

Erstfassung für Stellungnahmeverfahren

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von spezialisierte ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie)

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

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------------|---|-----------|
| § 1 | Grundlagen und Ziele | 3 |
| § 2 | Anspruchsvoraussetzungen | 9 |
| § 3 | Anforderungen an die Erkrankungen | 10 |
| § 4 | Besonders aufwändige Versorgung | 10 |
| § 5 | Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung | 13 |
| § 6 | Zusammenarbeit der Leistungserbringer | 17 |
| § 7 | Verordnung von SAPV | 18 |
| § 8 | Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse..... | 19 |
| | Literatur | 20 |

| § 1 Grundlagen und Ziele | Ihre Stellungnahme |
|---|--|
| <p>(1) ¹Die 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. ²Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.</p> | <p>Für die Umsetzung dieser Zielsetzung ist es notwendig zu prüfen, welche Interventionen mit welcher Qualifikation auf der Basis vorliegender wissenschaftlicher Evidenz erbracht werden müssen. Entsprechend dieser Prüfung der Evidenz ist dann auch die getroffene Einschränkung „medizinisch-pflegerischer Zielsetzung“ zu bewerten.</p> <p>Die Sichtung der Evidenz muss angesichts des Forschungsstandes von folgenden Prämissen ausgehen: Es gibt unseres Wissens nach bisher keine Reviews oder Metaanalysen, die den Begriff „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ enthalten, und auch keine, die sämtliche potenziellen Erkrankungen, für die die Definition in § 3 (3) SAPV-Richtlinie gilt, umfasst. Daher ist Evidenz zu berücksichtigen, die</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wesentliche Zielsetzungen oder Behandlungselemente beinhaltet, die auch für die „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ gelten, die 2. solche Erkrankungen beinhalten, für die die in § 3 (3) SAPV-Richtlinie formulierte Definition zutrifft und die 3. Aussagen über die Indikationsstellung zulässt (z. B. zur Wirksamkeit bei hoch belasteten Patienten). <p>Es ist davon auszugehen, dass die hier zur Diskussion stehenden Ergebnisse von Studien, in denen Patienten mit fortschreitenden Erkrankungen im Sinne der Definition im § 3 (3) SAPV-Richtlinie untersucht wurden, auch auf andere Erkrankungsgruppen übertragbar sind, die die Definitionsmerkmale aufweisen (allenfalls einer spezifischen Anpassung bedürftigen).</p> |

Leitlinien stellen die beste verfügbare Quelle zur Beurteilung der Wirksamkeit eines Verfahrens dar, insbesondere dann, wenn sie die Kriterien zur Erstellung einer S3-Leitlinie nach der Klassifikation der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erfüllen. Empfehlungen werden im Konsens auf der Basis der besten verfügbaren Literatur ausgesprochen und hinsichtlich des zugrunde liegenden Evidenzlevels klassifiziert. **Metaanalysen** sowie **systematische Reviews** sind, wenn Leitlinien fehlen, die wichtigsten Quellen zur Beurteilung der Evidenzlage. Auf letztere wird im Folgenden besonders Bezug genommen.

Am besten untersucht in Hinblick auf Unterstützungsmöglichkeiten sind Patientinnen mit einem **Mamma Carcinom**. Dies ist die hinsichtlich Morbidität und Mortalität häufigste Tumorform bei Frauen. Die Erkrankung erfüllt insbesondere dann die beiden Kriterien einer weit fortgeschrittenen Erkrankung, wenn es zur Metastasierung in den Lymphknoten in der Achselhöhle oder aber zur hämatogenen Metastasierung gekommen ist.

