



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Abschlussbericht

Beratungsverfahren Veranlasste Leistungen

Änderung der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-RL): Überprüfung aufgrund von Projekten des Innovationsausschusses zur Evaluation

Stand: 24. November 2022

Unterausschuss Veranlasste Leistungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

A	Tragende Gründe und Beschluss	1
A-1	Rechtsgrundlage	1
A-2	Förderprojekte des Innovationsausschusses zur Evaluation der SAPV-RL.....	1
A-2.1	Projekt <i>APVEL</i>	1
A-2.2	Projekt <i>SAVOIR</i>	3
A-2.3	Projekt <i>ELSAH</i>	3
A-3	Würdigung der Projektergebnisse	4
A-4	Eckpunkte der Entscheidung zur Anpassung der SAPV-RL.....	5
A-4.1	Änderung § 1 SAPV-RL	5
A-4.2	Änderung § 2 SAPV-RL	6
A-4.3	Änderung § 3 Absatz 3 SAPV-RL.....	6
A-4.4	Änderung § 5 SAPV-RL	7
A-4.5	Änderung § 7 SAPV-RL	7
A-4.6	Redaktionelle Anpassungen	7
A-5	Würdigung der Stellungnahmen	8
A-6	Bürokratiekostenermittlung.....	8
A-7	Verfahrensablauf	8
A-8	Fazit	8
A-9	Beschluss	9
A-10	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V	11
B	Dokumentation des Stellungsnahmeverfahrens	12
B-1	Einleitung des schriftlichen Stellungsnahmeverfahrens	12
B-2	Eingegangene Stellungnahmen	12
B-3	Unterlagen des Stellungsnahmeverfahrens.....	14
B-3.1	Beschlussentwurf zum Stellungsnahmeverfahren.....	14
B-3.2	Tragende Gründe zum Stellungsnahmeverfahren.....	17
B-3.3	Auszug der SAPV-RL zum Stellungsnahmeverfahren.....	28
B-4	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen	31
B-4.1	Allgemeine Bemerkungen	31
B-4.2	Zu den Änderungen in § 1.....	32
B-4.3	Zu den Änderungen in § 2.....	42
B-4.4	Zu den Änderungen in § 3.....	42
B-4.5	Zu den Änderungen in § 5.....	44
B-4.6	Zu den Änderungen in § 6.....	46
B-4.7	Zu den Änderungen in § 7.....	47

B-4.8	Zu den Änderungen in § 8.....	51
B-5	Mündliche Stellungnahmen	53
B-5.1	Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten	53
B-5.2	Wortprotokoll der Anhörung vom 6. Juli 2022	54
C	Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen	58
C-1	Stellungnahme des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V.....	58
C-2	Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V.....	64
C-3	Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.....	65
C-4	Stellungnahme des Deutschen Pflegerates	67
C-5	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.	69
C-6	Stellungnahme des Deutschen Caritasverbandes e.V.....	71
C-7	Stellungnahme der Bundesärztekammer	74
C-8	Stellungnahme der Diakonie Deutschland	76
C-9	Stellungnahme des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes.....	80
C-10	Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV).....	84

A Tragende Gründe und Beschluss

A-1 Rechtsgrundlage

In seiner Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-RL) regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 37b SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 14 SGB V unter anderem die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Anspruchsvoraussetzungen, Inhalt und Umfang der Leistungen und die Zusammenarbeit der Leistungserbringer.

Zur Durchführung der Förderung von Versorgungsforschung gemäß § 92a Absatz 2 SGB V hat der Innovationsausschuss beim G-BA am 8. April 2016 die Förderbekanntmachung zu Forschungsprojekten ausschließlich zur Evaluierung der SAPV-RL des G-BA beschlossen. Im Rahmen der Förderbekanntmachung zur Versorgungsforschung wurden die Projekte **APVEL** – Evaluation der Wirksamkeit von SAPV in Nordrhein, **SAVOIR** – Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede sowie **ELSAH** – Evaluation der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) am Beispiel von Hessen gefördert.

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat am 3. April 2020 zu dem abgeschlossenen Projekt **APVEL**, am 12. November 2020 zu dem abgeschlossenen Projekt **SAVOIR** sowie am 20. August 2021 zu dem abgeschlossenen Projekt **ELSAH** jeweils eine Empfehlung beschlossen. Der zuständige Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) wurde gebeten, die Erkenntnisse aus den Projekten zeitnah zu prüfen und ggf. bei einer Überarbeitung der SAPV-RL einzubeziehen.

In seiner Sitzung am 14. Mai 2020 hat der G-BA das diesbezügliche Beratungsverfahren eingeleitet und beschlossen, dass gemäß Beschluss des Innovationsausschusses vom 3. April 2020 auch die Erkenntnisse aus den zu diesem Zeitpunkt noch laufenden Projekten **SAVOIR** (01VSF16005) und **ELSAH** (01VSF16006) einbezogen werden.

A-2 Förderprojekte des Innovationsausschusses zur Evaluation der SAPV-RL

Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) wurde im Jahr 2007 als neue Leistung in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen. Die SAPV gemäß § 37b SGB V soll die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten so weit wie möglich erhalten, fördern und verbessern. Sie soll den Betroffenen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Absatz 1 SGB XI) und stationären Hospizen ermöglichen. In den Jahren 2020/2021 wurden aus den Mitteln des Innovationsfonds drei Projekte zur Versorgungsforschung aus dem Themenfeld „*Evaluation der SAPV-Richtlinie des G-BA*“¹ gefördert. Deren Ergebnisse sollten Erkenntnisse liefern, die vom G-BA zur Weiterentwicklung der Richtlinie übernommen werden können oder dem Gesetzgeber als Grundlage für strukturelle Veränderungen des gesetzlichen Rahmens dienen können.

A-2.1 Projekt **APVEL**

Das Projekt **APVEL** (**A**mbulante **P**alliativ-**V**ersorgung **E**valuieren) hatte zum Ziel, die SAPV-RL in der Region Nordrhein zu evaluieren. Hierbei sollte die Wirksamkeit der SAPV in klarer Abgrenzung zur sogenannten Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) beschrieben werden, wie sich diese in Routinedaten, Meinung der Versorger, qualitativen Interviews und direkten an Patientinnen und Patienten orientierten Outcomes widerspiegelt. Mit den gewonnenen Erkenntnissen sollten Empfehlungen für die Weiterentwicklung der SAPV-RL formuliert werden.

¹ Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur Förderung von Versorgungsforschung gemäß § 92a Absatz 2 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Forschungsprojekte zur Evaluierung von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 8. April 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger am 27. April 2016 (BAnz AT 27.04.2016 B7), verfügbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/foerderbekanntmachungen/foerderbekanntmachung-zur-evaluation-der-sapv-richtlinie-des-g-ba.4> (Zugriff am 12. Mai 2022)

Hierzu wurden eine retrospektive Analyse von Sekundärdaten der AOK Rheinland/Hamburg durchgeführt, Charakteristika von Patientinnen und Patienten, Versorgungswege und -dauer von SAPV in der Region Nordrhein sowie die Unterschiede in der Versorgung zu Patientinnen und Patienten der AAPV und Regelversorgung im letzten Lebensjahr beschrieben. Zudem wurde quantitativ die Einstellung und Verordnungspraxis der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte der Region Nordrhein (Hausärztinnen, Hausärzte, Onkologinnen und Onkologen) in Bezug auf die SAPV vs. AAPV oder Regelversorgung untersucht und prospektiv die Wirksamkeit der SAPV im Vergleich zur AAPV anhand von an Patientinnen und Patienten orientierten Outcomes zur Symptomausprägung und Lebensqualität in städtischen vs. ländlichen Regionen in Nordrhein analysiert. Mittels eines leitfadengestützten semistrukturierten Interviews wurden qualitative Daten von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und ambulanten Palliativteams erhoben.

Im Ergebnis konnte gezeigt werden, dass die Inanspruchnahme von SAPV in den Jahren 2014 bis 2016 bei der Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg im letzten Lebensjahr von 5,1 % auf 7,1 % stieg, bei gleichzeitigem Rückgang der palliativen Leistungen in der ambulanten Regelversorgung von 15,7 % auf 11,7 %. SAPV wurde zu 90% von Hausärztinnen und Hausärzten verordnet und von 50 % der Versicherten im letzten Lebensjahr in den letzten 22 Tagen oder kürzer vor dem Tod begonnen. Bei onkologisch erkrankten Versicherten wurde die SAPV dreifach häufiger verordnet als im Vergleich zu Versicherten mit nicht-onkologischen Erkrankungen; die AAPV wurde bei onkologischen Indikationen doppelt so häufig verordnet. Die Autoren kommen bei der Auswertung der Routinedaten zu dem Schluss, dass SAPV die angestrebten Ziele Verbleib im häuslichen Umfeld und Verlagerung des Versorgungsschwerpunktes von kurativen zu palliativen Aspekten – gemessen an Krankenhausaufenthalten nach Beginn der SAPV und bevorzugter Verordnung von Palliativ Arzneimitteln – erfüllt. Aus der Befragung von Verordnerinnen und Verordnern von SAPV ergaben sich im Ergebnis für drei Bereiche Kernempfehlungen, um die palliative Versorgung aus ärztlicher Sicht zu verbessern, insbesondere: Anpassung der Vergütung und Abbau von Bürokratie, Schaffung heterogener Versorgungsstrukturen in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Einbeziehung und Informationen an die zuweisenden Fachärztinnen und Fachärzte durch ein ambulantes Versorgungsteam und Verbesserung des Schnittstellenmanagements sowie Schaffung von Handlungshilfen. Die prospektive Befragung von Patientinnen und Patienten konnte zeigen, dass unter der SAPV eine Stabilisierung der Symptome in einem Zeitraum von zwei Wochen erfolgte, während es bei Patientinnen und Patienten der AAPV zu einer Symptomabnahme kam. Die Autorinnen und Autoren führen diesen Befund auf die Tatsache zurück, dass Patientinnen und Patienten mit SAPV klinisch stärker eingeschränkt sind. Ferner leiten sie aus den gewonnenen qualitativen Daten ab, dass die Wirksamkeit der SAPV von Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen, neben der Linderung belastender Symptome, wesentlich dadurch erklärt wird, dass die SAPV in einer instabilen Situation ein Gefühl von Sicherheit vermitteln kann.

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat den Ergebnisbericht des geförderten Projektes APVEL beraten und im Ergebnis festgestellt, dass die Validität der erhobenen quantitativen Daten und qualitativen Befragungen aufgrund des möglichen Selektionsbias in der Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und des hohen Anteils fehlender Werte limitiert ist. Ferner liefert das Projekt konkrete Vorschläge zur Anpassung der SAPV-RL, die auf den Erkenntnissen aus den Arbeitspaketen des Projekts basieren. Jedoch war eine konkrete Herleitung der datenbasierten Empfehlungen zur Anpassung der SAPV-RL nicht nachvollziehbar dargelegt. So lassen sich die vorgeschlagenen Änderungen auch nicht unmittelbar aus den Ergebnissen ableiten. Zudem ist zu beachten, dass die Organisation der SAPV in Nordrhein anders strukturiert ist, als in anderen Regionen Deutschlands. Daher sind die Ergebnisse nicht eins zu eins auf das Bundesgebiet übertragbar.

Der vollständige Ergebnisbericht zu dem Projekt APVEL ist unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/apvel-evaluation-der-wirksamkeit-von-sapv-in-nordrhein.1> abrufbar (Zugriff am 23. September 2021).

A-2.2 Projekt SAVOIR

Mit dem Projekt SAVOIR (Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede) wurden die unterschiedlichen Perspektiven von Patientinnen und Patienten, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, Hausärztinnen und Hausärzten sowie den Kostenträgern zur Umsetzung der SAPV-RL erforscht. Da in der SAPV-RL weniger konkret strukturelle Anforderungen sowie Qualitätskriterien thematisiert wurden, haben sich bundesweit heterogene Versorgungsformen der SAPV ausgebildet, die sich hinsichtlich von Vertrags-, Versorgungs- und Finanzierungsmodellen sowie Prozessmerkmalen wie insbesondere von Behandlungsintensität, Organisationsstruktur, Kooperationspartner und Netzwerke unterscheiden.

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde der Einfluss von Strukturmerkmalen der SAPV auf Versorgungsparameter, Patientenperspektive, die Perspektive von Leistungserbringern der SAPV und weiterer Versorgungsakteure sowie auf die Perspektive von Hausärztinnen und Hausärzten sowie der Kostenträger untersucht. Grundlage bildeten die Strukturdaten der Leistungserbringer von SAPV, extrahierte Behandlungs- und Patientendaten aus der elektronischen Routinedokumentation, die prospektive Längsschnitterhebung der Prozess-/Ergebnisqualität aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten sowie der Leistungserbringer von SAPV, die qualitative Datenerhebung bei ausgewählten Leistungserbringern der SAPV, eine schriftliche Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten sowie eine retrospektive Analyse von Routinedaten der GKV von verstorbenen Versicherten Barmer aus dem Jahr 2016.

Im Ergebnis kommt das Studienteam zu dem Schluss, dass das Konzept der SAPV in der ambulanten Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten insgesamt als positiv empfunden wird und mit einer Zufriedenheit mit der Versorgung einhergeht. Es zeigte sich eine Stabilisierung sowie Linderung von Symptomen nach Initiierung der SAPV, wobei sich die damit verbundene Zufriedenheit durch die Qualität der Kommunikation und Erreichbarkeit der SAPV auszeichnete. Eine hohe Heterogenität konnte insbesondere bei Strukturen und Prozessen sowie der Versorgungskultur einzelner Leistungserbringer der SAPV gezeigt werden. Hingegen lieferten die Ergebnisse keine eindeutigen Hinweise auf mit Versorgungs- bzw. Ergebnisparametern assoziierte strukturelle Merkmale. Des Weiteren zeigten die Daten, dass sich die Hausärztinnen und Hausärzte durch die Leistungserbringer der SAPV nicht ausreichend eingebunden und informiert sehen. Aus der Datenanalyse ergaben sich zudem Hinweise auf eine partielle Substitution von allgemeiner ambulanten Palliativversorgung (AAPV) durch SAPV sowie auf eine Reduktion von möglicher Überversorgung bei Patientinnen und Patienten mit SAPV gegenüber Patientinnen und Patienten, die (ausschließlich) AAPV erhielten.

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat den Ergebnisbericht des geförderten Projektes SAVOIR beraten und im Ergebnis festgestellt, dass die Aussagekraft der Ergebnisse der Patientenbefragung aufgrund eines möglichen Selektionsbias in der Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie möglicher Verzerrungen zu sozial erwünschten Antworten eingeschränkt sind. So sind die Ergebnisse der Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten aufgrund der niedrigen Rücklaufquote der Befragung ebenfalls nur eingeschränkt belastbar. Zudem ist die Aufklärung der beobachteten Varianz durch das „Modell zur Wichtigkeit der SAPV“, gebildet anhand der hausärztlich empfundenen Wichtigkeit, gering (18 %). Gleichwohl leisten die Erkenntnisse aus dem Projekt einen Beitrag zum Verständnis der SAPV-Versorgung in Deutschland. Zudem lieferte das Projekt konkrete Vorschläge zur Anpassung der SAPV-RL und setzt diese in Bezug zu den Teilprojekten. Die Ableitung der Empfehlungen erfolgte strukturiert in Form einer Konsensuskonferenz.

Der vollständige Ergebnisbericht zu dem Projekt SAVOIR ist unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschlusse/savoir-evaluierung-der-sapv-richtlinie-outcomes-interaktionen-regionale-unterschiede.19> abrufbar (Zugriff am 23. September 2021).

A-2.3 Projekt ELSAH

Das Projekt ELSAH (Evaluation der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) am Beispiel von Hessen) betrachtete die Themenbereiche der Qualitätssicherung der Leistungserbringung sowie die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV.

Die Versorgungsqualität (Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität) der Leistungserbringer von SAPV wurde durch qualitative Befragungen von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sowie den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern von SAPV, einer Literaturübersicht, der deskriptiven Analyse von Sekundärdaten untersucht sowie auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse wurde ein konzeptioneller Entwurf zur Darstellung der Versorgungsqualität in der SAPV entwickelt und im Rahmen eines Expertinnen-/Expertenworkshops beraten. Im Ergebnis kommen die Autorinnen und Autoren zu dem Schluss, dass zur Darstellung der Versorgungsqualität insbesondere demografische Angaben der Patientinnen und Patienten, Angaben zur Erkrankung, der Versorgung, dem Behandlungsbedarf (Symptome, Lebensqualität, Unterstützungsbedarf) sowie Angaben zur Therapie und der Zufriedenheit der Behandlung berücksichtigt werden müssen. Zudem wurde ein konkreter Ansatz zur Darstellung der Versorgungsqualität in der SAPV entwickelt.

Die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV wurden mit Hilfe eines Mixed-Methods Design, aus quantitativer und qualitativer Datenerhebung bei Betroffenen, Angehörigen und Leistungserbringern sowie der Datenvalidierung mit den Leistungserbringern, untersucht. Auf Grundlage der so gewonnenen Erkenntnisse wurden konkrete Empfehlungen zur Überarbeitung der SAPV-RL abgeleitet. Diese fokussieren insbesondere Aspekte zu Krankheitsbildern, der Rolle der Familie, die psychosoziale Versorgung, die besonders aufwändige Koordination der beteiligten Versorgenden, den Erstkontakt zur SAPV für Kinder und Jugendliche sowie die Versorgungslücke zwischen Grund-/Regelversorgung und der SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat den Ergebnisbericht des geförderten Projektes ELSAH beraten und im Ergebnis festgestellt, dass die gewählten Methoden zur Beantwortung der Fragestellungen grundsätzlich angemessen waren und ferner das Projekt konkrete Vorschläge zur Anpassung der SAPV-RL liefert, die auf den Forschungsergebnissen basieren. Jedoch wurde für die Ableitung der Empfehlungen zur Anpassung der SAPV-RL aus den Ergebnissen kein formales Konsensverfahren durchgeführt.

Der vollständige Ergebnisbericht zu dem Projekt ELSAH ist unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/elsah-evaluation-der-spezialisierten-ambulanten-palliativversorgung-sapv-am-beispiel-von-hessen.40> abrufbar (Zugriff am 23. September 2021).

A-3 Würdigung der Projektergebnisse

Der UA VL hat sich umfassend mit den Ergebnisberichten der Projekte APVEL, SAVOIR sowie ELSAH befasst und sich insbesondere mit den Empfehlungen zur Anpassung der SAPV-RL auseinandergesetzt. Dabei konnte jedoch nicht durchgängig die Herleitung aller Empfehlungen aus den Projektergebnissen nachvollzogen werden. Die konkreten Empfehlungen und Ergänzungsvorschläge zur Anpassung der SAPV-RL waren auch dahingehend zu überprüfen, ob und inwieweit sie sich in rechtssichere Regelungen überführen lassen.

Im Ergebnis der Beratungen wurde unter anderem festgestellt, dass sich durch die grundsätzlich konstruktiven Vorschläge zur Anpassung der Regelungen in der SAPV-RL Einengungen in der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen mit Leistungen SAPV ergeben können. Insbesondere mit der Einführung einer Diagnoseliste zur Verordnung von SAPV würde der Anspruch eingegrenzt werden. Ein Katalog von Erkrankungen würde nicht zur Klarheit der SAPV-RL beitragen und auch der Palliativversorgung nicht angemessen sein. Daher wird weiterhin auf die Nennung von Indikationen bezogen auf bestimmte Diagnosen in der SAPV-RL verzichtet. Somit haben die Patientinnen und Patienten bei Vorliegen einer Erkrankung, die weit fortgeschritten, fortschreitend und nicht heilbar ist sowie beim Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, jedoch unabhängig von ihren primären Diagnosen, einen Anspruch auf SAPV.

Grundsätzlich sollte die SAPV für Kinder und Jugendliche im Rahmen einer eigenständigen Versorgungsstruktur durch SAPV-KJ-Teams erfolgen, da deren Teammitglieder über eine ausreichende pädiatrische Expertise verfügen. Eine verbindliche Regelung hierzu in der SAPV-RL zu treffen, könnte gerade in Regionen ohne oder mit nicht ausreichenden SAPV-KJ-Teams die Versorgung von schwerstkranken oder sterbenden Kindern und Jugendlichen mit SAPV einschränken, wenn damit eine Versorgung durch

SAPV-Teams, auch ohne pädiatrische Expertise, ausgeschlossen wäre. Eine weitere Konkretisierung von Anforderungen an Versorgungsstrukturen ist kein Regelungsauftrag des G-BA, sondern der Rahmenvertragspartner nach § 132d Absatz 1 SGB V.

Der Einbezug von Angehörigen und Zugehörigen (relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, d.h. weitere dem sterbenden Menschen Nahestehende), insbesondere durch ihre Fürsorge, der Vorbereitung und Begleitung der Patientinnen und Patienten während ihres Sterbeprozesses sowie der Unterstützung bei pflegerischen Tätigkeiten hat eine zentrale Bedeutung für die Versorgung. Ebenso wie die schwerstkranken und sterbenden Menschen haben die Angehörigen und Zugehörigen ein Sicherheitsbedürfnis (in Bezug auf Zeit, Kommunikation, Vertrauen, Empowerment und Erreichbarkeit)². Beispielsweise durch Kommunikation und Erreichbarkeit des SAPV-Teams kann in der instabilen Situation ein Gefühl von Sicherheit vermittelt werden. Neben der Tatsache, dass die SAPV-RL jedoch ausschließlich den Leistungsanspruch der betroffenen Versicherten und nicht den von Angehörigen und Zugehörigen regelt, kann ein individuell empfundenen Sicherheitsbedürfnis nicht eine von der gesetzlichen Krankenversicherung getragene Leistung auslösen.

Des Weiteren könnte eine Regelung bei besonders aufwendiger Versorgung, die ausdrücklich „*jederzeit und vollumfänglich*“ eine spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Expertise sowie ein interdisziplinär abgestimmtes Konzept voraussetzt, zu Engpässen in der Versorgung führen.

Eine besonders aufwendige Versorgung ist zudem durch ein komplexes Symptomgeschehen gekennzeichnet, welches u.a. auch eine Krisenintervention erforderlich machen könnte. Krisen in der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung sind akut auftretende Ereignisse, die in den meisten Fällen ein rasches und kompetentes Eingreifen erfordern. Die Krisenintervention dient dazu, einem akuten und schweren Ausbruch von Symptomen wie zum Beispiel akut auftretende Atemnot, Krampfanfälle oder Blutungen aus Erkrankungsherden schnellstmöglich durch zielgerichtete Maßnahmen pflegerischer- und ärztlicherseits entgegenzuwirken. Dabei ist es auch wichtig, bei einer Symptomeskalation beruhigend auf die Versicherten und ihre Angehörigen und Zugehörigen einzuwirken, indem rasche medizinische und/oder pflegerische Hilfe angeboten wird. Die bisherige Formulierung in der SAPV-RL ermöglicht, dass insbesondere bei Kindern und Jugendlichen die SAPV auch als Krisenintervention bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erbracht wird.

Mit mehreren Anpassungsvorschlägen im Rahmen der vorgenannten Projekte für die SAPV-RL wurden ferner strukturelle Vorgaben adressiert, die den Rahmenvertragspartnern nach § 132d Absatz 1 SGB V vorbehalten sind. Zudem sind Anforderungen zur Qualität der SAPV durch die Rahmenvertragspartner nach § 132d Absatz 1 SGB V geregelt. Vorgaben hierzu sind in der SAPV-RL nicht vorgesehen.

Vor diesem Hintergrund wurden die Anregungen aus den Ergebnisberichten der Projekte *APVEL*, *SAVOIR* sowie *ELSAH* durch die im Folgenden dargestellten Änderungen umgesetzt.

A-4 Eckpunkte der Entscheidung zur Anpassung der SAPV-RL

A-4.1 Änderung § 1 SAPV-RL

Zu Absatz 1

Die Versorgung in der letzten Lebensphase in der häuslichen Umgebung kann am besten gelingen, wenn die Angehörigen und Zugehörigen (relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, d.h. weitere dem sterbenden Menschen Nahestehende) in die Versorgung einbezogen werden. Das setzt eine frühe und kontinuierliche Kommunikation des SAPV-Teams mit den An- und Zugehörigen voraus, sobald die SAPV verordnet und genehmigt wurde. Das SAPV-Team hat die Aufgabe, die weiteren Schritte mit den An- und Zugehörigen zu besprechen. Insbesondere wenn die oder der Versicherte nicht mehr an-

² Projektergebnisse zu *SAVOIR* (Teilprojekt 2: Ergebnisbericht Seite 17, Seite 18) sowie zu *ELSAH* (Arbeitspaket 1: Ergebnisbericht Seite 25; Arbeitspaket 2: Ergebnisbericht Seite 45 und 49)

sprechbar ist (zum Beispiel in der Sterbephase), können die nahen Bezugspersonen wie An- und Zugehörige eine wichtige Rolle spielen. Zu beachten ist, dass der Leistungsanspruch auf Leistungen der SAPV bei der oder dem Versicherten liegt.

Angehörige und Zugehörige können auf Wunsch des Versicherten in die (palliativ)pflegerische Versorgung einbezogen werden. Dies umfasst zum Beispiel Informationen zur pflegerischen Behandlung, Handlungsempfehlungen in Notfallsituationen oder die Erreichbarkeit des SAPV-Teams. Die Versorgung muss unabhängig von der Einbeziehung der An- und Zugehörigen gesichert sein.

In Satz 2 wird durch die Änderung die Bedeutung der palliativmedizinischen und palliativ-pflegerischen Zielsetzung von SAPV, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern, hervorgehoben.

Zu Absatz 1 und 2

Es werden im Rahmen redaktioneller Anpassungen die vollständigen Bezeichnungen der Sozialgesetzbücher aufgenommen, auf die in den Regelungen verwiesen wird.

