

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Rückmeldung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Entwurf der Richtlinie Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und stationäre Hospizversorgung

Datum	13.08.2025
Rückmeldung von	Deutscher Pflegerat (DPR)

Allgemeine Anmerkungen zum Richtlinienentwurf

Der DPR bedankt sich für die Möglichkeit, Stellung zum Entwurf der Richtlinie Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und stationäre Hospizversorgung nehmen zu können. Mit der Richtlinie zur **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** und **stationären Hospizversorgung** wird das Ziel verfolgt, einheitliche Kriterien und Maßstäbe für die sozialmedizinische Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) zu schaffen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Leistungen gemäß § 37b SGB V (SAPV) und § 39a SGB V (Hospizversorgung) sachgerecht, bedarfsgerecht und bundesweit **einheitlich** bewertet und gewährt werden.

Folgende übergreifende Punkte möchte der DPR hiermit einbringen:

1. Stärkere Einbeziehung von Pflegefachpersonen in den Begutachtungsprozess

Begründung:

Pflegefachkräfte sind oft die ersten, die eine Verschlechterung des Zustands oder einen steigenden Versorgungsbedarf erkennen. Ihre kontinuierliche Präsenz in der Häuslichkeit (z. B. in Pflege-WGs oder bei Einzelversorgungen) gibt ihnen einen unmittelbaren Einblick in die Symptomlast, psychosoziale Belastung und familiäre Überforderung.

Empfehlung:

In Kapitel Teil A, 2.3 ff. der MD-Richtlinie sollte ausdrücklich festgelegt werden, dass bei der Begutachtung nach § 37b SGB V die Stellungnahmen von Pflegefachkräften mit einbezogen werden müssen, insbesondere wenn sie bereits vor Ort in die Versorgung eingebunden sind.

Rechtsgrundlage:

- § 37b SGB V i. V. m. § 5 Abs. 3 SAPV-RL: „Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung“.
- § 4 SAPV-RL: Die Einschätzung einer „besonders aufwändigen Versorgung“ sollte nicht ohne pflegerische Perspektive getroffen werden.

2. Erweiterung der Kooperationsmöglichkeiten für ambulante Dienste ohne eigene SAPV-Zulassung

Begründung:

Viele etablierte ambulante Pflegedienste verfügen über Palliative-Care-kompetentes Personal, sind aber aufgrund struktureller Hürden nicht SAPV-zugelassen. Aktuell können sie weder an SAPV-Verträgen teilnehmen noch über Kooperationsmodelle eingebunden werden. Dies führt zu Versorgungsbrüchen, besonders in ländlichen oder strukturschwachen Regionen.

Empfehlung:

Die Richtlinie sollte klarstellen, dass eine delegierte oder teilstrukturierte Leistungserbringung im

Allgemeine Anmerkungen zum Richtlinienentwurf

Rahmen der SAPV möglich ist, z. B. durch vertraglich geregelte Übernahme von Teilaufgaben durch ambulante Dienste unter fachlicher Anleitung eines SAPV-Teams.

Rechtsgrundlage:

- § 132d Abs. 1 SGB V legt fest, dass SAPV nur von Leistungserbringern mit Zulassung erbracht werden kann. Die Richtlinie kann und sollte allerdings klarstellen, dass Kooperationsverträge im Rahmen des § 132 Abs. 1 SGB V möglich sind, sofern Qualität und Koordination gesichert sind.
- § 5 Abs. 1 Satz 2 SAPV-RL: „Koordination [...] sowie die Beratung [...] der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer“.

3. Klare Regelungen für Pflege-Wohngemeinschaften (WGs) als Versorgungsform

Begründung:

Pflege-WGs sind als dauerhafte „vertraute häusliche Umgebung“ i. S. v. § 1 Abs. 2 SAPV-RL anerkannt. In der Praxis bestehen jedoch häufig Unsicherheiten, ob SAPV in diesen Settings gewährt wird, etwa bei Kriseneinsätzen oder bei Teilversorgung durch ambulante Dienste.