Eine aktuelle Übersicht von **Metaanalysen** zur Frage der Wirksamkeit von psychosozialer Unterstützung bei Patientinnen mit Mamma-Ca legen Weis und Domann (2006) vor. Die von den Autoren einbezogenen Metaanalysen und Originalarbeiten beziehen sich nicht alle explizit auf Mamma-Ca, vielmehr liegt eine Vielzahl von Tumorentitäten zugrunde. Leider geben bzw. können die Autoren keine getrennte Bewertung für Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium der Erkrankungen angeben, dennoch finden sich viele Zielsetzungen der palliativen Versorgung, wie sie in § 1 (1) SAPV-Richtlinie benannt sind, als zentrale Outcomekriterien der Studien bzw. Metaanalysen. Die Autoren beziehen 22 Metaanalysen bzw. Reviews und 52 randomisierte Studien ein. Das untersuchte interventive Angebot reichte von sup-

portiv-expressiven Gruppentherapien und kognitiv-behavioralen Einzel- oder Gruppeninterventionen über psychoedukative Einzel- oder Gruppenangebote bis hin zum Schmerzmanagement. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Ergebnisse der Studien homogene Effekte aller Interventionsarten hinsichtlich der positiven Beeinflussung der Lebensqualität, der Stimmung und der Nebenwirkungen der medizinischen Therapie zeigen. In den Studien wird das ergänzende psychosoziale Angebot zu meist allen Patienten unterbreitet, die Ergebnisse zeigen aber, dass höher belastete Frauen oder Frauen mit geringerer sozialer Unterstützung vermehrt von den Interventionen profitieren als Frauen mit geringeren Anpassungsschwierigkeiten an die Erkrankung oder als Frauen mit gut unterstützendem sozialen Umfeld.

Die Autoren fassen zusammen, dass sich aufgrund der breiten Literaturlbasis und der Homogenität der Ergebnisse für die psychosoziale Beratung und Therapie ein **Evidenzgrad von Level I** konstatieren lässt, dies entspricht dem Vorliegen von Metaanalysen von RCTs oder einzelnen RCTs (mit schmalen Konfidenzintervall). Zu vergleichbaren Einschätzungen (auch hinsichtlich des Evidenzgrades) kommt die im Augenblick einzig vorliegende Leitlinie zur psychosozialen Versorgung, die des australischen National Health and Medical Research Council (2003) sowie eine amerikanische Konsenskonferenz (Hewitt et al., 2004).

Ein besonderes forschungsmethodisches Problem ist, dass für die im Zusammenhang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung besonders relevante Gruppe der Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung **nicht ausreichend gut kontrollierte, randomisierte Studien vorliegen**. In einem aktuellen systematischen Cochrane-Review von **Edwards et al. (2004)** können die Autoren nur fünf Studien einschließen, in denen

Frauen mit metastasierendem, d. h. prognostisch ungünstigem, Brustkrebs untersucht wurden. Sie kennzeichnen das Problem so: "Whether surviving a longer or shorter time, all women with advanced breast cancer, and their families, are not only living with uncertainty about the future, the burden of treatment, and the threat of dying, but also dealing with the existential, emotional, social and psychological difficulties their situation brings". Die eingeschränkte Studienzahl beruhe auf grundlegenden forschungsbezogenen Problemen bei der Untersuchung hochvulnerabler Gruppen: "There are ethical problems in engaging in research with patients who have limited life expectancy" (Edwards et al., 2004).

Dies spiegelt sich auch in einem anderen aktuellen systematischen Cochrane-Review wider: **Sola et al. (2005)** können für Lungenkrebspatienten nur drei randomisierte Studien für intensivierte Unterstützung durch Pflegekräfte und eine für Psychotherapie/Beratung einbeziehen. Auch ist zu den geplanten Follow-up-Zeitpunkten nur ca. ein Drittel der Patienten nicht verstorben, was den Charakter einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen Krankheit des Lungenkrebses unterstreicht. Die Ergebnisse zeigen, dass die zwei methodisch besseren Studien zur intensivierten Pflege Verbesserungen in den untersuchten Zielparametern erbrachten. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Pflegekräfte für das hier untersuchte ambulante Programm eine besondere psychoonkologische Ausbildung erhalten haben (in der einen Studie wiesen die Pflegenden u. a. einen Masterabschluss auf). Nur eine Studie konnte zum Effekt einer psychotherapeutischen Intervention einbezogen werden: Positive Effekte zeigten sich auch hier für die untersuchten Zielparameter, allerdings fehlen weitere Studien zur Replikation der Befunde.

