



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V über eine
Änderung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter
Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie)

Berlin, 16.11.2009

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 16.10.2009 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aufgefordert, eine Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu einem Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) abzugeben. Hintergrund ist eine Änderung der über § 37b SGB V („Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“) bestehenden Rechtsgrundlagen für die Richtlinie.

Paragraph 37b Abs. 1 SGB V wurde mit dem Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz (KHRG) vom 17. März 2009 und dem Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 geändert. Zudem hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in seinem Schreiben nach § 94 Abs. 1 SGB V (Nichtbeanstandung) vom 14. Februar 2008 dem G-BA Hinweise und eine Auflage zur Änderung der Richtlinie erteilt.

Im einzelnen sind folgende Änderungen vorgesehen:

- 1) In § 1 Absatz 1 Satz 1 der SAPV-RL sollen hinter dem Wort „häuslichen“ die Wörter „oder familiären“ eingefügt werden.
 - Mit der Einfügung soll die Richtlinie der im KHRG beschlossenen Änderung des § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V abgebildet werden, wonach „in der vertrauten häuslichen Umgebung“ durch „in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs“ zu ersetzen ist.

- 2) In § 1 SAPV-RL sollen nach Absatz 1 zwei neue Absätze eingefügt werden:

„Abs. 2: SAPV kann im Haushalt des schwerstkranken Menschen oder seiner Familie oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI) erbracht werden. Darüber hinaus kann SAPV auch erbracht werden

 - in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 SGB XII und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 SGB VIII,
 - an weiteren Orten, an denen sich der schwerstkranke Mensch in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung dauerhaft aufhält und diese Versorgung zuverlässig erbracht werden kann, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind.

Abs. 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.“

 - Mit Abs. 2 (neu) sollen die Änderungen durch das KHRG nachvollzogen werden, wonach an § 37b Abs. 1 S. 3 SGB V der Halbsatz „hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe“ angefügt sowie hinter Satz 3 des ersten Absatzes noch der Satz 4 „Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind“ eingefügt wurden.

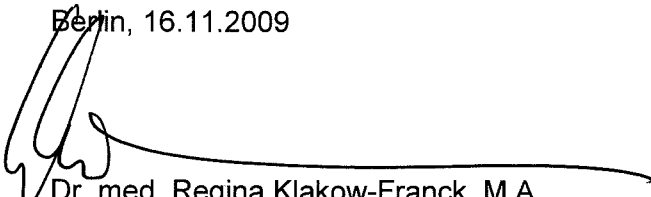
- Mit Abs. 3 (neu) soll das „Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ vom 17. Juli 2009 nachvollzogen werden, wonach in § 37b Abs. 1 SGB V nach Satz 3 ein neuer Satz 4 „Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ eingefügt wurde. Damit soll klargestellt werden, dass der ärztliche Leistungsanteil der SAPV auch in stationären Hospizen erbracht werden kann. Dies gilt dann, wenn die ärztliche Versorgung, die in stationären Hospizen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht wird, nicht ausreicht, das Leistungsziel der SAPV zu erreichen.
- 3) In § 2 SAPV-RL soll die bisher bestehende Untergliederung durch Ziffern durch Spiegelstriche ersetzt werden. Zusätzlich sollen unter dem zweiten Spiegelstrich die Wörter „in stationären Pflegeeinrichtungen (§72 SGB XI)“ durch die Wörter „an den in § 1 Abs. 2 und 3 genannten Orten“ ersetzt werden.
- Neben der eher redaktionellen Änderung einer Verwendung von Spiegelstrichen ist die Textänderung eine Folge der Ergänzungen in Abs. 1 der Richtlinie.
- 4) Die bisher bestehende Aussage im § 5 Abs. 2 Satz 1 SAPV-RL, „SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht“, soll ergänzt werden um den Zusatz „...die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind.“
- Die Ergänzung folgt einem Hinweis im Nichtbeanstandungsschreiben des BMG. Nach Auffassung des BMG soll die Leistung nur durch Leistungserbringer abgegeben werden, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegekräften unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind (Palliative Care Teams). Der G-BA möchte den Begriff der „Palliative Care Teams“ im Interesse einer flexiblen Leistungserbringung und unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen an dieser Stelle allerdings nicht in die Richtlinie übernehmen. In den tragenden Gründen führt der G-BA außerdem dazu aus, dass es nicht in seiner Kompetenz läge, den Aufbau von Versorgungsstrukturen zu steuern.
- 5) In § 7 Abs. 1 SAPV-RL soll die Festlegung, wonach die Verordnung von SAPV durch eine Krankenhausärztin oder einen Krankenhausarzt auf längstens 7 Tage befristet zu sein hat, durch den Zusatz „in der Regel“ gelockert werden.
- Das BMG hatte in seinem Nichtbeanstandungsschreiben ausgeführt, dass eine zeitliche Begrenzung der Verordnung zwar grundsätzlich der Intention des Gesetzes entspreche, die das Ordnungsrecht der Krankenhäuser als ein Element der nahtlosen Überleitung in die SAPV ansehe und nicht als Recht zur Dauerverordnung. Es sei allerdings nicht ausgeschlossen, dass die Begrenzung auf 7 Tage zu kurz sei, etwa dann, wenn ein Palliativpatient mit einer Lebenserwartung von nur wenigen Tagen aus dem Krankenhaus entlassen wird und SAPV erhält. In diesen Fällen sei es kaum zumutbar, nach 7 Tagen – u. U. in der akuten Sterbephase – noch eine Anschlussverordnung eines Vertragsarztes einzuholen.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer hält die geplanten Änderungen der Richtlinie „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich vorgenommenen gesetzlichen Änderungen für notwendig.

