw. bei Anforderung der Krankenkasse oder dem MDK zeitnah zu übermitteln.

Die Übersendung/ Übergabe von Dokumentationsunterlagen gemäß § 16 Abs. 2 a) und 2 b) an die Krankenkasse oder den zuständigen Landesverband erfolgt in einem verschlossenen Umschlag mit der Kennzeichnung „Nur durch den MDK zu öffnen“.

Prüfungen in der Häuslichkeit des Versicherten sind nur zulässig, sofern der Versicherte oder seine Angehörigen einwilligen.

§ 19

Datenschutz

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über den Schutz der patientenbezogenen Daten in der jeweils geltenden Fassung einzuhalten. Er ist dazu verpflichtet, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Personenbezogene Daten dürfen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

- (2) Der SAPV-Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der persönlichen Daten der Versicherten dem Datenschutz. Ausgenommen hiervon sind nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung Angaben gegenüber den beteiligten behandelnden Ärzten und sonstigen Leistungserbringern, dem MDK und den Krankenkassen, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und zur Umsetzung dieses Vertrages erforderlich sind. Der SAPV-Leistungserbringer verpflichtet seine Mitarbeiter und Kooperationspartner zur Beachtung der Schweigepflicht und der Datenschutzbestimmungen.

§ 20 Haftung

- (1) Allgemeiner Inhalt, Umfang und Art der Leistungen ergeben sich aus den vertraglichen Regelungen in Verbindung mit der jeweils gültigen Fassung der SAPV-RL und den Regelungen des SGB V. Der SAPV-Leistungserbringer gewährleistet im Rahmen dieser Vereinbarung gegenüber den Krankenkassen und den Versicherten unter Beachtung des einschlägigen Berufsrechts eine dem allgemeinen Stand der fachlich-medizinischen Erkenntnisse entsprechende qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.
- (2) Im Rahmen des Betreuungsverhältnisses ist der SAPV-Leistungserbringer mit der Übernahme der Betreuung auch dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet. Insbesondere bei Personenschäden (Schäden an Leben, Körper und Gesundheit) und Behandlungsfehlern haftet der SAPV-Leistungserbringer uneingeschränkt nach den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen. Die medizinisch-fachliche Verantwortung obliegt dem betreuenden SAPV-Leistungserbringer und wird durch die Regelungen dieses Vertrages nicht berührt.
- (3) Weitergehende Ansprüche der Krankenkassen, insbesondere nach § 116 SGB X, sind durch die vorangehenden Regelungen nicht ausgeschlossen.

§ 21 Vergütung

- (1) Die ärztlichen und pflegerischen bzw. kombinierten Leistungen der SAPV werden versichertenbezogen vergütet.

Die Vergütung sowie zugehörige Leistungsinhalte sind in einer gesonderten Vergütungs- und Leistungsvereinbarung (Anlage 7) geregelt. Mit der Vergütung sind sämtliche Vertragsleistungen und Aufwendungen abgegolten. Eine Abrechnung der Leistungen, die nach den Regelungen dieses Vertrages erbracht und vergütet werden, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung als vertragsärztliche Leistungen des EBM ist ausgeschlossen (Doppelabrechnung). Im Falle solcher Doppelabrechnungen verringert sich die Vergütung dieses Vertrages entsprechend den gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Leistungen und es erfolgt eine Rückforderung durch die Krankenkasse gem. Absatz 8.

- (2) Die Vergütungs- und Leistungsvereinbarung gilt auch für die Versorgung von Versicherten durch den SAPV-Leistungserbringer, deren Häuslichkeit außerhalb des in § 3 Abs. 1 festgelegten Versorgungsgebietes liegt. Der Versicherte hat einen einmaligen Leistungsanspruch auf SAPV. Der Leistungsfall beginnt mit Genehmigung des ersten Leistungsantrages SAPV und endet mit dem Abschluss der Versorgung des Versicherten. Der Leistungsfall umfasst ggf. auch mehrere Verordnungen und Unterbrechungszeiträume.

