

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Spezialisierte Ambulante Palliativversor-
gungs-Richtlinie(SAPV-RL):
Überprüfung aufgrund von Projekten des Innovationsaus-
schusses zur Evaluation

Vom 15. September 2022

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 § 2 SAPV-RL	8
4.3	Änderung § 3 Absatz 3 SAPV-RL.....	8
4.4	Änderung § 5 SAPV-RL	9
4.5	Änderung § 7 SAPV-RL	9
4.6	Redaktionelle Anpassungen	9
5.	Würdigung der Stellungnahmen.....	10
6.	Bürokratiekostenermittlung.....	10
7.	Verfahrensablauf	10
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** (**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 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 Versorgungspraxis 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 Palliativartikeln – 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, Vereinheitlichung 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).

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 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 (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 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“.

4.2 Änderung § 2 SAPV-RL

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

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 palliativmedizinische 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.

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.

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 *SAVOIR*³: *„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.

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)

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.

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
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

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.

Berlin, den 15. September 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken