



Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz
zur Förderung von ambulanten, teilstationären
und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V.

Geschäftsstelle

Aachener Str. 5
10713 Berlin
Telefon 030/83223893
Telefax 030/83223950
E-Mail: bag.hospiz@hospiz.net
Internet: www.hospiz.net

Empfehlungen für die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Abs. 3 SGB V

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz) sieht in dem § 37b SGB V eine große Chance, die hospizliche und palliative Versorgung in Deutschland insgesamt zu verbessern, auch wenn der §37b SGB V insbesondere von der spezialisierten palliativen Versorgung spricht. Denn eine qualifizierte Versorgung entsprechend betroffener Patienten ist nur durch einen integrativen Ansatz möglich.

Die BAG Hospiz empfiehlt alle Anstrengungen zu unterstützen, Hospiz- und Palliativversorgungskonzepte auf der Basis der bestehenden Strukturen zu erstellen. Diese Form der Netzwerkbildung ist Bestandteil eines umfassenden Case-Management Palliative Care, das letztlich ein Case-Management im Sinne der Leistungsempfänger erst möglich macht. Nach Ansicht der BAG Hospiz sind folgende grundsätzlichen Aspekte auf dem Weg zur spezialisierten Palliativversorgung zu beachten:

- Für die Umsetzung der ambulanten Palliativversorgung - das heißt, auch für den Abschluss entsprechender Verträge vor Ort - sind **Regionale Gesamtkonzepte** erforderlich, die mit den unterschiedlichen Stufen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und der stationären Krankenhaus - und Hospizversorgung eine integrative Arbeit ermöglichen. Dabei ist die Versorgungsstruktur auch in wirtschaftlich und infrastrukturell schwächeren Regionen so sicherzustellen, dass weder die Leistungsempfänger noch die Leistungserbringer wirtschaftlich schwächer gestellt werden.
- Die Gesamtkonzepte müssen auch die **psychosoziale und spirituelle Begleitung und Unterstützung systematisch** und integrativ beinhalten; es darf nicht ein rein „medikalisiertes“ System entstehen. Dies ist auf der Grundlage einer verpflichtenden Kooperationsvereinbarung zu regeln. Dadurch wird u.a. sichergestellt, dass die Koordinatoren des ambulanten Hospizdienstes Teil des Teams sind und an den wöchentlichen Teamsitzungen teilnehmen.
- Die Gesamtkonzepte müssen die **gewachsenen Strukturen vor Ort** so berücksichtigen, dass je nach Ausgangssituation und regionalen Gegebenheiten unterschiedliche Ausgestaltungen hinsichtlich der Organisationsstrukturen möglich sind. Es sind zudem angemessene Übergangsregelungen zur Anpassung erforderlich.

- Ziel der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung ist es, wo immer möglich, ein Sterben zuhause, in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. In den Fällen, in denen aus sozialen Gründen eine Versorgung in der häuslichen Umgebung nicht möglich ist oder die Patienten selber dies wünschen, muss auch weiterhin die Versorgung in einem stationären Hospiz erfolgen können.
- Es muss eine **Balance** entstehen zwischen einer hochqualifizierten und qualitätsgesicherten **medizinischen und pflegerischen Palliativversorgung** und der von den Bürgerinnen und Bürgern weitgehend ehrenamtlich erbrachten **Hospiz-Begleitung**. Darüber hinaus sind die bestehenden Strukturen der spezialisierten stationären Palliativ- und Hospizversorgung und der Hospizbewegung im Sinne eines umfassenden Hospiz- und Palliativnetzwerkes weiter zu entwickeln und wirtschaftlich zu sichern.
- Die besonderen Belange von Kindern sind unter der Berücksichtigung der zielgruppenorientierten Anforderungen zu berücksichtigen.
- Die palliative Grundversorgung bzw. Allgemein- oder Primärversorgung ist in Abgrenzung zur spezialisierten palliativen Versorgung zu beschreiben und als Regelversorgung sicher zu stellen. Die notwendigen Qualifizierungsanforderungen für die vergütete Erbringung der palliativen Grundversorgung sind ebenfalls zu beschreiben.

1. Anforderungen an die Erkrankung als Voraussetzung für einen Leistungsanspruch

Palliativpatienten sind Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, die an den Symptomen dieser Erkrankung leiden. Sie benötigen Linderung von körperlichen Symptomen, Achtung ihrer Würde, psychosoziale Unterstützung sowie Angebote der spirituellen Begleitung bis zum Tod. Auch die Familien von Palliativpatienten benötigen oft Hilfe (z.B. Pflegeanleitung und psychosoziale Unterstützung und Beratung).

