

# **Erstfassung für Stellungnahmeverfahren**

## **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie)**

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

**Deutsche Hospiz Stiftung**

**Europaplatz 7, 44269 Dortmund**

**Tel.: 0231 / 73 80 73-0, Fax: 0231 / 73 80 73-1**

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>§ 1</b>	<b>Grundlagen und Ziele .....</b>	<b>3</b>
<b>§ 2</b>	<b>Anspruchsvoraussetzungen .....</b>	<b>5</b>
<b>§ 3</b>	<b>Anforderungen an die Erkrankungen .....</b>	<b>5</b>
<b>§ 4</b>	<b>Besonders aufwändige Versorgung .....</b>	<b>6</b>
<b>§ 5</b>	<b>Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung .....</b>	<b>8</b>
<b>§ 6</b>	<b>Zusammenarbeit der Leistungserbringer .....</b>	<b>10</b>
<b>§ 7</b>	<b>Verordnung von SAPV .....</b>	<b>11</b>
<b>§ 8</b>	<b>Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse.....</b>	<b>12</b>

§ 1 Grundlagen und Ziele	Stellungnahme der Deutschen Hospiz Stiftung
<p>(1) <sup>1</sup>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI) zu ermöglichen. <sup>2</sup>Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.</p>	<p>1.) Die dargelegte Zielsetzung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) ist mit der der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) identisch. Um nicht den Eindruck zu erwecken, mit der SAPV andere Ziele zu verfolgen, sollte folgende Klarstellung eingefügt werden:</p> <p>„Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient - <b>in Ergänzung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung</b> - dem Ziel, .....“</p> <p>2.) Um den pflegerischen Aspekt einer Palliative-Care-Versorgung deutlicher hervorzuheben, sollte Satz 2 eine Ergänzung erfahren:</p> <p>„( ) zu lindern, <b>sowie die Versorgung in vertrauter Umgebung zu ermöglichen und dadurch die Lebensqualität heraufzusetzen.</b>“ (Pflegewissenschaftl. Ansatz)</p>
<p>(2) Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.</p>	<p>Die Forderung, die besonderen Belange von Kindern im Bereich palliativer Versorgung zu beachten, ist richtig und sinnvoll. Dies hat bereits der Gesetzgeber so gesehen und festgehalten. In der vorliegenden Formulierung bleibt die Forderung aber zu vage.</p> <p>Die Konsequenzen dieser Forderung sollten deutlich genannt werden: Neben Palliative-Care-Teams (PCT) sollte die Ermöglichung einer Einrichtung von <b>pädiatrischen PCT</b> in die Richtlinie mit aufgenommen werden.</p>

<p>(3) <sup>1</sup>Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten sowie die Belange seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. <sup>2</sup>Der Patientenwille und Patientenverfügungen sind zu beachten.</p>	<p>Satz 2 erscheint mehrfach problematisch:</p> <p>1.) Im Hinblick auf die immer noch schwebende politische Diskussion, ob und unter welchen Voraussetzungen Patientenverfügungen (PatVfg) „beachtlich“ sind, wenn nicht sogar unmittelbare Bindungswirkung erzielen und welche Anforderungen an solche Verfügungen zu stellen sind, sollte der Hinweis auf die PatVfg in dieser Form besser außen vor bleiben. Der Bezugspunkt „Patientenwille“ wäre ausreichend, da eine Patientenverfügung Ausdruck des Patientenwillens <u>ist</u>.</p> <p>2.) Der Hinweis darauf, dass der Patientenwille zu beachten ist, stellt für sich genommen eine Selbstverständlichkeit dar, die für alle medizinisch-pflegerischen Bereiche gilt und der keine konkrete Aussage zur SAPV innewohnt.</p> <p>Gemäß den Erläuterungen soll deutlich gemacht werden, dass die Ablehnung einzelner Therapien durch den Patienten kein Ausschlusskriterium für den Anspruch auf SAPV ist. Genau das muss in der Richtlinie als Satz 2 formuliert werden:</p> <p><b>„Die Ablehnung einzelner Behandlungsoptionen/Therapien durch den Patienten - beispielsweise in einer Patientenverfügung - ist kein Ausschlusskriterium für den Anspruch auf SAPV.“</b></p>
<p>(4) <sup>1</sup>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere durch Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste und kann als isolierte Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. <sup>2</sup>Andere Sozialleistungsansprüche bleiben somit unberührt.</p>	