Empfehlung:

Die Richtlinie sollte ausdrücklich klarstellen, dass Pflege-WGs gleichberechtigte Orte der SAPV-Leistung sind, auch im Rahmen von Rufbereitschaften und Notfallinterventionen. Zudem sollte eine eindeutige Schnittstellenbeschreibung zwischen SAPV-Team, WG-Träger und Pflegedienst erfolgen.

Rechtsgrundlage:

- § 1 Abs. 2 SAPV-RL: „weitere Orte [...] in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung“.
- Teil A, 2.2 – WHO-Definition der Palliativversorgung mit Bezug auf familiäre Settings.

4. Anerkennung pflegebezogener Krisenindikatoren als eigenständige SAPV-Begründung

Begründung:

Nicht nur medizinische Kriterien, sondern auch psychosoziale Belastungslagen (z. B. Überforderung von Angehörigen, fehlende Nachtbetreuung, Einsamkeit, Angst) machen SAPV erforderlich. Diese werden derzeit nur als Ergänzungsaspekte gewertet, aber nicht als eigenständige Begründung anerkannt.

Empfehlung:

Die Richtlinie sollte klarstellen, dass pflegerisch identifizierte Krisenindikatoren (z. B. Delir, Pflegeabbruchgefahr, Überlastungssymptome) gleichwertig mit medizinischen Kriterien zur Begründung des „besonders aufwändigen Versorgungsbedarfs“ (§ 4 SAPV-RL) herangezogen werden dürfen.

Rechtsgrundlage:

- § 4 SAPV-RL: „komplexes Symptomgeschehen“ umfasst auch psychosoziale Faktoren.
- Teil A, 2.2 ff. der Richtlinie: WHO-Definition und Bezug auf spirituelle/psychosoziale Dimensionen.
- § 1 Abs. 5 SAPV-RL: „Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche [...] sowie die Belange ihrer oder seiner Angehörigen [...] stehen im Mittelpunkt.“

5. Pflegeprozesssteuerung als vorbehaltene Aufgabe von Pflegefachpersonen

Anweisungen zu pflegerischen Aufgaben können entsprechend der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben nur durch Pflegefachpersonen erfolgen, nicht aber von anderen Berufsgruppen. Davon abzugrenzen sind medizinischen Anweisungen, die weiterhin von Ärzt:innen gegeben werden.

Empfehlung

In der Richtlinie sollte der absolute Vorbehalt der Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen bedacht werden.

Rechtsgrundlage

Allgemeine Anmerkungen zum Richtlinienentwurf

- § 4 PflBG Vorbehaltene Tätigkeiten: Pflegerischen Aufgaben wie die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d obliegt Pflegefachpersonen. Ebenso wie die Planung der Pflege.

Zu weiteren Regelungen im Einzelnen:

Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf		
Zuordnung Nummer bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung <i>[Bitte geben Sie in Ihrer Stellungnahme auch den spezifischen Absatz an.]</i>	Konkreter Änderungsvorschlag
Abkürzungsverzeichnis	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
Teil 1A: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)		
1 Einleitung	[Zu Absatz X]	
2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/- Begutachtung	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	

	[Zu Absatz X]	
2.1 Rechtliche Grundlagen	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass	[Zeile 212/213] der Haushalt der Familie der Patientin oder des Patienten, wie z. B. der Eltern, der Kinder oder der Enkelkinder Begründung: Die SAPV kann auch durch und bei Freunden durchgeführt werden.	der Haushalt der Familie der Patientin oder des Patienten, wie z. B. der Eltern, der Kinder, oder der Enkelkinder oder Freunden
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung		