| | |
|--|--|
| | <p>Hinsichtlich der Wirkkomponenten der untersuchten psychosozialen Interventionen lassen die vorliegenden Metaanalysen für weit fortgeschrittene Erkrankungen, d. h. im Falle der Krebserkrankungen für metastasierende Tumore oder die meisten Formen des Lungenkrebses, keine ausreichend abgesicherten Aussagen zu. Generell lassen sich aus den vorliegenden Metaanalysen aber folgende Aussagen ableiten. Strukturierte Programme sind wirkungsvoller als reine Gesprächsangebote, Gruppenangebote sind manchmal Einzelangeboten überlegen, wenngleich eine neuere Metaanalyse von Osborne et al. (2006) die Überlegenheit eines einzeltherapeutischen Angebots aufzeigt und längere Interventionen kürzeren überlegen sind.</p> <p>Vor diesem Hintergrund stellt die Formulierung „medizinisch-pflegerische Zielsetzung“ eine Einschränkung dar, die dem Stellenwert der psychosozialen Unterstützung inklusive einer psychotherapeutischen Behandlung nicht gerecht wird. Die BPTK schlägt daher vor, das Adjektiv „medizinisch-pflegerisch“ zu streichen.</p> |
| <p>(2) Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.</p> | <p>Hierzu verweist die BPTK auf die Leitlinie zur „Psychosozialen Versorgung in der Kinder- und Jugendonkologie (S1-Leitlinie, Nr. 025/002 im Register der AWMF)“. Zur Gestaltung der Palliativphase sind die folgenden vier Punkte einschlägig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • supportive Therapie: Hilfen zur Gestaltung der letzten Lebensphase, Stärkung der elterlichen Schutzfunktion, Raum geben für antizipatorische Trauer, • sozialrechtliche Unterstützung: Förderung eines stützenden Netzwerks für die häusliche Versorgung, Vermittlung ambulanter häuslicher Pflege, ggf. Hospiz, • Kreativtherapien: kindgemäße Formen des Abschiednehmens finden, Gestaltung innerer Lebensräume und Bilder, • Palliativbegleitung: Unterstützung bei der Bewältigung von |

Angst, Verlust, Schmerz und Trauer, interdisziplinäre, kulturell angemessene Betreuung, Sterbebegleitung, Hausbesuche, Nachbetreuung trauernder Familien, Kontaktvermittlung zu Einrichtungen für trauernde Angehörige.

Unter dem Aspekt der Struktur- und Rahmenbedingungen wird in der genannten Leitlinie grundsätzlich, d. h. unabhängig vom Erkrankungsstadium, für die psychosoziale Versorgung krebskranker Kinder formuliert:

- Psychosoziale Versorgung als Standardangebot in der Kinder- und Jugendonkologie,
- integrierter psychosozialer Dienst im onkologischen Behandlungsteam,
- niedrighschwellige Erreichbarkeit,
- qualitativ und quantitativ angemessene psychologische, **psychotherapeutische**, pädagogische und sozialarbeiterische Kompetenz innerhalb des psychosozialen Mitarbeiterteams,
- definierte fachliche und administrative Leitung,
- angemessene personelle, zeitliche und räumliche Ressourcen.

Für die Palliativversorgung gelten diese Punkte damit auch. Insbesondere ist von Bedeutung, dass unter Punkt 4 mit Blick auf die Strukturqualität neben psychologischer, pädagogischer und sozialarbeiterischer Kompetenz explizit auch psychotherapeutische Kompetenz angeführt wird.