Zu Absatz 4

Es erfolgt eine Ergänzung dahingehend, dass den besonderen Belangen nicht nur von Kindern, sondern auch von Jugendlichen in der SAPV Rechnung zu tragen ist. Die im Rahmen der SAPV versorgten Kinder und Jugendlichen weisen ein großes Spektrum von zum Teil seltenen Erkrankungen auf, die mit lebenslimitierenden Krankheitsverläufen einhergehen. Des Weiteren können Kinder und Jugendliche mit komplexen neurologischen Erkrankungen Anspruch auf eine Versorgung durch ein SAPV-Team haben. Dies gilt auch dann, wenn die neurologische Grunderkrankung nicht als fortschreitend zu bewerten ist, wohl aber die daraus entstehenden Folgeerkrankungen beständig an Schwere zunehmen. Bei Kindern und Jugendlichen ist eine SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung möglich. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie die Belange der Familie und weiterer vertrauter Personen sind zu berücksichtigen. Bei Jugendlichen können bei Bedarf zur Unterstützung Erkenntnisse aus der Transitionsmedizin herangezogen werden.

Zu Absatz 5

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die eingeführte Begrifflichkeit der „Angehörigen und Zugehörigen“.

A-4.2 Änderung § 2 SAPV-RL

Im zweiten Spiegelstrich wird durch die Änderung eine Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten von „palliativmedizinisch“ und „palliativpflegerisch“ vorgenommen.

A-4.3 Änderung § 3 Absatz 3 SAPV-RL

In Satz 1 wird der Begriff „psychosoziale Betreuung“ durch den in der Praxis etablierten Begriff der „psychosozialen Begleitung“ ersetzt. In Satz 2 wird redaktionell die Gruppe der Jugendlichen aufgenommen. Das SAPV-Team soll nach Möglichkeit das Familiengefüge in den Blick nehmen, dies insbesondere, wenn minderjährige Kinder im Haushalt leben. Der Einbezug eines Kinderhospizdienstes ist zu prüfen.

Auch Erwachsene mit einem komplexen Symptomgeschehen im Sinne der SAPV-Richtlinie bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung sind nicht generell von einer Krisenintervention ausgeschlossen und können diese in Anspruch nehmen.

Die SAPV ist nur ein Teil der Palliativversorgung. Die Palliativversorgung in Deutschland unterteilt sich grundsätzlich in die allgemeine und die spezialisierte Palliativversorgung.

Versicherte haben Anspruch auf eine umfangreiche und strukturell gut ausgebaute Palliativversorgung. Dazu gehören insbesondere:

- Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V (Einzelleistungen und Komplexleistung Symptomkontrolle nach Ziffer 24a des Leistungsverzeichnisses),

- Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung (EBM-Ziffern zur palliativen Versorgung sowie Leistungen nach § 87 Absatz 1b SGB V),
- Die Palliativversorgung in Krankenhäusern (derzeit gibt es vier Zusatzentgelte: ZE 60 Palliativmedizinische Komplexbehandlung, ZE 145 Spezialisierte stationäre palliativ-medizinische Komplexbehandlung, ZE 2022-133 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst, ZE 2022-134 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst),
- Sterbebegleitungen durch ambulante Hospizdienste,
- Versorgung durch stationäre Hospize,
- SAPV.

Die vorgenannten Leistungen der Palliativversorgung haben unterschiedliche Anspruchsvoraussetzungen und kommen bei unterschiedlichen Versorgungsbedarfen in Betracht. Leistungen der spezialisierten Palliativversorgung (dazu gehören Leistungen der SAPV) kommen zur Anwendung, wenn von einem spezialisierten Versorgungsbedarf bei hoher Symptomlast auszugehen ist, die die Möglichkeiten der allgemeinen Palliativversorgung regelmäßig übersteigen. Die SAPV kann erst verordnet werden, wenn ein besonders hoher Versorgungsbedarf gegeben ist. Dies ist meistens erst am Ende des Lebens in der letzten Krankheitsphase relevant.

A-4.4 Änderung § 5 SAPV-RL

Zu Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3 Spiegelstrich 8

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die eingeführte Begrifflichkeit der „Angehörigen und Zugehörigen“.

Zu Absatz 2 Satz 2

In diesem Satz wurde ein Verweisfehler korrigiert.

A-4.5 Änderung § 7 SAPV-RL

Im Ergebnis der Untersuchungen im Rahmen des Projektes SAVOIR wurde festgestellt, dass circa ein Fünftel der Verordnungen von SAPV durch Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte ausgestellt werden. Zudem heißt es im Ergebnisbericht des Projekts SAVOIR³: „85,5% der befragten Hausärzte geben an, in ihrer hausärztlichen Tätigkeit bereits mindestens einmalig eine SAPV-Verordnung ausgestellt zu haben. Nach SAPV-Involvierung bleiben die Hausärzte in 77% der Fälle „immer“ oder „häufig“ eingebunden. Das restliche Viertel der Hausärzte fühlt sich während einer SAPV-Behandlung ihrer Patienten – insbesondere bei der Verordnung von SAPV durch das Krankenhaus – unzureichend eingebunden und informiert.“

Satz 4 stellt sicher, dass die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder der weiterbehandelnde Vertragsarzt im Rahmen des Entlassmanagements rechtzeitig über eine Verordnung von SAPV informiert wird. Falls und soweit erforderlich, hat dies über einen Arzt-zu-Arzt-Kontakt zu erfolgen. Dagegen können routinemäßige Informationen und Koordinationen auch durch andere Einheiten im Krankenhaus (zum Beispiel den Sozialdienst) ausgeführt werden. Dies soll mit der Formulierung „in geeigneter Weise“ ausgedrückt werden.

A-4.6 Redaktionelle Anpassungen

In der SAPV-RL erfolgt eine redaktionelle leistungsrechtliche Anpassung der bisher verwendeten Begrifflichkeiten von „Patientinnen und Patienten“ zu „Versicherten“.

Zudem erfolgt eine formale redaktionelle Anpassung der verwendeten Abkürzung „Abs.“ in der SAPV-RL zu „Absatz“.

³ Projektergebnisse zu SAVOIR (Teilprojekt 4: Ergebnisbericht Seite 21)

A-5 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel B der Zusammenfassenden Dokumentation/Abschlussbericht abgebildet. Es haben sich aufgrund der schriftlichen wie auch mündlichen Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben.

A-6 Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

A-7 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
03.04.2020	Innovationsausschuss	Beschluss gemäß § 92 Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt APVEL (01VSF16007)
14.05.2020	G-BA	Einleitung eines Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 Absatz 1 Verfo: „Überprüfung der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie gemäß § 92b Absatz 3 SGB V – Beschluss des Innovationsausschusses vom 3. April 2020 zum abgeschlossenen Projekt APVEL (01VSF16007)“
12.11.2020	Innovationsausschuss	Beschluss gemäß § 92 Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt SAVOIR (01VSF16005)
20.08.2021	Innovationsausschuss	Beschluss gemäß § 92 Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt ELSAH (01VSF16006)
01.06.2022	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 Verfo) über eine Änderung der SAPV-RL
06.07.2022	UA VL	Anhörung
24.08.2022	UA VL	Abschließende Würdigung der Stellungnahmen und Beratung der Beschlussunterlagen
15.09.2022	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der SAPV-RL
03.11.2022		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
23.11.2022		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
24.11.2022		Inkrafttreten

A-8 Fazit

Der G-BA beschließt die Änderung der SAPV-RL nach Überprüfung gemäß § 92b Absatz 3 SGB V aufgrund der Beschlüsse des Innovationsausschusses zu den abgeschlossenen Projekten zur Evaluation der SAPV-RL.

A-9 Beschluss

Veröffentlicht im Bundeanzeiger am 23. November 2022 (BAnz AT 23.11.2022 B2)

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie: Überprüfung aufgrund von Projekten des Innovationsausschusses zur Evaluation

Vom 15. September 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. September 2022 beschlossen, die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-RL) in der Fassung vom 20. Dezember 2007 (BAnz. 2008 S. 911), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 17. September 2020 (BAnz AT 30.09.2020 B2) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- a. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:
 1. Die Angabe „Abs.“ wird jeweils durch das Wort „Absatz“ ersetzt.
 2. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „gemäß § 37b SGB V (SAPV)“ durch die Angabe „(SAPV) gemäß § 37b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ ersetzt und werden nach dem Wort „Umgebung“ die Wörter „unter Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 wird das Wort „medizinisch-pflegerische“ durch die Wörter „palliativmedizinische und palliativpflegerische“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 2 erster Spiegelstrich wird die Angabe „§ 55 SGB XII“ durch die Angabe „§ 55 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII)“ ersetzt und wird die Angabe „§ 34 SGB VIII“ durch die Angabe „§ 34 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII)“ ersetzt.
 - c) In Absatz 4 werden nach dem Wort „Kindern“ die Wörter „und Jugendlichen“ eingefügt.
 - d) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Patientin oder des Patienten“ durch die Wörter „oder des Versicherten“ sowie die Wörter „vertrauten Personen“ durch die Wörter „Angehörigen und Zugehörigen“ ersetzt.
 3. In § 2 Spiegelstrich 2 werden die Wörter „medizinischen und pflegerischen“ durch die Wörter „palliativmedizinischen und palliativpflegerischen“ ersetzt.
 4. § 3 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird das Wort „Betreuung“ durch das Wort „Begleitung“ ersetzt.

- b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Kindern“ die Wörter „und Jugendlichen“ eingefügt.
5. § 5 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt und werden nach dem Wort „Angehörigen“ die Wörter „und Zugehörigen“ eingefügt.
 - b) In Absatz 2 Satz 2 wird im Klammerzusatz die Angabe „4“ durch die Angabe „6“ ersetzt.
 - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Spiegelstrich 7 wird das Wort „Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt.
 - bb) In Spiegelstrich 8 wird das Wort „Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt und werden nach dem Wort „Angehörigen“ die Wörter „und Zugehörigen“ eingefügt.
6. In § 6 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „der Patientin oder des Patienten“ durch die Wörter „der Versicherten oder des Versicherten“ ersetzt.
7. § 7 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 2 werden die Wörter „Patientin oder Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt.
 - b) In Satz 3 werden die Wörter „einer Patientin oder eines Patienten“ durch die Wörter „einer Versicherten oder eines Versicherten“ ersetzt und nach dem Wort „Krankenhausarzt“ die Wörter „wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt“ eingefügt.
 - c) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die getätigte Verordnung so rechtzeitig zu informieren, dass das Ziel einer nahtlosen Anschlussversorgung ermöglicht wird.“
- b. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 15. September 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

A-10 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin



Dr. Josephine Tautz
Ministerialrätin
Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungsprogramme
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in
der GKV"

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 191, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

vorab per Fax: 030 - 275838105

Berlin, 3. November 2022
AZ 213 - 21432 - 29

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 15. September 2022
hier: Änderung der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-RL):
Überprüfung aufgrund von Projekten des Innovationsausschusses zur Evaluation**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 15. September 2022 über eine
Änderung der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

U-Bahn U 6:
S-Bahn S1, S2, S3, S7:
Straßenbahn M 1

Oranienburger Tor
Friedrichstraße

B Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

B-1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung (GO) und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) in seiner Sitzung am 1. Juni 2022 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V, § 91 Absatz 5a SGB V, § 92 Absatz 7b SGB V sowie § 132a Absatz 1 Satz 1 SGB V vor seiner Entscheidung über eine Änderung der SAPV-RL einzuleiten. Den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der Leistungserbringer, Hospizarbeit und der Palliativversorgung, den Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene sowie der Bundesärztekammer und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von vier Wochen zur beabsichtigten Änderung der SAPV-RL Stellung zu nehmen. Den angeschriebenen Organisationen wurden anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens auch die Tragenden Gründe als Erläuterung sowie ein Auszug der SAPV-RL mit den geplanten Änderungen übersandt. Die Stellungnahmefrist endete am 29. Juni 2022.

B-2 Eingegangene Stellungnahmen

Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang und zur Anhörung sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
<i>Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V</i>		
Bundesärztekammer (BÄK)	29.06.2022	
<i>Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5a SGB V</i>		
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	27.06.2022	
<i>Organisationen gemäß § 92 Absatz 7b SGB V</i>		
Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e.V.	29.06.2022	
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.	29.06.2022	
Deutscher Pflegerat e.V.	28.06.2022	
Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	29.06.2022	
Deutsche Stiftung Patientenschutz	27.06.2022	Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme.
Bundesverband Kinderhospiz e.V.		Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Deutscher Kinderhospizverein e.V.		
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.		

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene nach § 132a Absatz 1 Satz 1 SGB V		
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	20.06.2022	
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V. (DBfK)	22.06.2022	
Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas)	29.06.2022	
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (Diakonie)	29.06.2022	
Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)	02.06.2022	Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme.
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)	29.06.2022	
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)	29.06.2022	
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)		Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH)		
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)		
Bundesverband Ambulante Dienste e. V. und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.)		
Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V. (BHK)		
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.		
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)		

B-3 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

B-3.1 Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 01.06.2022



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie(SAPV-RL):
Überprüfung aufgrund von Projekten des Innovationsausschusses zur Evaluation

Vom **TT. Monat JJJJ**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **TT. Monat JJJJ** beschlossen, die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-RL) in der Fassung vom 20. Dezember 2007 (BAnz Nr. 39 (S. 911) vom 11.03.2008), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 17. September 2020 (BAnz AT 30.09.2020 B2) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. Die Angabe „Abs.“ wird jeweils durch das Wort „Absatz“ ersetzt.
2. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „gemäß § 37b SGB V (SAPV)“ durch die Angabe „(SAPV) gemäß § 37b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ ersetzt und werden nach dem Wort „Umgebung“ die Wörter „unter Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 wird das Wort „medizinisch-pflegerische“ durch die Wörter „palliativmedizinische und palliativpflegerische“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 2 erster Spiegelstrich wird die Angabe „§ 55 SGB XII“ durch die Angabe „§ 55 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII)“ ersetzt und wird die Angabe „§ 34 SGB VIII“ durch die Angabe „§ 34 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII)“ ersetzt.
 - c) In Absatz 4 werden nach dem Wort „Kindern“ die Wörter „und Jugendlichen“ eingefügt.
 - d) **[PatV:** In Absatz 5 Satz 1 wird nach dem Wort „Wünsche“ der Klammerzusatz „(insbesondere die physischen, psychischen, sozialen und kulturellen)“ eingefügt.]
 - e) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Patientin oder des Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ sowie die Wörter „vertrauten Personen“ durch die Wörter „Angehörigen und Zugehörigen“ ersetzt.

3. § 3 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird das Wort „Betreuung“ durch das Wort „Begleitung“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Kindern“ die Wörter „und Jugendlichen“ eingefügt.
 4. § 5 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt und werden nach dem Wort „Angehörigen“ die Wörter „und Zugehörigen“ eingefügt.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Spiegelstrich 7 wird das Wort „Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt.
 - bb) In Spiegelstrich 8 wird das Wort „Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt und werden nach dem Wort „Angehörigen“ die Wörter „und Zugehörigen“ eingefügt.
 5. In § 6 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „der Patientin oder des Patienten“ durch die Wörter „der Versicherten oder des Versicherten“ ersetzt.
 6. § 7 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 2 werden die Wörter „Patientin oder Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt.
 - b) In Satz 3 werden die Wörter „einer Patientin oder eines Patienten“ durch die Wörter „einer Versicherten oder eines Versicherten“ ersetzt und nach dem Wort „Krankenhausarzt“ die Wörter „wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt“ eingefügt.
 - c) Folgender Satz wird **[PatV: Folgende Sätze werden]** angefügt:

„Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die getätigte Verordnung so rechtzeitig zu informieren, dass das Ziel einer nahtlosen Anschlussversorgung ermöglicht wird. **[PatV: Die Sätze 3 und 4 gelten entsprechend für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sowie für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.]**“
- II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-3.2 Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 01.06.2022



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie(SAPV-RL):
Überprüfung aufgrund von Projekten des Innovationsausschusses zur Evaluation

Vom T. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Förderprojekte des Innovationsausschusses zur Evaluation der SAPV-RL	2
2.1	Projekt <i>APVEL</i>	2
2.2	Projekt <i>SAVOIR</i>	4
2.3	Projekt <i>ELSAH</i>	5
3.	Würdigung der Projektergebnisse	6
4.	Eckpunkte der Entscheidung zur Anpassung der SAPV-RL	7
4.1	Änderung § 1 SAPV-RL	7
4.2	Änderung § 3 Absatz 3 SAPV-RL.....	8
4.3	Änderung § 5 SAPV-RL	9
4.4	Änderung § 7 SAPV-RL	9
4.5	Redaktionelle Anpassungen	10
5.	Würdigung der Stellungnahmen	10
6.	Bürokratiekostenermittlung.....	10
7.	Verfahrensablauf	11
8.	Fazit.....	11

1. Rechtsgrundlage

In seiner Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-RL) regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 37b SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 14 SGB V unter anderem die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Anspruchsvoraussetzungen, Inhalt und Umfang der Leistungen und die Zusammenarbeit der Leistungserbringer.

Zur Durchführung der Förderung von Versorgungsforschung gemäß § 92a Absatz 2 SGB V hat der Innovationsausschuss beim G-BA am 8. April 2016 die Förderbekanntmachung zu Forschungsprojekten ausschließlich zur Evaluierung der SAPV-RL des G-BA beschlossen. Im Rahmen der Förderbekanntmachung zur Versorgungsforschung wurden die Projekte **APVEL** – Evaluation der Wirksamkeit von SAPV in Nordrhein, **SAVOIR** – Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede sowie **ELSAH** – Evaluation der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) am Beispiel von Hessen gefördert.

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat am 3. April 2020 zu dem abgeschlossenen Projekt **APVEL**, am 12. November 2020 zu dem abgeschlossenen Projekt **SAVOIR** sowie am 20. August 2021 zu dem abgeschlossenen Projekt **ELSAH** jeweils eine Empfehlung beschlossen. Der zuständige Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) wurde gebeten, die Erkenntnisse aus den Projekten zeitnah zu prüfen und ggf. bei einer Überarbeitung der SAPV-RL einzubeziehen.

In seiner Sitzung am 14. Mai 2020 hat der G-BA das diesbezügliche Beratungsverfahren eingeleitet und beschlossen, dass gemäß Beschluss des Innovationsausschusses vom 3. April 2020 auch die Erkenntnisse aus den zu diesem Zeitpunkt noch laufenden Projekten **SAVOIR** (01VSF16005) und **ELSAH** (01VSF16006) einbezogen werden.

2. Förderprojekte des Innovationsausschusses zur Evaluation der SAPV-RL

Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) wurde im Jahr 2007 als neue Leistung in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen. Die SAPV gemäß § 37b SGB V soll die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten so weit wie möglich erhalten, fördern und verbessern. Sie soll den Betroffenen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Absatz 1 SGB XI) und stationären Hospizen ermöglichen. In den Jahren 2020/2021 wurden aus den Mitteln des Innovationsfonds drei Projekte zur Versorgungsforschung aus dem Themenfeld „Evaluation der SAPV-Richtlinie des G-BA“¹ gefördert. Deren Ergebnisse sollten Erkenntnisse liefern, die vom G-BA zur Weiterentwicklung der Richtlinie übernommen werden können oder dem Gesetzgeber als Grundlage für strukturelle Veränderungen des gesetzlichen Rahmens dienen können.

2.1 Projekt **APVEL**

Das Projekt **APVEL** (Ambulante Palliativ-Versorgung Evaluieren) hatte zum Ziel, die SAPV-RL in der Region Nordrhein zu evaluieren. Hierbei sollte die Wirksamkeit der SAPV in klarer Abgrenzung zur sogenannten Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) beschrieben wer-

¹ Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur Förderung von Versorgungsforschung gemäß § 92a Absatz 2 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Forschungsprojekte zur Evaluierung von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 8. April 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger am 27. April 2016 (BAnz AT 27.04.2016 B7), verfügbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/foerderbekanntmachung/foerderbekanntmachung-zur-evaluation-der-sapv-richtlinie-des-g-ba.4> (Zugriff am 12. Mai 2022)

den, wie sich diese in Routinedaten, Meinung der Versorger, qualitativen Interviews und direkten an Patientinnen und Patienten orientierten Outcomes widerspiegelt. Mit den gewonnenen Erkenntnissen sollten Empfehlungen für die Weiterentwicklung der SAPV-RL formuliert werden.

Hierzu wurden eine retrospektive Analyse von Sekundärdaten der AOK Rheinland/Hamburg durchgeführt, Charakteristika von Patientinnen und Patienten, Versorgungswege und -dauer von SAPV in der Region Nordrhein sowie die Unterschiede in der Versorgung zu Patientinnen und Patienten der AAPV und Regelversorgung im letzten Lebensjahr beschrieben. Zudem wurde quantitativ die Einstellung und Verordnungspraxis der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte der Region Nordrhein (Hausärztinnen, Hausärzte, Onkologinnen und Onkologen) in Bezug auf die SAPV vs. AAPV oder Regelversorgung untersucht und prospektiv die Wirksamkeit der SAPV im Vergleich zur AAPV anhand von an Patientinnen und Patienten orientierten Outcomes zur Symptomausprägung und Lebensqualität in städtischen vs. ländlichen Regionen in Nordrhein analysiert. Mittels eines leitfadengestützten semistrukturierten Interviews wurden qualitative Daten von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und ambulanten Palliativteams erhoben.

Im Ergebnis konnte gezeigt werden, dass die Inanspruchnahme von SAPV in den Jahren 2014 bis 2016 bei der Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg im letzten Lebensjahr von 5,1 % auf 7,1 % stieg, bei gleichzeitigem Rückgang der palliativen Leistungen in der ambulanten Regelversorgung von 15,7 % auf 11,7 %. SAPV wurde zu 90% von Hausärztinnen und Hausärzten verordnet und von 50 % der Versicherten im letzten Lebensjahr in den letzten 22 Tagen oder kürzer vor dem Tod begonnen. Bei onkologisch erkrankten Versicherten wurde die SAPV dreifach häufiger verordnet als im Vergleich zu Versicherten mit nicht-onkologischen Erkrankungen; die AAPV wurde bei onkologischen Indikationen doppelt so häufig verordnet. Die Autoren kommen bei der Auswertung der Routinedaten zu dem Schluss, dass SAPV die angestrebten Ziele Verbleib im häuslichen Umfeld und Verlagerung des Versorgungsschwerpunktes von kurativen zu palliativen Aspekten – gemessen an Krankenhausaufenthalt nach Beginn der SAPV und bevorzugter Verordnung von Palliativ Arzneimitteln – erfüllt. Aus der Befragung von Verordnerinnen und Verordnern von SAPV ergaben sich im Ergebnis für drei Bereiche Kernempfehlungen, um die palliative Versorgung aus ärztlicher Sicht zu verbessern, insbesondere: Anpassung der Vergütung und Abbau von Bürokratie, Schaffung heterogener Versorgungsstrukturen in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Einbeziehung und Informationen an die zuzweisenden Fachärztinnen und Fachärzte durch ein ambulantes Versorgungsteam und Verbesserung des Schnittstellenmanagements sowie Schaffung von Handlungshilfen. Die prospektive Befragung von Patientinnen und Patienten konnte zeigen, dass unter der SAPV eine Stabilisierung der Symptome in einem Zeitraum von zwei Wochen erfolgte, während es bei Patientinnen und Patienten der AAPV zu einer Symptomabnahme kam. Die Autorinnen und Autoren führen diesen Befund auf die Tatsache zurück, dass Patientinnen und Patienten mit SAPV klinisch stärker eingeschränkt sind. Ferner leiten sie aus den gewonnenen qualitativen Daten ab, dass die Wirksamkeit der SAPV von Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen, neben der Linderung belastender Symptome, wesentlich dadurch erklärt wird, dass die SAPV in einer instabilen Situation ein Gefühl von Sicherheit vermitteln kann.

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat den Ergebnisbericht des geförderten Projektes APVEL beraten und im Ergebnis festgestellt, dass die Validität der erhobenen quantitativen Daten und qualitativen Befragungen aufgrund des möglichen Selektionsbias in der Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und des hohen Anteils fehlender Werte limitiert ist. Ferner liefert das Projekt konkrete Vorschläge zur Anpassung der SAPV-RL, die auf den Erkenntnissen aus den Arbeitspaketen des Projekts basieren. Jedoch war eine konkrete Herleitung der datenbasierten Empfehlungen zur Anpassung der SAPV-RL nicht nachvollziehbar dargelegt. So

lassen sich die vorgeschlagenen Änderungen auch nicht unmittelbar aus den Ergebnissen ableiten. Zudem ist zu beachten, dass die Organisation der SAPV in Nordrhein anders strukturiert ist, als in anderen Regionen Deutschlands. Daher sind die Ergebnisse nicht eins zu eins auf das Bundesgebiet übertragbar.

Der vollständige Ergebnisbericht zu dem Projekt *APVEL* ist unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/apvel-evaluation-der-wirksamkeit-von-sapv-in-nordrhein.1> abrufbar (Zugriff am 23. September 2021).

2.2 Projekt *SAVOIR*

Mit dem Projekt *SAVOIR* (Evaluierung der **SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede**) wurden die unterschiedlichen Perspektiven von Patientinnen und Patienten, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, Hausärztinnen und Hausärzten sowie den Kostenträgern zur Umsetzung der SAPV-RL erforscht. Da in der SAPV-RL weniger konkret strukturelle Anforderungen sowie Qualitätskriterien thematisiert wurden, haben sich bundesweit heterogene Versorgungsformen der SAPV ausgebildet, die sich hinsichtlich von Vertrags-, Versorgungs- und Finanzierungsmodellen sowie Prozessmerkmalen wie insbesondere von Behandlungsintensität, Organisationsstruktur, Kooperationspartner und Netzwerke unterscheiden.