Vertrag gem. § 132 d SGB V für (Stand 18.09.09)

- (3) Zeiten, in denen die SAPV ruht (Krankenhausaufenthalte) sind nicht auf die Betreuungsdauer anzurechnen.
- (4) Für alle Leistungen nach diesem Vertrag dürfen Zuzahlungen weder verlangt noch angenommen werden; ausgenommen sind Zuzahlungen nach SGB V. Für die Einziehung der Zuzahlungen nach dem SGB V finden die diesbezüglichen allgemeinen Regelungen des SGB V Anwendung.
- (5) Der Vergütungsanspruch ist von der Erfüllung sämtlicher in diesem Vertrag geregelter sachlicher, personeller, formaler und inhaltlicher Voraussetzungen abhängig. Für Leistungen, die unter Missachtung vertraglicher Bestimmungen erbracht wurden, steht dem SAPV-Leistungserbringer keine Vergütung zu. Dies gilt auch dann, wenn die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht wurden.
- (6) Kosten von Leistungen und Versorgung, die ohne Vorliegen einer genehmigten Verordnung erbracht werden, können weder gegenüber dem Versicherten noch gegenüber der zuständigen Krankenkasse nach diesem Vertrag abgerechnet werden. § 6 Abs. 5 dieses Vertrages in Verbindung mit § 8 der SAPV-RL bleibt unberührt.
- (7) Sofern die Krankenkasse Zahlungen geleistet hat, auf die der SAPV-Leistungserbringer keinen Anspruch hat, ist die Krankenkasse berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und/oder mit anderen Forderungen des Leistungserbringers zu verrechnen.
- (8) Weitergehende Schadensersatzansprüche, insbesondere wegen der Verletzung vertraglicher Pflichten, werden durch diese Regelungen nicht ausgeschlossen.

§ 22 Leistungsnachweis

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer hat die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen nachvollziehbar in einem Leistungsnachweis aufzuzeigen (Anlage 8 – Muster). Dieser beinhaltet:
 - Angaben des SAPV-Leistungserbringers (Name, Anschrift, Institutionskennzeichen),
 - Angaben zum Versicherten (Name, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer),
 - die an der Vergütungssystematik orientierten Angaben zu
 - Ort, Art und Menge der erbrachten Leistungen sowie
 - Datum und Uhrzeit der Leistungserbringung.
- (2) Alle vom SAPV-Leistungserbringer durchgeführten Leistungen sind im Leistungsnachweis bei jedem Hausbesuch von dem/der jeweiligen Palliativarzt bzw. Palliativpflegefachkraft durch Handzeichen, entsprechend der in der Einrichtung hinterlegten Handzeichenliste sowie durch einen Palliativarzt des SAPV-Leistungserbringers im Gesamten gegenzuzeichnen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig.
- (3) Die Handzeichenliste gemäß Abs. 2 ist getrennt für Vertragsärzte, Krankenhausärzte, Palliativpflegefachkräfte zu führen und bei der Erstabrechnung mit einzureichen. Bei Änderungen wird die aktuelle Liste der Rechnung beigelegt.
- (4) Der vollständig ausgefüllte Leistungsnachweis (Muster Anlage 8) stellt die Grundlage für die Abrechnung dar. Bei der Erbringung einer vollständigen Versorgung können weitere Leistungsnachweise genutzt werden (z. B. für die Dokumentation häuslicher Krankenpflege). Die Anforderungen der Abs. 1 bis 3 sind dabei ebenfalls einzuhalten.