Die Überarbeitung dieser Leitlinie ist kurz vor dem Abschluss. Sie wird jetzt mindestens als eine S2-Leitlinie erstellt. Der Text

| | |
|--|---|
| | befindet sich in der abschließenden Phase der redaktionellen Überarbeitung. Sie wird voraussichtlich Ende 2007 im Internet verfügbar sein. An den zitierten Kernaussagen hat sich nichts geändert. Einschränkend ist hier darauf hinzuweisen, dass sich die Leitlinie nur auf krebskranke Kinder und Jugendliche bezieht. |
| (3) ¹ Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten sowie die Belange seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. ² Der Patientenwille und Patientenverfügungen sind zu beachten. | |
| (4) ¹ Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere durch Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste kann als isolierte Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. ² Andere Sozialleistungsansprüche bleiben somit unberührt. | |
| | |
| § 2 Anspruchsvoraussetzungen | Ihre Stellungnahme |
| (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 | |
| 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. | |
| | |

| § 3 Anforderungen an die Erkrankungen | Ihre Stellungnahme |
|--|--------------------|
| (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) 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. | |
| | |
| § 4 Besonders aufwändige Versorgung | Ihre Stellungnahme |
| (1) ¹ Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie die ambulanten Leistungen nach § 39a SGB V nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 1 Abs. 1 SGB V) zu erreichen. ² Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten, Psychotherapeuten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. ³ Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nach- | |

| | |
|--|---|
| <p>stehenden Kriterien erfüllt ist:</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - ausgeprägte Schmerzsymptomatik - ausgeprägte neurologische/psychische Symptomatik - ausgeprägte respiratorische Symptomatik - ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik - ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore | <p>Zur Häufigkeit psychischer Komorbidität bei Krebserkrankungen berichtet Mehnert (2006) in einer Überblicksarbeit Folgendes:</p> <p>Depressive Störungen Die Prävalenzraten variieren insgesamt zwischen 0 und 46 Prozent. Sie liegen in Interviewstudien mit 1 bis 15 Prozent niedriger (Härter et al., 2000; Stark et al., 2002; Uchitomi et al., 2003). Studien, die die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) nutzen, zeigen Prävalenzraten zwischen 3 und 33 Prozent (Hopwood et al., 2000).</p> <p>Angststörungen Die Auftretungshäufigkeit von Angststörungen bei Krebserkrankungen liegt studienübergreifend zwischen 1 und 49 Prozent. Auch hier zeigen sich bei Erhebungen mit standardisierten Interviewverfahren geringere Prävalenzraten von 8 bis 30 Prozent (Prieto et al., 2002). Mit Hilfe der HADS werden Prävalenzraten zwischen 20 und 48 Prozent ermittelt (Hopwood et al., 2000).</p> <p>Anpassungsstörungen Hier schwanken die Prävalenzraten zwischen 2 und 52 Prozent (Razavi et al., 1990).</p> <p>Mehnert berichtet, dass in einigen epidemiologischen Studien die berichteten Prävalenzraten psychischer Störungen bei Krebskranken sich kaum von denen in der Allgemeinbevölkerung unterscheiden, in anderen sind sie jedoch erheblich höher. Angesichts dieser unterschiedlich hohen Prävalenzraten sei unklar, inwieweit es sich bei psychischen Störungen, die im Laufe einer Krebserkrankung auftreten, um reaktive Störungen als Folge der Behandlung und Erkrankung handelt oder ob bereits vor der</p> |

Krebserkrankung eine psychische Vulnerabilität oder psychische Erkrankung bestand oder beides (Mehnert, 2006).