Anforderungen an die Erkrankung als Voraussetzung für einen Leistungsanspruch:

- Unheilbare Erkrankung ohne kurative Handlungsoptionen – nicht nur bezogen auf onkologische Erkrankungen
- Es muss eine palliative Indikation vorliegen indem eine komplexe Problematik oder eine akute Notsituation vorliegt, die ein Handeln unter dem multiprofessionellen Aspekt (z.B. um eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden) erforderlich macht.

Insbesondere um unnötige Einweisungen ins Krankenhäuser zu vermeiden, ist zu berücksichtigen, dass eine palliative Indikation schon im Verlauf einer unheilbaren Erkrankung gegeben sein kann. Hierbei ist nach Überwindung der Krise die ursprüngliche Versorgungssituation weiter fort zu führen. Es darf keine zeitliche Verzögerung durch organisatorische Hindernisse geben. Dies gilt für alle Palliativsituationen.

2. Abgrenzung spezialisierten Versorgung

Die BAG Hospiz unterstützt die Empfehlungen des Diakonischen Werkes und des DCV nach einer leistungsrechtlichen Abgrenzung zur sonstigen erforderlichen Grund- und Behandlungspflege und zur Regelversorgung.

In den festzulegenden Richtlinien muss deutlich werden, dass sämtliche Leistungen der Regelversorgung weiterlaufen, d.h. die Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden nach § 37 SGB V erbracht.

Wenn der Anspruchsberechtigte bereits in der Pflegeversicherung eingestuft ist, werden die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung nach dem SGB XI geleistet. Lebt der Versicherte in einer stationären Pflegeeinrichtung, dann ist auch die Behandlungspflege - abgesehen von Versicherten mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V - Bestandteil des Pflegesatzes der stationären Pflegeeinrichtungen.

Hat der Versicherte noch keine Pflegestufe und keinen Rechtsanspruch auf Leistungen nach § 37 Abs. 1 SGB V, dann müssen auch die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung leistungsrechtlicher Bestandteil der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sein.

Spezielle Behandlungspflege wie z.B. delegierte ärztliche Leistungen (z.B. die Punktion von Portsystemen oder die Gabe von IV-Infusionen sowie subkutane Infusionen mit Medikamenten) sind entsprechend der allgemeinen Behandlungspflege in den Richtlinien über die Versorgung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V aufzunehmen oder als spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu verordnen.

Ziel ist es die Kontinuität gerade auch in der personellen Betreuung nach Möglichkeit zu gewährleisten. Dies ist näher in den Regelungen zu § 132d zu formulieren.

3. Leistungserbringer

Die Leistungserbringer nach § 37b SGB V werden durch die Einführung des Begriffes des Palliative Care Team nach Auffassung der BAG Hospiz am besten beschrieben. Dabei ist für das Palliative Care Team im engeren Sinne (Arzt/Pflegfachkraft/Koordinator) die Einbeziehung weiterer Professionen einschließlich des Ehrenamtes nach dem integrativen Ansatz verbindlich.

4. Ziele der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Die spezialisierte Palliativversorgung richtet sich an Palliativpatienten und deren Angehörige, bei denen die Intensität oder Komplexität der symptomatischen Belastung den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams notwendig macht – vorübergehend oder dauerhaft. Sie erfolgt im Rahmen einer ausschließlich auf Palliativversorgung ausgerichteten Versorgungsstruktur. Diese zeichnet sich aus durch bedarfsorientiertes Case Management der notwendigen hospizlichen und palliativen Leistungen, Multiprofessionalität, 24stündige Erreichbarkeit und Spezialistenstatus (durch Weiterbildung und Erfahrung) der in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung tätigen einzelnen Leistungserbringer. Das Team führt regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen durch und arbeitet eng mit den Strukturen der Primärversorgung (z.B. niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie den Einrichtungen der Hospizbewegung zusammen.

Für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gilt:

- Das Palliative Care Team ist in der Zusammensetzung an feste (namentlich benannte) Personen gebunden, die entsprechenden Qualitätsanforderungen genügen müssen. Das Palliative Care Team muss mind. aus 8 HA bestehen, die eine 24-Stunden-Erreichbarkeit sicherstellen (z.B. 2 Ärzte, 5 PK, 1 Sozialarbeit auf 250.000 EW).
- Eine integrative Hospiz- und Palliativversorgung ist sicher zu stellen, d.h. spezialisierte Palliative Care Teams können in der Regel nur unter Einbeziehung der (bestehenden) Hospizdienste und der Hospiz- und Palliativeinrichtungen tätig sein.
- Es müssen Übergangsregelungen festgelegt werden, die es den Palliative Care Teams unter Einbeziehung der bestehenden Strukturen ermöglichen, sich zu diesen hin zu entwickeln.