§ 23 Abrechnung der Leistungen

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer rechnet die erbrachten Leistungen monatlich bei der Krankenkasse ab. Die ärztlichen Verordnungen mit Genehmigungsvermerk sowie der vom Palliativarzt bestätigte Leistungsnachweis (vgl. § 2 Abs. 2) sind der Abrechnung beizufügen.
- (2) Der SAPV-Leistungserbringer rechnet die Leistungen nach diesem Vertrag ausschließlich unter einem Institutionskennzeichen (IK) gemäß § 293 SGB V ab. Dieses ist vom SAPV-Leistungserbringer bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstraße 111 in 53757 St. Augustin zu beantragen und im Vorfeld des Vertragsabschlusses nachzuweisen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind unverzüglich der SVI mitzuteilen.
- (3) Es sind grundsätzlich Sammelrechnungen zu erstellen, die Folgendes beinhalten:
 - das Institutionskennzeichen, Name und Anschrift der abrechnenden Stelle,
 - die Krankenversicherungsnummer der Leistungsempfänger,
 - die maßgeblichen Diagnosen verschlüsselt nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom BMG herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM) so spezifisch wie möglich und mit Angabe der Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit und Seitigkeit (soweit zutreffend)
 - Art, Zeitraum und Preis der erbrachten Leistung und
 - neben den Zwischenrechnungssummen für jeden Versicherten die Gesamtsumme der Sammelrechnung.
- (4) Überträgt der SAPV-Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Krankenkasse unverzüglich schriftlich zu informieren. Es sind der Beginn und das Ende der Abrechnung sowie der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Außerdem ist eine Erklärung des SAPV-Leistungserbringers beizufügen, dass die Zahlungen an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen. Der SAPV-Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem den Krankenkassen mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkasso-Vollmacht oder Abtretungserklärung mehr besteht. Das Ende der Abrechnung ist den Krankenkassen schriftlich durch die Abrechnungsstelle oder den sonstigen Forderungsinhaber zu bestätigen.
- (5) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) unter besonderer Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Geeignetheit sowie der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und Datensicherheit, durch den SAPV-Leistungserbringer auszuwählen.
- (6) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von 28 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen bei der zuständigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (7) Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt einer abschließenden sachlichen und rechnerischen Prüfung, spätere Rechnungsberichtigungen bleiben daher vorbehalten. Bei Unvollständigkeit, Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die zuständige Krankenkasse die beanstandete Einzelrechnung an den Leistungserbringer bzw. die Abrechnungsstelle zurückgeben und die Sammelrechnung um die beanstandete Position kürzen. Gleiches gilt, soweit aufgrund von Beanstandungen nur un-

strittige Teilbeträge einer Einzelrechnung gezahlt werden können. Die Zahlungsfrist wird in diesen Fällen gehemmt, sofern innerhalb der Frist nach Abs. 6 eine entsprechende schriftliche Information an den SAPV-Leistungserbringer erfolgt ist.

- (8) Für die Form und den Inhalt der Abrechnung gelten die Richtlinien einschließlich der technischen Anlagen zum elektronischen Datenträgeraustausch (DTA) gemäß § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Die den DTA einführende Krankenkasse informiert den SAPV-Leistungserbringer mindestens 6 Monate vor Einführung über den geplanten Umsetzungstermin. Erfolgt die maschinell verwertbare Datenübermittlung nicht zum festgelegten Zeitpunkt aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, hat die zuständige Krankenkasse die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten dem SAPV-Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung bis zur Höhe von 5 % v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen. Die Rechnung wird entsprechend gekürzt. Die den DTA einführende Krankenkasse informiert den SAPV-Leistungserbringer rechtzeitig über den Umsetzungstermin.
- (9) Über die Regelungen der Abs. 1 bis 8 hinaus können die Krankenkassen einzeln oder teilweise gemeinsam im Einvernehmen mit dem SAPV-Leistungserbringer weitere Regelungen als besondere Anlage zu diesem Vertrag treffen.

MUSTER

§ 24 Beanstandungen

- (1) Abrechnungsbeanstandungen müssen von der zuständigen Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. § 25 bleibt unberührt. Einsprüche gegen Beanstandungen können innerhalb von einem Monat nach Mitteilung geltend gemacht werden.
- (2) Forderungen aus Vertragsleistungen können von Seiten des SAPV-Leistungserbringers nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats in dem die Leistung erbracht wurde, nicht mehr erhoben werden (Ausschlussfrist).
- (3) Bei Unstimmigkeiten in der Abrechnung hat die zuständige Krankenkasse das Recht, den beanstandeten Betrag einzubehalten oder zurückzufordern.
- (4) Die zuständige Krankenkasse kann ihre Forderungen gegen den SAPV-Leistungserbringer mit Forderungen des SAPV-Leistungserbringers oder der beauftragten Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle aufgrund von erbrachten SAPV-Leistungen unter Angabe von Art, Höhe und Grund aufrechnen.
- (5) Forderungen gegenüber der zuständigen Krankenkasse können ohne deren Zustimmung nicht an Dritte abgetreten werden.