Krauß et al. kommen auf der Basis von 2002 und 2004 bei 485 stationär behandelten Tumorpatienten durchgeführten, strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV (SKiD) zu dem Ergebnis, dass 31,1 Prozent an einer oder mehreren psychischen Begleiterkrankungen litten. Der Anteil der Patienten mit Belastungsstörungen und akuten Belastungsreaktionen lag in der Untersuchung bei 9,3 Prozent. Die meisten psychischen Störungen indizierten aus Sicht der Autoren einen aktuellen psychoonkologischen Behandlungsbedarf, der frühzeitig und systematisch identifiziert und gedeckt werden sollte (Krauß et al., 2007).

Singer et al. kommen auf der Basis strukturierter klinischer Interviews nach DSM-IV bei 689 Tumorpatienten zu folgendem Ergebnis: 32 Prozent der Patienten litten unter psychischen Erkrankungen im Sinne des DSM-IV, z. B. unter Depressionen. Besonders betroffen waren Patienten jüngeren Alters, weiblichen Geschlechts, geringen Einkommens, Patienten in aktueller chemotherapeutischer Behandlung, während der Diagnostik sowie Patienten mit bestimmten Tumorlokalisationen. 83 Prozent der Befragten wünschten sich Unterstützung von einem Arzt, 77 Prozent vom Pflegepersonal, 44 Prozent vom Kliniksozialdienst, 30 Prozent von einem Psychologen, 8 Prozent von einem Seelsorger (Singer et al., 2007).

Block berichtet in einer Übersichtsarbeit, dass 47 Prozent der Krebspatienten in der terminalen Phase die diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung erfüllen. Von diesen 47 Prozent leiden 68 Prozent an Anpassungsstörungen, die sich in Depression und Angst niederschlagen. 13 Prozent leiden an einer schweren Depression. Generell, so Block, treten bei Patienten in

| | |
|---|---|
| | <p>der terminalen Krankheitsphase psychische Störungen häufiger auf als bei gesunden Personen (Block, 2000).</p> <p>Angesichts der Prävalenz psychischer Komorbidität ist die psychische Symptomatik als Kriterium für die Notwendigkeit einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung anzuführen.</p> <p>Nicht nachvollziehbar ist für die BPtK die Verwendung des Begriffes „psychiatrische Symptomatik“. Um einen bestimmten Schweregrad zu unterstreichen, könnte man von psychopathologischer Symptomatik sprechen. Die Verwendung des Begriffes „psychiatrische Symptomatik“ lässt sich fachlich nicht begründen und ist eventuell Ergebnis spezifischer berufspolitischer Überlegungen.</p> |
| | |
| <p>§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung</p> | <p>Ihre Stellungnahme</p> |
| <p>(1) ¹Die SAPV umfasst je nach Bedarf im Einzelfall alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung, soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 SGB V genannten Ziele zu erreichen. ²Sie 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) ¹Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V (Palliative-Care-Teams) erbracht. ²Sie wird stufenweise, nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit die</p> | |

| | |
|--|--|
| <p>ambulante Versorgung, insbesondere die allgemeine Palliativversorgung, nicht ausreicht, um die Ziele der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu erreichen. ³Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratungsleistung, • Koordination der Versorgung, • additiv unterstützende Teilversorgung, • vollständige Versorgung <p>erbracht werden. ⁴Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.</p> | |
| <p>(3) Inhalte der Palliativversorgung sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 und Komplexität die Kompetenz des weitergebildeten Palliativarztes erfordern, - spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, soweit eine Betreuung durch Angehörige oder häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V nicht ausreicht, - psychotherapeutische Behandlung, die die Kompetenz eines fortgebildeten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten er- | <p>Angesichts der Häufigkeit psychischer Störungen und des Ausmaßes der psychosozialen Belastungen ist die explizite Einbeziehung psychotherapeutischer Kompetenz unerlässlich. Mit dem Begriff der „psychosozialen Unterstützung“ wählt die Richtlinie einen unbestimmten Begriff. Der Begriff „psychosozial“ wird in der Medizin und den Nachbardisziplinen oftmals ohne eine exakte Definition verwendet (Petersen, Kruithoff, 2006). Bezogen auf die deutsche „psychosoziale Versorgungslandschaft“ zeigt sich eine Vielfalt verschiedenster Einrichtungen und Helfer, die unter diesem Begriff zusammengefasst werden können. Die Vielfalt ist quasi das Hauptmerkmal der psychosozialen Versorgungslandschaft in Deutschland (Angermeyer et al., 2006).</p> <p>In seiner weitesten Definition steht der Bereich der psychosozialen Betreuung bzw. Unterstützung für all jene Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen, die nicht explizit somatisch orientiert sind. "Psychosozial" meint hier die psychologische, sozialpsychologische und soziologische Dimension der medizinischen Praxis.</p> |