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde der Einfluss von Strukturmerkmalen der SAPV auf Versorgungsparameter, Patientenperspektive, die Perspektive von Leistungserbringern der SAPV und weiterer Versorgungsakteure sowie auf die Perspektive von Hausärztinnen und Hausärzten sowie der Kostenträger untersucht. Grundlage bildeten die Strukturdaten der Leistungserbringer von SAPV, extrahierte Behandlungs- und Patientendaten aus der elektronischen Routedokumentation, die prospektive Längsschnitterhebung der Prozess-/Ergebnisqualität aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten sowie der Leistungserbringer von SAPV, die qualitative Datenerhebung bei ausgewählten Leistungserbringern der SAPV, eine schriftliche Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten sowie eine retrospektive Analyse von Routedaten der GKV von verstorbenen Versicherten Barmer aus dem Jahr 2016.

Im Ergebnis kommt das Studienteam zu dem Schluss, dass das Konzept der SAPV in der ambulanten Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten insgesamt als positiv empfunden wird und mit einer Zufriedenheit mit der Versorgung einhergeht. Es zeigte sich eine Stabilisierung sowie Linderung von Symptomen nach Initiierung der SAPV, wobei sich die damit verbundene Zufriedenheit durch die Qualität der Kommunikation und Erreichbarkeit der SAPV auszeichnete. Eine hohe Heterogenität konnte insbesondere bei Strukturen und Prozessen sowie der Versorgungskultur einzelner Leistungserbringer der SAPV gezeigt werden. Hingegen lieferten die Ergebnisse keine eindeutigen Hinweise auf mit Versorgungs- bzw. Ergebnisparametern assoziierte strukturelle Merkmale. Des Weiteren zeigten die Daten, dass sich die Hausärztinnen und Hausärzte durch die Leistungserbringer der SAPV nicht ausreichend eingebunden und informiert sehen. Aus der Datenanalyse ergaben sich zudem Hinweise auf eine partielle Substitution von allgemeiner ambulanter Palliativversorgung (AAPV) durch SAPV sowie auf eine Reduktion von möglicher Überversorgung bei Patientinnen und Patienten mit SAPV gegenüber Patientinnen und Patienten, die (ausschließlich) AAPV erhielten.

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat den Ergebnisbericht des geförderten Projektes *SAVOIR* beraten und im Ergebnis festgestellt, dass die Aussagekraft der Ergebnisse der Patientenbefragung aufgrund eines möglichen Selektionsbias in der Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie möglicher Verzerrungen zu sozial erwünschten Antworten eingeschränkt sind. So sind die Ergebnisse der Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten auf-

grund der niedrigen Rücklaufquote der Befragung ebenfalls nur eingeschränkt belastbar. Zudem ist die Aufklärung der beobachteten Varianz durch das „Modell zur Wichtigkeit der SAPV“, gebildet anhand der hausärztlich empfundenen Wichtigkeit, gering (18 %). Gleichwohl leisten die Erkenntnisse aus dem Projekt einen Beitrag zum Verständnis der SAPV-Versorgung in Deutschland. Zudem lieferte das Projekt konkrete Vorschläge zur Anpassung der SAPV-RL und setzt diese in Bezug zu den Teilprojekten. Die Ableitung der Empfehlungen erfolgte strukturiert in Form einer Konsensuskonferenz.

Der vollständige Ergebnisbericht zu dem Projekt *SAVOIR* ist unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/savoir-evaluierung-der-sapv-richtlinie-outcomes-interaktionen-regionale-unterschiede.19> abrufbar (Zugriff am 23. September 2021).

2.3 Projekt *ELSAH*

Das Projekt *ELSAH* (Evaluation der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) am Beispiel von Hessen) betrachtete die Themenbereiche der Qualitätssicherung der Leistungserbringung sowie die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV.

Die Versorgungsqualität (Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität) der Leistungserbringer von SAPV wurde durch qualitative Befragungen von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sowie den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern von SAPV, einer Literaturübersicht, der deskriptiven Analyse von Sekundärdaten untersucht sowie auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse wurde ein konzeptioneller Entwurf zur Darstellung der Versorgungsqualität in der SAPV entwickelt und im Rahmen eines Expertinnen-/Expertenworkshops beraten. Im Ergebnis kommen die Autorinnen und Autoren zu dem Schluss, dass zur Darstellung der Versorgungsqualität insbesondere demografische Angaben der Patientinnen und Patienten, Angaben zur Erkrankung, der Versorgung, dem Behandlungsbedarf (Symptome, Lebensqualität, Unterstützungsbedarf) sowie Angaben zur Therapie und der Zufriedenheit der Behandlung berücksichtigt werden müssen. Zudem wurde ein konkreter Ansatz zur Darstellung der Versorgungsqualität in der SAPV entwickelt.

Die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der SAPV wurden mit Hilfe eines Mixed-Methods Design, aus quantitativer und qualitativer Datenerhebung bei Betroffenen, Angehörigen und Leistungserbringern sowie der Datenvalidierung mit den Leistungserbringern, untersucht. Auf Grundlage der so gewonnenen Erkenntnisse wurden konkrete Empfehlungen zur Überarbeitung der SAPV-RL abgeleitet. Diese fokussieren insbesondere Aspekte zu Krankheitsbildern, der Rolle der Familie, die psychosoziale Versorgung, die besonders aufwändige Koordination der beteiligten Versorgenden, den Erstkontakt zur SAPV für Kinder und Jugendliche sowie die Versorgungslücke zwischen Grund-/Regelversorgung und der SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat den Ergebnisbericht des geförderten Projektes *ELSAH* beraten und im Ergebnis festgestellt, dass die gewählten Methoden zur Beantwortung der Fragestellungen grundsätzlich angemessen waren und ferner das Projekt konkrete Vorschläge zur Anpassung der SAPV-RL liefert, die auf den Forschungsergebnissen basieren. Jedoch wurde für die Ableitung der Empfehlungen zur Anpassung der SAPV-RL aus den Ergebnissen kein formales Konsensverfahren durchgeführt.

Der vollständige Ergebnisbericht zu dem Projekt *ELSAH* ist unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/elsah-evaluation-der-spezialisierten-ambulanten-palliativversorgung-sapv-am-beispiel-von-hessen.40> abrufbar (Zugriff am 23. September 2021).

3. Würdigung der Projektergebnisse

Der UA VL hat sich umfassend mit den Ergebnisberichten der Projekte *APVEL*, *SAVOIR* sowie *ELSAH* befasst und sich insbesondere mit den Empfehlungen zur Anpassung der SAPV-RL auseinandergesetzt. Dabei konnte jedoch nicht durchgängig die Herleitung aller Empfehlungen aus den Projektergebnissen nachvollzogen werden. Die konkreten Empfehlungen und Ergänzungsvorschläge zur Anpassung der SAPV-RL waren auch dahingehend zu überprüfen, ob und inwieweit sie sich in rechtssichere Regelungen überführen lassen.

Im Ergebnis der Beratungen wurde unter anderem festgestellt, dass sich durch die grundsätzlich konstruktiven Vorschläge zur Anpassung der Regelungen in der SAPV-RL Einengungen in der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen mit Leistungen SAPV ergeben können. Insbesondere mit der Einführung einer Diagnoseliste zur Verordnung von SAPV würde der Anspruch eingegrenzt werden. Ein Katalog von Erkrankungen würde nicht zur Klarheit der SAPV-RL beitragen und auch der Palliativversorgung nicht angemessen sein. Daher wird weiterhin auf die Nennung von Indikationen bezogen auf bestimmte Diagnosen in der SAPV-RL verzichtet. Somit haben die Patientinnen und Patienten bei Vorliegen einer Erkrankung, die weit fortgeschritten, fortschreitend und nicht heilbar ist sowie beim Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, jedoch unabhängig von ihren primären Diagnosen, einen Anspruch auf SAPV.

Grundsätzlich sollte die SAPV für Kinder und Jugendliche im Rahmen einer eigenständigen Versorgungsstruktur durch SAPV-KJ-Teams erfolgen, da deren Teammitglieder über eine ausreichende pädiatrische Expertise verfügen. Eine verbindliche Regelung hierzu in der SAPV-RL zu treffen, könnte gerade in Regionen ohne oder mit nicht ausreichenden SAPV-KJ-Teams die Versorgung von schwerstkranken oder sterbenden Kindern und Jugendlichen mit SAPV einschränken, wenn damit eine Versorgung durch SAPV-Teams, auch ohne pädiatrische Expertise, ausgeschlossen wäre. Eine weitere Konkretisierung von Anforderungen an Versorgungsstrukturen ist kein Regelungsauftrag des G-BA, sondern der Rahmenvertragspartner nach § 132d Absatz 1 SGB V.

Der Einbezug von Angehörigen und Zugehörigen (relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, d.h. weitere dem sterbenden Menschen Nahestehende), insbesondere durch ihre Fürsorge, der Vorbereitung und Begleitung der Patientinnen und Patienten während ihres Sterbeprozesses sowie der Unterstützung bei pflegerischen Tätigkeiten hat eine zentrale Bedeutung für die Versorgung. Ebenso wie die schwerstkranken und sterbenden Menschen haben die Angehörigen und Zugehörigen ein Sicherheitsbedürfnis (in Bezug auf Zeit, Kommunikation, Vertrauen, Empowerment und Erreichbarkeit)². Beispielsweise durch Kommunikation und Erreichbarkeit des SAPV-Teams kann in der instabilen Situation ein Gefühl von Sicherheit vermittelt werden. Neben der Tatsache, dass die SAPV-RL jedoch ausschließlich den Leistungsanspruch der betroffenen Versicherten und nicht den von Angehörigen und Zugehörigen regelt, kann ein individuell empfundenes Sicherheitsbedürfnis nicht eine von der gesetzlichen Krankenversicherung getragene Leistung auslösen.

Des Weiteren könnte eine Regelung bei besonders aufwendiger Versorgung, die ausdrücklich „*jederzeit und vollumfänglich*“ eine spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Expertise sowie ein interdisziplinär abgestimmtes Konzept voraussetzt, zu Engpässen in der Versorgung führen.

² Projektergebnisse zu *SAVOIR* (Teilprojekt 2: Ergebnisbericht Seite 17, Seite 18) sowie zu *ELSAH* (Arbeitspaket 1: Ergebnisbericht Seite 25; Arbeitspaket 2: Ergebnisbericht Seite 45 und 49)

Eine besonders aufwendige Versorgung ist zudem durch ein komplexes Symptomgeschehen gekennzeichnet, welches u.a. auch eine Krisenintervention erforderlich machen könnte. Krisen in der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung sind akut auftretende Ereignisse, die in den meisten Fällen ein rasches und kompetentes Eingreifen erfordern. Die Krisenintervention dient dazu, einem akuten und schweren Ausbruch von Symptomen wie zum Beispiel akut auftretende Atemnot, Krampfanfälle oder Blutungen aus Erkrankungsherden schnellstmöglich durch zielgerichtete Maßnahmen pflegerischer- und ärztlicherseits entgegenzuwirken. Dabei ist es auch wichtig, bei einer Symptomeskalation beruhigend auf die Versicherten und ihre Angehörigen und Zugehörigen einzuwirken, indem rasche medizinische und/oder pflegerische Hilfe angeboten wird. Die bisherige Formulierung in der SAPV-RL ermöglicht, dass insbesondere bei Kindern und Jugendlichen die SAPV auch als Krisenintervention bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erbracht wird.

Mit mehreren Anpassungsvorschlägen im Rahmen der vorgenannten Projekte für die SAPV-RL wurden ferner strukturelle Vorgaben adressiert, die den Rahmenvertragspartnern nach § 132d Absatz 1 SGB V vorbehalten sind. Zudem sind Anforderungen zur Qualität der SAPV durch die Rahmenvertragspartner nach § 132d Absatz 1 SGB V geregelt. Vorgaben hierzu sind in der SAPV-RL nicht vorgesehen.

Vor diesem Hintergrund wurden die Anregungen aus den Ergebnisberichten der Projekte *APVEL*, *SAVOIR* sowie *ELSAH* durch die im Folgenden dargestellten Änderungen umgesetzt.

4. Eckpunkte der Entscheidung zur Anpassung der SAPV-RL

4.1 Änderung § 1 SAPV-RL

Zu Absatz 1

Die Versorgung in der letzten Lebensphase in der häuslichen Umgebung kann am besten gelingen, wenn die Angehörigen und Zugehörigen in die Versorgung einbezogen werden. Das setzt eine frühe und kontinuierliche Kommunikation des SAPV-Teams mit den An- und Zugehörigen voraus, sobald die SAPV verordnet und genehmigt wurde. Das SAPV-Team hat die Aufgabe, die weiteren Schritte mit den An- und Zugehörigen zu besprechen. Insbesondere wenn die oder der Versicherte nicht mehr ansprechbar ist (zum Beispiel in der Sterbephase), können die nahen Bezugspersonen wie An- und Zugehörige eine wichtige Rolle spielen. Zu beachten ist, dass der Leistungsanspruch auf Leistungen der SAPV bei der oder dem Versicherten liegt.

Angehörige und Zugehörige können auf Wunsch des Versicherten in die (palliativ)pflegerische Versorgung einbezogen werden. Dies umfasst zum Beispiel Informationen zur pflegerischen Behandlung, Handlungsempfehlungen in Notfallsituationen oder die Erreichbarkeit des SAPV-Teams. Die Versorgung muss unabhängig von der Einbeziehung der An- und Zugehörigen gesichert sein.

In Satz 2 wird durch die Änderung die Bedeutung der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Zielsetzung von SAPV, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern, hervorgehoben.

Zu Absatz 1 und 2

Es werden im Rahmen redaktioneller Anpassungen die vollständigen Bezeichnungen der Sozialgesetzbücher aufgenommen, auf die in den Regelungen verwiesen wird.

Zu Absatz 4

Es erfolgt eine Ergänzung dahingehend, dass den besonderen Belangen nicht nur von Kindern, sondern auch von Jugendlichen in der SAPV Rechnung zu tragen ist. Die im Rahmen der SAPV versorgten Kinder und Jugendlichen weisen ein großes Spektrum von zum Teil seltenen Erkrankungen auf, die mit lebenslimitierenden Krankheitsverläufen einhergehen. Des Weiteren können Kinder und Jugendliche mit komplexen neurologischen Erkrankungen Anspruch auf eine Versorgung durch ein SAPV-Team haben. Dies gilt auch dann, wenn die neurologische Grunderkrankung nicht als fortschreitend zu bewerten ist, wohl aber die daraus entstehenden Folgekrankheiten beständig an Schwere zunehmen. Bei Kindern und Jugendlichen ist eine SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung möglich. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie die Belange der Familie und weiterer vertrauter Personen sind zu berücksichtigen. Bei Jugendlichen können bei Bedarf zur Unterstützung Erkenntnisse aus der Transitionsmedizin herangezogen werden.

Zu Absatz 5

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die eingeführte Begrifflichkeit der „Angehörigen und Zugehörigen“.

GKV-SV, KBV, DKG [Ergänzung für das Stimmnahmeverfahren]	PatV
Die Formulierung in der SAPV-RL, wonach die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Versicherten sowie die Belange ihrer An- und Zugehörigen im Mittelpunkt der Versorgung stehen, ist bereits eine umfassende Regelung ohne einschränkende Nennungen von Kategorien. Die Formulierung in § 1 Absatz 5 der SAPV-RL impliziert auch Wünsche und Bedürfnisse im Hinblick auf psychische, physische, soziale und kulturelle Aspekte.	Bei der Versorgung der Versicherten werden ihre psychischen, physischen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt sowie die Belange der An- und Zugehörigen. Insbesondere ist der mutmaßliche Patientenwille, gegebenenfalls unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs, einzubeziehen.

4.2 Änderung § 3 Absatz 3 SAPV-RL

In Satz 1 wird der Begriff „*psychosoziale Betreuung*“ durch den in der Praxis etablierten Begriff der „*psychosozialen Begleitung*“ ersetzt. In Satz 2 wird redaktionell die Gruppe der Jugendlichen aufgenommen. Das SAPV-Team soll nach Möglichkeit das Familiengefüge in den Blick nehmen, dies insbesondere, wenn minderjährige Kinder im Haushalt leben. Der Einbezug eines Kinderhospizdienstes ist zu prüfen.

Auch Erwachsene mit einem komplexen Symptomgeschehen im Sinne der SAPV-Richtlinie bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung sind nicht generell von einer Krisenintervention ausgeschlossen und können diese in Anspruch nehmen.

Die SAPV ist nur ein Teil der Palliativversorgung. Die Palliativversorgung in Deutschland unterteilt sich grundsätzlich in die allgemeine und die spezialisierte Palliativversorgung.

Versicherte haben Anspruch auf eine umfangreiche und strukturell gut ausgebaute Palliativversorgung. Dazu gehören insbesondere:

- Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V (Einzelleistungen und Komplexleistung Symptomkontrolle nach Ziffer 24a des Leistungsverzeichnisses),

- Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung (EBM-Ziffern zur palliativen Versorgung sowie Leistungen nach § 87 Absatz 1b SGB V),
- Die Palliativversorgung in Krankenhäusern (derzeit gibt es vier Zusatzentgelte: ZE 60 Palliativmedizinische Komplexbehandlung, ZE 145 Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung, ZE 2018-133 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst, ZE 2018 134 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst),
- Sterbebegleitungen durch ambulante Hospizdienste,
- Versorgung durch stationäre Hospize,
- SAPV.

Die vorgenannten Leistungen der Palliativversorgung haben unterschiedliche Anspruchsvoraussetzungen und kommen bei unterschiedlichen Versorgungsbedarfen in Betracht. Leistungen der spezialisierten Palliativversorgung (dazu gehören Leistungen der SAPV) kommen zur Anwendung, wenn von einem spezialisierten Versorgungsbedarf bei hoher Symptomlast auszugehen ist, die die Möglichkeiten der allgemeinen Palliativversorgung regelmäßig übersteigen. Die SAPV kann erst verordnet werden, wenn ein besonders hoher Versorgungsbedarf gegeben ist. Dies ist meistens erst am Ende des Lebens in der letzten Krankheitsphase relevant.

4.3 Änderung § 5 SAPV-RL

Zu Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3 Spiegelstrich 8

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die eingeführte Begrifflichkeit der „Angehörigen und Zugehörigen“.

4.4 Änderung § 7 SAPV-RL

Im Ergebnis der Untersuchungen im Rahmen des Projektes SAVOIR wurde festgestellt, dass circa ein Fünftel der Verordnungen von SAPV durch Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte ausgestellt werden. Zudem heißt es im Ergebnisbericht des Projekts SAVOIR³: *„85,5% der befragten Hausärzte geben an, in ihrer hausärztlichen Tätigkeit bereits mindestens einmalig eine SAPV-Verordnung ausgestellt zu haben. Nach SAPV-Involvierung bleiben die Hausärzte in 77% der Fälle „immer“ oder „häufig“ eingebunden. Das restliche Viertel der Hausärzte fühlt sich während einer SAPV-Behandlung ihrer Patienten – insbesondere bei der Verordnung von SAPV durch das Krankenhaus – unzureichend eingebunden und informiert.“*

Satz 4 stellt sicher, dass die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder der weiterbehandelnde Vertragsarzt im Rahmen des Entlassmanagements rechtzeitig über eine Verordnung von SAPV informiert wird. Falls und soweit erforderlich, hat dies über einen Arzt-zu-Arzt-Kontakt zu erfolgen. Dagegen können routinemäßige Informationen und Koordinationen auch durch andere Einheiten im Krankenhaus (zum Beispiel den Sozialdienst) ausgeführt werden. Dies soll mit der Formulierung *„in geeigneter Weise“* ausgedrückt werden.

³ Projektergebnisse zu SAVOIR (Teilprojekt 4: Ergebnisbericht Seite 21)

GKV-SV/KBV/DKG <i>[Ergänzung für das Stellungnahmeverfahren]</i>	PatV
<p>Eine Verordnung von SAPV im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation ist nicht sachgerecht, da Versicherte mit einem SAPV-Anspruch nicht die Voraussetzungen einer medizinischen Rehabilitation nach § 7 Reha-RL erfüllen. Nach § 2 SAPV-RL besteht Anspruch auf SAPV nur, wenn der Versicherte an einer nicht heilbaren, fortgeschrittenen und soweit fortschreitenden Erkrankung leidet, dass dadurch ihre oder seine Lebenserwartung begrenzt ist und ein besonders hoher Versorgungsbedarf besteht. Diese Versicherten befinden sich in der Regel nicht in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation.</p> <p>Im Unterschied zu den anderen veranlassten Leistungen sind die Regelungen zum Entlassmanagement im Rahmen der SAPV auf der Grundlage des § 39 Absatz 1a Satz 6 SGB V geregelt. Andere veranlasste Leistungen, in denen konkrete Regelungen zum Entlassmanagement durch den G-BA gefasst wurden, werden auf der Grundlage des § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V verordnet. Die SAPV wurde jedoch gerade nicht unter § 39 Absatz 1a Satz 8 erfasst, sondern getrennt davon adressiert, um eine unkomplizierte unbürokratische Anschlussversorgung zu ermöglichen.</p>	<p>Für Versicherte, die stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 Absatz 2 SGB V oder 41 SGB V erhalten, ist durch § 40 Absatz 2 Satz 6 SGB V geregelt, dass die Regelungen zum Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt gemäß § 39 Absatz 1a SGB V entsprechend gelten. Die frühzeitig einsetzende rehabilitationsmedizinische Behandlung eines Patienten ist nach § 39 Absatz 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V Teil der Krankenhausbehandlung.</p> <p>Auch die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung gemäß §§ 39 Absatz 1, 115d SGB V ist Teil der Krankenhausbehandlung, die gemäß § 39 Absatz 1a das Entlassmanagement umfasst.</p> <p>Wie in anderen Regelungen des G-BA zum Entlassmanagement bei veranlassten Leistungen werden daher diese Versorgungsbereiche in die Regelung aufgenommen.</p>

4.5 Redaktionelle Anpassungen

In der SAPV-RL erfolgt eine redaktionelle leistungsrechtliche Anpassung der bisher verwendeten Begrifflichkeiten von „Patientinnen und Patienten“ zu „Versicherten“.

Zudem erfolgt eine formale redaktionelle Anpassung der verwendeten Abkürzung „Abs.“ in der SAPV-RL zu „Absatz“.

5. Würdigung der Stellungnahmen

[...]

6. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

7. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
03.04.2020	Innovationsausschuss	Beschluss gemäß § 92 Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt APVEL (01VSF16007)
14.05.2020	G-BA	Einleitung eines Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 Absatz 1 Verfo: „Überprüfung der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie gemäß § 92b Absatz 3 SGB V – Beschluss des Innovationsausschusses vom 3. April 2020 zum abgeschlossenen Projekt APVEL (01VSF16007)“
12.11.2020	Innovationsausschuss	Beschluss gemäß § 92 Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt SAVOIR (01VSF16005)
20.08.2021	Innovationsausschuss	Beschluss gemäß § 92 Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt ELSAH (01VSF16006)
01.06.2022	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 Verfo) über eine Änderung der SAPV-RL
TT.MM.JJJJ	UA VL	Anhörung
TT.MM.JJJJ	UA VL	Abschließende Würdigung der Stellungnahmen und Beratung der Beschlussunterlagen
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der SAPV-RL
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

8. Fazit

[...]

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-3.3 Auszug der SAPV-RL zum Stellungnahmeverfahren

Auszug der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie
Stand: 01.06.2022



§ 1 Grundlagen und Ziele

(1) Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung unter Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische palliativmedizinische und palliativpflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.

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

- in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII),
- an weiteren Orten, an denen
 - sich der schwerstkranke Mensch in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung dauerhaft aufhält und
 - diese Versorgung zuverlässig erbracht werden kann

wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind.

(3) In stationären Hospizen besteht ein Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV, wenn die ärztliche Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund des besonders aufwändigen Versorgungsbedarfs (siehe § 4) nicht ausreicht.

(4) Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ist Rechnung zu tragen.

(5) Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche [PatV: (insbesondere die physischen, psychischen, sozialen und kulturellen)] der Patientin oder des Patienten Versicherten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen Angehörigen und Zugehörigen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.

(6) Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.

§ 2 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn

- sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist (§ 3) und
- sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4) benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder an den in § 1 Abs. Absatz 2 und 3 genannten Orten erbracht werden kann.

§ 3 Anforderungen an die Erkrankungen

(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 Begleitung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.

§ 4 Besonders aufwendige Versorgung

Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs. Absatz 1 zu erreichen. 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. Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische/ psychiatrische/ psychische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische/ kardiale Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte ulzerierende/ exulzierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik

§ 5 Zusammenarbeit der Leistungserbringer

(1) Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen. Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen unter Beteiligung der ambulanten Hospizdienste und ggf. der stationären Hospize, organisiert sind. Sie wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. Absatz 4), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. Absatz 1 zu erreichen. Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

(2) SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der ambulanten Hospizdienste und ggf. der stationären Hospize, organisiert sind. Sie wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. Absatz 4), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. Absatz 1 zu erreichen. Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

(3) Inhalte der SAPV sind insbesondere:

- 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 oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht
- spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care entspricht
- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen
- Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten Versicherten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen

- Beratung, Anleitung und Begleitung der **Patienten Versicherten** und ihrer Angehörigen **und Zugehörigen** 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

§ 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer

(1) Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; die diesbezügliche Koordination ist sicherzustellen. Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen schriftlich oder mündlich zu treffen. Kooperationspartner ist auch der ambulante Hospizdienst, der auf Wunsch **der Patientin oder des Patienten der Versicherten oder des Versicherten** an der Versorgung beteiligt wird. Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt im Einzelfall Kooperationspartnerin oder Kooperationspartner werden. Das Nähere regeln die Verträge nach § 132d SGB V.