§ 25 Vertragsverstöße

- (1) Ergeben sich für eine Krankenkasse Umstände, die den Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus diesem Vertrag begründen, nimmt die Krankenkasse zur einvernehmlichen Klärung Kontakt zum Leistungserbringer auf, um die Problematik nach Möglichkeit einvernehmlich zu klären.
- (2) Sofern der Sachverhalt nicht unverzüglich in einem kurzfristig einzuberufenden Gespräch geklärt und der Verdacht ausgeräumt werden kann, hat der SAPV-Leistungserbringer innerhalb von 3 Wochen, nach schriftlicher Übermittlung des Sach-

verhaltes durch die Krankenkasse, die Sachlage aus seiner Sicht schriftlich darzulegen. Sofern die Art und Schwere des Sachverhaltes es erfordern, sind auch kürzere Fristen möglich.

- (3) Bestätigt sich im Klärungsverfahren der Vertragsverstoß, können die Krankenkassen vertragsrelevante Maßnahmen ergreifen, sofern nicht vorher mit dem SAPV-Leistungsbringer gemeinsam eine einvernehmliche Lösung herbeigeführt werden konnte. Über den Sachverhalt werden die vertragsschließenden Krankenkassenverbände durch die bearbeitende Krankenkasse informiert.
- (4) Äußert sich der SAPV-Leistungserbringer nicht oder nicht fristgemäß, können die Krankenkassen mit sofortiger Wirkung Maßnahmen einleiten. Geeignete Maßnahmen sind insbesondere eine Abmahnung bzw. eine Vergütungskürzung nach billigem Ermessen bis zur Beseitigung des Vertragsverstoßes oder bei schweren, wiederholten oder vorsätzlichen Vertragsverstößen die außerordentliche Kündigung. Bei den in Absatz 5 genannten schweren Vertragsverstößen bedarf es nach der Stellungnahme vor einer Kündigung keiner Abmahnung. Weitergehende Ansprüche (z. B. Schadensersatz und Rückforderungsansprüche wegen unberechtigt gezahlter Vergütungen, vgl. § 21 Abs. 8) der Vertragspartner bleiben davon unberührt.
- (5) Schwere Vertragsverstöße sind beispielsweise:
 - wiederholte oder vorsätzliche Abrechnung von nicht erbrachten oder nicht vertragsgemäß erbrachten Leistungen,
 - Doppelabrechnungen im Sinne § 21 Abs. 1 Satz 4,
 - Pflichtverletzungen in deren Folge der Versicherte zu Schaden kommt,
 - fortgesetzte Verstöße gegen vertragliche Verpflichtungen oder Mitwirkungspflichten
 - fortgesetzt starke Häufung von SAPV-Verordnungen, welche nicht genehmigungsfähig waren.

§ 26 Vertragsanpassungen

Die Vertragspartner sind an einer konstruktiven Zusammenarbeit interessiert. Sind Vertragsänderungen z. B. aufgrund der Entwicklung der Versorgungsabläufe notwendig, prüfen die Vertragspartner gemeinsam den Handlungs- und Regelungsbedarf. Die Erhebungen gemäß § 16 Abs. 2 d) sind nach Möglichkeit mit einzubeziehen.

§ 27 In-Kraft-Treten

- (1) Der Vertrag tritt am in Kraft.
- (2) Die Anlagen 1 bis 9, einschließlich der eingereichten Meldebögen 3 a bis c sowie Übersichten 4 und 5 sind Bestandteil dieses Vertrages.

§ 28 Kündigung

- (1) Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 12 Monaten ohne Angabe von Gründen zum Ende eines Kalendermonates gekündigt werden (ordentliche Kündigung).

- (2) Für den Fall eines schweren Verstoßes nach § 25 Abs. 5 haben die Vertragspartner das Recht, diesen Vertrag mit sofortiger Wirkung zu kündigen (außerordentliche Kündigung). Scheidet einer der im Rubrum genannten SAPV-Leistungserbringer aus, endet zu diesem Zeitpunkt das Vertragsverhältnis, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Mit Zustimmung aller Vertragspartner ist eine Fortführung des Vertrages möglich, sofern die Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen gewährleistet wird. Die Folgen einer gesetzlichen Rechtsnachfolge bleiben von dieser Regelung unberührt.

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung besteht darüber hinaus auch, wenn der SAPV-Leistungserbringer zahlungsunfähig ist bzw. über sein Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet ist.