fordert,

- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen,
- Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten (einschließlich Hausbesuche),
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten 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.

Eine der engen Definitionen versteht unter „psychosozialer Unterstützung“ dagegen einen präventiven interdisziplinären Ansatz, der die aktive Krankheitsbewältigung fördern soll, bevor eine psychotherapeutische Intervention erforderlich wird (Topf et al., 1999).

Andere Konzepte (z. B. DMP KHK) meinen jedoch gerade auch psychotherapeutische Interventionen, wenn sie die Leistungen der psychosozialen Betreuung benennen (G-BA: Beschluss für ein DMP KHK, 2003). Im DMP Brustkrebs werden als „psychosoziale Unterstützung Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten“ aufgeführt, mit denen die psychischen Auswirkungen (z. B. Ängste oder Depressionen) und sozialen Krankheitsfolgen (z. B. in der Familie, der Partnerschaft oder am Arbeitsplatz) gelindert werden sollen.

In der SAPV-Richtlinie ist mit der Wahl des unbestimmten Rechtsbegriffes der „psychosozialen Unterstützung“ eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten mit psychischer Symptomatik nicht gewährleistet. Je nach konzeptuellem Verständnis bzw. späterer begrifflicher Auslegung der Vertragspartner nach § 132d SGB V ist eine psychotherapeutische Behandlung entweder der Schwerpunkt der psychosozialen Unterstützung oder per definitionem nicht im Leistungsumfang enthalten. Auf Letzteres deuten die bei der psychosozialen Unterstützung angeführten Beispiele (Seelsorge, Sozialarbeit und ambulante Hospizdienste) hin.

Das **National Institute of Clinical Excellence** empfiehlt für die Palliativversorgung von Patienten mit Breast, Colorectal und Urological Cancer multiprofessionelle Teams. In allen drei Manualen wird neben anderen Gesundheitsberufen als Profession benannt: **„Clinical psychologists trained in psychotherapy**

and cognitive behavior therapy“ (National Institute of Clinical Excellence, August 2002/September 2002 und Mai 2004).

Der **NHS Scotland** empfiehlt die Beteiligung von Psychologen an den multiprofessionellen Teams der spezialisierten Palliativversorgung. Der NHS präzisiert: „Psychology: The scientific study of human behaviour and the corresponding mental processes. A psychologist is a non-medical professional who has completed special advanced training and is therefore qualified to undertake psychological research, treatments and therapy“ (NHS, 2004).

Um die Ziele der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu erreichen, ist angesichts des Stellenwerts der psychosozialen Belastungen und psychischen Komorbidität für eine gesicherte Strukturqualität die **Einbeziehung von Psychotherapeuten** mit einer entsprechenden Fortbildung unverzichtbar. Bezug nehmend auf die unter § 1 SAPV-Richtlinie grundsätzlich dargestellte Evidenzlage (trotz des Fehlens direkter Vergleichsstudien zu Art und Umfang der notwendigen Fortbildung) muss konstatiert werden, dass für Patienten mit den untersuchten Problemlagen und dem genannten Interventionsbedarf ergänzend bei Indikationsstellung auch ein höheres Ausmaß an Professionalisierung und Spezialisierung notwendig ist als sie in der Regel bei Pflegekräften bzw. Ärzten im Rahmen eines Palliativkernteams vorliegt. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollten zu den Leistungserbringern im Sinne des § 132d SGB V gehören.