[Absätze 2 bis 5 unverändert]

§ 7 Verordnung von SAPV

(1) SAPV wird von der behandelnden Vertragsärztin oder von dem behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet. Satz 1 gilt für die Behandlung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt bei einer oder einem von ihr oder ihm ambulant versorgten **Patientin oder Patienten Versicherten** entsprechend. Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung **einer Patientin oder eines Patienten einer Versicherten oder eines Versicherten** für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt **wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt** die Verordnung ausstellen, in der Regel jedoch längstens für 7 Tage. Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die getätigte Verordnung so rechtzeitig zu informieren, dass das Ziel einer nahtlosen Anschlussversorgung ermöglicht wird. [PatV: Die Sätze 3 und 4 gelten entsprechend für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sowie für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.]

(2) Die ärztliche Verordnung erfolgt auf einem zu vereinbarenden Vordruck, der der Leistungserbringung nach dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf (§ 5 ~~Abs.~~ Absatz 2) Rechnung zu tragen hat und Angaben zur Dauer der Verordnung enthält.

§ 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse

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 § 7 ~~Abs.~~ Absatz 2 spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.

§ 9 Sonderregelung im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie

[unverändert]

B-4 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

B-4.1 Allgemeine Bemerkungen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
1.	bpa	Die über den Innovationsfonds des G-BA geförderten Projekte zur Versorgungsforschung im Themenfeld „Evaluation der SAPV-Richtlinie“ liefern Empfehlungen zur Anpassung der Versorgung. Ob und wie sich diese in rechtssichere Regelungen überführen lassen, wurde vom Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) geprüft. Der bpa begrüßt, dass der UA VL sich in diesem Zuge gegen eine Einengung des Leistungsanspruches – insbesondere in Form eines Diagnosekataloges – entschieden hat. Der Gesetzgeber sieht in § 37b SGB V für Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, einen Anspruch auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vor. Eine Eingrenzung auf bestimmte Indikationen würde diesem grundsätzlichen Anspruch nicht gerecht. Der bpa begrüßt zudem die deutliche Abgrenzung gegenüber den Regelungsaufträgen der SAPV-Bundesrahmenverträge nach § 132d Abs. 1 SGB V, die die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die wesentlichen Elemente der Vergütung festschreiben. Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen wird dabei durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung getragen. Es ist sachgerecht und rechtskonform, dass der G-BA keine Regelungen trifft, die einen Vor- und Eingriff auf die SAPV-Bundesrahmenverträge darstellen.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung.
2.	BfDI	Verschiedene Stellen des vorliegenden Beschlussentwurfes erfordern eine Ergänzung zum Erfordernis einer ausdrücklichen Einwilligung der oder des Versicherten zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten – insbesondere von Gesundheitsdaten im Sinne von Art. 9 Abs. 1 DSGVO.	Kenntnisnahme. Siehe lfd. Nummer 51.	Keine Änderung.
3.	BfDI	Ferner bitte ich, die Regelung zur Ordnungsübermittlung an die Krankenkassen bis zum dritten Arbeitstag, um Ausführungen zu geeigneten technischen und organisatorischen Maßnahmen im Sinne von Art. 32 DSGVO zu ergänzen. In Betracht kommen hier insbesondere der Einsatz ausreichender Verschlüsselungstechniken (wie z.B. S/MIME oder PGP bei E-Mail-Versand) oder die Einrichtung einer Portallösung. Ich weise daraufhin, dass eine Übermittlung der Verordnungen mittels Faxversand diese Voraussetzungen nicht erfüllt. Sensible personenbezogene Daten – wozu auch Gesundheitsdaten zählen – dürfen nicht per Telefax übermittelt werden.	Kenntnisnahme. Die Regelung zur Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse war nicht Gegenstand des Beratungsverfahrens. Darüber hinaus wird die Art und Weise der Übermittlung der Verordnung nicht durch die SAPV-Richtlinie geregelt.	Keine Änderung.

B-4.2 Zu den Änderungen in § 1

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
4.	bpa	Zu aa) In Satz 1 wird die Angabe „gemäß § 37b SGB V (SAPV)“ durch die Angabe „(SAPV) gemäß § 37b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ ersetzt und werden nach dem Wort „Umgebung“ die Wörter „unter Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen“ eingefügt. Bei der vollständigen Bezeichnung der Sozialgesetzbücher handelt es sich um eine redaktionelle Änderung, die der Klarstellung dient und nicht zu beanstanden ist. Die Ergänzung „unter Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen“ ist fachgerecht, da diese – auf Wunsch des Patienten – in die Versorgung einbezogen werden. Dies betrifft nicht die pflegerischen Leistungen selbst, sondern bezieht sich (vgl. Tragende Gründe) z. B. auf Informationen zur pflegerischen Behandlung, Handlungsempfehlungen für Notfallsituationen und die Erreichbarkeit des SAPV-Teams. Wichtig ist dabei allerdings die Klarstellung, dass die Versorgung unabhängig von der Einbeziehung von Angehörigen und Zugehörigen gesichert sein muss. Der G-BA stellt dies in den Tragenden Gründen dar. Die Entscheidung zur Einbeziehung weiterer Personen liegt in der Entscheidung und individuellen Lebenssituation des Patienten und erfolgt unabhängig vom bestehenden Leistungsanspruch auf SAPV.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
5.	bpa	Zu bb) In Satz 2 wird das Wort „medizinisch-pflegerische“ durch die Wörter „palliativmedizinische und palliativpflegerische“ ersetzt. Da sich die Richtlinie auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung bezieht ist die Klarstellung, dass es sich hier nicht um eine allgemeine medizinisch-pflegerische Zielsetzung handelt, sondern diese palliativmedizinisch und palliativpflegerisch ausgerichtet ist, angemessen.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
6.	bpa	Zu b) In Absatz 2 Satz 2 erster Spiegelstrich wird die Angabe „§ 55 SGB XII“ durch die Angabe „§ 55 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII)“ ersetzt und wird die Angabe „§ 34 SGB VIII“ durch die Angabe „§ 34 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII)“ ersetzt. Redaktionelle Anpassung, vgl. oben.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
7.	bpa	Zu c) In Absatz 4 werden nach dem Wort „Kindern“ die Wörter „und Jugendlichen“ eingefügt. Den Hinweis, die besonderen Belange von Kindern um die Aufzählung von Jugendlichen zu ergänzen, ist folgerichtig und an die Ausrichtung der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V (ambulante Hospizversorgung für Kinder- und Jugendliche) sowie des künftigen SAPV-Bundesrahmenvertrages zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 132d Abs. 1 SGB V angelehnt. In der Regel sind hiermit Kinder und Jugendliche bzw. junge Erwachsene gemeint, bei denen die Erkrankung im Kindes- oder Jugendalter aufgetreten ist und sich die Begleitung / Versorgung im Weiteren fortsetzt oder bei einem Auftreten der Erkrankung im jungen Erwachsenenalter.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
8.	bpa	Zu d) [PatV: In Absatz 5 Satz 1 wird nach dem Wort „Wünsche“ der Klammerzusatz „(insbesondere die physischen, psychischen, sozialen und kulturellen)“ eingefügt.]	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		§ 1 Absatz 5 Satz 1 der SAPV-RL stellt klar, dass die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen (neu: Angehörigen und Zugehörigen, s. u.) im Mittelpunkt der Versorgung stehen.		
9.	bpa	Der von der Patientenvertretung vorgeschlagene Klammerzusatz soll der Konkretisierung dienen und führt dazu beispielhaft physische, psychische, soziale und kulturelle Wünsche an. Aus Sicht des bpa kann es durch diese Aufzählung jedoch zu einer (gedanklichen) Einengung kommen. Der Vorschlag der PatV wird insofern nicht unterstützt. Da es sich um die Versorgung am Lebensende handelt, sollten alle individuellen Bedürfnisse und Wünsche gleichermaßen geäußert und nach Möglichkeit berücksichtigt werden können, insofern befürwortet der bpa die Beibehaltung der ursprünglichen Formulierung.	GKV-SV, KBV, DKG Zustimmende Kenntnisnahme. PatV Dem Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Es handelt sich hierbei nicht um eine gedankliche Einengung, da der Klammerzusatz weitere individuelle Wünsche nicht ausschließt.	Keine Änderung.
10.	bpa	Zu e) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Patientin oder des Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ sowie die Wörter „vertrauten Personen“ durch die Wörter „Angehörigen und Zugehörigen“ ersetzt. Der Terminus „Versicherte“ wird in der SAPV-RL bislang lediglich bei den Anspruchsvoraussetzungen (§ 2) sowie der Sonderregelung im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie (§ 9) verwendet, ansonsten wird durchgängig der Begriff „Patientin“ bzw. „Patient“ angewandt. Durch den vorliegenden Beschluss soll eine durchgehende redaktionelle Angleichung der Begrifflichkeit in „die/ der Versicherte“ vorgenommen werden, dies entspricht der Logik und des Wordinges der Gesetzlichen Krankenversicherung. Da es sich jedoch um die Richtlinie zur Verordnung der SAPV durch die Vertrags- bzw. Krankenhausärzte handelt und damit auf die Verordner und Anwender vor Ort (SAPV-Teams) ausgerichtet ist, sollte es nach Auffassung des bpa beim ursprünglichen Begriff „Patientin/Patient“ bleiben. Ein Mehrwert über die Begrifflichkeit „Versicherte/r“ lässt sich nicht erkennen und wird auch in den Tragenden Gründen nicht näher begründet, außer mit dem Verweis auf die redaktionelle leistungsrechtliche Anpassung, dies wird der vulnerablen Patientengruppe fachlich nicht gerecht.	Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da der Begriff „Versicherte“ mit Blick auf die Konkretisierung von Leistungsansprüchen sachgerecht ist.	Keine Änderung.
11.	bpa	Die Anpassung der Formulierung „vertraute Personen“ in „Angehörige und Zugehörige“ ist folgerichtig. Der Begriff der An- und Zugehörigen hat sich in den Vertragswerken, Vereinbarungen und Strategien auf Bundes- und Länderebene allgemein durchgesetzt und bildet das soziale Umfeld der Betroffenen ab.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
12.	DBfK	Zu Absatz 1: Der DBfK begrüßt die Ergänzung „unter Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen.“ Dort, wo An- und Zugehörige im Versorgungsalltag zugegen sein können, sind diese Beteiligte und Impulsgeber in der Versorgung des Betroffenen und geben den Gesundheitsfachberufe Information und Unterstützung. Ebenso begrüßt der DBfK das präzise Benennen der primären Zielsetzung in „palliativmedizinische und palliativpflegerische“ Versorgung.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
13.	DBfK	Zu Absatz 5: Der DBfK regt an, die Klammer für den Vorschlag der PatV im ersten Satz um folgende Adjektive zu ergänzen: [PatV : (insbesondere die physischen, psychischen, sozialen, pflegerischen, spirituellen und kulturellen)] zu ergänzen, wenn es zur Erweiterung kommt. Sowohl an die fachpflegerische Versorgung als auch in Hinsicht auf Glauben und Spiritualität haben Menschen im Sterbeprozess sehr individuelle Bedürfnisse und Wünsche.	<p>PatV Zustimmende Kenntnisnahme. Der Vorschlag wird wie folgt übernommen: „(insbesondere die physischen, psychischen, sozialen, pflegerischen und spirituellen und kulturellen)“. Das Wort „insbesondere“ schließt weitere individuelle Bedürfnisse nicht aus. Die individuellen Bedürfnisse (insbesondere die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen) betonen den interdisziplinären Ansatz der Palliativversorgung. Die Anpassung erfolgt entsprechend der Definition der Palliative Care der WHO⁴ und European Association for Palliative Care (EAPC) und der S3-Leitlinie der Palliativmedizin.</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG Die Formulierung in der SAPV-RL, wonach die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Versicherten sowie die Belange ihrer An- und Zugehörigen im Mittelpunkt der Versorgung stehen, ist bereits eine umfassende Regelung ohne einschränkende Nennungen von Kategorien. Die Formulierung in § 1 Absatz 5 der SAPV-RL impliziert auch Wünsche und Bedürfnisse im Hinblick auf psychische, physische, soziale und kulturelle Aspekte.</p>	<p>Änderung wie nebenstehend.</p> <p>Keine Änderung.</p>
14.	DPR	Zu Absatz 1 a) aa): Der DPR unterstützt den Änderungsvorschlag bzgl. Der Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen. Die Änderung trägt zur Konkretisierung der familiären Umgebung bei.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
15.	DPR	Zu Absatz 4 c): Der DPR unterstützt das Einfügen der Jugendlichen. Durch die Änderungen sind Kinder und Jugendliche nunmehr in ausreichendem Maße berücksichtigt.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
16.	DPR	Zu Absatz 5 d): Der DPR unterstützt den Änderungsvorschlag der PatV. Die Konkretisierung der „Wünsche“ erleichtert ihre Einschätzung und Umsetzung durch die Leistungserbringer*innen.	Siehe lfd. Nummer 13.	Siehe lfd. Nr. 13.

⁴ https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
17.	DPR	Zu Absatz 5 e): Der DPR unterstützt das Einfügen der „vertrauten Personen“. Die Präzisierung der „vertrauten Personen“ stellt klar, dass es sich dabei sowohl um verwandte als auch um nicht verwandte Personen handeln kann.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Bei der geplanten Änderung werden die Wörter „vertraute Personen“ durch die Wörter „Angehörige und Zugehörige“ ersetzt, da es sich grundsätzlich bei An- und Zugehörigen um vertraute Personen des in der Versorgung schwerstkranker Menschen handelt.	Keine Änderung.
18.	DGP	(1) ...Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische palliativmedizinische und palliativpflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Bitte ändern in: ...Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die Teamkomplexleistung des SAPV-Teams, mit dem Ziel , Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Um SAPV zur ausreichenden Wirkung zu bringen, ist eine Teamkomplexleistung erforderlich, die nicht trennbar zwischen medizinischen und pflegerischen Leistungen ist. Nur durch engstes interprofessionelles Zusammenspiel gelingt auch die Linderung von multimodalen und sehr komplexen Symptomen auf körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene	Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da der Begriff „Teamkomplexleistung“ nicht definiert ist und die Zielsetzung des Satz 2 ist, dass der palliative Ansatz im Vordergrund steht und ausreichend klar ist. Zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer wird auf den § 5 der SAPV-RL verwiesen.	Keine Änderung.
19.	DGP	Zu Absatz 5: Die DGP unterstützt die Anmerkungen der PatV Leiden spielen sich meist auf allen vier verschiedenen Ebenen des Menschen ab, so müssen auch die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen sowie ihrer An- und Zugehörigen auf allen Ebenen in den Mittelpunkt gestellt werden	Siehe lfd. Nummer 13.	Siehe lfd. Nr. 13.
20.	Caritas	Zu Absatz 1: Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Erweiterung des Begriffs der Angehörigen um die „Zugehörigen“ im 1. Satz und im Folgenden im ganzen Dokument. Die Änderung entspricht dem allgemeinen Sprachgebrauch in der Hospiz- und Palliativversorgung. Sie berücksichtigt zudem die unterschiedlichen Konstellationen, in denen schwer kranke Menschen über die Familie hinaus ggf. von ihnen nahestehenden Menschen unterstützt werden.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
21.	Caritas	Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes fehlt eine Ergänzung der Leistungen der SAPV um die von Fachkräften erbrachte psychosoziale Dimension. Insofern sollte insbesondere in § 1 Abs. 1 neben der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen auch die psychosozialen Leistungen aufgenommen werden. Dies könnte erreicht werden, indem die Begriffe „medizinisch-pflegerisch“ nicht wie vorgeschlagen durch die Begriffe „palliativ-medizinisch und palliativ-pflegerisch“ ersetzt werden, sondern durch die Begriffe „ palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische und psycho-soziale “. In allen drei Modellprojekten wurde betont, dass eine gute der Kommunikation und das Gefühl, auch in Krisen sicher versorgt zu sein, für die begleiteten Versicherten und ihre An- und Zugehörigen eine große	PatV Kenntnisnahme. GKV-SV, DKG, KBV Die SAPV hat eine medizinisch-pflegerische Zielsetzung. Dies entspricht auch der nachfolgenden Gesetzesbegründung zum GKV-WSG: „Zur Verbesserung	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>Rolle in der Versorgung spielt. Daher sind auch in der S3-Leitlinie zur Palliativmedizin die von Fachkräften erbrachten psycho-sozialen Leistungen explizit aufgeführt. Im Krankenhaus und im stationären Hospiz sind psycho-soziale Leistungen durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte bereits selbstverständlicher Teil der palliativen Versorgung, und sollten es daher auch in der häuslichen Versorgung durch die SAPV sein. Die Einbindung psychosozialer Fachkräfte in die SAPV wird zudem bereits in vielen SAPV-Teams praktiziert und muss weiterhin möglich sein. Daher sollte neben den palliativen pflegerischen und medizinischen auch die psycho-sozialen Leistungen durch Fachkräfte explizit in die Richtlinien aufgenommen werden. Die vorgeschlagenen Begriffe beschreiben die Bemühungen aller an der palliativen Versorgung Beteiligten (aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge sowie ehrenamtlich Engagierten) und bilden damit den interdisziplinären Ansatz und die damit verbundenen Koordinationsaufgaben besser ab, als wenn nur die medizinischen und pflegerischen Aufgaben in der SAPV explizit benannt werden.</p>	<p><i> rung der ambulanten Versorgung erhalten die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung daher einen eigenständigen Anspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“. Bei der Leistung handelt es sich um eine Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen, die bei Bedarf auch rund um die Uhr erbracht werden kann (Einzelheiten der Anforderungen an die Leistungserbringer, vgl. die Neufassung des § 132d). Die Leistung ist primär medizinisch ausgerichtet und umfasst die Befreiung oder Linderung von Symptomen (z.B. Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Verwirrtheit und Depressionen). Der Leistungsanspruch umfasst auch die Koordinierung der einzelnen Teilleistungen. Darüber hinausgehende Begleitleistungen (z.B. Sterbebegleitung und Begleitung der Angehörigen) sind vom Leistungsanspruch nicht umfasst, sondern sind weiterhin ergänzend, z.B. von ambulanten Hospizdiensten, zu erbringen.“⁵ Dieser Diskussionsprozess lässt sich auch anhand der Beratungen im G-BA nachvollziehen. Bereits bei den Beratungen zur Erstfassung der SAPV-Richtlinie des G-BA wurde die Forderung einer psychosozialen Begleitung insbesondere durch eine 3. Berufsgruppe als Leistungsbestandteil der GKV gefordert. Der G-BA hat diese Forderungen zurückgewiesen und vor dem Hintergrund des gesetzlichen Wortlauts sowie der Gesetzesbegründung eine entsprechende Regelungskompetenz verneint. So hat der zuständige Unterausschuss des G-BA im Zuge der Auswertung der Stellungnahmen zur Erstfassung der SAPV-Richtlinie bereits 2007 u.a. wie folgt ausge-</i></p>	

⁵ Deutscher Bundestag. Drucksache 16/3100. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG, S. 105. verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/16/031/1603100.pdf>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p><i>führt: „Zu psychosozialer und spiritueller Unterstützung: Ausweitung auf nicht primär medizinische Begleitmaßnahmen ist ausweislich der Gesetzesbegründung nicht vorgesehen.“ (S. 36) „Nicht primär medizinisch ausgerichtete Begleitmaßnahmen sind keine Leistung der SAPV.“ (S. 114)⁶ Auch später wurde im Zusammenhang mit der regelmäßigen Berichterstattung des G-BA an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Zeitraum 2009 bis 2016 zur Evaluation der SAPV-RL die Forderung an den G-BA herangetragen, die psychosoziale Begleitung durch eine 3. Berufsgruppe als Regelleistung in die SAPV-RL aufzunehmen. Der G-BA hat in seinen regelmäßigen Berichten zur Umsetzung der SAPV-RL auf folgende Rechtssituation hingewiesen (s. Bericht des G-BA an das BMG über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2016, S. 40 ff.⁷) „Es besteht bei einem Teil der Befragten der Wunsch, psychosoziale/seelsorgersche Begleitung der Betroffenen einschl. Angehöriger stärker in der SAPV-RL zu berücksichtigen. Entsprechend der Begründung des Gesetzgebers zum § 37b SGB V handelt es sich bei der Leistung „um eine Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen, die bei Bedarf auch rund um die Uhr erbracht werden kann. Die Leistung ist primär medizinisch ausgerichtet und umfasst die Befreiung oder Linderung von Symptomen (z.B. Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Verwirrtheit und Depressionen). Der Leistungsanspruch umfasst auch die Koordinierung der einzelnen Teilleistungen. Darüberhinausgehende Be-</i></p>	

⁶ Tragende Gründe zu dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vom 20. Dezember 2007, verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-499/2007-12-20-SAPV-Erstfassung_TrG.pdf