- Die Palliative Care Teams müssen eine organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Einheit sein.

Ziele der Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sind,

- die medizinisch-pflegerische Versorgung von unheilbar erkrankten Menschen in der letzten Lebensphase in ihrer gewohnten Umgebung (häuslicher Umgebung und in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 SGB XI) zu gewährleisten,
- Symptome und Leiden soweit zu lindern und psychosoziale und spirituelle Begleitung zu gewährleisten, um so ihre Lebensqualität unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums mit Beteiligung der Angehörigen und weiterer Personen (z. B. Ehrenamtliche) zu erhalten und zu verbessern,
- ihnen ein menschenwürdiges Leben und Sterben zu Hause oder in der stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen,
- den individuellen Bedürfnissen und Wünschen des Anspruchsberechtigten und seines Umfeldes sind in besonderer Weise Rechnung zu tragen. Hierzu benötigen die Leistungserbringer nach § 132d SGB V den aus ärztlicher und pflegerischer Sicht erforderlichen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls.

5. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung muss von den Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung durch niedergelassene Ärzte und ambulante Pflegedienste bzw. Leistungen der stationären Pflegeeinrichtungen abgegrenzt werden. Die Inhalte sowohl der spezialisierten Beratung der Leistungserbringer in der Primärversorgung als auch der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung durch die spezialisierten Palliativteams sind tendenziell die gleichen und sollen komplementär zu den in der allgemeinen Palliativversorgung möglichen Leistungen zum Tragen kommen.

Die BAG Hospiz unterstützt die DGP in ihrem Standpunkt, dass sich die Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in erster Linie dadurch auszeichnen, dass sie überwiegend bis ausschließlich spezialisierte Palliativversorgung anbieten, da sich nur so die besondere Expertise und Erfahrung in schwierigen und komplexen Problemsituationen gewinnen und umsetzen lässt. Vor der Einweisung ins Krankenhaus ist das Palliative Care Team verpflichtend mit einzubeziehen.

Es muss eine angemessene Übergangsregelung den Aufbau solcher Teams möglich machen, die letztlich auch einer wirtschaftlichen Ausrichtung des umfangreichen Leistungsangebotes Rechnung trägt. Eine spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung beinhaltet insbesondere:

- Überwachung einer symptomlindernden Behandlung und/oder Hilfestellung bei der Anwendung von symptomlindernden Medikamenten oder anderen Maßnahmen zur Symptomlinderung
- Überwachung von apparativen palliativmedizinischen Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- Regelungen zur Verordnungsfähigkeit und Delegationsfähigkeit von ärztlichen Leistungen (wie z.B. Punktion von Portsystemen oder die Gabe von i.V.-Infusionen sowie subkutane Infusionen)

- Umfassende Versorgung exulzierender Tumore (z.B. zur Reduktion der Blutungsgefahr und Wundinfektion)
- Sauerstoffapplikation und Betreuung ambulanter Beatmungspatienten
- Erstellung von individuellen Lösungswegen zum Umgang mit möglichen Notfallsituationen (vorbeugendes Krisenmanagement)
- 24 h-Notfallbereitschaft und Krisenintervention rund um die Uhr (ausschließlich für die von den Palliativteams betreuten Patienten)
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zu Maßnahmen der palliativen Versorgung durch die Leistungserbringer nach § 132d SGB V. Hilfe beim Umgang mit der Krankheit, Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod durch Zusammenarbeit mit dem Netzwerk
- spezialisierte Beratung der Leistungserbringer der Primärversorgung
- Koordination der einzelnen Teilleistungen incl. Case Management insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle (Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, Verwirrtheit, Depressionen, etc.) und Notfallplanung sowie psychologische und spirituelle Betreuung aus dem Netzwerk
- psychosoziale Unterstützung im Umgang mit der schweren Erkrankung in enger Zusammenarbeit mit weiteren Berufsgruppen wie z.B. Seelsorge und Sozialarbeit sowie Einbindung der ambulanten Hospizdienste, sofern vorhanden
- Aufbau und Koordinierung eines Netzwerks der spezialisierten Palliativ- und Hospizversorgung unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen (Koordination und Abstimmung der Leistungen und der lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg erfolgt durch die Leistungserbringer nach § 132d SGB V). Vermittlung aller im Netzwerk vorhandenen Angebote nach Abstimmung mit dem Patienten
- Vorhaltung akut notwendiger Arznei- und Hilfsmittel (inkl. BTM, besonders am Wochenende/Feiertagen); ein schneller Zugang zu erforderlichen Arzneimitteln muss gewährleistet sein
- spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung (inkl. Koordination) unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen
- Berücksichtigung der notwendigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel in den vertraglichen Vereinbarungen