- (3) Die Anlage 7 (Vergütungs- und Leistungsvereinbarung) kann unabhängig von einer Kündigung des Vertrages ohne Angabe von Gründen gekündigt werden. Die Einzelheiten sind in der Vergütungs- und Leistungsvereinbarung geregelt. Bei einer Kündigung des Vertrages erlischt mit Ablauf der Kündigungsfrist die Vergütungsvereinbarung ohne das dafür eine gesonderte Kündigung erforderlich ist. Dies gilt auch, wenn in der Vergütungsvereinbarung eine anderslautende Kündigungsfrist vereinbart wurde.
- (4) Für alle gemäß dieses Vertrages begonnenen und im Zeitpunkt der Vertragsbeendigung noch nicht abgeschlossenen Betreuungsverhältnisse wird die jeweilige Betreuung nach diesem Vertrag auch über das Vertragsende hinaus durchgeführt und vergütet.
- (5) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

§ 29 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Anlagen:

- 1 SAPV-RL
- 2 Empfehlung
- 3 Strukturhebungsbogen
- 3 a) Meldebogen Leistungserbringer
- 3 b) Meldebogen Palliativärzte
- 3 c) Meldebogen Palliativpflegefachkräfte
- 4 Kooperationspartnerübersicht für Palliativpflegefachkräfte/Palliativärzte
- 5 Kooperationspartnerübersicht für weitere Kooperationspartner
- 6 Datenstatistik
- 7 Leistungsbeschreibung und Vergütungsvereinbarung
- 8 Leistungsnachweis
- 9 Muster Einwilligungserklärung

Vertrag gem. § 132 d SGB V für (Stand 18.09.09)