⁷ Bericht des G-BA an das BMG über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2016, verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4474/Bericht-Evaluation-SAPV-2016.pdf>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p><i>gleitleis-tungen (z.B. Sterbebegleitung und Begleitung der Angehörigen) sind vom Leistungsanspruch nicht umfasst, sondern sind weiterhin ergänzend, z.B. von ambulanten Hospizdiensten, zu erbringen. [...] Eine Erweiterung des Leistungsanspruches der SAPV in Bezug auf die psychosoziale Betreuung - wie sie in den letzten Jahren der Befragung immer wieder angeregt wurde – um nicht primär medizinische bzw. pflegerische Begleitmaßnahmen, die über den vorgeannten Leistungsanspruch hinausgeht, ist ausweislich der gesetzlichen Regelung in § 37b SGB V und deren Begründung jedoch nicht vorgesehen. Somit ist auch keine Änderung der SAPV-RL in dieser Hinsicht möglich.“</i> Ungeachtet dieser Berichte und auch entsprechenden Forderungen von Seiten einiger Leistungserbringerorganisationen im Gesetzgebungsverfahren zum Hospiz- und Palliativgesetz – HPG vom 1. Dezember 2015 ist die gesetzliche Grundlage unverändert geblieben.</p>	
22.	Caritas	<p>Die Änderung der PatV in § 1 Abs. 5 wird unterstützt. Besser wäre es noch das Wort „kulturellen“, um das Wort „spirituellen“ zu ergänzen. Die von der PatV vorgeschlagenen Änderungen bilden die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Versicherten durch die explizite Benennung aller relevanten Dimensionen, in der diese beachtet werden sollen und die in der hospizlichen und palliativen Arbeit eine Rolle spielen, besser ab. Die vorgeschlagene Änderung ist daher zu begrüßen. Die Erweiterung der klassischen Dimensionen um die kulturell bedingten Wünsche und Bedürfnisse wird ebenfalls begrüßt, sollte jedoch um die spirituelle Dimension, entsprechend der WHO Definition von Palliative Care, ergänzt werden. Die spirituelle Dimension kann zwar in manchen Aspekten Teil der kulturellen Dimension sein, geht aber über die kulturelle Dimension als solches hinaus und ist für viele Menschen, gerade am Lebensende eine wichtige Dimension. Sie verdeutlicht die Wichtigkeit oft parallel stattfindender körperlicher, psychosozialer Veränderungen sowie Veränderungen spiritueller Haltungen in der letzten Lebensphase.</p>	Siehe lfd. Nummer 13.	Siehe lfd. Nr. 13.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
23.	BÄK	Die Kommentierungen zu § 1 Abs. 5 und § 7 SAPV-RL von GKV-SV, KBV und DKG werden von der Bundesärztekammer unterstützt.	GKV-SV, KBV, DKG Die Zustimmung zu den Ausführungen in den Tragenden Gründen wird zur Kenntnis genommen. PatV Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
24.	Diakonie	Zu Absatz 1: Die Diakonie begrüßt die Erweiterung des Begriffs der Angehörigen um die „Zugehörigen“ im 1. Satz. Aus Sicht der Diakonie fehlt eine Ergänzung der Leistungen der SAPV um die von Fachkräften erbrachte psychosoziale Dimension. Insofern sollte insbesondere in § 1 Abs. 1 neben der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen auch die psychosozialen Leistungen aufgenommen werden. Dies könnte erreicht werden indem die Worte „medizinisch-pflegerisch“ nicht wie vorgeschlagen durch „palliativ-medizinisch und palliativ-pflegerisch“ ersetzt werden sondern durch das Wort „ palliative “ oder durch die Wörter „ palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische und psychosoziale “. Die Erweiterung reflektiert die zunehmende Diversität unserer Gesellschaft und die sich daraus ergebenden Familienkonstellationen. Darüber hinaus entspricht es dem allgemeinen Sprachgebrauch u. a. im Hospiz- und Palliativbereich. In allen drei Modellprojekten wurde betont, dass eine gute Kommunikation und das Gefühl, auch in Krisen sicher versorgt zu sein für die begleiteten Versicherten und ihre An- und Zugehörigen eine große Rolle in der Versorgung spielt. Daher sind auch in der S3 Leitlinie zur Palliativmedizin die von Fachkräften erbrachten psychosoziale Leistungen explizit aufgeführt. Im Krankenhaus und im stationären Hospiz sind psychosoziale Leistungen durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte bereits selbstverständlicher Teil der palliativen Versorgung. Sie sollten es daher auch in der häuslichen Versorgung durch die SAPV sein. Die Einbindung psychosozialer Fachkräfte in die SAPV wird zudem bereits in vielen SAPV-Teams praktiziert und muss weiterhin möglich sein. Daher sollte neben den palliativen „pflegerischen“ und „medizinischen“ auch die „psychosozialen“ Leistungen durch Fachkräfte explizit in die SAPV-Richtlinie aufgenommen werden. Diese Formulierungen beschreiben die Bemühungen aller an der palliativen Versorgung Beteiligten (aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge sowie ehrenamtlich Engagierten) und verdeutlicht somit den interdisziplinären Ansatz und die damit verbundenen Koordinationsaufgaben.	Siehe lfd. Nummer 21.	Keine Änderung.
25.	Diakonie	Zu Absatz 5: Die Änderung der PatV in § 1 Abs. 5 wird unterstützt. Wünschenswert wäre das Wort „kulturellen“ um das Wort „spirituellen“ zu ergänzen: „ kulturellen/spirituellen “ Die vorgeschlagene Änderung ist zu begrüßen; sie verdeutlicht die Wichtigkeit in der palliativen Versorgung, die spezifischen Bedingungen gleichzeitiger körperlicher, psychosozialer Veränderungen sowie Veränderungen in spirituellen Haltungen in der letzten Lebensphase zu berücksichtigen (interdisziplinärer Ansatz). Wir schlagen allerdings vor das Wort „kulturellen“ um das Wort „spirituellen“ („kulturellen/spirituellen“), entsprechend der WHO Definition von Palliative Care zu ergänzen.	Siehe lfd. Nummer 13.	Siehe lfd. Nr. 13.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
26.	Diakonie	Zu Absatz 6: Änderungsvorschlag: Die Formulierung von § 1 Abs. 6 „Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden.“ ist durch die Formulierung von § 5 Abs. 2 zu ersetzen: „ Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als Beratungsleistung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützende Teilversorgung, oder vollständige Versorgung erbracht werden. “ In der Vergangenheit haben die verschiedenen Begrifflichkeiten zu Verwirrungen und Interpretationsfragen beigetragen. Eine einheitliche Sprachregelung in der gesamten SAPV-Richtlinie würde zu einer besseren Verständlichkeit und Klarheit beitragen.	Kenntnisnahme. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da die Formulierung nicht zur Klarstellung beiträgt.	Keine Änderung.
27.	DHPV	Zu Absatz 1: Die Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen ist für die Versorgung der Patient*innen von besonderer Bedeutung. Der Ergänzung wird insofern zugestimmt.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
28.	DHPV	Zu Absatz 3: Vorschlag: In voll- und teilstationären Hospizen besteht ein Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV... In § 37b Abs. 1 S. 4 SGB V wird klargestellt, dass Versicherte in stationären Hospizen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung haben. Zwar werden voll- und teilstationäre Hospize bereits grundsätzlich von § 72 Abs. 1 SGB XI i.V.m. § 39a Abs. 1 SGB V erfasst. Da sich Tageshospize jedoch erst vermehrt in Deutschland etablieren, sollte hier eine entsprechende Klarstellung erfolgen.	Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da die Regelung nicht Gegenstand des Beratungsverfahrens war. Zudem wird der im Gesetz verankerte Begriff verwendet (§ 37b Absatz 1 Satz 4 SGB V).	Keine Änderung.
29.	DHPV	Zu Absatz 5: Dem Vorschlag der PatV wird zugestimmt. Bei sterbenden Menschen geht es nicht nur um die Linderung körperlicher Schmerzen; der Schmerz ist umfassend und beinhaltet neben der physischen, eine psychische, soziale und spirituelle Dimension („Total Pain“). Die WHO definiert Palliative Care auch in diesem Sinne (2002): „Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ Vor diesem Hintergrund begrüßt der DHPV die Präzisierung der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Wünschen des Patienten und seiner Angehörigen und Zugehörigen.	Siehe lfd. Nummer 13.	Siehe lfd. Nr. 13.
30.	DHPV	Zu Absatz 6: Vorschlag: Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige alleinige Beratungsleistung, Koordinationsleistung , additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung Patientenbetreuung Versorgung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt. Die Formulierung orientiert sich an dem Muster 63 zur Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung und entspricht auch der zukünftigen Regelung im BRV.	Kenntnisnahme. Die Regelung war nicht Gegenstand des Beratungsverfahrens.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
31.	BAG-SAPV	Zu Absatz 1: Der Formulierung: „... unter Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen...“ stimmen wir zu. Die Einbindung (unter Zustimmung des Betroffenen) hat eine hohe Bedeutung in der SAPV.	Kenntnisnahme der Zustimmung.	Keine Änderung.
32.	BAG-SAPV	Zu Absatz 2: SAPV kann in der gewohnten häuslichen Umgebung erbracht werden. Die Einschränkung auf den eigenen Haushalt oder den Haushalt von Familienangehörigen wird den möglichen Konstellationen in der Versorgungsrealität nicht gerecht. Dies gerade auch, wenn sowohl An- als auch Zugehörige mit in die Versorgung eingezogen werden sollen. Weitere Einrichtungen sollten, gerade auch im Hinblick auf z.B. die Schulpflicht von Kindern und Jugendlichen, weitere Einrichtungen ergänzt werden	Kenntnisnahme. Die Regelung war nicht Gegenstand des Beratungsverfahrens.	Keine Änderung.
33.	BAG-SAPV	Zu Absatz 2: Betroffene, die zeitweise in Tageshospizen oder palliative Tageskliniken versorgt werden, haben einen Leistungsanspruch auf alle Stufen/Leistungen der SAPV zu den Zeiten, in denen sie sich nicht in den o.g. Einrichtungen befinden. Die Versorgungslandschaft der Hospizarbeit und Palliativversorgung wird durch die genannten neuen Versorgungsformen ergänzt. Je nach Bedarf befinden sich Palliativpatient:innen lediglich zeitweise (z.B. vereinzelte Tage) in Tageshospizen oder palliative Tageskliniken und werden dann wieder in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung versorgt. Da die genannten Betreuungsformen häufig nur punktuell (für einige Stunden oder Tage) die Versorgung ergänzen, wäre der Wegfall eines Leistungsanspruches auf alle Stufen der SAPV kontraproduktiv.	Kenntnisnahme. Die Regelung war nicht Gegenstand des Beratungsverfahrens. Im Übrigen wird auf die lfd. Nummer 28 verwiesen.	Keine Änderung.
34.	BAG-SAPV	Zu Absatz 3: ... besteht ein Anspruch auf Teilleistungen in Form der ärztlichen Versorgungsanteile des Palliative-Care Teams im Rahmen der SAPV, wenn die ärztliche Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund des besonders aufwändigen Versorgungsbedarfs (siehe §4) nicht ausreicht. Die Teilleistung wurde so definiert, dass lediglich die palliativärztlichen Anteile im stationären Hospiz anfallen, da die palliativpflegerischen Anteile durch die Mitarbeitenden im stationären Hospiz bereits vorgehalten werden. Die Leistungserbringung der ärztlichen Anteile beschränken sich jedoch nicht nur auf Hausbesuche. Dies würde der Versorgungsrealität nicht gerecht werden, da die anderen Aufwände (z.B. Rufbereitschaft) ebenfalls anfallen.	Kenntnisnahme. Die Regelung zu § 1 Absatz 3 SAPV-RL war nicht Gegenstand des Beratungsverfahrens.	Keine Änderung.
35.	BAG-SAPV	Zu Absatz 4: „Den Belangen von Kindern und Jugendlichen <u>sowie deren An- und Zugehörigen</u> ist Rechnung zu tragen“ Wie die Ergebnisse des ELSAH Projektes belegen, unterscheidet sich die SAPV von Erwachsenen deutlich von der SAPV für Kinder und Jugendliche. Diesem Sachverhalt trägt auch der Gesetzgeber im §132d SGBV Rechnung. Die Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen in der SAPV für Kinder und Jugendliche steht allein schon durch die Stellvertreterrolle bzw. Elternrolle unter anderen Gesichtspunkten. Die BAG-SAPV empfiehlt dies entsprechend der Ergänzung zum Ausdruck zu bringen.	Kenntnisnahme. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da sich die Leistungsansprüche auf Kinder und Jugendliche beziehen und nicht auf deren An- und Zugehörigen.	Keine Änderung.
36.	BAG-SAPV	Zu Absatz 5: Dem Vorschlag der PatV wird zugestimmt. Die Präzisierung wird von der BAG-SAPV begrüßt, da diese Formulierung den komplexen Versorgungsbedarf der Betroffenen abbildet. Symptomkontrolle	Siehe lfd. Nummer 13.	Siehe lfd. Nr. 13.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		bezieht sich nicht nur auf körperliche Symptomatik (siehe auch Definition der WHO zu Palliative Care, Total Pain Konzept und Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung). Schmerz z.B. beinhaltet sowohl eine physische, psychische, soziale und spirituelle Dimension (Total Pain).		
37.	BAG-SAPV	Zu Absatz 6: ... Sie kann als alleinige Beratungsleistung, Koordinationsleistung , additiv unterstützende Teil- oder vollständige Versorgung erbracht werden. Die Formulierung orientiert sich an der SAPV Verordnung (Muster 63) und den zukünftigen Regelungen in den Bundesrahmenverträgen. Die Formulierung „Patientenbetreuung“ lehnt die BAG-SAPV ab. Der Begriff „Betreuung“ wird im Rahmen der Gesetzlichen Betreuung und der Betreuung von Pflegebedürftigen in einem völlig anderen Kontext benutzt. Die Begrifflichkeit „Patientenbetreuung“ wird der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Krankenbehandlung, insbesondere mit diesem Hintergrund, nicht gerecht.	Kenntnisnahme. Die Regelung war nicht Gegenstand des Beratungsverfahrens.	Keine Änderung.

B-4.3 Zu den Änderungen in § 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
38.	BAG-SAPV	..., die nach den palliativ medizinischen und palliativ pflegerischen Erfordernissen... Die BAG-SAPV schlägt diese Ergänzung vor, um mit diesem Zusatz die Abgrenzung zu anderen Sozialleistungen (z.B. SGB XI) zu verdeutlichen.	Kenntnisnahme. Der Anregung aus der Stellungnahme wird wie vorgeschlagen gefolgt.	Änderung in § 2.

B-4.4 Zu den Änderungen in § 3

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
39.	bpa	Zu a) In Satz 1 wird das Wort „Betreuung“ durch das Wort „Begleitung“ ersetzt. Die Begrifflichkeit „psychosoziale Begleitung“ hat sich etabliert und wird in den Vertragswerken zur Hospiz- und Palliativversorgung als gängige Formulierung genutzt. Die dahingehende Angleichung der SAPV-RL ist deshalb sach- und zeitgemäß.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
40.	bpa	Zu b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Kindern“ die Wörter „und Jugendlichen“ eingefügt. Vgl. Ausführungen oben.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
41.	DPR	Zu Absatz 3 Satz 1: Der DPR schlägt vor, nach „Lebensqualität sowie die“ die Worte „ pflegerische und “ einzufügen. Bei der Anforderung an die Erkrankung steht nicht nur die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung, sondern auch die pflegerische.	PatV Kenntnisnahme; keine Änderung GKV-SV, KBV, DKG Kenntnisnahme. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da durch Absatz 3 Satz 1 der SAPV-RL eine weit fortgeschrittene Erkrankung im Sinne der SAPV beschrieben werden soll. Die Ergänzung „pflegerische Betreuung“ trägt diesem Ansinnen nicht Rechnung, da nicht jede pflegerische Versorgung auf eine palliative Situation zurückzuführen ist.	Keine Änderung.
42.	Caritas	Zu Absatz 3 Satz 1: Die Änderung des Wortes „Betreuung“ wird begrüßt. Der Deutsche Caritasverband hält die Ersetzung des Wortes „Betreuung“ durch das Wort „Begleitung“ jedoch für nicht ausreichend. Aus unserer Sicht sollte es durch die Worte „Beratung und Begleitung“ ersetzt werden. Die Ergänzung der Worte „Begleitung und Beratung“ verdeutlicht, dass die psychosoziale Unterstützung sowohl von Versicherten aber auch von An- und Zugehörigen in der Palliativversorgung eine entscheidende Rolle spielt. Beispielweise können im Rahmen der Palliativversorgung folgende Beratungen für Versicherte und ihre An- und Zugehörigen erforderlich sein: <ul style="list-style-type: none"> - bei der Erstellung eines Krisenplanes - bei familiären Konfliktsituationen - bei der Klärung von Sinn- und Glaubensfragen - zur Klärung von sozialen und sozialrechtlichen Fragen - zu Fragen zur Kranken- und Pflegeversicherung, - zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten 	Kenntnisnahme. Der Begriff „Begleitung“ umfasst die wesentlichen Inhalte.	Keine Änderung.
43.	Caritas	Zu Absatz 3 Satz 2: Die Erweiterung um „Jugendliche“ wird begrüßt. Durch diese Erweiterung finden die speziellen Belange von Jugendlichen eine explizite Berücksichtigung.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
44.	Diakonie	Absatz 3 Satz 1: Die Änderung des Wortes „Betreuung“ wird begrüßt. Die Diakonie hält die Ersetzung des Wortes „Betreuung“ durch das Wort „Begleitung“ jedoch für nicht ausreichend. Aus Sicht der Diakonie sollte es durch die Worte „ Beratung und Begleitung “ ersetzt werden. Die Ergänzung des Wortes „Beratung“ verdeutlicht, dass die psychosoziale Unterstützung sowohl von Versicherten aber auch von An- und Zugehörigen in der Palliativversorgung eine entscheidende Rolle spielt. Beispielweise können im Rahmen der Palliativversorgung folgende Beratungen erforderlich sein. Beratungen: <ul style="list-style-type: none"> - zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten, 	Kenntnisnahme. Siehe lfd. Nummer 42.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<ul style="list-style-type: none"> - bei der Erstellung eines Krisenplanes - bei sozialrechtlichen Fragen zur Kranken- und Pflegeversicherungen, - bei familiären Konfliktsituationen und - bei der Klärung von Sinn- und Glaubensfragen 		
45.	Diakonie	Zu Absatz 3 Satz 2: Die Erweiterung um „Jugendliche“ wird begrüßt. Durch diese Erweiterung finden die speziellen Belange von Jugendlichen eine explizite Berücksichtigung.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
46.	DHPV	Zu Absatz 3: Der Vorschlag, die Begriffe „psychosoziale Betreuung“ in „psychosoziale Begleitung“ abzuändern, wird abgelehnt. Psychosoziale Betreuung umfasst mehr als nur die psychosoziale Begleitung, die im Wesentlichen in qualifizierter ehrenamtlicher Sterbebegleitung und deren Koordination besteht. Psychosoziale Betreuung umfasst insbesondere auch entsprechende Maßnahmen von qualifizierten Fachkräften. In der SAPV-Richtlinie wird diesen Maßnahmen in den Inhalten der SAPV gemäß § 5 Abs. 3 Rechnung getragen.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im Übrigen wird auf die Ausführungen in den Tragenden Gründen verwiesen.	Keine Änderung.
47.	BAG-SAPV	Zu Absatz 3: Die BAG-SAPV lehnt den Vorschlag, die Begriffe „psychosoziale Betreuung“ in „psychosoziale Begleitung“ abzuändern, ab. Wie schlagen folgende Formulierung vor: „...Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die Verbesserung von psychosozialen Belastungen in Vordergrund ...“ Psychosoziale Krisen stehen im Zusammenhang mit emotional bedeutsamen Ereignissen oder bedeutsamen Veränderungen der Lebensumstände. Es handelt sich um Situationen, die die Bewältigungsmöglichkeiten der Patienten und seiner Angehörigen und Zugehörigen zu diesem Zeitpunkt übersteigen und Schmerzen und andere Symptome verstärken oder gar erst auslösen können. Die psychosozialen Aspekte sind daher Teil des Behandlungskonzeptes.	Kenntnisnahme. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da die bisherige Formulierung ausreichend ist. Im Übrigen wird auf die Ausführungen in den Tragenden Gründen verwiesen.	Keine Änderung.

B-4.5 Zu den Änderungen in § 5

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
48.	bpa	Zu a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt und werden nach dem Wort „Angehörigen“ die Wörter „und Zugehörigen“ eingefügt. Zu b) Absatz 3 wird wie folgt geändert: aa) In Spiegelstrich 7 wird das Wort „Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt. bb) In Spiegelstrich 8 wird das Wort „Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt und werden nach dem Wort „Angehörigen“ die Wörter „und Zugehörigen“ eingefügt. Vgl. Ausführungen oben.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
49.	DBfK	Bitte den redaktionellen Fehler der doppelten Überschrift berichtigen. Die Zusammenarbeit wird in § 6 geregelt. In § 5 soll es um Inhalt und Umfang der SAPV gehen.	Der redaktionelle Hinweis zum Auszug der SAPV-RL zum Stellungnahmeverfahren wird zur Kenntnis genommen. In der SAPV-RL selbst, verfügbar unter https://www.g-ba.de/richtlinien/64/ , sind die Paragraphen korrekt bezeichnet.	Keine Änderung.
50.	DBfK	Zu Absatz 2: Der DBfK regt an, an den letzten Satz folgende Ergänzung anzufügen: Die Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland sind zu berücksichtigen.	Kenntnisnahme; der G-BA verweist auf den gesetzgeberischen Auftrag.	Keine Änderung.
51.	BfDI	Der Beschluss zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sieht in § 5 Abs. 1 Satz 2 eine Kommunikation zwischen Leistungserbringern und An- bzw. Zugehörigen, in § 6 Abs. 1 Satz 1 zwischen Leistungserbringern und in § 7 Abs. 1 Satz 4 zwischen Krankenhaus- sowie Vertragsärzten vor. Im Zentrum der Kommunikation steht hierbei die palliative Versorgung der Versicherten. Dafür werden zwingend personenbezogenen Daten – insbesondere auch Gesundheitsdaten - der Versicherten ausgetauscht. Eine rechtmäßige Verarbeitung dieser Daten setzt mangels entsprechender gesetzlicher Regelungen eine ausdrückliche Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a), Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO voraus. Entsprechend der vom Gemeinsamen Bundesausschuss in entsprechenden Konstellationen geübten Formulierungspraxis sind die drei Regelungen, um das Erfordernis einer ausdrücklichen Einwilligung der Versicherten zur Verarbeitung ihrer (Gesundheits-)Daten zu ergänzen.	Kenntnisnahme. Das Erfordernis der Einhaltung aller einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorschriften ergibt sich bereits aus deren höherrangiger Stellung. Dies betrifft auch und gerade die Regelungen der DSGVO und des § 39 Absatz 1a Satz 14 SGB V, dessen Vorgaben zur Einwilligung im Rahmenvertrag Entlassmanagement gemäß § 39 Absatz 1a Satz 11 SGB V weiter ausgestaltet werden. Auch in ähnlich gelagerten Regelungen des G-BA, insbesondere zum Entlassmanagement, finden sich vor diesem Hintergrund in der Regel keine deklaratorischen Aussagen zum Erfordernis der Einwilligung.	Keine Änderung.
52.	DPR	Austausch des Titels Der Titel „Zusammenarbeit der Leistungserbringer“ gehört zu § 6. Der Titel zu § 5 lautet: „Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“.	Siehe lfd. Nummer 49.	Keine Änderung.
53.	DPR	Zu Absatz 2 Satz 4: Der DPR schlägt vor folgenden Satz anzufügen: “Die Handlungsempfehlungen der Nationalen Strategie der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland sind zu berücksichtigen“ . Die Einbeziehung der inhaltlichen Arbeit trägt dazu bei, die Versorgung der Patient*innen zu verbessern.	Siehe lfd. Nummer 50.	Keine Änderung.
54.	DHPV	Mit den redaktionellen Änderungen ist der DHPV einverstanden.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
55.	BAG-SAPV	Zu Absatz 2: SAPV wird ausschließlich [...] und ggf. der stationären Hospize, organisiert sind (Palliativ-Care-Teams). Die ganzheitliche Behandlung von Palliativpatienten wird international als Palliative-Care definiert. Der Begriff „Palliative-Care-Team wurde auch im Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses gem. §91 Abs. 4 SGB V vom 20. Dezember 2007 angemerkt. Auch die S3 Leitlinie Palliativmedizin beschreibt die SAPV-Teamarbeit. Die BAG-SAPV empfiehlt den Begriff des „Teams“ in der Richtlinie zu ergänzen, was auch zukünftigen Regelungen in den Bundesrahmenverträgen entsprechen wird.	Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da die Struktur eines SAPV-Teams im Rahmen des gesetzgeberischen Auftrags ausreichend beschrieben ist. Die weiteren Einzelheiten werden durch die Vertragspartner nach § 132d Absatz 1 SGB V bestimmt.	Keine Änderung.
56.	BAG-SAPV	Zu Absatz 2 Satz 2: zweiter Teilsatz „... soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Absatz 4 und Absatz 5) ...“ Würde als nähere Erklärung zu dem Satz in § 5 Absatz 2 nur der in Klammern gestellte § 1 Absatz 4 alleinig genannt werden, ergebe sich aus Sicht der BAG-SAPV keine Sinnhaftigkeit. Mit der Verbindung zu § 1 Absatz 5 wird klar, welche Versorgungsangebote gemeint sind.	Kenntnisnahme. Korrektur des Verweisfehlers in § 5 Absatz 2 Satz 2 durch Verweis auf § 1 Absatz 6: „[...] soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Absatz 4) [...]“	Änderung wie nebenstehend.
57.	BAG-SAPV	Die BAG-SAPV stimmt den übrigen redaktionellen Anpassungen zu.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.

B-4.6 Zu den Änderungen in § 6

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
58.	bpa	In Absatz 1 Satz 3: werden die Wörter „der Patientin oder des Patienten“ durch die Wörter „der Versicherten oder des Versicherten“ ersetzt. Vgl. Ausführungen oben.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
59.	BfDI	[siehe Stellungnahme des BfDI zu lfd. Nummer 51.]		
60.	DHPV	Mit den redaktionellen Änderungen ist der DHPV einverstanden.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
61.	BAG-SAPV	Zu Absatz 1: Die BAG-SAPV schlägt folgende Formulierung vor: „Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die an der Versorgung des Versicherten beteiligten Leistungserbringer anderer Sozialleistungen die erforderlichen Maßnahmen ...“ Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer bezieht sich auf die bedarfsgerechte Abstimmung der Versorgung und Krankenbehandlung des Versicherten und der damit verbundenen Versorgungscoordination. Hierunter ist nicht die Koordination des SAPV Leistungs-	Kenntnisnahme.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		erbringers Palliative-Care Team zu verstehen, sondern die gesamte Versorgungskoordination und Abstimmung mit Beteiligten (nicht Teammitglieder des SAPV-Teams) und die Sozialleistungen außerhalb der SAPV erbringen. Den übrigen redaktionellen Anpassungen im §6 stimmt die BAG-SAPV zu.		