2.3.1 Anspruchsvoraussetzungen für SAPV-Leistungen	[Zu 4. „Behandlung nach abgestimmtem Konzept“, Zeile 506] „Die Regelung hebt darauf ab, dass die Behandlung aufgrund der Komplexität des vorliegenden Symptomgeschehens nicht durch einzelne veranlasste Leistungen und Hilfsangebote, sondern durch ein zu koordinierendes interdisziplinäres Team erfolgen muss.“ Begründung: Aus der Beschreibung geht hervor, dass an dem Konzept unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt sind.	„Die Regelung hebt darauf ab, dass die Behandlung aufgrund der Komplexität des vorliegenden Symptomgeschehens nicht durch einzelne veranlasste Leistungen und Hilfsangebote, sondern durch ein zu koordinierendes multiprofessionelles Team erfolgen muss.“
	[Zeile 418] Begründung: auch ausgeprägte Ödeme können die Mobilität einschränken	Ergänzung nach Zeile 418 „auch durch ausgeprägte Ödeme, die die Mobilität einschränken“
	[Zeile 457] Begründung: Diarrhoen/ +Flüssigkeitsverlust über ein Stoma können auch ausgeprägte gastrointestinale Symptome sein	Ergänzung nach Zeile 457: „auch Diarrhoen/ +Flüssigkeitsverlust über ein Stoma“
	[Zeile 496] Sonstige ausgeprägte Symptomatik Begründung: In der Verordnung der SAPV wird ein „sonstiges komplexes Symptomgeschehen“, was zusätzliche Belastungsfaktoren inkludiert wie ein fehlendes Versorgungsnetz/soziale Kontakte.	„sonstiges komplexes Symptomgeschehen“

2.3.2 Leistungsinhalte und Leistungsumfang der SAPV	[Zeile 593] Begründung: Der klinische Sozialdienst ergänzt die Beratung anderweitiger ambulanter Versorgungsformen	Ergänzung nach Zeile 593: Beratungen der klinischen Sozialdienste
	[Zeile 593] Begründung: Geplante Besuchsintervalle würden das Angebot der Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft „rund um die Uhr“ sinnvoll ergänzen.	Ergänzung ab Zeile 673: Die Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft „rund um die Uhr“ für die im Rahmen der SAPV betreuten Patientinnen und Patienten zur Sicherstellung der für die SAPV erforderlichen Maßnahmen wird durch spezialisierte Leistungserbringer gewährleistet. Insbesondere bei Patienten mit schweren neurologischen Erkrankungen wäre es wünschenswert, nicht nur die Rufbereitschaft sicherzustellen, sondern diese mit größeren, geplanten Besuchsintervallen zu kombinieren. Die alleinige Rufbereitschaft „rund um die Uhr“ ist nicht verordnungsfähig.
	[Zeile 617] „Palliativmedizinische Maßnahmen im Sinne der SAPV sind z. B.“ Begründung: SAPV ist eine multiprofessionelle Komplexleistung, die ärztliche und pflegerische Leistungsanteile enthält. Leistungserbringer ist ein Palliative-Care-Team (BMG).	„Palliativmedizinisch-pflegerische Maßnahmen im Sinne der SAPV sind z. B.“



	Die Aufzählung sollte daher <i>Palliativmedizinisch-pflegerische Maßnahmen sind z. B.:</i> lauten. Zudem treffen die unter Ziff 618 – 644 aufgeführten Punkte auf alle Berufsgruppen zu und „medizinisch“ ist nicht mit „ärztlich“ gleichzusetzen.	
	[Zeilen 646 - 672] Palliativ-pflegerische Maßnahmen im Sinne der SAPV sind z. B. ... Begründung: Laut § 4 PflBG „Vorbehaltene Tätigkeiten“ zählt die „Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs“, die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ sowie die „Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege zum Aufgabenbereich von Pflegefachpersonen. Es handelt sich um eine vorbehaltende Tätigkeit von Pflegefachpersonen, hierzu gehört aus fachlichen und juristischen Gründen auch die Planung der Pflege. An dieser Stelle kann ggf. geprüft werden, ob die in der Richtlinie genannten einzelnen Schritte des Pflegeprozesses wie folgt aufzuführen sind oder ob es genügt, sich hier auf das Pflegeberufegesetz zu berufen.	Palliativ-pflegerische Maßnahmen im Sinne der SAPV umfassen nach § 4 Abs. 1 und 2 PflBG • pflegerische Aufgaben, die beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 PflBG durchgeführt werden dürfen, • die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, • die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Planung der Pflege • die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege, hier insbesondere die Evaluation des Pflege- und ggf. auch Behandlungsprozesses • Erhebung des Pflegebedarfs in Form von Pflegeproblemen/ Pflegediagnosen
	[Zeilen 650ff] • die Sicherstellung der Umsetzung und Kontrolle der ärztlichen palliativ-pflegerischen Anweisungen Begründung:	• die Sicherstellung der Umsetzung und Kontrolle der ärztlichen (palliativen) Verordnungen