Ort, Datum

Träger der Einrichtung

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

BKK-Landesverband Ost,
Landesrepräsentanz Sachsen

IKK Sachsen

Verband der Ersatzkassen e. V.
Die Leiterin der Landesvertretung
Sachsen

Knappschaft, Regionaldirektion Chemnitz

MUSTER

Anlage 5: SAPV-Versorgung in Sachsen

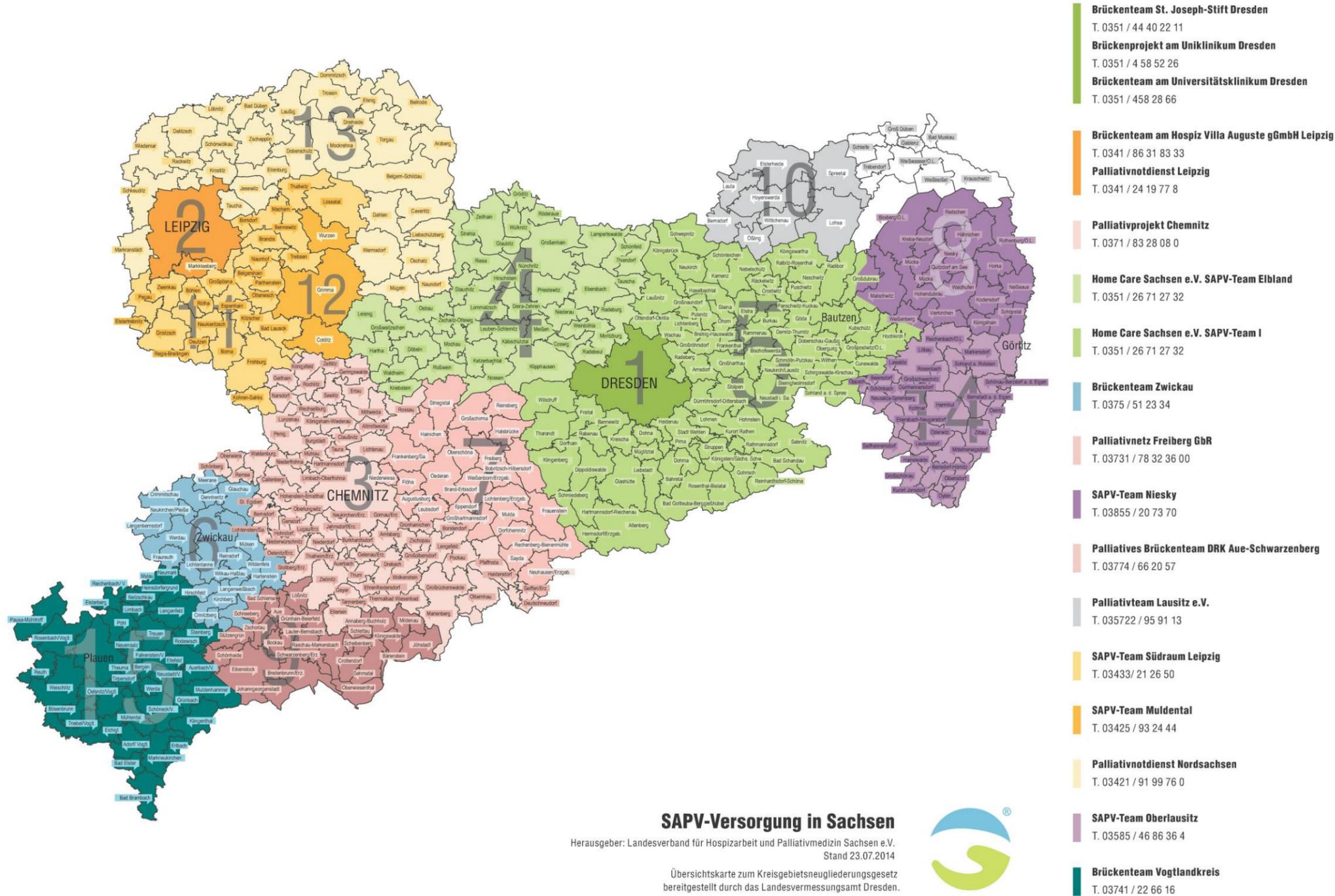


Abbildung 4: Karte der SAPV-Leistungserbringer und deren Versorgungsgebiet in Sachsen (Quelle: Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen, 2014)

Tabelle 4: SAPV-Leistungsanbieter in Sachsen

Region	Name des Dienstes	Kontaktaten
Aue-Schwarzenberg	Palliatives Brückenteam DRK Aue-Schwarzenberg	Am Fichtbusch 38-40 08340 Schwarzenberg T.: 0 37 74 – 66 20 57 www.drk-asz.de
Bautzen	Palliativteam Lausitz e.V.	Hauptstraße 68 02991 Lauta/Laubusch T.: 03 57 22 – 95 91 13 www.palliativteam-lausitz.de
Chemnitz	Palliativprojekt Chemnitz	Unritzstraße 21 c 09117 Chemnitz T.: 03 71 – 8 32 80 80 brueckenteam.ppc@drk-chemnitz.de
Dresden	Brückenteam Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“ UniversitätsPalliativCentrum	Fetscherstraße 74 01307 Dresden T.: 03 51 – 4 58 28 66 www.uniklinikum-dresden.de/sapv
	Brückenteam Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden GmbH	Wintergartenstraße 15-17 01307 Dresden T.: 03 51 – 44 40 22 11 www.josephstift-dresden.de
	Brückenprojekt Kinder Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“ UniversitätsPalliativCentrum	Fetscherstraße 74 01307 Dresden T.: 03 51 – 4 58 52 26 www.uniklinikum-dresden.de/brueckenprojekt
Görlitz	SAPV-Team Niesky	Martin-Voss-Str. 42 02906 Niesky/OT See T.: 0 35 88 – 20 73 70 www.sapvteam-niesky.de
Leipzig	Palliativnotdienst Leipzig	Gutsmuthsstraße 11 04177 Leipzig T.: 03 41 – 2 41 97 78 www.leipziger-palliativgesellschaft.de
	Brückenteam am Hospiz Villa Auguste gGmbH	Kommandant-Prendel-Allee 106 04299 Leipzig T.: 03 41 – 86 31 83 33 www.hospiz-leipzig.de