Die spezialisierten Palliativteams sind für Versorgungsaspekte der Erkrankung zuständig, die zu ihrem Einsatz geführt haben. Mehrere Szenarien, die weiter unten näher beschrieben werden, sind in diesem Kontext denkbar. Die BAG vertritt mit der DGP den Standpunkt, dass es – je nach regionalen Voraussetzungen (z.B. struktureller Unterschied zwischen städtischen und ländlichen Regionen) und je nach gewachsenen Versorgungsstrukturen vor Ort, durchaus unterschiedliche organisierte Angebote im Leistungsspektrum der spezialisierten Palliativteams geben kann. So sind Teams vorstellbar, die die spezialisierte Versorgung von Patienten ganz in eigener Verantwortung eines multiprofessionellen Teams gestalten – inkl. der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln durch Ärzte und Übernahme der pflegerischen Aufgaben im Rahmen des SGB XI. Palliativteams können aber auch in Kooperation mit Ärzten und Pflegediensten konsiliarisch und vernetzend tätig sein, ohne unmittelbar Aufgaben aus dem ärztlichen bzw. pflegerischen Bereich selbst zu übernehmen.

In den Punkten 6.-8. unterstützt die BAG die Empfehlungen vom DCV und dem DW.

5. Verordnung sowie Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit den Leistungserbringern nach § 132d SGB V (= Palliative-Care-Team)

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung stellt eine komplementäre Versorgungsleistung zur Erhöhung der Versorgungsqualität und zur Vermeidung von

Krankenhauseinweisungen dar. Bei der Verordnung ist dabei insbesondere zu berücksichtigen:

- Die Diagnose reicht als Begründung zur Verordnung aus (keine besonderen zusätzlichen Begründungsunterlagen oder Behandlungspläne – Bürokratieabbau!).
- Zur Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung werden die bestehenden Verordnungsmuster verwendet (z.B. Muster 12 NRW).

Bei der Zusammenarbeit zwischen dem verordnenden Arzt und den Leistungserbringern gilt zu berücksichtigen:

- der verordnende Arzt hat den Leistungserbringern nach §132d SGB V alle notwendigen Informationen über die bisherige Behandlung zu übermitteln
- Einbindung der hausärztlich tätigen Vertragsärzte und der entsprechend qualifizierten Krankenhausärzte, der ambulanten Dienste und der stationären Pflegeeinrichtungen
- bestehende Strukturen der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung sowie bewährte Bindungen sind zu erhalten
- Regelungen zur gegenseitigen Erreichbarkeit (Rufbereitschaft)
- Regelmäßige, wöchentliche, multiprofessionelle Teamsitzungen unter Einbindung der ambulanten Hospizdienste

7. Dauer der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Der Gesetzestext sieht keine Befristungen vor: daher sollte die Verordnung für den weiteren Krankheitsverlauf des Palliativpatienten gültig sein. Da nur das Palliativteam über die Art und den Umfang des Bedarfes entscheiden kann, sollte es im Rahmen des Case Managements auch diese Funktion erhalten.

8. Genehmigung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Der Gesetzestext sieht keine Genehmigung vor: Da nur das Palliativteam über die Art und den Umfang des Bedarfes entscheiden kann, sollte es im Rahmen des Case Managements auch diese Funktion erhalten. Sollten berechtigte Zweifel am Bedarf bestehen, muss das Palliativteam dem MDK entsprechende Unterlagen zur Verfügung stellen.

9. Zusammenarbeit der Leistungserbringer (§37b Abs.3 Spiegelstrich 2 + 3)

Mehrere Szenarien sind denkbar. Grundsätzlich sind gewachsene Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.