Die BptK schlägt vor, den Spiegelstrich „psychotherapeutische Behandlung, die die Kompetenz eines fortgebildeten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfordert“ in die Richtlinie aufzunehmen, damit

| | <p>eine qualitätsgesicherte Versorgung psychischer Erkrankungen von Palliativpatienten durch die Einbeziehung von Psychotherapeuten in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gewährleistet ist.</p> <p>Die Psychotherapeutenkammern bieten bereits palliativpsychotherapeutische Fortbildung an (z. B. die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen: Fortbildungscurriculum zur „Psychotherapie mit Palliativpatienten und deren Angehörigen“).</p> |
|--|--|
| | |
| § 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer | Ihre Stellungnahme |
| <p>(1) ¹Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die einzelnen Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; die Koordinierung innerhalb des Teams ist sicherzustellen. ²Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen zu treffen. ³Kooperationspartner 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>Die psychotherapeutische Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen erfordert in der Regel keine Richtlinienpsychotherapie, die an ein Antrags- und Genehmigungsverfahren gebunden ist und in Einheiten von jeweils 50 Minuten durchgeführt wird. Die Behandlung erfordert vielmehr ein flexibles, zeitnahes und akut auf den Einzelfall angepasstes Behandlungsangebot bei gesicherter Strukturqualität. Außerdem ist die im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nur beschränkt mögliche Einbeziehung von Bezugspersonen wichtiger Bestandteil der Psychotherapie mit Palliativpatienten. Vor allem wird die Reduzierung auf potenzielle Zuarbeit dem Stellenwert psychotherapeutischer Behandlung für die Erhaltung und Wiederherstellung</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>der Lebensqualität nicht gerecht.</p> <p>Psychotherapie mit Palliativpatienten und ihren Angehörigen muss zum Leistungsangebot der SAPV gehören. Nur wenn Psychotherapeuten vertraglich in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung eingebunden werden, besteht die Möglichkeit, durch Verträge die Qualitätsanforderungen an Psychotherapeuten, Inhalt und Umfang ihres Leistungsangebotes sowie die Vergütung mit Blick auf die Zielgruppe angemessen zu definieren und damit eine Leistungserbringung zu ermöglichen.</p> |
| (3) Es ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung 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) ¹ Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. ² Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychotherapeutischer , psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen. | Vernetztes Arbeiten ist wesentlich. Es lässt sich aber im Rahmen der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeuten kaum realisieren. Entscheidend ist der Einbezug von Psychotherapeuten in die Palliative-Care-Teams, vergleichbar der Einbeziehung in onkologischen Zentren (z. B. Brustzentrum). |
| | |
| § 7 Verordnung von SAPV | Ihre Stellungnahme |
| (1) ¹ Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird vom behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie ver- | |

| | |
|---|----------------------------------|
| <p>ordnet. ²Hält 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>(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>§ 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse</p> | <p>Ihre Stellungnahme</p> |
| <p>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 des Musters XX spätestens an dem dritten, der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. ²Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.</p> | |
| <p>Ihre Stellungnahme: Übergeordnete Anregungen oder Vorschläge</p> | |
| <p></p> | |