Tabelle 4 – Fortsetzung

Region	Name des Dienstes	Kontaktdaten
Leipziger Land	SAPV-Team Südraum Leipzig	Rudolf-Virchow-Straße 2 04552 Borna T.: 0 34 33 – 21 26 50 karsten.pracht@helios-kliniken.de
Meißen	Home Care Sachsen e.V. SAPV-Team Elbland	Blumenstraße 70 01307 Dresden T.: 03 51 – 26 71 27 30 www.homecare-sachsen.de
Mittelsachsen	Palliativnetz Freiberg	Dörnerzaunstrasse 1 09599 Freiberg T.: 0 37 31 – 78 32 36 00 www.palliativnetz-freiberg.de
Muldental-kreis	SAPV-Team Muldental	Kutusowstraße 70 04808 Wurzen T.: 0 34 25 – 93 3335 annett.berger@krankenhaus-muldental.de
Nordsachsen	Palliativnotdienst Nordsachsen	Ritterstraße 15 04860 Torgau T.: 0 34 21 – 9 19 97 60 www.leipziger-palliativgesellschaft.de
Oberlausitz	SAPV-Team Oberlausitz gGmbH	Äußere Zittauer Straße 47A 02708 Löbau T.: 0 35 85 – 4 68 63 64 www.sapv-oberlausitz.de/
Sächsische Schweiz	Home Care Sachsen e.V. SAPV-Team I	Blumenstraße 70 01307 Dresden T.: 03 51 – 26 71 27 30 www.homecare-sachsen.de
Vogtland	Brückenteam Vogtlandkreis	Syrastr. 2 08523 Plauen T.: 0 37 41 – 22 66 16 www.sapv-vogtland.de
Zwickau	Brückenteam mit Anbindung an die Palliativstation	Karl-Keil-Straße 35 08060 Zwickau T.: 03 75 – 51 23 34 www.hbk-zwickau.de

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen, 2015f;)

Anlage 6: Link-Liste der Stellungnahmen zum geplanten HPG

Eine Auswahl an Verbänden, Wohlfahrts-Organisationen und Initiativen, welche eine Stellungnahme zum Referentenentwurf des geplanten Hospiz und Palliativgesetzes (HPG) abgaben:

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Medizinische_Versorgung/Stellungnahme_AWMF_Refentwurf-Hospiz-Pall-gesetz_150408.pdf
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen
http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Stellungnahmen/BAGSO_Stellungnahme_Hospiz-_und_Palliativgesetz.pdf
- Trägerorganisationen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband)
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/STN_HPG_Referentenentwurf_Charta.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer
http://www.bptk.de/uploads/media/20150408_stn_bptk_palliativ_hospiz.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
<http://www.arztpraxis-asglas.de/wp-content/uploads/2015/03/degam.pdf>
- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie, abrufbar unter: <http://www.awmf.org/die-awmf/awmf-aktuell/detail/news/awmf-stellungnahme-zum-referentenentwurf-eines-hospiz-und-palliativgesetzes.html> als ZIP-Datei
- Deutsche Palliativstiftung
http://www.ahpv.de/fileadmin/user_upload/files/150408_DPS_Stellungnahme-Referentenentwurf-HPG.pdf
- Deutschen Hospiz- und Palliativverband
http://www.dhvp.de/tl_files/public/Aktuelles/Stellungnahme/Stellungnahme150409EF.pdf
- Deutscher Caritasverband/Diakonie Deutschland
http://www.diakonie.de/media/DD_DCV_Stellungnahme_Hospiz_Palliativgesetz_150408.pdf

- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
<http://paritaet-alsopfleg.de/index.php/downloadsnew/pflegerische-versorgung/fachinformationen-pflege-oeffentlich/7733-15-0410-paritaetischer-sn-referentenentw-hpg-pdf/file>
- Deutscher Pflegerat
http://www.kathpflegeverband.de/uploads/media/dpr_stellungnahme-hpg_070415.pdf
- Deutsches Rotes Kreuz
http://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/Stellungnahme_des_DRK_HPG.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
http://www.kbv.de/media/sp/2015_04_08_KBV_Stellungnahme_Hospiz_und_Palliativgesetz.pdf
- Sozialverband Deutschland
http://www.sovd.de/fileadmin//downloads/pdf/stellungnahmen/2015-04-10_SoVD-Stellungnahme_zum_Hospiz-_und_Palliativgesetz_.pdf

Diese Quellen sind nicht explizit im Quellenverzeichnis aufgeführt, da ihre Inhalte nicht Thema der vorliegenden Arbeit sind und Zusatzinformationen beinhalten, welche bei Interesse und zum Vergleich eingesehen werden können.

Diese Suche wurde am 19.06.2015 durchgeführt.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich des Eides statt, dass ich den vorliegenden Bericht selbstständig verfasst habe und alle Ausführungen, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen entnommen wurden, als solche gekennzeichnet sind.

Unterschrift des Verfassers/der Verfasserin