Die koordinierte und kooperative Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer sollte durch die spezialisierten Palliativteams gefördert werden. Je nach individueller Situation können in der spezialisierten Palliativversorgung unterschieden werden:

1) Ein niedergelassener Arzt (in der Regel der Hausarzt) betreut den Patienten hauptverantwortlich (weiter). Die ärztliche und ebenso die pflegerische Kompetenz des Palliativteams wird ausschließlich konsiliarisch eingebracht.

2) Ein niedergelassener Arzt (in der Regel der Hausarzt) betreut den Patienten hauptverantwortlich (weiter). Die ärztliche Kompetenz des Palliativteams wird konsiliarisch eingebracht. Die pflegerische Kompetenz des Palliativteams kommt nicht nur in der Beratung, sondern auch in der direkten Patientenversorgung zum Tragen.

3) Ein niedergelassener Arzt (in der Regel der Hausarzt) überträgt dem Palliativteam die haupt- bzw. eigenverantwortliche ärztliche Versorgung des Patienten in allen palliativmedizinischen Aspekten. Die pflegerische Kompetenz des Palliativteams kommt hingegen ausschließlich konsiliarisch zum Tragen.

4) Ein niedergelassener Arzt (in der Regel der Hausarzt) überträgt dem Palliativteam die haupt- bzw. eigenverantwortliche ärztliche Versorgung des Patienten in allen palliativmedizinischen Aspekten. Auch die pflegerische Kompetenz des Palliativteams kommt in der direkten Patientenversorgung zum Tragen.

Die Verordnung der spezialisierten Palliativversorgung kann in allen vier Szenarien durch Klinikärzte oder niedergelassene Vertragsärzte erfolgen. Nur das Palliativ-Team kann dann entscheiden, welchen Betreuungsbedarf der Betroffene und seine Angehörigen haben.

In den vier dargestellten Szenarien, die in der eigenen Häuslichkeit wie in der stationären Pflegeeinrichtung so geschehen können, sollte das grundsätzliche Ziel sein, die Kontinuität in der Beziehung zu den Pflegenden und zum behandelnden Arzt aufrecht zu erhalten, sofern diese die Anforderungen einer palliativen Allgemeinversorgung erfüllen. Diese sollten selbstverständlich in die Betreuung des Palliativpatienten und dessen Familie eingebunden bleiben. Die weitere Versorgung wird, sofern und sobald der Krankheitsverlauf und der Behandlungserfolg dies zulassen, auf den behandelnden Arzt zurückübertragen. Die jederzeitige Rufbereitschaft in Krisensituationen muss sichergestellt sein. Der niedergelassene Arzt (in der Regel der Hausarzt), der hauptverantwortlich die Versorgung durchführt, muss eine 24-h Rufbereitschaft gewährleisten. In Fällen, in denen die Hauptverantwortung auf das Palliativteam übergegangen ist, muss das Team die Rufbereitschaft gewährleisten. Einvernehmliche Absprachen sollen zwischen allen Beteiligten gesucht werden.

Palliativteams und Hospizdienste müssen zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit der Palliativteams mit den Einrichtungen der Hospizarbeit muss über Kooperationsverträge gesichert sein. Ein Palliativteam kann auch mit mehreren Hospizdiensten Kooperationsverträge abschließen. Voraussetzung für die Zulassung des Teams ist ein regionales Gesamtkonzept mit Einbindung aller Akteure in einem Netzwerk.

Der Kontakt zu anderen spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen ist im Sinne einer guten Kooperation und einer einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in der jeweiligen Region zu gestalten. Hierzu gehören u.a.:

- Fort- und Weiterbildung (z.B. in Form von Qualitätszirkeln)
- Palliativkonferenzen (Multidisziplinäre Fallbesprechung)
- Davon zu unterscheiden ist eine regelmäßige Supervision
- Dokumentation und Evaluation der Umsetzung

10. Abschließende Bemerkung

Bei der Umsetzung in der Rahmenvereinbarung nach § 132d SGB V sollte besonderer Augenmerk auf die Anforderungen des Palliative Care Teams gerichtet sein.

Hierbei sollten neben der Qualifikation auch die notwendige Felderfahrung berücksichtigt werden. Aufgrund der infrastrukturellen Gegebenheiten sind besondere Umsetzungsformen zu fördern, die eine spezialisierte palliative Versorgung zulassen. Angemessene Übergangsregelungen sollten Anreize schaffen fehlende Anforderungsbedingungen nachzuliefern und den Aufbau eines hospizlich-palliativen Versorgungsnetzwerkes zu fördern. Dabei sollten bei der gegenwärtigen Marktlage bestehende Engpässe in einer qualifizierten Vermittlung berücksichtigt werden.