	Aufgrund des absoluten Vorbehalts von Pflegefachpersonen zur Steuerung des Pflegeprozesses sind pflegerische Anweisungen durch eine andere Berufsgruppe grundsätzlich nicht möglich. Es sollten jedoch - je nach Situation - alle ärztlichen Verordnungen umgesetzt werden, auch jene, die nicht unbedingt als palliativ zu bewerten sind. Was auch hier zu prüfen ist, ob eine solche Abgrenzung möglich ist.	
	[Zeile 666] die sach- und fachgerechte Anwendung technischer Hilfsmittel (z. B. Schmerzpumpen, Infusionspumpen, Portsysteme) nach Anleitung und Einweisung durch die Palliativärztin oder den Palliativarzt des SAPV-Teams Begründung: Die Einweisung kann nicht nur durch Ärzt:innen, sondern auch durch Herstellern von Pumpen erfolgen. Zudem sind Pflegefachpersonen in der SAPV spezifisch qualifiziert und arbeiten eigenverantwortlich nach dem abgestimmten Behandlungsplan.	die sach- und fachgerechte Anwendung technischer Hilfsmittel (z. B. Schmerzpumpen, Infusionspumpen, Portsysteme) nach Anleitung und Einweisung durch die Palliativärztin oder den Palliativarzt des SAPV-Teams
	[Zeile 704] Im Rahmen der Beratungsleistung kann u. a. geklärt werden, ob die Versicherten über die Beratung hinaus SAPV-Leistungen benötigen oder ob die Leistungen der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen im Weiteren ausreichend sind (Erhebung im Rahmen eines palliativ-medizinischen Basisassessments). Begründung: Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination.	„Dem Beratungszweck entsprechende Erhebung im Rahmen eines palliativmedizinisch-pflegerischen Basisassessments.“

	[Zeile 708] Begründung: Die Ergänzung, in welchem Zeitraum die Beratungsleistung wiederholt werden kann und wie sie finanziert wird, ist sinnvoll	Die Beratungsleistung kann bei Bedarf wiederholt werden, z. B. im Rahmen eines telefonischen bzw. persönlichen Gespräches mit den Versicherten, ihren Zugehörigen/Bezugspersonen oder nicht- spezialisierten Leistungserbringern
	[Zeile 801] 2) bei Folgeverordnungen eine Stabilisierung im Krankheitsverlauf dokumentiert ist und davon ausgegangen werden kann, dass die notwendige Versorgung wieder im Rahmen der additiv unterstützenden Teilversorgung oder der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen erbracht werden kann. Begründung: dieser Absatz ist zu streichen, weil eine Stabilisierung der Situation des schwerkranken oder sterbenden Patienten ein wichtiges Therapieziel der SAPV sein und mit dieser auch gelingen kann.	2) bei Folgeverordnungen eine Stabilisierung im Krankheitsverlauf dokumentiert ist und davon ausgegangen werden kann, dass die notwendige Versorgung wieder im Rahmen der additiv unterstützenden Teilversorgung oder der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen erbracht werden kann.
2.3.3 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	