B-4.7 Zu den Änderungen in § 7

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
62.	bpa	Zu a) In Satz 2 werden die Wörter „Patientin oder Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt. Vgl. Ausführungen oben.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
63.	bpa	Zu b) In Satz 3 werden die Wörter „einer Patientin oder eines Patienten“ durch die Wörter „einer Versicherten oder eines Versicherten“ ersetzt und nach dem Wort „Krankenhausarzt“ die Wörter „wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt“ eingefügt. (Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt die Verordnung ausstellen, in der Regel jedoch längstens für 7 Tage). Vgl. Ausführungen oben. Die Einfügung ist aus Sicht des bpa nicht eindeutig. Zum einen kann diese als Gleichstellung der Krankenhausärzte mit den Vertragsärzten verstanden werden und zum anderen als Alternativregelung, dass entweder die Krankenhausärzte die Verordnung der SAPV im Rahmen des Entlassmanagements vornehmen oder aber die Vertragsärzte dafür zuständig sind. Vor diesem Hintergrund befürworten wir die Beibehaltung der ursprünglichen Formulierung, die eindeutig regelt, dass die Verordnung – sofern sie im Rahmen des Entlassmanagements erfolgt – durch die Krankenhausärztin/den Krankenhausarzt ausgestellt wird.	Kenntnisnahme. Die Verordnung von ambulanten Leistungen ist grundsätzlich der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt vorbehalten. Im Rahmen des Entlassmanagements wird diese Möglichkeit den Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten eröffnet.	Keine Änderung.
64.	bpa	Zu c) Folgender Satz wird [PatV: Folgende Sätze werden] angefügt: „Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die getätigte Verordnung so rechtzeitig zu informieren, dass das Ziel einer nahtlosen Anschlussversorgung ermöglicht wird.“ Der bpa teilt das Anliegen der Patientenvertretung, eine nahtlose Anschlussversorgung sicherzustellen. Die rechtzeitige Information an die behandelnde Vertragsärztin / den behandelnden Vertragsarzt ist dazu sachgerecht.	Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
65.	bpa	Zu: [PatV: Die Sätze 3 und 4 gelten entsprechend für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sowie für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach §	Kenntnisnahme.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		40 Absatz 2 und § 41 SGB V.]“ Aus Sicht des bpa bedarf es dieser Ergänzung nicht, da eine Verordnung aus den genannten Einrichtungen heraus nicht der Regelfall sein dürfte und – sofern die Fallkonstellationen im Einzelfall vorliegen sollten – ein behandelnder Arzt, den Versicherten eingewiesen / den Aufenthalt befürwortet hat, der im Anschluss daran auch die SAPV-Verordnung ausstellen kann.		
66.	DBfK	Zu Absatz 1: Der DBfK befürwortet die fachliche Präzisierung des Vorschlages der Patientenvertretung für die Sätze 3 und 4.	<p>PatV Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG Eine Verordnung von SAPV im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation ist nicht sachgerecht, da Versicherte mit einem SAPV-Anspruch nicht die Voraussetzungen einer medizinischen Rehabilitation nach § 7 Reha-RL erfüllen. Nach § 2 SAPV-RL besteht Anspruch auf SAPV nur, wenn der Versicherte an einer nicht heilbaren, fortgeschrittenen und soweit fortschreitenden Erkrankung leidet, dass dadurch ihre oder seine Lebenserwartung begrenzt ist und ein besonders hoher Versorgungsbedarf besteht. Diese Versicherten befinden sich in der Regel nicht in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation. Im Unterschied zu den anderen veranlassten Leistungen sind die Regelungen zum Entlassmanagement im Rahmen der SAPV auf der Grundlage des § 39 Absatz 1a Satz 6 SGB V geregelt. Andere veranlasste Leistungen, in denen konkrete Regelungen zum Entlassmanagement durch den G-BA gefasst wurden, werden auf der Grundlage des § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V verordnet. Die SAPV wurde jedoch gerade nicht unter § 39 Absatz 1a Satz 8 erfasst, sondern getrennt davon adressiert, um eine unkomplizierte unbürokratische Anschlussversorgung zu ermöglichen.</p>	Keine Änderung.
67.	BfDI	[siehe Stellungnahme des BfDI zu lfd. Nummer 51.]		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
68.	DPR	Zu Absatz 1 c): Der DPR unterstützt die Position der PatV wonach auch Ärzt*innen aus Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation die SAPV verordnen können. Von der Möglichkeit die Verordnungsfähigkeit von SAPV im Rahmen des Entlassmanagements auch auf Rehabilitationsmediziner*innen auszuweiten, könnten Patient*innen mit schweren Erkrankungen (z. B. aus dem onkologischen Bereich) profitieren, bei denen eine medizinische Rehabilitation zur Verbesserung des Zustandes angezeigt ist oder wenn sich während der Rehabilitation der erwartete Erfolg nicht einstellt oder eine akute Verschlimmerung eintritt und nach der Entlassung eine SAPV-Versorgung erforderlich ist. Aus Sicht des DPR ist es zielführend, wenn die Rehabilitationsmediziner*innen über eine Verordnung bei der Entlassung aus der Rehabilitation direkt an die SAPV "überweisen" können und es damit in der weiteren Versorgung weder durch Unsicherheiten noch durch schwierige Antragswege zu Versorgungsbrüchen kommt.	Siehe lfd. Nummer 66.	Keine Änderung.
69.	DGP	Zu Absatz 1: Die DGP unterstützt die Ergänzung der PatV. Die Sätze 3 und 4 gelten entsprechend für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sowie für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V. SAPV muss aus verschiedenen Versorgungsformen, immer wenn ein Bedarf festgestellt wird, verordnungsfähig sein.	Siehe lfd. Nummer 66.	Keine Änderung.
70.	Caritas	Zu Absatz 1: Verbesserung des Entlassmanagements mit dem Ziel einer nahtlosen Anschlussversorgung. Die Änderungen sind zu begrüßen, da insbesondere die Anschlussversorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus für viele Versicherte und ihre An- und Zugehörigen eine große Belastung darstellt. Der Deutsche Caritasverband hält diese Regelungen jedoch für nicht ausreichend. Wir schlagen daher vor, den Anspruch auf ein palliatives Fallmanagement, das Patienten und ihre An- und Zugehörigen insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bei der Organisation der Anschlussversorgung unterstützt, in das Entlassmanagement zu implementieren. Viele kranke und sterbende Menschen machen in unserem stark segmentierten Gesundheits- und Pflegesystem die bedrohliche Erfahrung von Versorgungsbrüchen. Insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fühlen sich viele Betroffene und ihre An- und Zugehörigen, die schon durch die Verarbeitung der Diagnose oder der Erkrankung sehr belastet sind, mit der Organisation der Anschlussversorgung überfordert. Die meisten Menschen kennen sich im Gesundheits- und Pflegesystem nicht genügend aus und wissen nicht, wann, wo und bei wem sie für die Anschlussversorgung zu Hause die notwendige medizinisch-pflegerische Unterstützung, Heil- und Hilfsmittel zeitnah bekommen bzw. wie sie notwendige Termine koordinieren können. Deshalb halten wir einen Anspruch auf ein palliatives Fallmanagement für erforderlich.	Kenntnisnahme. Der G-BA hat ausschließlich die Aufgabe, die Verordnung von SAPV zu regeln.	Keine Änderung.
71.	BÄK	Die Kommentierungen zu § 1 Abs. 5 und § 7 SAPV-RL von GKV-SV, KBV und DKG werden von der Bundesärztekammer unterstützt.	GKV-SV, KBV, DKG Zustimmung wird zur Kenntnis genommen.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
			<p>PatV Kenntnisnahme.</p>	
72.	Diakonie	<p>Zu Absatz 1: Verbesserung des Entlassmanagements mit dem Ziel einer nahtlosen Anschlussversorgung. Die Änderungen sind zu begrüßen, da insbesondere die Anschlussversorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus für viele Versicherte und ihre An- und Zugehörigen eine große Belastung darstellt. Die Diakonie Deutschland hält diese Regelungen jedoch für nicht ausreichend. Wir schlagen daher vor, den Anspruch auf ein palliatives Fallmanagement, das Patienten und ihre An- und Zugehörigen insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bei der Organisation der Anschlussversorgung unterstützt, in das Entlassmanagement zu implementieren. Viele kranke und sterbende Menschen machen in unserem stark segmentierten Gesundheits- und Pflegesystem die bedrohliche Erfahrung von Versorgungsbrüchen. Insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fühlen sich viele Betroffene und ihre An- und Zugehörigen, die schon durch die Verarbeitung der Diagnose oder der Erkrankung sehr belastet sind, mit der Organisation der Anschlussversorgung überfordert. Die meisten Menschen kennen sich im Gesundheits- und Pflegesystem nicht genügend aus und wissen nicht, wann, wo und bei wem sie für die Anschlussversorgung zu Hause die notwendige medizinisch-pflegerische Unterstützung, Heil- und Hilfsmittel zeitnah bekommen bzw. wie sie notwendige Termine koordinieren können. Deshalb halten wir einen Anspruch auf ein palliatives Fallmanagement für erforderlich.</p>	Siehe lfd. Nummer 70.	Keine Änderung.
73.	DHPV	<p>Vorschlag: Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten einer Versicherten oder eines Versicherten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt die Verordnung ausstellen, in der Regel jedoch längstens für 7 21 Tage. In der Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbands nach § 282 SGB V (SAPV und stationäre Hospizversorgung) wird die Problematik der kurzen Verordnungsdauer durchaus gesehen: „Verordnungen, die von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten ausgestellt werden, gelten in der Regel jedoch längstens 7 Tage. Danach muss ggf. eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt eine Folgeverordnung ausstellen. Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass die Begrenzung auf 7 Tage zu kurz ist, etwa dann, wenn eine Palliativpatientin oder ein Palliativpatient mit einer Lebenserwartung von nur wenigen Tagen aus dem Krankenhaus entlassen wird und SAPV erhält. In diesen Fällen ist es kaum zumutbar, nach 7 Tagen – unter Umständen in der akuten Sterbephase – noch eine Anschlussverordnung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes einzuholen. In diesen Fällen in eine längere Verordnungsdauer durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt nachvollziehbar.“ Um die Versorgung des/der sterbenden Patient*in sicherzustellen und auch für die verordnenden Krankenhausärzt*innen Rechtssicherheit herzustellen, sollte § 7 entsprechend angepasst werden.</p>	<p>Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Aufgrund des Schreibens des BMG zur Erstfassung der SAPV-RL vom 20.12.2007 war in § 7 Absatz 1 der letzte Halbsatz wie folgt zu fassen: "in der Regel jedoch längstens für 7 Tage".</p> <p>Das BMG hat dies wie folgt begründet: „Grundsätzlich entspricht eine zeitliche Begrenzung der Verordnung der Intention des Gesetzes, die das Verordnungsrecht der Krankenhäuser als ein Element der nahtlosen Überleitung in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ansieht und nicht als Recht zur Dauerverordnung. Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass die Begrenzung auf 7 Tage zu kurz ist, etwa dann, wenn ein Palliativpatient mit einer Lebenserwartung von nur wenigen Tagen aus dem Krankenhaus entlassen wird</p>	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			und SAPV erhält. In diesen Fällen ist es kaum zu- mutbar, nach 7 Tagen - u.U. in der akuten Sterbe- phase - noch eine Anschlussverordnung eines Ver- tragsarztes einzuholen.“ Die Formulierung in der Richtlinie erlaubt folglich bereits eine längere Verordnungsdauer für SAPV im Rahmen des Entlassmanagements.	
74.	BAG-SAPV	Zu Absatz 1: Unterstützung der Anmerkung der PatV Rehabilitative Maßnahmen im Rahmen der Palliativversorgung verfolgen andere Zwecke, als dies im Rahmen der allgemeinen Rehabilitation der Fall ist. Ziel von palliativen Rehabilitationen sind z.B. Ver- besserung der Aktivität, der Lebensqualität, größere Unabhängigkeit und Selbstbestimmung.	Siehe lfd. Nummer 66.	Keine Änderung.
75.	BAG-SAPV	Zu Absatz 2 ...der die Leistungserbringung nach dem jeweiligen tagesaktuellen Versorgungsbedarf Rechnung zu tragen hat und Angaben zur Dauer der Verordnung enthält. Der Versorgungsbedarf der leistungsbe- rechtigten Betroffenen schwankt zum Teil sehr stark und zeitnah. Vor dem Hintergrund sollte allen Be- teiligten klar sein, dass es sich immer nur um die tagesaktuelle Einschätzung handeln kann.	Kenntnisnahme.	Keine Änderung.

B-4.8 Zu den Änderungen in § 8

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
76.	DHPV	Vorschlag: Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbrin- gung 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 gem. § 7 Abs. Absatz 2 spätestens an dem dritten vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Nähere re- geln die Vertragspartner nach § 132d SGB V. In der Praxis ist es häufig zeitlich nicht möglich, die Verord- nung an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorzulegen. Dies hängt z.B. auch damit zusammen, dass dem SAPV-Leistungserbringer die Verordnung nicht zeitnah überge- ben wird, so dass bereits aus diesem Grunde die ohnehin knapp bemessene Frist verkürzt wird. Der DHPV befürwortet daher, dass die Regelung der SAPV-Richtlinie entsprechend der Regelung in der HKP-Richtlinie angepasst wird.	Kenntnisnahme. Die Regelung war nicht Gegen- stand des Beratungsverfahrens.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
77.	BAG-SAPV	Vorlage der Verordnung „— wenn die Verordnung gem. §7 Abs. Absatz 2 spätestens am dritten vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitags, Feiertage ausgenommen) der Krankenkasse vorgelegt wird.“ Hier greifen die identischen Gründe, die bei der am 19.11.2021 geänderten HKP-RL zu einer Anpassung der Fristen von drei auf vier Tage geführt haben.	Kenntnisnahme. Die Regelung war nicht Gegenstand des Beratungsverfahrens.	Keine Änderung.

B-5 Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 6. Juli 2022 eingeladen worden.

B-5.1 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter www.g-ba.de). Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung vom 6. Juli 2022 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Dr. Leonie Mallmann	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)	Ulrike Döring	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)	Dr. med Ulrich Grabenhorst	nein	nein	nein	nein	nein	ja
Deutscher Caritasverband e.V.	Elisabeth Frischhut	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Diakonie Deutschland e.V.	Dr. Jutta Ataie	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	Michaela Hach	ja	ja	nein	ja	nein	nein

Im „Formblatt 1 zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte für Sachverständige und Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten“ wurden folgende 6 Fragen gestellt:

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller

von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahme wurde in einem stenografischen Wortprotokoll (Kapitel 9.9) festgehalten und in fachlicher Diskussion im UA VL gewürdigt. Der UA VL hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (siehe 1. Kapitel § 12 Absatz 3 Satz 4 Verfo).

B-5.2 Wortprotokoll der Anhörung vom 6. Juli 2022

Vorsitzende: Frau Dr. Lelgemann
Beginn: 10:30 Uhr
Ende: 10:49 Uhr
Ort: Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmende der Anhörung

Angemeldete Teilnehmende für den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa): Frau Dr. Leonie Mallmann

Angemeldete Teilnehmende für den Deutschen Pflegerat e. V. (DPR): Frau Ulrike Döring

Angemeldeter Teilnehmender für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP): Herr Dr. Ulrich Grabenhorst

Angemeldete Teilnehmende für den Deutschen Caritasverband e. V.: Frau Elisabeth Frischhut

Angemeldete Teilnehmende für die Diakonie Deutschland e. V.: Frau Jutta Attaie

Angemeldete Teilnehmende für die Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e. V. (BAG-SAPV): Frau Michaela Hach

Beginn der Anhörung: 10:30 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmenden sind der Videokonferenz beigetreten)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Einen schönen guten Morgen! Ich darf Sie alle zu unserer 31. Sitzung des Unterausschusses Veranlasste Leistungen in dieser Amtsperiode ganz herzlich begrüßen. Wir starten mit zwei mündlichen Anhörungen gemäß § 91 Absatz 9 SGB V. Unsere erste mündliche Anhörung bezieht sich auf unser Beratungsverfahren zur Überprüfung der SAPV-Richtlinie aufgrund von abgeschlossenen Projekten des Innovationsausschusses. Es waren drei Projekte – wir haben das zusammen beraten –, APVEL, SAVOIR und ELSAH.

Ich begrüße für den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste Frau Dr. Mallmann, für den Deutschen Pflegerat Frau Döring, für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Herrn Dr. Grabenhorst, für

den Deutschen Caritasverband Frau Frischhut, für die Diakonie Deutschland Frau Attai sowie für die Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung Frau Hach.

Ein paar Vorbemerkungen. Wir erzeugen von dieser Anhörung eine Aufzeichnung und hinterher ein Wortprotokoll. Ich gehe davon aus, dass Sie damit einverstanden sind. Außerdem danke ich Ihnen für Ihre Beteiligung am Stellungnahmeverfahren, insbesondere für die eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen und dass Sie heute für die mündliche Anhörung zugeschaltet sind. Ich kann Ihnen versichern, dass wir, wie es bei uns gut geübte Praxis ist, Ihre Stellungnahmen gelesen, ausgewertet und gewürdigt haben. Ich bitte Sie, sich heute auf wesentliche Aspekte in Ihrer Darstellung zu konzentrieren. Es ist nicht nötig, die gesamte Stellungnahme wiederzugeben. Wir müssen heute leider ein strenges Zeitmanagement führen. Für diese Anhörung haben wir 20 Minuten vorgesehen.

Somit legen wir sofort los. Ich beginne mit Frau Döring vom Deutschen Pflegerat. Frau Döring, Sie haben das Wort.

Frau Döring (DPR): Wir haben in unserer Stellungnahme die Änderungen weitgehend begrüßt und befürwortet. An einer Stelle gab es eine kleine Ergänzung. Das Einzige, wo wir ausführlicher Stellung genommen haben, ist in § 7 Absatz 1 Sätze 3 und 4. Die Einfügung der Möglichkeit von SAPV-Verordnungen im Entlassmanagement von Rehabilitationseinrichtungen ist strittig. Wir unterstützen die Ausführungen der Patientenvertreter, auch aus eigenen Erfahrungen. Es ist durchaus so, dass Menschen mit einer Erkrankung in die medizinische Rehabilitation kommen, weil man hofft, dadurch auf einen anderen Weg zu kommen, sich im Laufe der Rehabilitation aber herausstellt, dass das Ziel, das man vorher hatte, zu diesem Zeitpunkt noch nicht erreicht ist und eine SAPV-Verordnung nötig wäre. Wenn das Entlassmanagement der Rehabilitationseinrichtung SAPV nicht verordnen kann, ist es für die entsprechenden Versicherten und ihre Zugehörigen ein großer Aufwand, den SAPV-Weg hinterher einzuleiten, zu einem Zeitpunkt, wo sie sowieso unglaublich angespannt sind, weil sich die Situation so ergeben hat. Deshalb befürworten wir die Ergänzung, dass auch in Rehabilitationseinrichtungen beim Entlassmanagement SAPV verordnet werden kann. Das ist unser Punkt, den wir stark unterstützen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Döring, vielen Dank auch für die Fokussierung auf diesen wesentlichen Punkt. – Ich gebe das Wort weiter an die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Herrn Dr. Grabenhorst.

Herr Dr. Grabenhorst (DGP): Guten Morgen! Ich möchte mich auch fokussieren und darauf verweisen, dass wir den meisten Punkten zugestimmt haben. Eine Ergänzung wünschen wir in § 1, dass im Vordergrund statt der kurativen Behandlung die Teamkomplexleistung steht. Die Teamkomplexleistung ist das entscheidende Wirkprinzip. Es gibt reichlich Studien, dass das das Wirkprinzip der SAPV ist. In einer S3-Leitlinie ist das deutlich gemacht worden. Sogar im Begutachtungsleitfaden des MDK wird auf die Teamkomplexleistung hingewiesen; das sei das Entscheidende. Der Unterschied dazu ist die Verordnung von verschiedenen Leistungen, pflegerischen und ärztlichen, nebeneinander. In der SAPV ist die Teamleistung das Entscheidende. Deswegen würden wir das gerne in der SAPV-Richtlinie so vermerkt und festgehalten sehen. – Danke schön.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank Ihnen, vielen Dank auch für die Präzisierung Ihres entscheidenden Punktes. – Ich gebe weiter an den Deutschen Caritasverband, Frau Frischhut.

Frau Frischhut (Caritas): Unser wesentlicher Punkt sind die psychosozialen Leistungen, die bisher in den Richtlinien nicht auftauchen, die nicht so richtig benannt sind. In der SAPV spielt die psychosoziale Dimension wie überall in der palliativen Versorgung eine wichtige Rolle. Wir haben momentan große Probleme – wir verhandeln gerade den Rahmenvertrag für die SAPV –, psychosoziale Leistungen mit Fachkräften, wie sie in anderen Arbeitsfeldern der palliativen Arbeit selbstverständlich sind, hier verortet zu bekommen. Wir plädieren deshalb dafür, diese explizit aufzunehmen, bei den palliativmedizinischen, den palliativpflegerischen Leistungen zu ergänzen, dass es auch psychosoziale Leistungen durch Fachkräfte gibt.

Wir würden beim Entlassmanagement etwas mehr haben wollen, weil wir wissen, dass die Menschen, wenn sie nach Hause gehen, große Probleme haben, die Anschlussversorgung hinzubekommen. Wir denken, dass ein palliatives Fallmanagement durch das Krankenhaus eine wichtige Ergänzung wäre; die

Patienten müssten beim Übergang in die Häuslichkeit länger fachlich begleitet und unterstützt werden. – Das sind unsere beiden wesentlichen Punkte.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ganz herzlichen Dank. – Ich gebe weiter an Frau Attaie für die Diakonie Deutschland.

Frau Attaie (Diakonie): Vielen Dank. – Wir haben die redaktionellen Veränderungen sehr begrüßt, weil das dem gesellschaftlichen Ton und der kulturellen Vielfalt entspricht. Unsere beiden wesentlichen Punkte sind zum einen das, was der Deutsche Caritasverband gerade dargestellt hat: dass das Erbringen von psychosozialen Leistungen durch Fachkräfte in die Richtlinie explizit aufgenommen wird. ... [kurze Tonstörung] Es wäre auch im Sinne dessen, was Herr Grabenhorst dargestellt hat, dass es sich um eine Komplexleistung handelt, die von verschiedenen Fachkräften erbracht werden soll. Uns erschließt sich nicht so ganz, warum diese Leistungen in allen anderen Settings, wo Palliativleistungen erbracht werden, schon da sind, aber in der SAPV nicht so bedacht werden.

Unser zweiter Punkt betrifft das, was Frau Frischhut eben schon gebracht hat, das Entlassmanagement des Krankenhauses, dass eine bessere Anschlussversorgung möglich ist. – Das sind unsere beiden Punkte. Vielen Dank für die Möglichkeit, das vortragen zu dürfen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für die präzise Darstellung, gut, dass Sie da sind. – Dann würde ich an Frau Dr. Mallmann für den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste abgeben.

Frau Dr. Mallmann (bpa): Herzlichen Dank. – Die schriftliche Stellungnahme liegt Ihnen vor. Insofern möchte auch ich mich auf wesentliche Punkte beschränken. Die Vorredner haben schon einiges angemerkt. Ergänzend dazu wäre mir § 1 Absatz 1 wichtig, wo es um die Einbindung der An- und Zugehörigen geht, „unter Einbindung“ ist die Formulierung. Sie haben in den Tragenden Gründen dargelegt, dass es vor allen Dingen um Informationen geht, dass die Leistung auch bei den Patienten sichergestellt sein muss, für die keine An- oder Zugehörigen vor Ort vorhanden sind. Bei diesem Punkt ist mir wichtig, dass es nicht zu Missverständnissen kommt, dass „Einbindung“ nicht so verstanden wird, dass pflegerische Tätigkeiten und Ähnliches von den Angehörigen zu leisten wären. Sie haben es in den Tragenden Gründen dargestellt, aber die Formulierung als solche könnte mitunter zu Missverständnissen in der Praxis führen. – Das wäre für uns der wesentliche Punkt, den ich hier ergänzen möchte.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Dr. Mallmann. – Dann übergebe ich an Frau Hach, Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, bitte sehr.

Frau Hach (BAG-SAPV): Vielen Dank für das Wort und vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, mündlich Stellung zu nehmen. Auch ich möchte mich auf die wesentlichen Aspekte beschränken und zum einen den Aspekt der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und meiner Vorredner verstärken in der Klarstellung, dass SAPV eine Team- und Komplexleistung ist. Das haben wir in unserer Stellungnahme auch so mitgeteilt. Insbesondere müssten die psychosozialen Aspekte Teil des Behandlungsplans sein. So ist es in der Praxis und in der Versorgungswirklichkeit dargestellt.

Wir haben noch einen wichtigen Aspekt, wie wir finden, eingebracht. Das ist die Klarstellung in § 1 Absatz 2, wo SAPV erbracht wird. Es geht auch um Kinder und Jugendliche, die schulpflichtig sind und teilweise in unterschiedlichen Einrichtungen versorgt werden. Zum Beispiel können sie sich am Wochenende bei den Eltern befinden und unter der Woche in einer Versorgungseinrichtung. Wir haben den Vorschlag gemacht, das in „gewohnte häusliche Umgebung“ umzuwandeln. Wir bitten im Hinblick auf die weitere Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung, den Impuls über Tageshospize und palliative Tageskliniken aufzunehmen, weil die Versorgung in einem Tageshospiz oder einer palliativen Tagesklinik nicht vollständig erfolgt und dort keine 24-Stunden-Ruf- und -Einsatzbereitschaft gewährleistet werden kann.

Wir bitten, in § 1 Absatz 4 bei den Belangen von Kindern und Jugendlichen die An- und Zugehörigen wie zuvor aufzunehmen.

Bei der Prüfung der Leistungsansprüche würden wir darum bitten, die Anpassung der Frist von drei auf vier Tage, wie sie in der HKP-Richtlinie vorgenommen wurde, aufzunehmen; denn die Gründe sind identisch. – Vielen Dank.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Hach. – Gibt es weitere Anmerkungen aus dem Kreis der Stellungnehmenden? – Frau Frischhut.

Frau Frischhut (Caritas): Ich wollte noch etwas bekräftigen, was die Patientenvertreter eingebracht haben. Sie haben in § 1 Absatz 5 die vier Dimensionen der Hospizarbeit verdeutlicht, indem sie sie explizit aufgenommen haben. Wir würden es begrüßen, wenn das in diesem Sinne in diese Richtlinie aufgenommen würde. Die klassische vierte Dimension ist die spirituelle Dimension. Der Vorschlag der Patientenvertreter war: kulturelle Dimension. Wir würden die beiden Begriffe, kulturell und spirituell, als relevant ansehen. Wenn das aufgenommen wird, sollte „spirituell“ ergänzt werden.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Frischhut, für diese Ergänzung. – Gibt es weitere Wortmeldungen, respektive gibt es Fragen aus dem Kreis der Mitglieder des Unterausschusses? – Bitte, Patientenvertretung.

Patientenvertretung: Einen schönen guten Tag! Ich hätte eine Frage an Frau Döring. Sie haben sich am Anfang auf den § 7 bezogen, in den die Patientenvertretung eine Erweiterung eingefügt hat. In den Diskussionen war es eigentlich so, dass wir nicht so richtig verständlich machen konnten, in welchen Situationen das zum Tragen kommen würde. Vielleicht könnten Sie das, was Sie am Anfang gesagt haben, aus Ihren Erfahrungen, dass das öfters vorkommt, noch weiter ausführen, inwieweit und für welche Patientengruppe das hilfreich ist und in welchen Situationen das vorkommt. – Vielen Dank.

Frau Döring (DPR): Es kommt gerade im Bereich von onkologischen Erkrankungen vor, aber durchaus auch im Bereich von neurologischen Erkrankungen, die sehr plötzlich und akut auftreten, wo eine Akutbehandlung eine Rehabilitationsbehandlung nach sich zieht, weil man in der Akutbehandlung sieht, dass durchaus eine medizinische Rehabilitationsbehandlung angesagt ist, um zu schauen, wie es weitergeht, und auch, um eine weitere Verbesserung zu erzielen, und sich in der Rehabilitationsphase der Fortgang der Erkrankung in einer Weise herausstellt, dass die Rehabilitationsziele nicht sofort erreicht werden können, wobei überhaupt nicht klar ist, wie es ausgeht und man nicht sagt: „Es ist sofort lebensbegrenzend“, aber ein solcher Zustand wirklich eintritt. Ein Beispiel wäre eine onkologische Erkrankung, zum Beispiel eine Brustkrebserkrankung, wo sich der Verlauf plötzlich als etwas erweist, was so nicht abzusehen war. Wenn sich gerade in einer Rehabilitationseinrichtung, in der sehr stark im therapeutischen Team gearbeitet wird und die Sichtweise aller Professionen bei der Frage zusammenkommt: „Wie könnte es weitergehen?“, herausstellt, dass eine SAPV-Behandlung das Angesagte ist, weil es sein kann, dass sich sehr limitierende Zeiten ergeben, dann muss wirklich sofort eine SAPV verordnet und eingeleitet werden können. Denn der betroffene Versicherte ist oft in einer Situation, wo er für sich ganz schlecht etwas tun kann, und die Zugehörigen sind mit allen anderen Organisationsgeschichten stark belastet. Von daher muss so etwas eingeleitet werden können, und es darf nicht erst hinterher geschaut werden: Wo bekomme ich die entsprechenden Hilfen und die entsprechenden notwendigen Behandlungen?