- Die Erweiterung des Begriffs der „häuslichen Umgebung“ und damit des Ortes, an dem SAPV erbracht werden kann, ist sinnvoll. Dies wurde von der Bundesärztekammer bereits in ihrer Stellungnahme gegenüber dem G-BA vom 15.10.2007 (www.bundesaerztekammer.de) zur Neufassung der Richtlinie SAPV in einem Formulierungsvorschlag angemahnt: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V sollte danach nicht nur in der häuslichen Umgebung, sondern auch in stationären Einrichtungen oder in Pflegeeinrichtungen erbracht werden können.
- Der Verzicht auf die vom BMG eigentlich gewünschte Verwendung des Begriffs von „Palliative Care Teams“ in § 5 Abs. 2 Satz 1 der Richtlinie ist zu begrüßen. Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme vom 15.10.2007 zu der ursprünglich beabsichtigten Verankerung der „Palliative Care Teams“ ausgeführt, dass die Richtlinie damit eine Einengung vornehmen würde, die gesetzlich nicht vorgesehen sei und die vorhandene und funktionierende Versorgungsstrukturen unberücksichtigt ließe. Auch war darauf hingewiesen worden, dass der Begriff im Gesetzestext nicht auftauche, allenfalls als damaliger Gesetzeskommentar zu § 132d SGB V. Der Gesetzgeber ist jedoch eine präzise und damit richtlinien-taugliche Definition schuldig geblieben.
- Die Verordnung von SAPV durch eine Krankenhausärztin oder einen Krankenhausarzt mit der Fristsetzung von 7 Tagen war ebenfalls schon in der Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 15.10.2007 hinterfragt worden. Die Bundesärztekammer hatte an dieser Stelle eine Konkretisierung gefordert, insbesondere bezüglich der Voraussetzungen und des Rahmens solcher Verordnungen. Das fortan mögliche Abweichen von der strikten 7-Tages-Frist stellt zwar mit Blick auf die in der Begründung genannte Frage der Zumutbarkeit in besonderen Situationen eine Verbesserung dar. Ein solches Abweichen sollte jedoch begründungspflichtig bzw. mit einer Prüfaufgabe versehen sein, etwa ob die Anschlussversorgung im ambulanten Bereich gesichert ist oder nicht.

Berlin, 16.11.2009



Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.
Leiterin Dezernat 3 u. 4