2.3.4 Dauer der verordneten SAPV-Leistungen	[Zu Absatz 850-861] Begründung: Nachvollziehbarkeit der Verordnungszeiträume auf Grundlage der bisher vorliegenden Erfahrungen Die SAPV-RL des G-BA benennt als Voraussetzung für die Inanspruchnahme der SAPV u.a. die begrenzte Lebenserwartung auf Tage, Wochen, Monate. Die Nachvollziehbarkeit des Verordnungszeitraums auf 28 Tage zu begrenzen steht dem entgegen. Die benannten „vorliegenden Erfahrungen“ werden nicht benannt und können nicht neutral ausgewertet werden. Eine Nachvollziehbarkeit des Verordnungszeitraums zu begrenzen impliziert, dass längere Verordnungszeiträume als 28 Tage per se zu überprüfen sind. Daraus leiten sich zwei Szenarien ab: Entweder werden Verordnungen nur noch für max. 28 Tage ausgestellt, um nachvollziehbar zu bleiben, was einen bürokratischen Mehraufwand kassenseitig und auf Seiten der Leistungserbringer bedeutet. In einem Bundesland würde das eine Verdoppelung der Beantragungszahlen bedeuten, da im Landesvertrag eine Begrenzung des Verordnungszeitraums pro Verordnung auf 2 Monate festgeschrieben ist. Oder jede Verordnung wird mit Ablauf von 28 Tagen laut Richtlinie des MD überprüfungswürdig, was eine Steigerung der Überprüfungsaufträge durch die Kassen nach sich ziehen kann und damit wieder in einen Mehraufwand für Krankenkassen und die Leistungserbringer mündet.	Es wird vorgeschlagen, die Verordnung der additiv unterstützenden Teilversorgung und vollständigen Versorgung auf zwei Monate zu erweitern
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	

	[Zu Absatz X]	
2.3.5 Alternative Versorgungsmöglichkeiten	[Zu Absatz 4] Bei Ablehnung eines Antrags auf SAPV muss sichergestellt werden, dass adäquate Alternativen empfohlen, aber auch organisiert werden, um Versorgungsbrüche in einer solchen vulnerablen Situation zu vermeiden	In Fällen, in denen die Durchführung von SAPV-Leistungen nicht empfohlen werden kann, weil die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt sind, sind ggf. andere Leistungen notwendig. In diesen Fällen sind alternative Versorgungsmöglichkeiten zu benennen anzubieten. Eine adäquate Übergangsversorgung ist zu organisieren und die Dauer wie auch Qualität zu regeln, um Versorgungsbrüche zu vermeiden.
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.3.5.1 Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP)	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	



	[Zu Absatz X]	
2.3.5.2 Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.4 SAPV bei Kindern und Jugendlichen		
2.4.1 Besonderheiten der Palliativversorgung im Kindes- und Jugendalter	[Zu Absatz 2.4.1] Die Gruppeneinteilung der Diagnosen sollten angepasst werden. Die Praxis berichtet, dass Kinder mit CF / Mukoviszidose bislang kaum in der SAPV auftauchen, da sie mittlerweile deutlich das 18 Lebensjahr überleben.	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	

	[Zu Absatz X]	
2.4.2 Notwendigkeit einer Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.4.3 Alternative Versorgungsmöglichkeiten bei Kindern und Jugendlichen	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.4.4 Begutachtungsgrundsätze bei Kindern und Jugendlichen	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	

	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.5 Algorithmus zur SAPV	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
3 Zusammenarbeit Krankenkassen/Medizinischer Dienst	[Zeile 1409] Die Krankenkasse kann nach Maßgabe des § 275 Absatz 1 SGB V den MD mit einer gutachtlichen Stellungnahme zur Verordnung einer SAPV beauftragen. Begründung: Die Fragebögen nach SAPV-Richtlinie werden von einigen Kassen direkt nach Erhalt der Verordnung angefordert. Zu diesem Zeitpunkt gibt es weder ein Erstassessment, noch können verbindliche Angaben zu notwendigen Maßnahmen, Medikamentenanpassungen usw. gemacht werden. Wenn eine SAPV notwendig ist, können die Bögen nach frühestens einer Woche aussagekräftig und zuverlässig erstellt werden.	Die Krankenkasse kann nach Maßgabe des § 275 Absatz 1 SGB V den MD mit einer gutachtlichen Stellungnahme zur Verordnung einer SAPV frühestens nach einer Woche beauftragen.
	[Zeile 1448] Patient:innen und Angehörige sind aufgrund der gegebenen Situation häufig nicht in der Lage zu widersprechen. Hier ist Unterstützung	

	erforderlich.	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
3.1 Auftragsvorbereitung durch die Krankenkasse	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
3.2 Bearbeitung durch MD-Gutachterin/MD-Gutachter	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	