§ 2 <b>Anspruchsvoraussetzungen</b>	<b>Stellungnahme der Deutschen Hospiz Stiftung</b>
(1)    Versicherte haben nach Maßgabe dieser Richtlinie Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn	
1.    sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist (§ 3) und	Der Formulierung ist nach Sinn und Zweck zuzustimmen, da sie als Anspruchsvoraussetzung einen deutlicheren Kausalzusammenhang begründet, als dies im Gesetzestext der Fall ist.
2.    sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4) benötigen, die nach den medizinischen Erfordernissen auch ambulant erbracht werden kann.	Um auch an dieser Stelle den pflegerischen Aspekt einer Palliative-Care-Versorgung deutlicher hervorzuheben, sollte Punkt 2 eine Ergänzung erfahren:  „sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4) benötigen, die nach den <b>pflegerischen und/oder</b> medizinischen Erfordernissen auch ambulant erbracht werden kann.“
§ 3 <b>Anforderungen an die Erkrankungen</b>	<b>Stellungnahme der Deutschen Hospiz Stiftung</b>
(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.	

<p>(3) Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.</p>	<p>In der Praxis hat sich herausgestellt, dass all zu starre Zeitfenster der falsche Ansatzpunkt sind, um Leistungen der Krankenkassen hiervon abhängig zu machen. So wenig wie jeder Sterbende ein Palliativpatient ist, so wenig setzt palliativer Behandlungsbedarf voraus, dass jemand Sterbender – im Sinne eines prognostizierbaren, auf wenige Tage oder Wochen bezogenen Zeitraums bis zum Eintritt des Todes – ist.</p> <p>Der Gesetzestext verzichtet folgerichtig auf eine allzu starre Festlegung von Zeitfenstern. Der Gesetzgeber hat erkannt, dass er andernfalls dem Behandlungsbedarf von Menschen mit weit fortgeschrittener Erkrankung, deren schwerwiegende Symptome vorüber vorübergehend/krisenhaft behandelt werden müssen, um deren Lebensqualität zu verbessern, nicht gerecht würde.</p> <p>Dem Willen des Gesetzgebers folgend, dürfen darum auch in den Richtlinien keine starren Zeitvorgaben auftauchen. Stattdessen sollte der Schwerpunkt der Festlegungen auf die allgemeinen Charakteristika palliativer Behandlungssituationen, wie sie sowohl im § 37 b, als auch in der entsprechenden Definition der WHO angeführt sind, abheben: nämlich, dass es sich um eine fortschreitende und weit fortgeschrittene Erkrankung handelt, in der die Behandlung von Schmerzen sowie anderer belastender Symptome körperlicher, psycho-sozialer und spiritueller Art höchste Priorität besitzt.</p>
<p><b>§ 4      Besonders aufwändige Versorgung</b></p>	<p><b>Stellungnahme der Deutschen Hospiz Stiftung</b></p>
<p>(1) <sup>1</sup>Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie die ambulanten Leistungen nach § 39a SGB V nicht</p>	<p>Die Gleichsetzung von ambulanten Versorgungsformen wie ambulanter Pflege oder hausärztlicher Versorgung und den ambulanten Leistungen nach § 39a SGB V ist aus Sicht des Patienten</p>

<p>oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 1 Abs. 1) zu erreichen. <sup>2</sup>Anhaltspunkt 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. <sup>3</sup>Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:</p>	<p>nicht sachgerecht. Einerseits sind die Angebotsspektren der ambulanten Hospizdienste bundesweit unterschiedlich, andererseits wünscht sich nicht jeder Patient eine psychosoziale Begleitung oder palliativ-pflegerische Beratung durch Koordinatorenkräfte eines Hospizvereins. Der Anspruch auf SAPV kann deshalb nicht davon abhängen, dass zunächst ein ambulanter Hospizdienst eingeschaltet wird.</p> <p>Die – zweifellos sinnvolle - Möglichkeit der vorherigen Einbindung ambulanter Hospizleistungen kann wie folgt formuliert werden:</p> <p>„Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie die ambulanten Leistungen nach § 39a SGB V – <b>soweit der Versicherte Leistungen nach § 39a SGB V in Anspruch nimmt</b> - nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, ...().“</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ausgeprägte Schmerzsymptomatik</li> <li>- ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik</li> <li>- ausgeprägte respiratorische Symptomatik</li> <li>- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik</li> <li>- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore</li> </ul>	<p>Hier sollten zumindest <u>nephrologische und kardiale Symptomatiken</u> ergänzt werden. Auch fehlt der ausdrückliche Hinweis auf mögliche psychosoziale Krisen, die ebenfalls von der SAPV versorgt werden.</p> <p>Sinnvoll wäre ebenfalls die <u>ausdrückliche</u> Formulierung eines <u>Ausnahmetatbestandes</u>, dass SAPV auch in anderen Fällen in Betracht kommen kann. Durch eine ausdrückliche Erwähnung wird dieser Möglichkeit eine größere Bedeutung gegeben, was sich in der späteren praktischen Umsetzung des Anspruches auswirkt.</p>