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Ist die Frage ausreichend beantwortet? – Vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses? – Das sehe ich im Moment nicht. Somit bleibt mir nur, mich bei Ihnen ganz herzlich zu bedanken. Vielen Dank noch einmal für Ihre schriftlichen Stellungnahmen, vielen Dank erneut, dass Sie heute an der Anhörung teilgenommen haben, und einen guten weiteren Tag! Die Anhörung ist beendet.

Schluss der Anhörung: 10:49 Uhr

C Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen

C-1 Stellungnahme des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V.



Stellungnahme zur Änderung der SAPV-RL – Überprüfung der SAPV-RL gemäß § 92b Absatz 3 SGB V aufgrund der Beschlüsse des Innovationsausschusses zu den abgeschlossenen Projekten zur Evaluation der SAPV-RL

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.	
20.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Vorbemerkung	<p>Die über den Innovationsfonds des G-BA geförderten Projekte zur Versorgungsforschung im Themenfeld „Evaluation der SAPV-Richtlinie“ liefern Empfehlungen zur Anpassung der Versorgung. Ob und wie sich diese in rechtssichere Regelungen überführen lassen, wurde vom Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) geprüft. Der bpa begrüßt, dass der UA VL sich in diesem Zuge gegen eine Einengung des Leistungsanspruches – insbesondere in Form eines Diagnosekataloges – entschieden hat. Der Gesetzgeber sieht in § 37b SGB V für Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, einen Anspruch auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vor. Eine Eingrenzung auf bestimmte Indikationen würde diesem grundsätzlichen Anspruch nicht gerecht.</p> <p>Der bpa begrüßt zudem die deutliche Abgrenzung gegenüber den Regelungsaufträgen der SAPV-Bundesrahmenverträge nach § 132d Abs. 1 SGB V, die die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die wesentlichen Elemente der Vergütung festschreiben. Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen wird dabei durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung getragen.</p> <p>Es ist sachgerecht und rechtskonform, dass der G-BA keine Regelungen trifft, die einen Vor- und Eingriff auf die SAPV-Bundesrahmenverträge darstellen.</p>
<p>§ 1</p> <p>a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 wird die Angabe „gemäß § 37b SGB V (SAPV)“ durch die Angabe „(SAPV) gemäß § 37b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“</p>	<p>Bei der vollständigen Bezeichnung der Sozialgesetzbücher handelt es sich um eine redaktionelle Änderung, die der Klarstellung dient und nicht zu beanstanden ist.</p> <p>Die Ergänzung „unter Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen“ ist fachgerecht, da diese – auf Wunsch des Patienten – in die Versorgung einbezogen werden. Dies betrifft nicht die pflegerischen Leistungen selbst, sondern bezieht sich (vgl. Tragende Gründe) z. B. auf Informationen zur pflegerischen Behandlung, Handlungsempfehlungen für Notfallsituationen und die Erreichbarkeit des SAPV-Teams. Wichtig ist dabei allerdings</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.	
20.06.2022	
ersetzt und werden nach dem Wort „Umgebung“ die Wörter „unter Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen“ eingefügt.	die Klarstellung, dass die Versorgung unabhängig von der Einbeziehung von Angehörigen und Zugehörigen gesichert sein muss. Der G-BA stellt dies in den Tragenden Gründen dar. Die Entscheidung zur Einbeziehung weiterer Personen liegt in der Entscheidung und individuellen Lebenssituation des Patienten und erfolgt unabhängig vom bestehenden Leistungsanspruch auf SAPV.
§ 1 bb) In Satz 2 wird das Wort „medizinisch-pflegerische“ durch die Wörter „palliativmedizinische und palliativpflegerische“ ersetzt.	Da sich die Richtlinie auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung bezieht ist die Klarstellung, dass es sich hier nicht um eine allgemeine medizinisch-pflegerische Zielsetzung handelt, sondern diese palliativmedizinisch und palliativpflegerisch ausgerichtet ist, angemessen.
§ 1 b) In Absatz 2 Satz 2 erster Spiegelstrich wird die Angabe „§ 55 SGB XII“ durch die Angabe „§ 55 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII)“ ersetzt und wird die Angabe „§ 34 SGB VIII“ durch die Angabe „§ 34 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII)“ ersetzt.	Redaktionelle Anpassung, vgl. oben.
c) In Absatz 4 werden nach dem Wort „Kindern“ die Wörter „und Jugendlichen“ eingefügt.	Den Hinweis, die besonderen Belange von Kindern um die Aufzählung von Jugendlichen zu ergänzen, ist folgerichtig und an die Ausrichtung der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V (ambulante Hospizversorgung für Kinder- und Jugendliche) sowie des künftigen SAPV-Bundesrahmenvertrages zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 132d Abs. 1 SGB V angelehnt. In der Regel sind hiermit Kinder und Jugendliche bzw. junge Erwachsene gemeint, bei denen die Erkrankung im Kindes- oder Jugendalter aufgetreten ist und sich die Begleitung / Versorgung im Weiteren fortsetzt oder bei einem Auftreten der Erkrankung im jungen Erwachsenenalter.
§ 1 d) [PatV: In Absatz 5 Satz 1 wird nach dem Wort	§ 1 Absatz 5 Satz 1 der SAPV-RL stellt klar, dass die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.	
20.06.2022	
<p>„Wünsche“ der Klammerzusatz „(insbesondere die physischen, psychischen, sozialen und kulturellen)“ eingefügt.]</p>	<p>Personen (neu: Angehörigen und Zugehörigen, s. u.) im Mittelpunkt der Versorgung stehen.</p> <p>Der von der Patientenvertretung vorgeschlagene Klammerzusatz soll der Konkretisierung dienen und führt dazu beispielhaft physische, psychische, soziale und kulturelle Wünsche an. Aus Sicht des bpa kann es durch diese Aufzählung jedoch zu einer (gedanklichen) Einengung kommen. Der Vorschlag der PatV wird insofern nicht unterstützt. Da es sich um die Versorgung am Lebensende handelt, sollten alle individuellen Bedürfnisse und Wünsche gleichermaßen geäußert und nach Möglichkeit berücksichtigt werden können, insofern befürwortet der bpa die Beibehaltung der ursprünglichen Formulierung.</p>
<p>e) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Patientin oder des Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ sowie die Wörter „vertrauten Personen“ durch die Wörter „Angehörigen und Zugehörigen“ ersetzt.</p>	<p>Der Terminus „Versicherte“ wird in der SAPV-RL bislang lediglich bei den Anspruchsvoraussetzungen (§ 2) sowie der Sonderregelung im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie (§ 9) verwendet, ansonsten wird durchgängig der Begriff „Patientin“ bzw. „Patient“ angewandt. Durch den vorliegenden Beschluss soll eine durchgehende redaktionelle Angleichung der Begrifflichkeit in „die / der Versicherte“ vorgenommen werden, dies entspricht der Logik und des Wordings der Gesetzlichen Krankenversicherung. Da es sich jedoch um die Richtlinie zur Verordnung der SAPV durch die Vertrags- bzw. Krankenhausärzte handelt und damit auf die Verordner und Anwender vor Ort (SAPV-Teams) ausgerichtet ist, sollte es nach Auffassung des bpa beim ursprünglichen Begriff „Patientin / Patient“ bleiben. Ein Mehrwert über die Begrifflichkeit „Versicherte/r“ lässt sich nicht erkennen und wird auch in den Tragenden Gründen nicht näher begründet, außer mit dem Verweis auf die redaktionelle leistungsrechtliche Anpassung, dies wird der vulnerablen Patientengruppe fachlich nicht gerecht.</p> <p>Die Anpassung der Formulierung „vertraute Personen“ in „Angehörige und Zugehörige“ ist folgerichtig. Der Begriff der An- und Zugehörigen hat sich in den Vertragswerken, Vereinbarungen und Strategien auf Bundes- und Länderebene allgemein durchgesetzt und bildet das soziale Umfeld der Betroffenen ab.</p>
<p>§ 3</p> <p>Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In Satz 1 wird das Wort „Betreuung“ durch das Wort „Begleitung“ ersetzt.</p>	<p>Die Begrifflichkeit „psychosoziale Begleitung“ hat sich etabliert und wird in den Vertragswerken zur Hospiz- und Palliativversorgung als gängige Formulierung genutzt. Die dahingehende Angleichung der SAPV-RL ist deshalb sach- und zeitgemäß.</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.	
20.06.2022	
b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Kindern“ die Wörter „und Jugendlichen“ eingefügt.	Vgl. Ausführungen oben.
<p>§ 5</p> <p>a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt und werden nach dem Wort „Angehörigen“ die Wörter „und Zugehörigen“ eingefügt.</p> <p>b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Spiegelstrich 7 wird das Wort „Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt.</p> <p>bb) In Spiegelstrich 8 wird das Wort „Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt und werden nach dem Wort „Angehörigen“ die Wörter „und Zugehörigen“ eingefügt.</p>	Vgl. Ausführungen oben.
<p>§ 6</p> <p>In Absatz 1 Satz 3: werden die Wörter „der Patientin oder des Patienten“ durch die Wörter „der Versicherten oder des Versicherten“ ersetzt.</p>	Vgl. Ausführungen oben.
<p>§ 7</p> <p>Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In Satz 2 werden die Wörter „Patientin oder Patienten“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt.</p>	Vgl. Ausführungen oben.

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.	
20.06.2022	
<p>§ 7 b) In Satz 3 werden die Wörter „einer Patientin oder eines Patienten“ durch die Wörter „einer Versicherten oder eines Versicherten“ ersetzt und</p> <p>nach dem Wort „Krankenhausarzt“ die Wörter „wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt“ eingefügt.</p> <p>(Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt die Verordnung ausstellen, in der Regel jedoch längstens für 7 Tage)</p>	<p>Vgl. Ausführungen oben.</p> <p>Die Einfügung ist aus Sicht des bpa nicht eindeutig. Zum einen kann diese als Gleichstellung der Krankenhausärzte mit den Vertragsärzten verstanden werden und zum anderen als Alternativregelung, dass entweder die Krankenhausärzte die Verordnung der SAPV im Rahmen des Entlassmanagements vornehmen oder aber die Vertragsärzte dafür zuständig sind. Vor diesem Hintergrund befürworten wir die Beibehaltung der ursprünglichen Formulierung, die eindeutig regelt, dass die Verordnung – sofern sie im Rahmen des Entlassmanagements erfolgt – durch die Krankenhausärztin / den Krankenhausarzt ausgestellt wird.</p>
<p>§ 7 c) Folgender Satz wird [PatV: Folgende Sätze werden] angefügt: „Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die getätigte Verordnung so rechtzeitig zu informieren, dass das Ziel einer nahtlosen</p>	<p>Der bpa teilt das Anliegen der Patientenvertretung, eine nahtlose Anschlussversorgung sicherzustellen. Die rechtzeitige Information an die behandelnde Vertragsärztin / den behandelnden Vertragsarzt ist dazu sachgerecht.</p>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.	
20.06.2022	
<p>Anschlussversorgung ermöglicht wird.</p> <p>[PatV: Die Sätze 3 und 4 gelten entsprechend für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sowie für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.]“</p>	<p>Aus Sicht des bpa bedarf es dieser Ergänzung nicht, da eine Verordnung aus den genannten Einrichtungen heraus nicht der Regelfall sein dürfte und – sofern die Fallkonstellationen im Einzelfall vorliegen sollten – ein behandelnder Arzt, den Versicherten eingewiesen / den Aufenthalt befürwortet hat, der im Anschluss daran auch die SAPV-Verordnung ausstellen kann.</p>

C-2 Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V.



Stellungnahme zur Änderung der SAPV-RL – Überprüfung der SAPV-RL gemäß § 92b Absatz 3 SGB V aufgrund der Beschlüsse des Innovationsausschusses zu den abgeschlossenen Projekten zur Evaluation der SAPV-RL

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V.	
23.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Grundlagen und Ziele Absatz 1	Der DBfK begrüßt die Ergänzung „unter Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen.“ Dort, wo An- und Zugehörige im Versorgungsalltag zugegen sein können, sind diese Beteiligte und Impulsgeber in der Versorgung des Betroffenen und geben den Gesundheitsfachberufe Information und Unterstützung. Ebenso begrüßt der DBfK das präzise Benennen der primären Zielsetzung in „palliativmedizinische und palliativpflegerische“ Versorgung
§1 Absatz 5	Der DBfK regt an, die Klammer für den Vorschlag der PatV im ersten Satz um folgende Adjektive zu ergänzen: [PatV : (insbesondere die physischen, psychischen, sozialen, pflegerischen, spirituellen und kulturellen)] zu ergänzen, wenn es zur Erweiterung kommt. Sowohl an die fachpflegerische Versorgung als auch in Hinsicht auf Glaube und Spiritualität haben Menschen im Sterbeprozess sehr individuelle Bedürfnisse und Wünsche.
§ 5 Zusammenarbeit der Leistungserbringer	Bitte den redaktionellen Fehler der doppelten Überschrift berichtigen. Die Zusammenarbeit wird in § 6 geregelt. In § 5 soll es um Inhalt und Umfang der SAPV gehen.
§ 5 Absatz 2	Der DBfK regt an, an den letzten Satz folgende Ergänzung anzufügen: Die Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland sind zu berücksichtigen.
§ 7 Verordnung von SAPV Absatz 1	Der DBfK befürwortet die fachliche Präzisierung des Vorschlages der Patientenvertretung für die Sätze 3 und 4.

C-3 Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit



POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und veran-
lasste Leistungen
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail:
sapv@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FO.N (0228) 997799-1318

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herrn Lenz

INTERNET www.bfdi.bund.de

DATUM Bonn, 27.06.2022

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1266

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen
bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF **Änderung der SAPV-RL, InnoA-Projekte**

Sehr geehrte Damen und Herren,

sehr geehrte Herr Hellbardt,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V.

Zunächst möchte ich Sie informieren, dass neben Frau Virks zukünftig federführend Herr Lenz für meine Stellungnahmen zu den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zuständig ist und Ihnen als weiterer Ansprechpartner zur Verfügung steht.

Verschiedene Stellen des vorliegenden Beschlussentwurfes erfordern eine Ergänzung zum Erfordernis einer ausdrücklichen Einwilligung der oder des Versicherten zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten – insbesondere von Gesundheitsdaten im Sinne von Art. 9 Abs. 1 DSGVO.

Der Beschluss zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sieht in § 5 Abs. 1 Satz 2 eine Kommunikation zwischen Leistungserbringern und An- bzw. Zugehörigen, in § 6 Abs. 1 Satz 1 zwischen Leistungserbringern und in § 7 Abs. 1 Satz 4 zwischen Krankenhaus- sowie Vertragsärzten vor. Im Zentrum der Kommunikation steht hierbei die palliative Versorgung der Versicherten. Dafür werden zwingend personenbezogenen Daten – insbesondere auch Gesundheitsdaten - der Versicherten ausgetauscht. Eine rechtmäßige Verarbeitung dieser Daten setzt mangels entsprechender gesetzlicher Regelungen eine ausdrückliche Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a), Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO voraus.

Entsprechend der vom Gemeinsamen Bundesausschuss in entsprechenden Konstellatio-

48882/2022

ZUSTELL- UND LIEFERANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn
VERKEHRSANBINDUNG Straßenbahn 61 und 65, Innenministerium
Bus 550 und SB60, Innenministerium



Seite 2 von 2

nen geübten Formulierungspraxis sind die drei Regelungen, um das Erfordernis einer ausdrücklichen Einwilligung der Versicherten zur Verarbeitung ihrer (Gesundheits-)Daten zu ergänzen.

Ferner bitte ich, die Regelung zur Verordnungsübermittlung an die Krankenkassen bis zum dritten Arbeitstag, um Ausführungen zu geeigneten technischen und organisatorischen Maßnahmen im Sinne von Art. 32 DSGVO zu ergänzen. In Betracht kommen hier insbesondere der Einsatz ausreichender Verschlüsselungstechniken (wie z.B. S/MIME oder PGP bei E-Mail-Versand) oder die Einrichtung einer Portallösung. Ich weise daraufhin, dass eine Übermittlung der Verordnungen mittels Faxversand diese Voraussetzungen nicht erfüllt. Sensible personenbezogene Daten - wozu auch Gesundheitsdaten zählen - dürfen nicht per Telefax übermittelt werden.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Lenz

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

C-4 Stellungnahme des Deutschen Pflegerates



Stellungnahme zur Änderung der SAPV-RL – Überprüfung der SAPV-RL gemäß § 92b Absatz 3 SGB V aufgrund der Beschlüsse des Innovationsausschusses zu den abgeschlossenen Projekten zur Evaluation der SAPV-RL

Deutscher Pflegerat	
29.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Nummer 2 § 1 Absatz 1 a) aa)</p> <p>Der DPR unterstützt den Änderungsvorschlag bzgl. der Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen.</p>	Die Änderung trägt zur Konkretisierung der familiären Umgebung bei.
<p>Nummer 2 § 1 Absatz 4 c)</p> <p>Der DPR unterstützt das Einfügen der Jugendlichen.</p>	Durch die Änderungen sind Kinder und Jugendliche nunmehr in ausreichendem Maße berücksichtigt.
<p>Nummer 2 § 1 Absatz 5 d)</p> <p>Der DPR unterstützt den Änderungsvorschlag der PatV.</p>	Die Konkretisierung der „Wünsche“ erleichtert ihre Einschätzung und Umsetzung durch die Leistungserbringer*innen.
<p>Nummer 2 § 1 Absatz 5 e)</p> <p>Der DPR unterstützt das Einfügen der „vertrauten Personen“.</p>	Die Präzisierung der „vertrauten Personen“ stellt klar, dass es sich dabei sowohl um verwandte als auch um nicht verwandte Personen handeln kann.
<p>Nummer 3 § 3 Absatz 3 Satz 1</p> <p>Der DPR schlägt vor, nach „Lebensqualität sowie die“ die Worte „pflegerische und“ einzufügen.</p>	Bei der Anforderung an die Erkrankung steht nicht nur die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung, sondern auch die pflegerische.
<p>Nummer 4 § 5 Austausch des Titels</p>	Der Titel „Zusammenarbeit der Leistungserbringer“ gehört zu § 6. Der Titel zu § 5 lautet: „Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“.

Deutscher Pflegerat	
29.06.2022	
<p>Nummer 4 § 5 Absatz 2 Satz 4: Der DPR schlägt vor folgenden Satz anzufügen: "Die Handlungsempfehlungen der Nationalen Strategie der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland sind zu berücksichtigen".</p>	<p>Die Einbeziehung der inhaltlichen Arbeit trägt dazu bei, die Versorgung der Patient*innen zu verbessern.</p>
<p>Nummer 6. § 7 Absatz 1 c) Der DPR unterstützt die Position der PatV wonach auch Ärzt*innen aus Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation die SAPV verordnen können</p>	<p>Von der Möglichkeit die Verordnungsfähigkeit von SAPV im Rahmen des Entlassmanagements auch auf Rehabilitationsmediziner*innen auszuweiten, könnten Patient*innen mit schweren Erkrankungen (z. B. aus dem onkologischen Bereich) profitieren, bei denen eine medizinische Rehabilitation zur Verbesserung des Zustandes angezeigt ist oder wenn sich während der Rehabilitation der erwartete Erfolg nicht einstellt oder eine akute Verschlimmerung eintritt und nach der Entlassung eine SAPV-Versorgung erforderlich ist.</p> <p>Aus Sicht des DPR ist es zielführend, wenn die Rehabilitationsmediziner*innen über eine Verordnung bei der Entlassung aus der Rehabilitation direkt an die SAPV "überweisen" können und es damit in der weiteren Versorgung weder durch Unsicherheiten noch durch schwierige Antragswege zu Versorgungsbrüchen kommt.</p>

C-5 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.



Stellungnahme zur Änderung der SAPV-RL – Überprüfung der SAPV-RL gemäß § 92b Absatz 3 SGB V aufgrund der Beschlüsse des Innovationsausschusses zu den abgeschlossenen Projekten zur Evaluation der SAPV-RL

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.	
01.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu</p> <p>§ 1 Grundlagen und Ziele</p> <p>(1) ...Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische palliativmedizinische und palliativpflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern</p> <p>Bitte ändern in:</p> <p>„...Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die Teamkomplexleistung des SAPV-Teams, mit dem Ziel, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern</p>	<p>Um SAPV zur ausreichenden Wirkung zu bringen, ist eine Teamkomplexleistung erforderlich, die nicht trennbar zwischen medizinischen und pflegerischen Leistungen ist. Nur durch engstes interprofessionelles Zusammenspiel gelingt auch die Linderung von multimodalen und sehr komplexen Symptomen auf körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene</p>
<p>§ 1 (5)</p> <p>Die DGP unterstützt die Anmerkungen der PatV</p>	<p>Leiden spielen sich meist auf allen vier verschiedenen Ebenen des Menschen ab, so müssen auch die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen sowie ihrer An- und Zugehörigen auf allen Ebenen in den Mittelpunkt gestellt werden</p>
<p>§ 7 (1) Verordnung von SAPV</p> <p>Die DGP unterstützt die Ergänzung der PatV.</p>	<p>SAPV muss aus verschiedenen Versorgungsformen, immer wenn ein Bedarf festgestellt wird, ordnungsfähig sein.</p>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.	
01.06.2022	
Die Sätze 3 und 4 gelten entsprechend für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sowie für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.	

C-6 Stellungnahme des Deutschen Caritasverbandes e.V.



Stellungnahme zur Änderung der SAPV-RL – Überprüfung der SAPV-RL gemäß § 92b Absatz 3 SGB V aufgrund der Beschlüsse des Innovationsausschusses zu den abgeschlossenen Projekten zur Evaluation der SAPV-RL

Deutscher Caritasverband e.V.	
29.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Alle redaktionell vorgenommenen Änderungen in der Richtlinie werden begrüßt und mitgetragen.	
Zu § 1 Abs. 1 Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Erweiterung des Begriffs der Angehörigen um die „Zugehörigen“ im 1. Satz und im Folgenden im ganzen Dokument.	Die Änderung entspricht dem allgemeinen Sprachgebrauch in der Hospiz- und Palliativversorgung. Sie berücksichtigt zudem die unterschiedlichen Konstellationen, in denen schwer kranke Menschen über die Familie hinaus ggf. von ihnen nahestehenden Menschen unterstützt werden.
Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes fehlt eine Ergänzung der Leistungen der SAPV um die von Fachkräften erbrachte psychosoziale Dimension. Insofern sollte insbesondere in § 1 Abs. 1 neben der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen auch die psychosozialen Leistungen aufgenommen werden. Dies könnte erreicht werden, indem die Begriffe „medizinisch-pflegerisch“ nicht wie vorgeschlagen durch die Begriffe „palliativ-medizinisch und palliativ-pflegerisch“ ersetzt	In allen drei Modellprojekten wurde betont, dass eine gute der Kommunikation und das Gefühl, auch in Krisen sicher versorgt zu sein, für die begleiteten Versicherten und ihre An- und Zugehörigen eine große Rolle in der Versorgung spielt. Daher sind auch in der S3-Leitlinie zur Palliativmedizin die von Fachkräften erbrachten psycho-sozialen Leistungen explizit aufgeführt. Im Krankenhaus und im stationären Hospiz sind psycho-soziale Leistungen durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte bereits selbstverständlicher Teil der palliativen Versorgung, und sollten es daher auch in der häuslichen Versorgung durch die SAPV sein. Die Einbindung psychosozialer Fachkräfte in die SAPV wird zudem bereits in vielen SAPV-Teams praktiziert und muss weiterhin möglich sein. Daher sollte neben den palliativen pflegerischen und medizinischen auch die psycho-sozialen Leistungen durch Fachkräfte explizit in die Richtlinien aufgenommen

Deutscher Caritasverband e.V.	
29.06.2022	
werden, sondern durch die Begriffe „palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische und psycho-soziale“.	werden. Die vorgeschlagenen Begriffe beschreiben die Bemühungen aller an der palliativen Versorgung Beteiligten (aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge sowie ehrenamtlich Engagierten) und bilden damit den interdisziplinären Ansatz und die damit verbundenen Koordinationsaufgaben besser ab, als wenn nur die medizinischen und pflegerischen Aufgaben in der SAPV explizit benannt werden.
Die Änderung der PatV in § 1 Abs. 5 wird unterstützt. Besser wäre es noch das Wort „kulturellen“, um das Wort „spirituellen“ zu ergänzen.	Die von der PatV vorgeschlagenen Änderungen bilden die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Versicherten durch die explizite Benennung aller relevanten Dimensionen, in der diese beachtet werden sollen und die in der hospizlichen und palliativen Arbeit eine Rolle spielen, besser ab. Die vorgeschlagene Änderung ist daher zu begrüßen. Die Erweiterung der klassischen Dimensionen um die kulturell bedingten Wünsche und Bedürfnisse wird ebenfalls begrüßt, sollte jedoch um die spirituelle Dimension, entsprechend der WHO Definition von Palliative Care, ergänzt werden. Die spirituelle Dimension kann zwar in manchen Aspekten Teil der kulturellen Dimension sein, geht aber über die kulturelle Dimension als solches hinaus und ist für viele Menschen, gerade am Lebensende eine wichtige Dimension. Sie verdeutlicht die Wichtigkeit oft parallel stattfindender körperlicher, psychosozialer Veränderungen sowie Veränderungen spiritueller Haltungen in der letzten Lebensphase.
§ 3 Abs. 3 Satz 1 Die Änderung des Wortes „Betreuung“ wird begrüßt. Der Deutsche Caritasverband hält die Ersetzung des Wortes „Betreuung“ durch das Wort „Begleitung“ jedoch für nicht ausreichend. Aus unserer Sicht sollte es durch die Worte „Beratung und Begleitung“	Die Ergänzung der Worte „Begleitung und Beratung“ verdeutlicht, dass die psychosoziale Unterstützung sowohl von Versicherten aber auch von An- und Zugehörigen in der Palliativversorgung eine entscheidende Rolle spielt. Beispielweise können im Rahmen der Palliativversorgung folgende Beratungen für Versicherte und ihre An- und Zugehörigen erforderlich sein: – bei der Erstellung eines Krisenplanes

Deutscher Caritasverband e.V.	
29.06.2022	
ersetzt werden.	<ul style="list-style-type: none"> - bei familiären Konfliktsituationen - bei der Klärung von Sinn- und Glaubensfragen - zur Klärung von sozialen und sozialrechtlichen Fragen - zu Fragen zur Kranken- und Pflegeversicherung, - zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten
<p>§ 3 Abs. 3 Satz 2 Die Erweiterung um „Jugendliche“ wird begrüßt.</p>	Durch diese Erweiterung finden die speziellen Belange von Jugendlichen eine explizite Berücksichtigung.
<p>§ 7 Abs. 1 Verbesserung des Entlassmanagements mit dem Ziel einer nahtlosen Anschlussversorgung. Die Änderungen sind zu begrüßen, da insbesondere die Anschlussversorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus für viele Versicherte und ihre An- und Zugehörigen eine große Belastung darstellt. Der Deutsche Caritasverband hält diese Regelungen jedoch für nicht ausreichend. Wir schlagen daher vor, den Anspruch auf ein palliatives Fallmanagement, das Patienten und ihre An- und Zugehörigen insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bei der Organisation der Anschlussversorgung unterstützt, in das Entlassmanagement zu implementieren.</p>	<p>Viele kranke und sterbende Menschen machen in unserem stark segmentierten Gesundheits- und Pflegesystem die bedrohliche Erfahrung von Versorgungsbrüchen. Insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fühlen sich viele Betroffene und ihre An- und Zugehörigen, die schon durch die Verarbeitung der Diagnose oder der Erkrankung sehr belastet sind, mit der Organisation der Anschlussversorgung überfordert. Die meisten Menschen kennen sich im Gesundheits- und Pflegesystem nicht genügend aus und wissen nicht, wann, wo und bei wem sie für die Anschlussversorgung zu Hause die notwendige medizinisch-pflegerische Unterstützung, Heil- und Hilfsmittel zeitnah bekommen bzw. wie sie notwendige Termine koordinieren können. Deshalb halten wir einen Anspruch auf ein palliatives Fallmanagement für erforderlich.</p>

C-7 Stellungnahme der Bundesärztekammer



**Stellungnahme
der Bundesärztekammer**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie(SAPV-RL): Überprüfung der SAPV-RL gemäß § 92b Absatz 3 SGB V aufgrund der Beschlüsse des Innovationsausschusses zu den abgeschlossenen Projekten zur Evaluation der SAPV-RL

Berlin, 29.06.2022

Korrespondenzadresse:
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der SAPV-RL – Überprüfung der SAPV-RL gemäß § 92b Absatz 3 SGB V aufgrund der Beschlüsse des Innovationsausschusses zu den abgeschlossenen Projekten zur Evaluation der SAPV-RL

Hintergrund

Der Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 01.06.2022 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme zur vorgesehenen Änderung der SAPV-RL – Überprüfung der SAPV-RL gemäß § 92b Absatz 3 SGB V aufgrund der Beschlüsse des Innovationsausschusses zu den abgeschlossenen Projekten zur Evaluation der SAPV-RL gegeben.

Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) zielt auf die Verbesserung der Versorgung unheilbar Kranker am Lebensende und umfasst medizinische und pflegerische Leistungen, Koordination und Beratung von Betroffenen. Ihre Ziele sind die Förderung von Lebensqualität und Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen, ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod im häuslichen Umfeld sowie die Setzung eines Schwerpunktes auf palliativer anstatt kurativer Versorgung. In der SAPV-RL regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 37b SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 14 SGB V auch die Verordnung der SAPV durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Anspruchsvoraussetzungen, Inhalt und Umfang der Leistungen und die Zusammenarbeit der Leistungserbringer.

Im Rahmen von Versorgungsforschung nach § 92a Abs. 2 SGB V hat der Innovationsausschuss beim GBA die Versorgungsforschungsprojekte APVEL – Evaluation der Wirksamkeit von SAPV in Nordrhein, SAVOIR – Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede sowie ELSAH – Evaluation der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung am Beispiel von Hessen zur Evaluierung der SAPV-RL abschließend bewertet und Empfehlungen ausgesprochen. Die Erkenntnisse sind im Beschlussentwurf zur Änderung der SAPV-RL berücksichtigt worden.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die im Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der SAPV-RL vorgenommenen redaktionellen Änderungen und begrifflichen Konkretisierungen.

Die Kommentierungen zu § 1 Abs. 5 und § 7 SAPV-RL von GKV-SV, KBV und DKG werden von der Bundesärztekammer unterstützt.

C-8 Stellungnahme der Diakonie Deutschland



Stellungnahme zur Änderung der SAPV-RL – Überprüfung der SAPV-RL gemäß § 92b Absatz 3 SGB V aufgrund der Beschlüsse des Innovationsausschusses zu den abgeschlossenen Projekten zur Evaluation der SAPV-RL

Diakonie Deutschland	
29.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Alle redaktionell vorgenommenen Änderungen in der SAPV-Richtlinie werden begrüßt und mitgetragen.	Es gibt keine Einwände dagegen.
<p>Zu § 1 Abs. 1 Die Diakonie begrüßt die Erweiterung des Begriffs der Angehörigen um die „Zugehörigen“ im 1. Satz</p> <p>Aus Sicht der Diakonie fehlt eine Ergänzung der Leistungen der SAPV um die von Fachkräften erbrachte psychosoziale Dimension.</p> <p>Insofern sollte insbesondere in § 1 Abs. 1 neben der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen auch die psychosozialen Leistungen aufgenommen werden.</p> <p>Dies könnte erreicht werden</p>	<p>Die Erweiterung reflektiert die zunehmende Diversität unserer Gesellschaft und die sich daraus ergebenden Familienkonstellationen. Darüber hinaus entspricht es dem allgemeinen Sprachgebrauch u. a. im Hospiz- und Palliativbereich.</p> <p>In allen drei Modellprojekten wurde betont, dass eine gute Kommunikation und das Gefühl, auch in Krisen sicher versorgt zu sein für die begleiteten Versicherten und ihre An- und Zugehörigen eine große Rolle in der Versorgung spielt.</p> <p>Daher sind auch in der S3 Leitlinie zur Palliativmedizin die von Fachkräften erbrachten psychosoziale Leistungen explizit aufgeführt. Im Krankenhaus und im stationären Hospiz sind psychosoziale Leistungen durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte bereits selbstverständlicher Teil der palliativen Versorgung. Sie sollten es daher auch in der häuslichen Versorgung durch die SAPV sein. Die Einbindung psychosozialer Fachkräfte in die SAPV wird zudem bereits in vielen SAPV-Teams praktiziert und muss weiterhin möglich sein.</p> <p>Daher sollte neben den palliativen „pflegerischen“ und „medizinischen“ auch die „psychosozialen“ Leistungen durch Fachkräfte explizit in die SAPV-Richtlinie aufgenommen werden.</p> <p>Diese Formulierungen beschreiben die Bemühungen aller</p>

Diakonie Deutschland	
29.06.2022	
<p>indem die Worte „medizinisch-pflegerisch“ nicht wie vorgeschlagen durch „palliativ-medizinisch und palliativ-pflegerisch“ ersetzt werden sondern durch das Wort „palliative“ oder durch die Wörter „palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische und psychosoziale“.</p> <p>Zu § 1 Abs. 5 Die Änderung der PatV in § 1 Abs. 5 wird unterstützt. Wünschenswert wäre das Wort „kulturellen“ um das Wort „spirituellen“ zu ergänzen: „kulturellen/spirituellen“</p> <p>Zu § 1 Abs. 6 Änderungsvorschlag: Die Formulierung von § 1 Abs. 6 „Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden.“ ist durch die Formulierung von § 5 Abs. 2 zu ersetzen: „Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als Beratungsleistung, Koordination der Versorgung, ^{SEP}additiv unterstützende Teilversorgung, oder vollständige Versorgung</p>	<p>an der palliativen Versorgung Beteiligten (aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge sowie ehrenamtlich Engagierten) und verdeutlicht somit den interdisziplinären Ansatz und die damit verbundenen Koordinationsaufgaben.</p> <p>Die vorgeschlagene Änderung ist zu begrüßen; sie verdeutlicht die Wichtigkeit in der palliativen Versorgung, die spezifischen Bedingungen gleichzeitiger körperlicher, psychosozialer Veränderungen sowie Veränderungen in spirituellen Haltungen in der letzten Lebensphase zu berücksichtigen (interdisziplinärer Ansatz). Wir schlagen allerdings vor das Wort „kulturellen“ um das Wort „spirituellen“ („kulturellen/spirituellen“), entsprechend der WHO Definition von Palliative Care zu ergänzen.</p> <p>In der Vergangenheit haben die verschiedenen Begrifflichkeiten zu Verwirrungen und Interpretationsfragen beigetragen. Eine einheitliche Sprachregelung in der gesamten SAPV-Richtlinie würde zu einer besseren Verständlichkeit und Klarheit beitragen.</p>

Diakonie Deutschland	
29.06.2022	
erbracht werden.“	
<p>Zu § 3 Abs. 3 Satz 1 Die Änderung des Wortes „Betreuung“ wird begrüßt. Die Diakonie hält die Ersetzung des Wortes „Betreuung“ durch das Wort „Begleitung“ jedoch für nicht ausreichend. Aus Sicht der Diakonie sollte es durch die Worte „Beratung und Begleitung“ ersetzt werden.</p>	<p>Die Ergänzung des Wortes „Beratung“ verdeutlicht, dass die psychosoziale Unterstützung sowohl von Versicherten aber auch von An- und Zugehörigen in der Palliativversorgung eine entscheidende Rolle spielt. Beispielweise können im Rahmen der Palliativversorgung folgende Beratungen erforderlich sein. Beratungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten, • bei der Erstellung eines Krisenplanes • bei sozialrechtlichen Fragen zur Kranken- und Pflegeversicherungen, • bei familiären Konfliktsituationen und • bei der Klärung von Sinn- und Glaubensfragen
<p>Zu § 3 Abs. 3 Satz 2 Die Erweiterung um „Jugendliche“ wird begrüßt.</p>	<p>Durch diese Erweiterung finden die speziellen Belange von Jugendlichen eine explizite Berücksichtigung.</p>
<p>Zu § 7 Abs. 1 Verbesserung des Entlassmanagements mit dem Ziel einer nahtlosen Anschlussversorgung. Die Änderungen sind zu begrüßen, da insbesondere die Anschlussversorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus für viele Versicherte und ihre An- und Zugehörigen eine große Belastung darstellt. Die Diakonie Deutschland hält diese Regelungen jedoch für nicht ausreichend. Wir schlagen daher vor, den Anspruch auf ein palliatives</p>	<p>Viele kranke und sterbende Menschen machen in unserem stark segmentierten Gesundheits- und Pflegesystem die bedrohliche Erfahrung von Versorgungsbrüchen. Insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fühlen sich viele Betroffene und ihre An- und Zugehörigen, die schon durch die Verarbeitung der Diagnose oder der Erkrankung sehr belastet sind, mit der Organisation der Anschlussversorgung überfordert. Die meisten Menschen kennen sich im Gesundheits- und Pflegesystem nicht genügend aus und wissen nicht, wann, wo und bei wem sie für die Anschlussversorgung zu Hause die notwendige medizinisch-pflegerische Unterstützung, Heil- und Hilfsmittel zeitnah bekommen bzw. wie sie notwendige Termine koordinieren können. Deshalb halten wir einen Anspruch auf ein palliatives Fallmanagement für erforderlich.</p>

Diakonie Deutschland	
29.06.2022	
Fallmanagement, das Patienten und ihre An- und Zugehörigen insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bei der Organisation der Anschlussversorgung unterstützt, in das Entlassmanagement zu implementieren.	

C-9 Stellungnahme des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes



Stellungnahme zur Änderung der SAPV-RL – Überprüfung der SAPV-RL gemäß § 92b Absatz 3 SGB V aufgrund der Beschlüsse des Innovationsausschusses zu den abgeschlossenen Projekten zur Evaluation der SAPV-RL

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)	
29.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Zu § 1 Abs. 1	Die Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen ist für die Versorgung der Patient*innen von besonderer Bedeutung. Der Ergänzung wird insofern zugestimmt.
Zu § 1 Abs. 3 <u>Vorschlag:</u> In voll- und teilstationären Hospizen besteht ein Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV...	In § 37b Abs. 1 S. 4 SGB V wird klargestellt, dass Versicherte in stationären Hospizen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung haben. Zwar werden voll- und teilstationäre Hospize bereits grundsätzlich von § 72 Abs. 1 SGB XI i.V.m. § 39a Abs. 1 SGB V erfasst. Da sich Tageshospize jedoch erst vermehrt in Deutschland etablieren, sollte hier eine entsprechende Klarstellung erfolgen.
Zu § 1 Abs. 5 Dem Vorschlag der PatV wird zugestimmt.	Bei sterbenden Menschen geht es nicht nur um die Linderung körperlicher Schmerzen; der Schmerz ist umfassend und beinhaltet neben der physischen, eine psychische, soziale und spirituelle Dimension („Total Pain“). Die WHO definiert Palliative Care auch in diesem Sinne (2002): „Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ Vor diesem Hintergrund begrüßt der DHPV die Präzisierung der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Wünschen des Patienten und seiner Angehörigen und Zugehörigen.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)	
29.06.2022	
<p>Zu § 1 Abs. 6</p> <p><u>Vorschlag:</u></p> <p>Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, Koordinationsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung Versorgung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.</p>	<p>Die Formulierung orientiert sich an dem Muster 63 zur Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung und entspricht auch der zukünftigen Regelung im BRV.</p>
<p>Zu § 3 Abs. 3</p> <p>Der Vorschlag, die Begriffe „psychosoziale Betreuung“ in „psychosoziale Begleitung“ abzuändern, wird abgelehnt.</p>	<p>Psychosoziale Betreuung umfasst mehr als nur die psychosoziale Begleitung, die im Wesentlichen in qualifizierter ehrenamtlicher Sterbebegleitung und deren Koordination besteht. Psychosoziale Betreuung umfasst insbesondere auch entsprechende Maßnahmen von qualifizierten Fachkräften. In der SAPV-Richtlinie wird diesen Maßnahmen in den Inhalten der SAPV gemäß § 5 Abs. 3 Rechnung getragen.</p>
<p>Zu § 5</p> <p>Mit den redaktionellen Änderungen ist der DHPV einverstanden.</p>	
<p>Zu § 6</p> <p>Mit den redaktionellen Änderungen ist der DHPV einverstanden.</p>	

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)	
29.06.2022	
<p>Zu § 7</p> <p><u>Vorschlag:</u></p> <p>Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten einer Versicherten oder eines Versicherten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt die Verordnung ausstellen, in der Regel jedoch längstens für 7 21 Tage.</p>	<p>In der Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbands nach § 282 SGB V (SAPV und stationäre Hospizversorgung) wird die Problematik der kurzen Verordnungsdauer durchaus gesehen:</p> <p><i>„Verordnungen, die von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten ausgestellt werden, gelten in der Regel jedoch längstens 7 Tage. Danach muss ggf. eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt eine Folgeverordnung ausstellen. Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass die Begrenzung auf 7 Tage zu kurz ist, etwa dann, wenn eine Palliativpatientin oder ein Palliativpatient mit einer Lebenserwartung von nur wenigen Tagen aus dem Krankenhaus entlassen wird und SAPV erhält. In diesen Fällen ist es kaum zumutbar, nach 7 Tagen – unter Umständen in der akuten Sterbephase – noch eine Anschlussverordnung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes einzuholen. In diesen Fällen in eine längere Verordnungsdauer durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt nachvollziehbar.“</i></p> <p>Um die Versorgung des/der sterbenden Patient*in sicherzustellen und auch für die verordnenden Krankenhausärzt*innen Rechtssicherheit herzustellen, sollte § 7 entsprechend angepasst werden.</p>
<p>Zu § 8</p> <p><u>Vorschlag:</u></p> <p>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 gem. § 7 Abs. Absatz 2 spätestens an dem</p>	<p>In der Praxis ist es häufig zeitlich nicht möglich, die Verordnung an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorzulegen. Dies hängt z.B. auch damit zusammen, dass dem SAPV-Leistungserbringer die Verordnung nicht zeitnah übergeben wird, so dass bereits aus diesem Grunde die ohnehin knapp bemessene Frist verkürzt wird. Der DHPV befürwortet daher, dass die Regelung der SAPV-Richtlinie entsprechend der Regelung in der HKP-Richtlinie angepasst wird.</p>

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)	
29.06.2022	
<p>dritten vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.</p>	

C-10 Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)



Stellungnahme zur Änderung der SAPV-RL – Überprüfung der SAPV-RL gemäß § 92b Absatz 3 SGB V aufgrund der Beschlüsse des Innovationsausschusses zu den abgeschlossenen Projekten zur Evaluation der SAPV-RL

Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	
28.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Zu § 1 Abs. 1	Der Formulierung: „... unter Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen...“ stimmen wir zu. Die Einbindung (unter Zustimmung des Betroffenen) hat eine hohe Bedeutung in der SAPV.
Zu § 1 Abs. 2 SAPV kann in der gewohnten häuslichen Umgebung erbracht werden	Die Einschränkung auf den eigenen Haushalt oder den Haushalt von Familienangehörigen wird den möglichen Konstellationen in der Versorgungsrealität nicht gerecht. Dies gerade auch, wenn sowohl An- als auch Zugehörige mit in die Versorgung eingezogen werden sollen. Weitere Einrichtungen sollten, gerade auch im Hinblick auf z.B. die Schulpflicht von Kindern und Jugendlichen, weitere Einrichtungen ergänzt werden.
Zu § 1 Abs. 2 Betroffene, die zeitweise in Tageshospizen oder palliative Tageskliniken versorgt werden, haben einen Leistungsanspruch auf alle Stufen/Leistungen der SAPV zu den Zeiten, in denen sie sich nicht in den o.g. Einrichtungen befinden.	Die Versorgungslandschaft der Hospizarbeit und Palliativversorgung wird durch die genannten neuen Versorgungsformen ergänzt. Je nach Bedarf befinden sich Palliativpatient:innen lediglich zeitweise (z.B. vereinzelte Tage) in Tageshospizen oder palliative Tageskliniken und werden dann wieder in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung versorgt. Da die genannten Betreuungsformen häufig nur punktuell (für einige Stunden oder Tage) die Versorgung ergänzen, wäre der Wegfall eines Leistungsanspruches auf alle Stufen der SAPV kontraproduktiv.
Zu § 1 Abs. 3 ... besteht ein Anspruch auf Teilleistungen in Form der ärztlichen Versorgungsanteile des Palliative-Care Teams im Rahmen der SAPV, wenn die ärztliche Versorgung im	Die Teilleistung wurde so definiert, dass lediglich die palliativärztlichen Anteile im stationären Hospiz anfallen, da die palliativpflegerischen Anteile durch die Mitarbeitenden im stationären Hospiz bereits vorgehalten werden. Die Leistungserbringung die ärztlichen Anteile beschränken sich jedoch nicht nur auf Hausbesuche. Dies würde der Versorgungsrealität nicht gerecht werden, da die anderen Aufwände (z.B. Rufbereitschaft) ebenfalls anfallen.

Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	
28.06.2022	
Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund des besonders aufwändigen Versorgungsbedarfs (siehe §4) nicht ausreicht.	
Zu § 1 Abs. 4 „Den Belangen von Kindern und Jugendlichen sowie deren An- und Zugehörigen ist Rechnung zu tragen“	Wie die Ergebnisse des ELSAH Projektes belegen, unterscheidet sich die SAPV von Erwachsenen deutlich von der SAPV für Kinder und Jugendliche. Diesem Sachverhalt trägt auch der Gesetzgeber im §132d SGBV Rechnung. Die Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen in der SAPV für Kinder und Jugendliche steht allein schon durch die Stellvertreterrolle bzw. Elternrolle unter anderen Gesichtspunkten. Die BAG-SAPV empfiehlt dies entsprechend der Ergänzung zum Ausdruck zu bringen.
Zu § 1 Abs. 5 Dem Vorschlag der PatV wird zugestimmt	Die Präzisierung wird von der BAG-SAPV begrüßt, da diese Formulierung den komplexen Versorgungsbedarf der Betroffenen abbildet. Symptomkontrolle bezieht sich nicht nur auf körperliche Symptomatik (siehe auch Definition der WHO zu Palliative Care, Total Pain Konzept und Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung). Schmerz z.B. beinhaltet sowohl eine physische, psychische, soziale und spirituelle Dimension (Total Pain).
Zu § 1 Abs. 6 ... Sie kann als alleinige Beratungsleistung, Koordinationsleistung, additiv unterstützende Teil- oder vollständige Versorgung erbracht werden.	Die Formulierung orientiert sich an der SAPV Verordnung (Muster 63) und den zukünftigen Regelungen in den Bundesrahmenverträgen. Die Formulierung „Patientenbetreuung“ lehnt die BAG-SAPV ab. Der Begriff „Betreuung“ wird im Rahmen der Gesetzlichen Betreuung und der Betreuung von Pflegebedürftigen in einem völlig anderen Kontext benutzt. Die Begrifflichkeit „Patientenbetreuung“ wird der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Krankenbehandlung, insbesondere mit diesem Hintergrund, nicht gerecht.

Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	
28.06.2022	
Zu § 2 ..., die nach den palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Erfordernissen...	Die BAG-SAPV schlägt diese Ergänzung vor, um mit diesem Zusatz die Abgrenzung zu anderen Sozialleistungen (z.B. SGB XI) zu verdeutlichen.
Zu § 3 Abs. 3 Die BAG-SAPV lehnt den Vorschlag, die Begriffe „psychosoziale Betreuung“ in „psychosoziale Begleitung“ abzuändern, ab. Wie schlagen folgende Formulierung vor: „.... Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die Verbesserung von psychosozialen Belastungen in Vordergrund ...“	Psychosoziale Krisen stehen im Zusammenhang mit emotional bedeutsamen Ereignissen oder bedeutsamen Veränderungen der Lebensumstände. Es handelt sich um Situationen, die die Bewältigungsmöglichkeiten der Patienten und seiner Angehörigen und Zugehörigen zu diesem Zeitpunkt übersteigen und Schmerzen und andere Symptome verstärken oder gar erst auslösen können. Die psychosozialen Aspekte sind daher Teil des Behandlungskonzeptes.
Zu § 5 Absatz 2 SAPV wird ausschließlich [.....] und ggf. der stationären Hospize, organisiert sind (Palliativ-Care-Teams).	Die ganzheitliche Behandlung von Palliativpatienten wird international als Palliative-Care definiert. Der Begriff „Palliative-Care-Team“ wurde auch im Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses gem. §91 Abs. 4 SGB V vom 20. Dezember 2007 angemerkt. Auch die S3 Leitlinie Palliativmedizin beschreibt die SAPV-Teamarbeit. Die BAG-SAPV empfiehlt den Begriff des „Teams“ in der Richtlinie zu ergänzen, was auch zukünftigen Regelungen in den Bundesrahmenverträgen entsprechen wird.
Zu § 5 Absatz 2 Satz 2 zweiter Teilsatz „... soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Absatz 4 und Absatz 5) ...“	Würde als nähere Erklärung zu dem Satz in § 5 Absatz 2 nur der in Klammern gestellte § 1 Absatz 4 alleinig genannt werden, ergebe sich aus Sicht der BAG-SAPV keine Sinnhaftigkeit. Mit der Verbindung zu § 1 Absatz 5 wird klar, welche Versorgungsangebote gemeint sind.

Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	
28.06.2022	
Zu §5	Die BAG-SAPV stimmt den übrigen redaktionellen Anpassungen zu.
Zu § 6 Abs. 1 Die BAG-SAPV schlägt folgende Formulierung vor: „Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die an der Versorgung des Versicherten beteiligten Leistungserbringer anderer Sozialleistungen die erforderlichen Maßnahmen ...“	Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer bezieht sich auf die bedarfsgerechte Abstimmung der Versorgung und Krankenbehandlung des Versicherten und der damit verbundenen Versorgungskoordination. Hierunter ist nicht die Koordination des SAPV Leistungserbringers Palliative-Care Team zu verstehen, sondern die gesamte Versorgungskoordination und Abstimmung mit Beteiligten (nicht Teammitglieder des SAPV-Teams) und die Sozialleistungen außerhalb der SAPV erbringen. Den übrigen redaktionellen Anpassungen im §6 stimmt die BAG-SAPV zu.
Zu § 7 Abs. 1 Verordnung von SAPV Unterstützung der Anmerkung der PatV	Rehabilitative Maßnahmen im Rahmen der Palliativversorgung verfolgen andere Zwecke, als dies im Rahmen der allgemeinen Rehabilitation der Fall ist. Ziel von palliativen Rehabilitationen sind z.B. Verbesserung der Aktivität, der Lebensqualität, größere Unabhängigkeit und Selbstbestimmung.
Zu § 7 Abs. 2 ...der die Leistungserbringung nach dem jeweiligen tagesaktuellen Versorgungsbedarf Rechnung zu tragen hat und Angaben zur Dauer der Verordnung enthält.	Der Versorgungsbedarf der leistungsberechtigten Betroffenen schwankt zum Teil sehr stark und zeitnah. Vor dem Hintergrund sollte allen Beteiligten klar sein, dass es sich immer nur um die tagesaktuelle Einschätzung handeln kann.
§ 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse Vorlage der Verordnung „--- wenn die Verordnung gem. §7 Abs. Absatz 2 spätestens am dritten vierten der Ausstellung folgenden	Hier greifen die identischen Gründe, die bei der am 19.11.2021 geänderten HKP-RL zu einer Anpassung der Fristen von drei auf vier Tage geführt haben.

Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)	
28.06.2022	
Arbeitsstag (Montag bis Freitags, Feiertage ausgenommen) der Krankenkasse vorgelegt wird.“	