3.2.1 Sozialmedizinische Gutachterliche Stellungnahme (SGS -fallabschließend) Produktgruppe I	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
3.2.2 Sozialmedizinische Gutachten (SGA – fallabschließend) Produktgruppe II	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
4 Vorgehen bei Folgeaufträgen und Widersprüchen	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	

	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
5 Ergebnismitteilung	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
Teil B: stationäre Hospizversorgung		
1 Einleitung	[Zu Absatz X]	
2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/Begutachtung	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	

	[Zu Absatz X]	
2.1 Rechtliche Grundlagen	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung		
2.3.1 Anspruchsvoraussetzungen für stationäre Hospizleistungen	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	

	[Zu Absatz X]	
2.3.2 Antragsverfahren zur stationären Hospizaufnahme	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.3.3 Dauer der beantragten Hospizleistungen	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.3.4 Leistungsinhalte und Leistungsumfang der stationären Hospizversorgung	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	

	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.3.5 Alternative Versorgungsmöglichkeiten	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.4 Stationäre Kinder- und Jugendhospizversorgung		
2.4.1 Einleitung	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	

2.4.2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/Begutachtung	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.4.2.1 Rechtliche Grundlagen	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.4.2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	

	[Zu Absatz X]	
2.4.3 Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung		
2.4.3.1 Anspruchsvoraussetzungen für stationäre Hospizleistungen	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.4.3.2 Antragsverfahren zur stationären Hospizaufnahme	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.4.3.3 Dauer der beantragten stationären Hospizleistungen	[Zu Absatz X]	

	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.4.3.4 Leistungsinhalte und Leistungsumfang der stationären Hospizversorgung	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
2.4.3.5 Alternative Versorgungsmöglichkeiten	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	

2.5 Algorithmus zur stationären Hospizversorgung	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
3 Zusammenarbeit Krankenkassen/MD	[Zeile 2158] Hilfreich wäre zu präzisieren, was mit einer „ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung“ gemeint ist.	Begriffsklärung „ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung“
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
3.1 Auftragsvorbereitung durch die Krankenkasse	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	

3.2 Bearbeitung durch den MD-Gutachtenden	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
3.2.1 Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS - fallabschließend) Produktgruppe I	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
3.2.2 Sozialmedizinische Gutachten (SGA-fallabschließend) Produktgruppe II	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	

	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
4 Vorgehen bei Folgeaufträgen und Widersprüchen	[Zeile 1522] Bei einer Stabilisierung ist zu prüfen, ob ggf. eine anderweitige ambulante Versorgungsform ausreicht oder ggf. vorübergehend eine Reduzierung des SAPV-begründeten Leistungsumfanges möglich ist Begründung: Da die SAPV darauf abzielt, die Lebensqualität bei fortgeschrittenen, nicht mehr heilbaren Erkrankungen zu verbessern, stellt bereits die Stabilisierung von Symptomen ein anspruchsvolles Ziel dar. Dessen Erhalt ist wünschenswert und in der Regel nur durch eine fortgesetzte SAPV zu gewährleisten. An diesem Punkt den Leistungsumfang zu reduzieren, erscheint kaum zumutbar.	„Eine Stabilisierung trotz Progression der Erkrankung erlaubt die Fortführung des bisherigen SAPV-Leistungsumfanges. Im Fall einer anhaltenden Verbesserung des Symptomgeschehens ist zu prüfen, ob ggf. eine anderweitige ambulante Versorgungsform ausreicht oder ggf. vorübergehend eine Reduzierung des SAPV-begründenden Leistungsumfanges möglich ist.“
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
	[Zu Absatz X]	
5 Ergebnismitteilung	[Zu Absatz X]	
6 Inkrafttreten	[Zu Absatz X]	