<p><b>§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung</b></p>	<p><b>Stellungnahme der Deutschen Hospiz Stiftung</b></p>
<p>(1) <sup>1</sup>Die SAPV umfasst je nach Bedarf im Einzelfall alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen. <sup>2</sup>Sie umfasst zusätzlich die besondere, auf den Einzelfall bezogene Koordination der einzelnen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung des verordnenden Arztes, der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132d SGB V.</p>	
<p>(2) <sup>1</sup>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V (Palliative-Care-Teams) erbracht. <sup>2</sup>Sie wird stufenweise nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit die ambulante Versorgung, insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu erreichen. <sup>3</sup>Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratungsleistung,</li> <li>- Koordination der Versorgung,</li> <li>- additiv unterstützende Teilversorgung,</li> <li>- vollständige Versorgung</li> </ul> <p>erbracht werden. <sup>4</sup>Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen</p>	<p>1.) Es fehlt eine Definition des Palliative-Care-Teams (PCT) . Wenn die Ausgestaltung der sachlichen und personellen Anforderungen offensichtlich vollständig den Spitzenverbänden der Krankenkassen überlassen wird, sollten die Richtlinien doch zumindest <u>mögliche Strukturen</u> hinsichtlich der Zusammensetzung eines PCT definieren.</p> <p>Insbesondere der <u>multiprofessionelle Ansatz</u> eines PCT sollte deutlich werden: Neben den Bereichen Medizin und Pflege gehören auch psychosoziale und spirituelle Begleitung zum Aufgabenspektrum. Diese Aufgaben sollten sowohl von eigenen Mitarbeitern als auch über Kooperationen erbracht werden können.</p> <p>2.) Um § 1 Abs. 2 Rechnung zu tragen, sollten die <u>pädiatrischen PCT</u> ebenfalls ausdrücklich als Leistungserbringer aufgeführt werden.</p>

	<p>3.) Auch der nicht in einem PCT organisierte palliativ geschulte <u>Hausarzt</u> sollte in Zusammenarbeit mit dem PCT bei vorhandener Palliativqualifikation Leistungen der SAPV erbringen können. Dies ist für die Einbindung der engagierten und weitergebildeten Hausärzte wichtig und vom Gesetzgeber gewünscht („gewachsene Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen.“).</p>
<p>(3) Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit</li> <li>- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen</li> <li>- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)</li> <li>- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern</li> <li>- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder Häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht</li> <li>- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen</li> <li>- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche)</li> <li>- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung</li> <li>- Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten</li> <li>- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen</li> <li>- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV</li> </ul>	
<b>§ 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer</b>	<b>Stellungnahme der Deutschen Hospiz Stiftung</b>
<p>(1) <sup>1</sup>Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die einzelnen Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; die Koordination innerhalb des Teams ist sicherzustellen. <sup>2</sup>Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen zu treffen. <sup>3</sup>Kooperationspartner ist auch der jeweilige Hospizdienst, der auf Wunsch des Patienten an der Versorgung beteiligt wird.</p>	
<p>(2) Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten.</p>	
<p>(3) Es ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung ausgetauscht werden.</p>	
<p>(4) Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen.</p>	
<p>(5) <sup>1</sup>Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist ver-</p>	