Literatur

- Angermeyer M, Riedel-Heller S, Roick C (2006). Besonderheiten des deutschen Psychosozialen Versorgungssystems aus psychiatrischer Perspektive. In S. Pawils & U. Koch (Hrsg.), Psychosoziale Versorgung in der Medizin (S. 113 – 122). Stuttgart: Schattauer.
- Block SD (2000). Assessing and Managing Depression in the Terminally Ill Patient. *Annals of Internal Medicine*. 2000; 132: 209 – 218.
- Edwards AGK, Hailey S, Maxwell M. (2004). Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2. Art. No.: CD004253. DOI: 10.1002/14651858.CD004253.pub2.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschluss des Koordinierungsausschusses vom 31.03.2003 für ein DMP KHK: Empfehlungen des Koordinierungsausschusses gemäß § 137 f Abs. 2 Satz 2 SGB V; „Anforderungen“ an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit. Bonn: G-BA; 2003.
- Härter M, Reuter K, Schretzmann B, Hasenburg A, Aschenbrenner A, Weis JB (2000). Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinische Rehabilitation. *Rehabilitation*; 39: 317 – 23.
- Hewitt M, Herdman R, Holland J (Eds.) (2004). Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. Washington DC: National Academic Press.
- Hopwood P, Stephens R (2000). Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life-data. *J Clin Oncol*; 18: 893 – 903.
- Katz MR, Kopek N, Waldron J, Devins GM, Tomlinson G (2003). Screening for depression in head an neck cancer. *J Clin Oncol*; 13: 269 – 80.
- Krauß O, Ernst J, Kuchenbecker D, Hinz A, Schwarz R (2007). Prädiktoren psychischer Störungen bei Tumorpatienten: Empirische Befunde. Universität Leipzig.
- Massie MJ, Holland J (1990). Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In: Holland JC, Rowland JH (Eds) (1990). *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press; 273 – 82.
- Mehnert A (2006). Psychische Belastungen von Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung in: S. Pawils & U. Koch (Hrsg.) *Psychosoziale Versorgung in der Medizin*: 229 – 241. Schattauer, Stuttgart.
- National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative (2003). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. National Breast Cancer Centre, Camperdown, NSW.
- National Institute for Clinical Excellence (August 2002). Improving Outcome in Breast Cancers. Manual Update.
- National Institute for Clinical Excellence (September 2002). Improving Outcome in Urological Cancers. The Manual.
- National Institute for Clinical Excellence (Mai 2004). Improving Outcome in Colorectal Cancers. Manual Update.
- Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Metaanalyses. *Int'l J Psychiatry in Medicine*; 36: 13 – 34.
- Osborne RH, Elsworth GR, Hopper JL (2003). Age-specific norms and determinations of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry. *European Journal of Cancer*; 39: 755 – 62.

- Petersen C, Kruihoff E (2006). Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In S. Pawils & U. Koch (Hrsg.) Psychosoziale Versorgung in der Medizin (S. 132 - 143) Stuttgart: Schattauer.
- Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Rovira M, Cicera E, Gasto C (2002). Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol*; 20: 1907 – 17.
- Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E (1990). Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br J Psychiatry*; 156: 79 – 83.
- Singer S, Bringmann H, Hauss J, Kortmann RD, Köhler U, Krauß O, Schwarz R (2007). Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Dtsch Med Wochenschr*; 132: 2071 – 2076.
- Sola I, Thompson E, Subirana M, Lopez C, Pascual A (2005). Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer (date of most recent update: 15. November 2005).
- Stark DP, House A (2000). Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer*; 83: 1261 – 7.
- Stark DP, Kiely M, Schmith A, Velikova G, House A, Selby P (2002). Anxiety disorders in cancer patients: Their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol*; 20: 3137 – 48.
- Topf R, Trimmel J, Vachalek L, Felsberger C, Gadner H. (1999). Das Psychosoziale Betreuungskonzept der pädiatrischen Onkologie des St. Anna-Kinderspi-tals. *Psychologie in Österreich*; 1999: 89 – 100.
- Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, Nishiwaki Y, Akechi T, Okamura H (2003). Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*; 21: 69 – 77.
- Weis I, Domann U (2006). Interventionen in der Rehabilitation von Mammakarzinompatientinnen - eine methodenkritische Übersicht zum Forschungsstand, *Rehabilitation*; 45: 129 – 145.