<p>netztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. <sup>2</sup>Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.</p>	
<p><b>§ 7      Verordnung von SAPV</b></p>	<p><b>Stellungnahme der Deutschen Hospiz Stiftung</b></p>
<p>(1) <sup>1</sup>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird vom behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet. <sup>2</sup>Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht SAPV erforderlich, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 7 Tage.</p>	<p>1.) Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sind palliativmedizinische Kenntnisse noch nicht flächendeckend verbreitet. Insofern wäre es sinnvoll, die Ärzte des PCT in den Prozess der Verordnung mit einzubeziehen. Deren spezielle Kenntnisse und Erfahrungen können helfen, unnötige Verordnungen (und damit einen Abschiebeeffekt in die SAPV) zu vermeiden und auch die Bedarfsstufe der SAPV (Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung, vgl. § 1 Abs. 4) festzulegen:</p> <p>„Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird vom behandelnden Vertragsarzt <b>in Absprache mit dem Palliative-Care-Team</b> nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet.“</p> <p>2.) Die Verordnungsdauer von 7 Tagen ist im Hinblick auf die zu berücksichtigende Lebenserwartung der SAPV-Patienten von Tagen, Wochen und Monaten (vgl. § 3 Abs. 3) zu kurz. Sie verursacht darüber hinaus innerhalb zu kurzer Zeit zu viel Bürokratie. Daher sollte die <b>Verordnungsdauer mindestens bei 21 Tagen</b> liegen.</p>

<p>(2) Die ärztliche Verordnung erfolgt auf einem zu vereinbarenden Vordruck, der der Leistungserbringung nach Bedarfsstufen (§ 5 Abs. 2) Rechnung zu tragen hat und Angaben zur Dauer der Verordnung enthält.</p>	
<p><b>§ 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse</b></p>	<p><b>Stellungnahme der Deutschen Hospiz Stiftung</b></p>
<p><sup>1</sup>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 des Musters XX spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. <sup>2</sup>Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.</p>	<p>Die inhaltliche Anlehnung an die HKP-Richtlinien erscheint nicht sachgerecht, da die Verordnung von SAPV weit über rein pflegerische Aspekte hinausgeht.</p> <p>Vor allem aber würde durch diese Regelung ein Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen, den der Gesetzgeber bewusst aus den ersten Entwürfen zum GKV-WSG herausgenommen hat, wieder eingeführt. <u>Der Passus „bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung“ muss – dem Willen des Gesetzgebers folgend – gestrichen werden.</u></p>

## **Stellungnahme der Deutschen Hospiz Stiftung: Übergeordnete Anregungen oder Vorschläge**

Der Richtlinienentwurf findet in seiner grundsätzlichen Ausrichtung die Zustimmung der Deutschen Hospiz Stiftung. Ein großer Teil der Vorschläge der Stiftung wurde aufgegriffen.

Kritisch sieht die Deutsche Hospiz Stiftung allerdings, dass der Richtlinienentwurf in vielen Punkten noch vergleichsweise vage bleibt und dadurch vieles den nachfolgenden Empfehlungen gemäß §132d SGB V, Abs. (2) überlassen bleibt. Im Sinne der betroffenen Patientinnen und Patienten wäre es aus ihrer Sicht wünschenswert gewesen, bereits in den Richtlinien konkretere Grundlinien für eine patientenorientierte Ausgestaltung des Anspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu entwickeln. Dies gilt insbesondere für die Ausgestaltung der Anforderungen an Palliative-Care-Teams in § 5 Abs. 2.

Der Gemeinsame Bundesausschuss stand und steht noch vor der Aufgabe, die Ausgestaltung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung regeln zu müssen, ohne auf einem gesicherten Fundament einer „allgemeinen Palliativversorgung“ aufbauen zu können. Die Existenz einer solchen allgemeinen Palliativversorgung hat der Gesetzgeber offensichtlich als gegeben vorausgesetzt. Alle an der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender Beteiligten wissen aber, dass Palliativversorgung – in welcher Form auch immer – nach wie vor die Ausnahme und nicht die Regel in den bestehenden Sektoren ist.

Diesem Umstand sollten auch die Richtlinien Rechnung tragen. Der Begriff der „spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ darf darum nicht so sehr eingeschränkt werden, dass er in Fällen, in denen ein Patient noch keine allgemeine ambulante Palliativversorgung erfährt, ins Leere läuft. Wo diese fehlt, darf es den Leistungserbringern der spezialisierten Palliativversorgung nicht unmöglich gemacht werden, zunächst das Fundament für ihre Leistungen zu legen.

Für Konstellationen, in denen es nicht nur um wenige Tage, Wochen oder Monate geht, muss die Richtlinie eine Öffnungsklausel enthalten. Dies gilt insbesondere für demenzkranke Menschen, deren ganz spezieller Bedarf an palliativer Versorgung weit vor den in dieser Richtlinie definierten Zeiträumen gegeben sein kann. Zumindest die Beratungsleistungen des PCT müssen solchen Patientengruppen offen stehen und von den Krankenkassen finanziert werden.